

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
Egészségtudományi Kar

SPORT- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI FÜZETEK SPORTS AND HEALTH SCIENCES NOTEBOOKS



VI. évfolyam, 4. szám
2022

SPORT- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI FÜZETEK SPORTS AND HEALTH SCIENCES NOTEBOOKS

Felelős kiadó / Responsible publisher

Prof. Dr. ÁCS Pongrác
a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar dékánja /
Dean of University of Pécs Faculty of Health Sciences

Felelős szerkesztő / Responsible editor:

Dr. habil. RÉTSÁGI Erzsébet c. egyetemi tanár / honorary professor



Szerkesztőbizottság / Editorial board:

Prof. Dr. BETLEHEM József
Prof. Dr. FIGLER Mária
Prof. Dr. ÁCS Pongrác
Dr. habil. LAMPEK Kinga
Dr. habil. MORVAY-SEY Kata
Dr. habil. TIGYINÉ Dr. PUSZTAFALVI Henriette
Dr. habil. DEUTSCH Krisztina
Dr. ELBERT Gábor
Prof. Dr. habil. József BERGIER†
Prof. Dr. BÁCSNÉ Prof. Dr. BÁBA Éva
Dr. STOCKER Miklós
Dr. habil. GYŐRI Ferenc

Olvasószerkesztő / Reader editor:

Dr. habil. GYŐRI Ferenc

Nyelvi lektor / Language proofreader:

Prof. Dr. TÓTH Miklós (angol / English)
Dr. MORVAY-SEY Kata (német / German)

Kiadja a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kara, Pécs /
Published by the Faculty of Health Sciences of the University of Pécs, Pécs

2022. 6. évfolyam 4. szám /
2022, Volume 6, Issue 4,

Megjelenik negyedévente / Published quarterly
ISSN 2560-0680 (Nyomtatott / Printed)
ISSN 2560-1210 (Online)
DOI: 10.15170/SEF.2022.06.04.

Tartalomjegyzék

PRÉMUSZ VIKTÓRIA, VIRÁG ATTILA, MAKAI ALEXANDRA, ZÁMBÓ ALEXANDRA, ÁCS PONGRÁC, BETLEHEM JÓZSEF

**A COVID-19 PANDÉMIA ÉS AZ EURÓPAI UNIÓ NÉPEGÉSZSÉG-
ÜGYI POLITIKÁJA 3**

SZEKERES NÓRA, PÁLVÖLGYI ÁGNES, PAÁR DÁVID

**A TESTKÉP HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA A SPORTBAN VALÓ RÉSZ-
VÉTELRE ÉS A SPORTTEVÉKENYSÉG KÖZBEN MEGÉLT ÉR-
ZÉSEKRE A FIATAL FELNŐTT, SZABADIDŐSPORTOLÓ ÉS NEM
SPORTOLÓ POPULÁCIÓBAN 28**

CZABAI VERONIKA, PAÁR DÁVID

**LABDARÚGÓ AKADÉMISTÁK NEVELÉSI KÖLTSÉGEINEK SZÁM-
BAVÉTELE 42**

SCHWARTZ KRISTÓF, VIZIN GABRIELLA, BOROS SZILVIA

**PROFESSZIONÁLIS TÁNCOSOK MENTÁLIS JÓLLÉTÉT, REGE-
NERÁCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ STRESSZFORRÁSOK KVALITATÍV
FELTÁRÁSA INTERPRETATÍV FENOMENOLÓGIAI ANALÍZISSEL
(IPA) 58**

MASA ANDREA, FIEDLER ORSOLYA, DERZSI-HORVÁTH MARTINA,
SZABÓ ATTILA, TOBAK ORSOLYA, DEUTSCH KRISZTINA

**PEDAGÓGUSOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK KOMPLEX VIZSGÁ-
LATA 73**

BEÁTA VÁRI, ERZSÉBET RÉTSÁGI, TAMÁS BERKI, ZOLTÁN KATONA,
FERENC GYŐRI

**THE IMPACT OF THE SEDENTARY WORK, AN ACTIVE LIFESTYLE
AND SOME SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES ON THE MUNI-
CIPAL EMPLOYEES' MUSCULOSKELETAL PAINS, AND BODY WE-
IGHT INDEX 92**

PRÉMUSZ VIKTÓRIA ^{1*}, VIRÁG ATTILA ², MAKAI ALEXANDRA ¹,
ZÁMBÓ ALEXANDRA ³, ÁCS PONGRÁC ¹, BETLEHEM JÓZSEF ³

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar

² Budapesti Corvinus Egyetem, Vállalkozásfejlesztési Intézet

³ Pécsi Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Doktori Iskola

*Email: premusz.viktoria@pte.hu

A COVID-19 PANDÉMIA ÉS AZ EURÓPAI UNIÓ NÉPEGÉSZSÉG- ÜGYI POLITIKÁJA

THE COVID-19 PANDEMIC AND THE EUROPEAN UNION'S PUBLIC HEALTH POLICY

Absztrakt

Célkitűzés: A koronavírus globálisan befolyásolja mindannyiunk hétköznapjait. A téma nagy jelentőséggel bír az európai lakosság élet- és munkakörülményeiben bekövetkezett változások tekintetében is. Célunk volt megvizsgálni, hogy milyen intézményrendszeren keresztül, milyen válaszokat tudott és tud a pandémiára adni az Európai Unió népegészségügyi politikája.

Anyag és módszerek: Jelen összefoglaló közlemény teoretikus keretűl a szociológiai neoinstitutionalista elméleti megközelítést választottuk, mely alapján a COVID-19 vírussal kapcsolatos közös európai intézkedések bevezetéseként történeti kontextusba helyeztük, illetve be-

mutattuk az intézményi keretet, amely az EU népegészségügyi politikáját megalapozza. Az egészségügyi válságok kezelésében az EU szerepe elsősorban az, hogy összehangolja a válaszingázásokat; a konkrét népegészségügyi intézkedésekért a tagállamok kormányai tartoznak felelősséggel, amelyeknek figyelembe kell venniük olyan tényezőket is, mint az ország járványügyi helyzete, a társadalom szerkezete és az országos egészségügyi rendszer kapacitása.

Eredmények: Az EU COVID-19 intézkedéseinek tematikus és kronologikus csoportosítása során górcső alá vettük a vírus detektálása, kutatás és tudományos innováció, illetve az oltások, orvostech-nika, gyorsteszt, vakcinációs stratégia, közös oltóanyag beszerzés menedzselése

terén tett intézkedéseket. Az EU-n belüli szolidaritás (tag- és tagjelölt, illetve szomszédos országok, RescEU, Európa együtt, EU polgárok hazaszállítása) és a felelősségvállalás a globális válaszban, egyenlő hozzáférés biztosítása, humanitárius akciók, reziliencia erősítése a fejlődő országokban szintén részletezésre került. A határokon átnyúló intézkedések, utazás és közlekedés; a munkaerőpiac, megélhetés védelme, a gazdaság támogatása (SURE) szintén fontos aspektus volt. Azonban nemcsak retrospektív módon összegeztük az intézkedéseket, bemutattuk a helyzet rendezésére, helyreállításra vonatkozó terveket (NextGeneration EU, REACT EU).

Következtetések: Mivel a társadalmi szuverenitás pandémia esetén nem kizárólagos szempont, hiszen csak közös fellépéssel lehet érdemben tenni a helyzet megoldására, a hazai intézkedéseken túl, tekintettel a vírus határokon átvélő mivoltára érdemes időről időre áttekinteni és vizsgálni, milyen intézményrendszeren keresztül, milyen válaszokat tudott és tud a pandémiára adni az Európai Unió népegészségügyi politikája.

Kulcsszavak: Európai Unió, COVID-19, népegészségügy, vakcinációs stratégia, pandémia, járványügyi intézkedések

Abstract

Objectives: The Coronavirus affects the everyday lives of all of us globally. The issue is also of great importance for the changes in the living and working conditions of the European population. It is therefore worth examining the institutional system through which the European Union's public health policy has been able and can respond to the pandemic.

Materials and methods: The theoretical approach of this Summary Review was the sociological neo-institutionalism, which introduced the EU's public health policy regarding the COVID-19 virus into a historical context and presented the institutional framework. The EU's role in tackling health crises is primarily to coordinate responses; the responsibility for specific public health measures lies with the governments of the Member States, which must also consider factors such as the epidemiological situation in the country, the structure of society and the capacity of the national health system.

Results: The thematic and chronological grouping of EU COVID-19 measures focused on virus detection, research and scientific innovation, and the management of vaccines, medical technology, rapid testing, vaccination strategies and joint vaccine procurement. Solidarity within the EU (member and candidate countries and neighbouring countries,

RescEU, Europe together, repatriation of EU citizens) and responsibility in the global response, ensuring equal access, humanitarian action, strengthening resilience in developing countries were also detailed. Cross-border measures, travel- and transport; the labour market, the protection of livelihoods, the support of the economy (SURE) were also important aspects. However, we not only summarized the measures retrospectively, but we also presented the plans for the settlement and recovery of the situation (NextGeneration EU, REACT EU).

Conclusion: As social sovereignty is not the only aspect in the event of a pandemic, as it is only through joint action to resolve the situation, in addition to domestic measures, given the cross-border nature of the virus, it is worth reviewing and examining from time to time the institutional system the European Union's public health policy.

Keywords: European Union, COVID-19, public health, vaccination strategy, pandemic, epidemiological measures

Bevezetés

A koronavírus mindannyiunk hétköznapjait befolyásolja. A téma nagy jelentőséggel bír a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben bekövetkezett változások tekintetében (Ács et al., 2020a; Ács et al., 2020b; Morvay-Sey

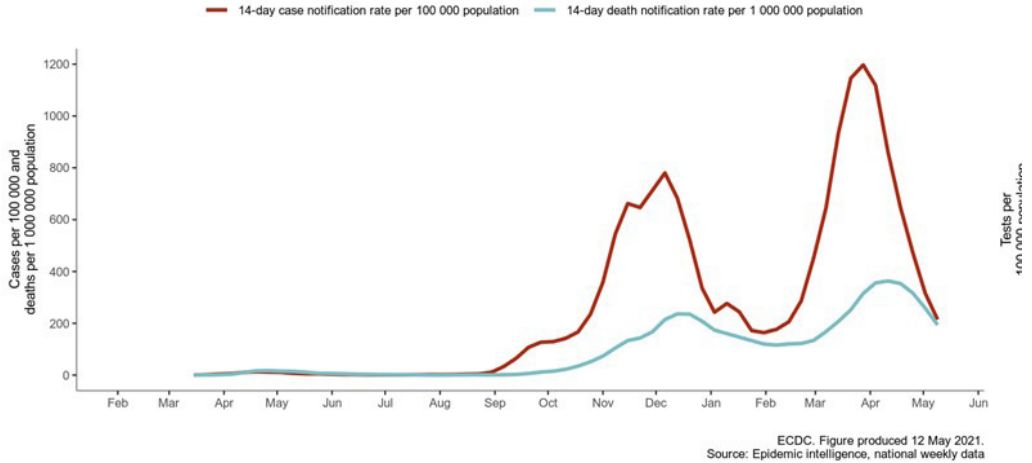
et al., 2020; Pálvölgyi et al., 2020). A koronavírusról általában már viszonylag sok ismerettel rendelkezünk. Elsősorban légúti tünetekkel járó gyorsan terjedő fertőző megbetegedés (COVID-2019) alakult ki a kínai Hubei tartományban, Wuhanban 2019 végén, a járvány háttérében SARS-CoV-2 néven egy új koronavírust azonosítottak (Huang et al., 2020). Maga a SARS-CoV-2 elnevezés a severe acute respiratory syndrome coronavirus-2, magyarul súlyos heveny légúti tünetegyüttest okozó koronavírus-2 kórokozót jelöli meg. A szervezet károsodása azonban nem csak a tüdőben jelenik meg, hanem több szervben is megmutatkoznak: a szív-érrendszer, idegrendszer, gyomor-bélrendszer, kiválasztó szervek stb. a fertőzés következményében mind érintettek (Gupta et al., 2020; Betlehem, 2020). A SARS-CoV-2 gyors terjedése kapcsán az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020. január 30-án világjárvánnyá minősítette a megbetegedést és közös küzdelemre szólított fel. Mára a világon legmeghatározóbb járvánnyá nyilvánította a WHO, ami az Antarktisz kivételével minden földrészen jelen van, a napokban több mint 160 millió igazolt fertőzött esettel és közel 3,3 millió halálos áldozattal (WHO, 2021). A COVID 19 járvány globális méreteket öltött, a kézirat leadásáig három hulláma érte el az európai országokat, így köztük Magyarországot is (Emberi Erőforrások

Minisztériuma, 2020; Betlehem, 2020). A SARS-CoV-2 fertőzés 2020. március 4-én érte el Magyarországot, legalább is ekkor regisztrálták az első COVID-19 pozitív beteget. Magyarország Kormánya 2020. március 11-én, a 40/2020. (III. 11.) Kormányrendeletben reagált a megjelenő fertőzésre és Magyarország egész területére veszélyhelyzetet hirdetett, hogy az élet- és vagyonszükségletet veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány következményeinek elhárítása vagy legalább lassítása, illetve a magyar állampolgárok életének és egészségének megóvása érdekében (Magyarország Kormánya, 2020a; Betlehem, 2020).

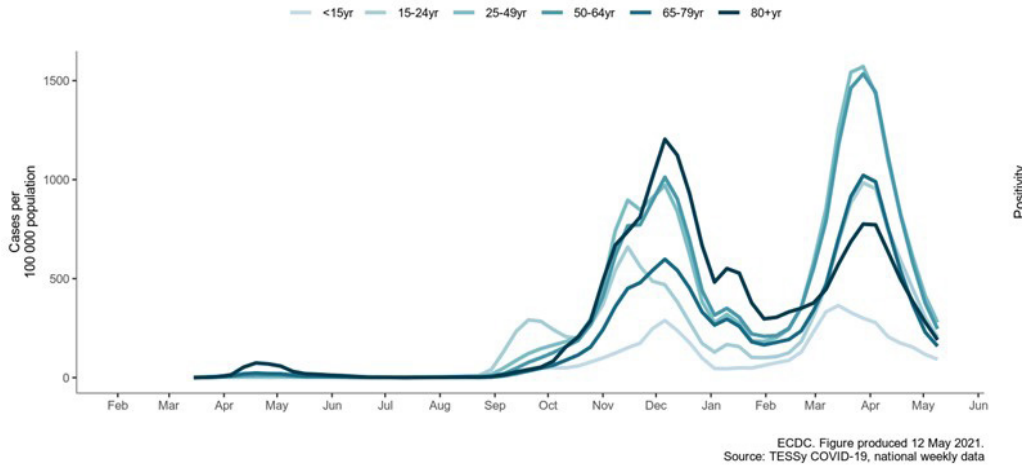
Az időben meghozott kormányzati lépések világszinten is a legmarkánsabbak közé sorolhatók, ami részben a vírus terjedését jellemző esetszámokban és a halálzási statisztika kedvező alakulásában is tetten voltak érhetőek az első hullám során. Az alábbi 2-3. ábra alapján azonban látható, hogy a COVID-19 második és harmadik hulláma nagy terhet jelentett a magyar társadalom és egészségügyi ellátórendszer számára. A kézirat leadásáig 796.390 igazolt fertőzöttet és 29.041 halálesetet regisztrált Nemzeti Népegészségügyi Központ a COVID-19 kapcsán (Magyarország Kormánya, 2020b). Érdemes tehát megvizsgálni, milyen intézményrendszeren keresztül, milyen választásokat tudott és tud a pandémiára adni az Európai Unió népegészségügyi politikája.

Hungary: 14-day COVID-19 case and death notification rates

National totals as of 10 May 2021: 792 386 cases (earliest 2020-W10, latest 2021-W18), 28 693 deaths (2020-W11, 2021-W18)

**Hungary: 14-day age-specific COVID-19 case notification rate**

Age-specific weekly data available from weeks ending 8 Mar 2020 to 9 May 2021, n = 792 416 (100% of the official national total to 10 May 2021)



1. ábra: A jelentett COVID-19 esetek 14 napos bejelentési aránya 100 000 lakosra vetítve Magyarországon, az ECDC 2021. május 11-i adatai alapján, nemzeti összérték és korcsoportokra vetített értékek (Forrás: <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea>

Letöltés: 2021. 05. 12.)

Anyag és módszerek

Jelen közlemény teoretikus keretűl a szociológiai neoinstitucionalista elméleti megközelítést választottuk. Az institucionalista elméletek szerint a politikát nem kizárólag gazdasági (preferenciák) és társadalmi (szociális struktúra) tényezőkkel magyarázhatjuk. Harmadik tényezőként az intézményesedés önálló hatást gyakorol a politikai folyamatokra. Maguk az intézmények olyan emberek által alkotott kényszerként értelmezhetőek, amelyek formális és informális jogokat és kötelezettségeket alakítanak ki a szabályokból és normákból kiindulva (North, 1990). Ez a termék- és információcserével kapcsolatban lehetőséget biztosít arra, hogy adott társadalom tagjai stabil és megbízható várakozásokat alakítsanak ki a társadalom többi tagjának cselekedeteivel kapcsolatban. „Intézményesedhetnek a tulajdonjogok, az egyezmények és hagyományok, a szerződések különböző típusai, amelyek között kiemelkedő jelentőségűek a hatalommal, a kormánzzal és a vállalkozásokkal kapcsolatos szerződések” (Jenei, 2007:44). Az institucionalizmusnak két újabb változata alakult ki a szociológiai institucionalizmus, amely szervezetelméleti megfontolásokból táplálkozik, illetve a gazdasági neoinstitucionalizmus, mely az új intézményi közgazdaságtan tételein alapszik. Az alapkérdésre, miszerint elválasztható-e az emberi szükségletek

és preferenciák kifejezése és az intézményi szabályok és eljárások, a szociológiai neoinstitucionalizmus válasza definitív nem. A szervezetelméleti megfontolás alapján előfeltevése egyrészt, hogy a társadalmi érdekek nem választhatók el az intézményektől, másrészt, hogy az intézmények befolyása nagyobb a társadalmi interakciókra, mint a társadalmi érdekeké. Az irányzat teoretikusai feltételezik az intézményi – formális szabályok elsődlegességét a társadalmi – magatartási szabályokkal szemben. A közintézmények ebben a komplex felfogásban nemcsak hatalmi góccok és hatóságok, hanem leteleményesei a kollektív bölcsességnek és etikai normáknak. Olsen szerint az együttes cselekvések számára az intézmények fizikai, megismerési és morális kereteket biztosítanak; beavatkozási kapacitásokat fejlesztenek ki; a megfigyelés és az elemzés számára konceptuális alapokat adnak; kialakítják a közpolitikai témák rendjét, intézményi emlékezetet őriznek, egyeztetett véleményeket alakítanak ki a jogokról, a köteleességekről, az igazságosságról; és olyan szimbólumokat fejlesztenek ki, amellyel az intézmények munkatársai azonosulnak (Olsen és Egeberg, 1988; Jenei, 2007) A szociológiai iskola már a '80-as években lényeges kritikát kapott az intézményi szabályozás elsődlegességének tétele miatt, amelyet a társadalmi érdekérvényesítési mechanizmusokkal szemben állítottak fel. Mivel a társa-

dalmi szuverenitás pandémia esetén kevésbé releváns szempont, hiszen csak közös fellépéssel lehet érdemben tenni a helyzet megoldására, így a szociológiai neoinstitucionalizmus megközelítése a COVID-19 kapcsán releváns lehet.

EU népegészségügyi politikájának története

A neoinstitucionalista szemlélet alapján a COVID-dal kapcsolatos közös európai intézkedések bevezetéseként szeretnénk történeti kontextusba helyezni, illetve bemutatni az intézményi keretet, amely az EU népegészségügyi politikáját megalapozza. A Maastrichti Szerződésig (1992) az egészségügyi politika nem jelent meg az Európai Unióban az integráció szintjén, vagyis a tagállamok egymástól független népegészségügyi tevékenységet folytattak. A jogalappal kapcsolatos fordulat más nem gazdasági területekhez hasonlóan a Szerződésnek köszönhetően került be az integrációs színtérre népegészségügy (public health) címszó alatt (EUMSZ 168, 2008), melyet az EK-Szerződés a közegészségügynél szélesebben, mint „a társadalom egészére kiterjedő, a lakosság egészségi állapotának javítására, egészségének megőrzésére, a betegségek megelőzésére irányuló átfogó, komplex tevékenységek összefoglaló elnevezését” definiálta. A definíció deklarált célokként jelenik meg a (jelenleg) EUM-Szerződés-

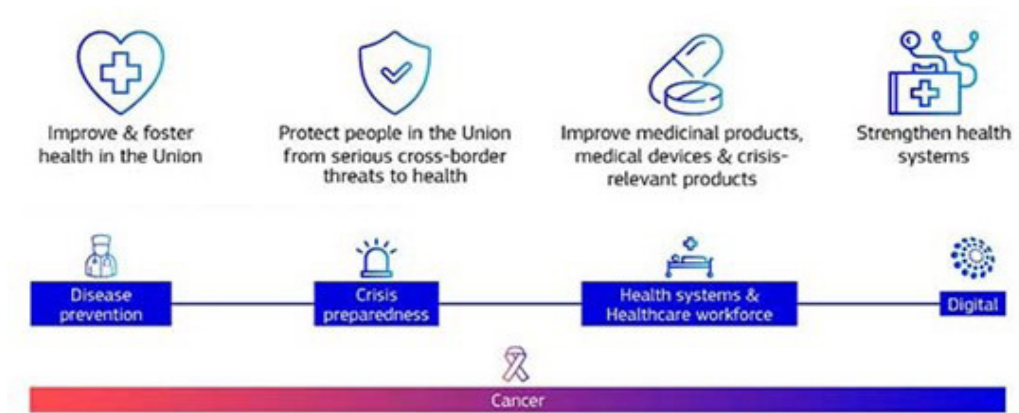
ben, mint az Unió tagállamok tevékenységét kiegészítő feladata a magas szintű egészségvédelem eléréséhez, melyet az EUMSZ 114. cikk (jogszabályok közelítése), 153. cikk (szociálpolitika) és 168. cikk (a közegészség védelme) szabályoz (European Commission, 2021c). A meglévő jogalaphoz azonban nem oktrojált jogharmonizációt, így a közös egészségpolitika megmaradt a tagállamok együttműködésének bátorításának, illetve a népegészségügy javítását, EU-n belüli információáramlást ösztönző intézkedések szintjén, nem érintette az egészségügyi szolgáltatások és egészségügyi ellátás tagállami szerveződésének szintjét. 1997-ben továbbra sem történt változás a jogharmonizáció kapcsán, így az egészségügy a kisebb súlyú területek között maradt. Az Amsterdami szerződés inkább elvi, mint gyakorlati jelentőséggel bírt, bár explicit módon deklarálta, hogy az EU összes politikájának során biztosítani kell az emberi egészség magas szintű védelmét (EUMSZ 9, 2008). Népegészségügyi témákkal kapcsolatban a legiszláció folyamata a következő: „a Tanács és a Parlament a Gazdasági és Szociális Bizottsággal és a Régiók Bizottságával folytatott konzultációt követően rendes jogalkotási eljárás keretében. A Tanács a Bizottság javaslatára ajánlásokat is elfogadhat” (Horváth, 2011:457). A Bizottság nyílt koordináció keretében iránymutatásokat állapíthat meg, melyek megvalósulását

időközönként felülvizsgálhatja, illetve ösztönözheti a jó gyakorlatok cseréjét. A fentieknek megfelelően a kilencvenes években a fő irányvonal a népegészségügyi programok kialakítása volt, mely keretében nyolc egészségügyi program határozta meg az Unió fellépését: az egészségmegőrzés (általános egészségi helyzet javítása, tematikus életmód tanácsadás), az egészségmonitoring (egészségügyi trendek mérése, közösségi programok tervezése és hatásvizsgálata), az AIDS és egyéb fertőző betegségek (morbiditás és mortalitás csökkentése, civil és kormányzati megelőző programok támogatása), a rák (tájékoztatás, szakképzés, kutatás, korai felismerés támogatása), a ritka betegségek (információ bővítés és terjesztés) a sérülésmegelőzés (otthoni és szabadidő balesetek prevenciója) és a kábítószer függőség (prioritási terület, addikció okai, következményei és megelőzése). Az Európai Bizottság 2000-es népegészségtani stratégiája ismét a két fő szempont mentén egy népegészségügyi cselekvési programra, illetve egy integrált egészségvédelmi stratégiára épült, mely alapján a 2003-2008 közötti időszakban a 312 millió euró költségvetésű, az EGT államok és tagjelölt országok előtt is nyitva álló cselekvési program három fő célkitűzésen alapult: az egészséggel kapcsolatos tájékoztatás, gyors reagálású mechanizmus az egészségügyi veszélyekre, egészségi állapotot befolyá-

soló életmód tényezők (Horváth, 2011). 2007-ben a Lisszaboni szerződés differenciálta az EU hatásköreit a népegészségügy területén, megkülönböztetve a közegészségügyi jellegű, vagyis közös kockázatot jelentő ügyeket az emberi egészség védelme és javítása terén folytatott tevékenységektől, utóbbival kapcsolatban tiszteletben tartva a tagállamok szuverén hatáskörét az egészségügyi szolgáltatások és orvosi ellátás és a hozzájuk rendelt erőforrások terén. Közös kockázat okán magas szintű minőségi és biztonsági előírásokat alkothat az EU az emberi szervek, szövetek, vér (és vérkészítmények), gyógyszerek és gyógyászati eszközök, illetve az emberi egészséggel kapcsolatban közvetlenül veszélyt hordozó állat- és növényegészségügyi kérdésekben. Utóbbiakkal kapcsolatban volt először megfigyelhető jelentősebb jogalkotási tevékenység, a belső piac tökéletesítéséből adódó igényre és a négy alapszabadság mentén az áruk szabad mozgására tekintettel elsősorban a növény- és állategészségügyben, gyógyszerkészítmények forgalmával kapcsolatban. Jelen tanulmány szempontjából azonban a Lisszaboni szerződés (EUMSZ 168, 2008) értelmében életbe lépő azonban (továbbra is csak) ösztönző intézkedések, mint például a határokon át széles körben terjedő súlyos betegségekkel szembeni küzdelem, azok monitorozása, prognosztizálása, a tagállamok együttműködésének elősegítése. 2008 és 2013

között a 321,5 millió euróból gazdálkodó második egészségügyi cselekvési program a lakosság egészség-biztonságának, egészséggel kapcsolatos jóllét és szolidaritás (egészséges életmód, egészségügyi egyenlőtlenségek, egészségkárosító magatartásformák csökkentése), illetve egészséggel kapcsolatos információs és ismeretek összegyűjtése (statisztikai rendszerek fejlesztése). A programban már nem csak a tag- és tagjelölt államok, hanem a nyugat-balkáni és szomszédságpolitikában részt vevő keleti és déli szomszéd államok is részt vehettek. A programmal összhangban 2007-ben a Fehér Könyvben tette közzé stratégia formájába a célokat és teendőket az előregedő európai népesség, egészséget fenyegető veszélyek és a dinamikus egészségügyi rendszerek és új technológiák támogatása kapcsán. Utóbbi értelmében a költségvetési időszakban nagy arányban (6 milliárd euró) támogatta az EU az egészségügyi jellegű kutatásokat (Horváth, 2011). A következő ciklusban a közegészségügy területén az EU tevékenysége megmarad ösztönzés és együttműködés elősegítése terén. Az Európai Bizottság továbbra is támogatóként fontos szerepet játszik, hogy a tagállami rendszerek hatékonyabban tudjanak működni. Célkeresztjében azonban megjelennek új szempontok, mint a költséghatékonyság növelése, a versenyképesség növelése, fenntartva a biztonságot, az új keletű globális fenyegetések, pl. az antimikrobiális

rezisztencia elleni küzdelem, kutatási eredményeken alapuló szakpolitikai döntéshozatal, a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos kockázati tényezők kezelése, illetve az átoltottság előmozdítása (itt még nem a COVID-ra gondolva). Felismerve a járvány jelentős hatását a betegekre, az orvosi és egészségügyi személyzetre, valamint az európai egészségügyi rendszerekre, a 2021-27-es ciklusra az EU ambiciózus választ adott a COVID-19-re az EU4Health 2021-2027 - az egészségesebb Európai Unió jövőképben. Az új EU4Health program túlmutat a válságkezelésen az egészségügyi rendszerek rugalmasságának kezelése érdekében és az (EU) 2021/522 rendelettel 5,3 milliárd eurót finanszírozást nyújt a programhoz társult uniós országok vagy nem uniós országok jogosult szervezeteinek, egészségügyi szervezeteinek és nem kormányzati szervezeteinek (European Commission, 2021b). A program 4 általános célkitűzés 10 konkrét célja a következő (2. ábra és 1. táblázat):



2. ábra: Az EU4Health 2021-2027 cselekvési területei - az egészségesebb Európai Unió jövőképe (Forrás: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en Letöltés: 2021. 05. 13.)

1. táblázat: EU4Health program célkitűzései

I. Az egészség javítása és elősegítése az Unióban	
1	betegségmegelőzés és egészségfejlesztés
2	nemzetközi egészségügyi kezdeményezések és együttműködés
II. A határokon átnyúló egészségügyi fenyegetések kezelése	
3	megelőzés, felkészültség és a határokon átnyúló egészségügyi fenyegetésekre adott válasz
4	a válság szempontjából lényeges termékek nemzeti készletezésének kiegészítése
5	orvosi-, egészségügyi- és kiegészítő személyzet tartalékának létrehozása
III. A gyógyszerek, az orvostechnikai eszközök és a válság szempontjából releváns termékek fejlesztése	
6	a gyógyszerek, az orvostechnikai eszközök és a válság szempontjából releváns termékek elérhetővé és megfizethetővé tétele
IV. Az egészségügyi rendszerek, ellenálló képességük és erőforrás-hatékonyságuk megerősítése	
7	az egészségügyi adatok, a digitális eszközök és szolgáltatások megerősítése, az egészségügy digitális átalakítása
8	az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása
9	az EU egészségügyi jogszabályainak kidolgozása és végrehajtása, valamint a tényeken alapuló döntéshozatal
10	integrált munka a nemzeti egészségügyi rendszerek között

(Forrás: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en
Letöltés: 2021. 05. 13., saját fordítás)

Az elképzelés a pandémián túl tartalmazza az európai referencia hálózatokat (European Reference Networks), a rák legyőzésére vonatkozó tervet (Europe's Beating Cancer Plan), az európai gyógyszerészeti stratégiát, az egészségügyi rendszerek digitalizálását, az antimikrobiális rezisztens fertőzések számának csökkentését és az oltási arány javítását. Több aktor bevonása is szükséges a megvalósításhoz: a Bizottsággal együtt az „EU4Health Steering Group” keretében konzultációt folytatnak az uniós országokkal a program prioritásairól és stratégiai orientációról, és együttműködnek a nemzeti egészségügyi politikákkal való összhang biztosítása érdekében. A prioritásokhoz és a stratégiai irányvonalakhoz, valamint az éves munkaprogram keretében kezelendő igényekhez hozzá szólhatnak olyan érdekelt felek, mint a civil társadalom és a betegszövetségek képviselői, az akadémikusok és az egészségügyi szakemberek szervezetei. Az Európai Bizottság elkészíti, elfogadja és végrehajtja az éves munkaprogramokat, valamint nyomon követi és beszámol a program célkitűzéseinek teljesítése terén elért haladásról az Európai Parlamentnek. A programot az Egészségügyi és Digitális Végrehajtó Ügynökség (HaDEA) hajtja végre (European Commission, 2021b).

A leginkább érintett EU intézmények

Az egészségügyi válságok kezelésében

az EU szerepe elsősorban az, hogy összehangolja a válaszingyintézkedéseket; a konkrét népegészségügyi intézkedésekkért a tagállamok kormányai tartoznak felelősséggel, amelyeknek figyelembe kell venniük olyan tényezőket is, mint az ország járványügyi helyzete, a társadalom szerkezete és az országos egészségügyi rendszer kapacitása. A válsághelyzetek tagállami kezelésének fontos eleme a lakosság és az egészségügyi szakemberek tájékoztatása: a kommunikációnak és az információcserének közérthetőnek és hatékonynak kell lenniük (Európai Bizottság, 2016).

Járvány esetén az EU támogatja a tagállamok kockázati kommunikációját, de nem ír elő számukra harmonizált intézkedéseket. A Bizottság feladata, hogy garantálja a tagállamok közötti koordinációt, hogy a lakosság és az egészségügyi szakemberek tájékoztatása egységes és összehangolt legyen (European Commission, 2021e). A Bizottság segítségére az alábbi intézmények vannak:

Health Security Council

Az Egészségügyi Biztonsági Bizottságot (HSC) 2001-ben hozták létre az EU egészségügyi minisztereinek felkérésére, mint informális európai szintű egészségügyi biztonsággal foglalkozó tanácsadó csoportot, majd 2013-ban az 1082/2013 / EU határozat formalizálta és megerő-

sítették a szerepét. A bizottságban az összes EU-ország képviselteti magát. Feladata, hogy összehangolja az egészségbiztonság érdekében hozott intézkedéseket, illetve ezek előkészítését és megtervezését, valamint a vészhelyzetek elhárítását célzó műveleteket (European Commission, 2021e). A vészhelyzeti intézkedések biztosítására az Európai Bizottság folyamatosan kapcsolatban áll kulcsfontosságú partnereivel, az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központtal (ECDC), az Európai Gyógyszerügynökséggel (EMA) és az Egészségügyi Világszervezettel (WHO).

*European Centre for Disease
Prevention and Control*

Az Európai Betegségmegelőzési és Járványvédelmi Központ (ECDC) tevékenységének célja az, hogy az EU hatékonyabban tudjon védekezni a fertőző betegségekkel (létrehozásakor ezek elsősorban a következő betegségek voltak: ebola, influenza, tuberkulózis, HIV/AIDS stb.) szemben. Annak érdekében, hogy azonosítsa és kiértékelje a fennálló és az újonnan megjelenő egészségügyi kockázatokat, és a veszélyekről tájékoztassa az érintetteket az ECDC együttműködik a tagállami egészségügyi hatóságokkal. Az ECDC az EU egyik olyan ügynöksége, ami a SARS-CoV-2 járvány kezdetétől fogva monitorozza a világ és Európa egyes or-

szágainak járványügyi jellemzőit és előrejelzést végez a rendelkezésre álló adatok alapján (ECDC, 2021; ECDC Public Health Emergency Team et al., 2020) European Medicines Agency Az Európai Gyógyszerügynökséggel (EMA) 1995-óta végzi az emberi, illetve állatgyógyászati felhasználásra szánt gyógyszerek tudományos kiértékelését, felügyeletét és biztonságosságuk figyelemmel kísérését az EU-ban amszterdami székhellyel, ügyvezető igazgatója Guido Rasi. Az EMA az európai gyógyszer-szabályozási hálózat keretében szorosan együttműködik az EU-országok szabályozó hatóságaival (Magyar hatóság az OGYEI) és a Bizottság Egészségügyi Főigazgatóságával szorosan együttműködik testvérintézményeivel, az ECDC-vel és az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatósággal (EFSA). Tevékenysége rendkívül transzparens, a gyógyszer engedélyeket átfogó tudományos értékelés alapján adja ki (Európai Unió, 2021). Az EMA külön munkacsoportokat hozott létre a COVID-19 járvány által előidézett tudományos, szabályozási és működési kihívások kezelésére, melynek célja az EMA a pandémiában bekövetkezett gyógyszerek értékelésével és felügyeletével kapcsolatos alapvető tevékenységeinek védelme, valamint a COVID-19-cel foglalkozó források elkülönítése. Az EMA célja a hatékony intézkedések kidolgozásának felgyorsítása: vakcinák és kezelések

fejlesztésének felgyorsítási módjainak feltárása, szoros együttműködésben az európai gyógyszer szabályozási hálózattal. A COVID-19 EMA Pandémia Munkacsoport (COVID-ETF, elnöke Marco Cavaleri), segíti az Európai Unió (EU) tagállamait és az Európai Bizottságot a gyors és összehangolt szabályozási intézkedésben a COVID-19 kezelésre és megelőzésére szánt kezelések és vakcinák kifejlesztésében, engedélyezésében és biztonsági ellenőrzésére (European Commission, 2021c).

European Health Emergency Preparedness and Response Authority

Okulva az eddigi tapasztalatokból a Bizottság szeretné életre hívni az Egészségügyi Szükséghelyzet-reagálási Hatóságot (HERA), mellyel kapcsolatban 2021. március 31-től online nyilvános konzultációt indított. A COVID-19 járványra adott válasz és az erős Európai Egészségügyi Unió részeként a HERA célja lesz, hogy külön struktúrában biztosítani javítsa Európa képességét és felkészültségét a határokon átnyúló egészségügyi fenyegetésekre és vészhelyzetekre. Az egyeztetés az orvosi ellenintézkedések kidolgozása, és alkalmazása; megelőző veszély- és kockázatértékelések; a piaci dinamika és az ellátási lánc intelligenciája; új ellenintézkedések kidolgozása és finanszírozása válság idején; a jövőbeli HERA hatása, szerepe, ha-

tókora és koordinációja kérdések körül folyik (European Commission, 2021d).

Eredmények az EU közegészségügyi intézkedései a COVID-19 kapcsán

Közös uniós fellépés a COVID-19 ellen, tagállami intézkedések uniós összehangolása

Az Európai Bizottság deklarált célja, hogy összehangolja a koronavírus-járvánnyal kapcsolatos uniós szintű közös válaszleépéseket, melyek az elsősorban kettős fókuszúak: a egészségügyi ellátórendszerek megerősítését és a járvány társadalmi-gazdasági hatásainak enyhítését célozzák, és mindkét területen a támogatják a tagállamoknak válaszintézkedéseinek összehangolását. Mind az aktuális járványügyi helyzetről, mind a járvány megfékezését célzó intézkedésekről tájékoztatják a lakosságot (European Commission, 2020a; EU2020.DE, 2020). Az összehangolása megvalósítása érdekében Ursula von der Leyen bizottsági elnök létrehozta a politikai szintű, koronavírus elleni intézkedéseket összehangoló operatív stábot. Az EU-ban szokásos módon az elvégzendő feladatok és egyúttal a stáb felépítését is pillérekkel alapozzák meg. Az első pillér az egészségügy: ezen a területen a munka középpontjában a megelőzés, a közbeszerzés, a segítségnyújtás és az előrejelzés áll. A második pillér a mobilitás: az áru fuva-

rozástól kezdve az utazási tanácsokon át a schengeni társég szabályozásáig. A harmadik pillér a gazdaság: a különböző ágazati fejlemények (idegenforgalom, az áruszállítás és a közlekedés, kereskedelem, mezőgazdaság területén), az értéklánc és a makrogazdaság szempontjából. Az operatív stáb elnöke Ursula von der Leyen jómagá, munkáját öt biztos segíti, akik válságkezelésért, egészségügyi vonatkozású kérdésekért, határellenőrzéssel kapcsolatos kérdésekért, a mobilitásért és a makrogazdasági kérdésekért felelnek. Jelen tanulmány szempontjából Sztella Kiriakidisz, az egészségügyi vonatkozású kérdések biztosja a legfontosabb (European Commission, 2020c). A szolidaritás ebben a helyzetben is deklaráltan kifejezésre jut, von der Leyen felhívja a tagországok, a régiók és a városok figyelmét arra, hogy a válsághelyzet közepette Unió-szerte nyújtsanak segítséget szomszédaiknak és a leginkább rászorulóknak, védőfelszerelések más tagállamok betegeinek ellátása és a harmadik országokban rekedt uniós polgárok hazajuttatása terén (Friedery, 2020).

Az EU COVID-19 intézkedéseinek tematikus és kronologikus csoportosítása

A fenti deklarált prioritásokhoz hasonlóan igyekszünk a közleményben az EU hivatalos kommunikációiban elérhető intézkedéseket az alábbi tematikus csoportosítás szerint összegezni, illetve a tematikus

csoportokon belül kronologikusan felsorolni (European Commission, 2020c):

1. A vírus detektálása, kutatás és tudományos innováció
2. Oltások, orvotechnika, gyorseszt, vakcinációs startégia, közös oltóanyag beszerzés menedzselése
3. EU-n belüli szolidaritás (tag- és tagjelölt, illetve szomszédos országok, RescEU, Európa együtt, EU polgárok hazaszállítása)
4. Felelősségvállalás a globális válaszban, egyenlő hozzáférés biztosítása, humanitárius akciók, reziliencia erősítése a fejlődő országokban
5. Határokon átnyúló intézkedések, utazás és közlekedés
6. Munkaerőpiac, megélhetés védelme, a gazdaság támogatása (SURE)
7. Terv a helyzet rendezésére, helyreállításra (NextGeneration EU, REACT EU)

A vírus detektálása, kutatás és tudományos innováció

A riasztó hírekre reagálva működésbe lépett az EU figyelmeztető és gyorsreagáló rendszere (EWRS), majd még mielőtt jelentették volna Európában az első megbetegedést az Egészségbiztonsági Bizottság megtartotta első ülését. A problémamegoldásra adresszálták az első forrásokat (Horizont 2020, 10 milliárd euró), majd biztosították az eszközök és technológiák védelmét, illetve

szabadon hozzáférhetővé (ingyenesen elérhetővé) tették az orvosi felszerelésekre vonatkozó európai szabványok a gyártók számára és ERAvsCorona cselekvési terv részeként adatmegosztási platformot hoztak létre a járványügyi és vonatkozó kutatás adatok megosztására, és felhívást tettek közzé innovatív partnerségek létrehozására. További 117 millió eurót különítettek el kezelések és diagnosztikai eszközök kifejlesztésére az innovatív gyógyszerek kutatására, 122 millió eurót kutatási és innovációs projektek finanszírozására (a „Horizont 2020” költségvetéséből), az Európai Beruházási Bank pedig 100 millió eurót biztosított oltóanyag kifejlesztésre. Az első hullám után a Bizottság megerősítette a felkészültséget az esetleges újabb koronavírus-járványra, listát állított össze az eredményes oltási stratégiák és a védőoltások alkalmazásáról, működésbe lépett az interoperabilitást biztosító uniós átjárószolgáltatás, amelyhez már kapcsolódtak is az első kontaktkövető és figyelmeztető alkalmazások. Megtörtént az Európai Egészségügyi Unió kiépítése és beindul a HERA-inkubátor, új európai biovédelmi felkészültségi terv. A Horizont Európa elnevezésű, új uniós kutatási és innovációs programból 123 millió eurót mozgósítottak sürgős kutatásokra, a cél az új variánsok leküzdése és a további mutációk megakadályozása volt (European Commission, 2021g).

Oltások, orvostechnika, gyorseszt, vakcinációs stratégia, közös oltóanyag beszerzés menedzselése

2020. februárjában az intézkedések orvosi felszerelések beszerzésével kezdődtek a tagállamokkal közösen, lezajlott az első közös közbeszerzési eljárás. Európai Parlament és a Tanács posztponálta az orvostechnikai eszközökről szóló rendelet kötelező hatályát. Májusban forgalomba kerültek az uniós finanszírozású kutatási projekt keretében kifejlesztett diagnosztikai gyorsesztek („HG nCoV19 test”), júniusban Uniós oltóanyag-stratégiát terjesztett elő a Bizottság, egy hónapon belül a COVID-19 kezelésére szolgáló remdesivir hatóanyagú Veklury elnevezésű gyógyszer elérhető volt. A Bizottság aláírta az első opciós szerződést augusztuban az AstraZeneca vállalattal 300 millió + 100 millió adag oltóanyagra, szeptemberben a Sanofi-GSK-val 300 millió adag oltóanyagra, októberben Johnson & Johnson csoporttal 200 millió + 200 millió adag oltóanyagra, végül novemberben a BioNTech és Pfizer gyógyszergyártó cégekkel 200 + 100 millió vakcinára. A Bizottság szabályozta az antigén gyorseszteket (alkalmazás, validálás és kölcsönös elismerés) és 20 millió tesztet biztosított a tagállamoknak 100 millió euró értékben a COVID-19-tesztelési stratégia keretében. 2020. decemberben

BioNTech és a Pfizer védőoltás, januárban Moderna oltóanyag kapott feltételes forgalomba hozatali engedélyt. 2021. januárban és februárban a Bizottság az eddigieken túl 200 millió adag beszerzésére tett javaslatot további 100 millió adagra vonatkozó vételi opcióval BioNTech–Pfizer (összesen akár 600 millió adag), további 300 millió adagra Modernának, lehetővé téve az oltóanyag alacsonyabb és közepes jövedelmű országoknak történő adományozását, vagy más európai országokba való átirányítását is (European Commission, 2020b). Egyúttal egymilliárd euróra emelte és ezzel megkétszerezte a COVAX-hoz nyújtott hozzájárulását, hogy biztosítsa az alacsony és közepes jövedelmű országoknak is a hozzáférést COVID-19-oltóanyagokhoz. Márciusban a Bizottság engedélyt adott a negyedik Johnson & Johnson csoporthoz tartozó Janssen Pharmaceutica NV vakcinára, egyúttal új eljárásrendet fogadott el a koronavírus-variánsok elleni módosított oltóanyagok jóváhagyásának megkönnyítésére az Európai Gyógyszerügynökségnek a módosított oltóanyagok engedélyezéséhez és megerősítette a COVID-19-vakcinák kivételére vonatkozó átláthatósági és engedélyezési mechanizmust (kölcsonosság és az arányosság elve), azonban továbbra sem teljesült az a célkitűzés, hogy az uniós polgárok időben hozzáférjenek a COVID-19-vakcinákhoz. Ezért áprilisban az oltások szállításának felgyorsítá-

sáról dönttek, és előre hozták a BioNTech–Pfizer céggel 50 millió további adagot (European Commission, 2021g).

EU-n belüli szolidaritás (tag és tagjelölt, illetve szomszédos országok, RescEU, Európa együtt, EU polgárok hazaszállítása)

A szolidaritás jeleként 2020 januárjában megtörtént az uniós polgári védelmi mechanizmus aktiválása, elkezdődött az uniós polgárok hazaszállítására (először Franciaországba Vuhanból). Februárban a Bizottság 232 millió euróval növelte a tagállamoknak nyújtott támogatást a felkészülés, a vészhelyzeti tervezés és a válaszingézkedések előkészítése terén. Márciusig 75 millió euróval növelte a rescEU-készlet költségvetését, több mint 10 ezer uniós polgár hazaszállítása Európába, majd áprilisig Uniós konzuli együttműködés keretében több mint 500 ezer uniós polgárt sikerült hazajuttatni. Uniós szolidaritás-vállalás keretében a Bizottság 140 millió eurót a COVID-dal, 700 millió euró társadalmi-gazdasági hatásainak enyhítésére csoportosított át a keleti szomszédos országainak, 38 millió eurót a Nyugat-Balkán országainak a vészhelyzet kezeléséhez, 374 millió eurót társadalmi-gazdasági élénkítő intézkedésekre. 2020. áprilisában Olaszország, Horvátország segélyszállítmányokat, tíz szomszédos országot támogató makroszintű pénz-

ügyi csomagot (3 milliárd euró) kapott az „Európa együtt” stratégia keretében. A rescEU keretében egészségügyi termékek, orvoscsapatok és betegek szállításához járultak hozzá, Bulgáriába hét tonna védőeszköz-szállítmányt kapott, majd négy új tagállam csatlakozott a rescEU orvostechnikai felszereléseinek készleteit tároló országokhoz. Októberben Csehország segítségkérésére az EU azonnal útnak indította az országba az első, 30 darab lélegeztetőgépből álló szállítmányt a rescEU készleteiből. Az új évben új raktárak létesültek négy tagállamban a rescEU egészségügyi készlet tárolására. Decemberben 70 millió eurós csomagot juttat az EU az Előcsatlakozási Támogatási Eszközből (IPA II) a nyugat-balkáni országoknak az oltóanyagok fedezésére. 2021. márciusban a lakosság egészségének védelmét a Bizottság 530 millió euróval támogatta az EU Szolidaritási Alapjából 17 tagország részére, illetve Moldova védőoltásokat, Montenegró és Észak-Macedónia pedig egészségügyi eszközöket kapott az EU segítségével a rescEU tartalékából (Aidukaite et al., 2021; European Commission, 2021g).

Felelősségvállalás a globális válaszban, egyenlő hozzáférés biztosítása, humanitárius akciók, reziliencia erősítése a fejlődő országokban

Már 2020 februárjában elkezdődött az EU humanitárius segítségnyújtása Kínának 12 tonna majd 25 tonna védőfelszerelés társfinanszírozásával. Márciusban a G20 vezetőinek videokonferenciáján a nemzetközi együttműködés melletti elkötelezettség megerősítése történt Ursula von der Leyen elnök és Charles Michel, az Európai Tanács elnöke, részéről. A reziliencia erősítése a szír menekülteket befogadó országokban 240 millió euróval bővítették az így már több mint 2 milliárd euróra nőtt a szíriai válság kezelésére szolgáló uniós regionális alapot. A Nyugat-Balkánt (3,3 milliárd euró), az Afrika szarva térséget (105,5 millió euró), a Száhel-övezetet és a Csád-tó térségét, a Közép-afrikai Köztársaságot, az afrikai Nagy-tavak régióját, a Kelet-Afrikában, Szíriában, Jemenben, Palesztinában és Venezuelában élő embereket (50 millió euró), a Közép-afrikai Köztársaságot és ismét az Afrika szarva térséget (54+60 millió euró) és Ugandát (24 millió euró) is támogatta az EU a világjárvány egészségügyi és társadalmi-gazdasági kockázatainak mérséklése érdekében. Áprilisban az Európai Unió – globális partnereivel EU adománygyűjtést indított annak érdekében, hogy az emberek rövid időn belül világszerte biztonságos, minőségi, hatékony és megfizethető diagnosztikai eljárásokhoz, terápiákhoz és oltóanyagokhoz férhessenek hozzá. Májusban új kampány indult a Global Citizen támogatásával, júniusban az

EBB és a Bizottság újabb 4,9 milliárd euró összegű vállalást tett, az Európai Bizottság és a Global Citizen szervezésében a Globális fellépés a koronavírus ellen elnevezésű adománygyűjtő kampány során tett vállalások együttes összege már 15,9 milliárd eurót tett ki. 2020. júliusáig az EU 45 humanitárius léghíd-járata eddig több mint ezer tonna orvosi segédeszközt juttatott célba. Augusztusban a Bizottság csatlakozott a COVID-19 elleni vakcinához való globális hozzáférést célzó eszközhöz (COVAX), az „Európa együtt” kezdeményezés keretében 400 millió euró értékű garanciával támogatta, így az Unió a legjelentősebb adományozók egyikének számított, majd novemberben tovább emelte a COVAX eszköz támogatásának összegét 100 millió euró vissza nem térítendő támogatással. Szeptemberben a WHO és az Európai Bizottság együttműködést elősegítő tanácsot hozott létre a globális összefogás megerősítése érdekében, a COVID-19 elleni küzdelmet szolgáló eszközökhöz való méltányos globális hozzáférés miatt. Az ősz folyamán Peru (humanitárius léghíd), Latin-Amerika és a Karib-térség (30,5 millió eurós) Gambia (25 millió euró) és a Száhel-övezet számára (Burkina Fasó, Mauritánia, Niger és Csád) segített enyhíteni a koronavírus hatását 2021. márciusában a Bizottság meghosszabbította a COVID-19-vakcinák kivitelére vonatkozó átláthatósági és

engedélyezési mechanizmust, a lépést az EU-ba irányuló vakcinaszállítások egy részének tartós késedelme indokolta. A nemzetközi szolidaritás jegyében az Unió mentesítette e mechanizmus hatálya alól a humanitárius segítségnyújtásra szánt vakcinaszállítmányokat, illetve a COVAX-eszközben részt vevő országokba, valamint a szomszédos országokba szánt vakcinaszállítmányokat (European Commission, 2021; European Commission, 2021a).

Határokon átnyúló intézkedések, utazás és közlekedés

Az országok közötti mobilitás a koronavírus terjedése miatt szintén alapvető közegészségügyi problémává vált, melyre a lock-down jelentette az egyik pragmatikus megoldást. Az EU a vírus terjedésének csökkentése érdekében 2020. március 17-én bezárta külső határait, a polgárok, a fővárosok, az áruk és a szolgáltatások alapvető mozgásszabadságainak megőrzése, a belső piac védelme mellett. A négy alapszabadság elve mentén, a vírus terjedésének akadályozása ellenére már 2020 márciusában szükséges volt az áruk folyamatos áramlásának biztosítására az EU-n belüli zöldsávós határátkelőhelyeken a transzeurópai közlekedési hálózat (TEN-T) mentén, minden tehergépjármű előtt megnyitni, illetve az alapvető áruk légi szállításának biztosítani és a kritikus

fontosságú munkavállalók (ingázók, járvány megfékezésében dolgozók) szabad mozgásának lehetővé tenni az EU-ba irányuló, nem alapvető utazásokra vonatkozó ideiglenes korlátozás ellenére. Májusban az utazás és az európai idegenforgalom biztonságos újraindítását szabályozták, majd júniusban a Re-open EU új internetes platform kezdte meg működését az EU-n belüli utazás és idegenforgalom biztonságos helyreállításának elősegítésére. Az Egyesült Királyságban megjelenő új koronavírus-variáns kapcsán, decemberben minden, nem alapvetően szükséges utazást korlátoztak. Márciusban a Bizottság javaslatot tett a digitális zöldigazolványra, annak bizonyítékaul, hogy tulajdonosát beoltották a COVID-19 ellen, negatív teszteredménnyel rendelkezik vagy felgyógyult. A Bizottság digitális átjárószolgáltatást fog kiépíteni az összes igazolvány Unió-szerte történő ellenőrzésének biztosítására, és emellett támogatást nyújt a tagállamoknak az igazolványokkal kapcsolatos technikai intézkedések végrehajtása terén (European Council, 2021; European Commission, 2021g).

Munkaerőpiac, megélhetés védelme, a gazdaság támogatása (SURE)

Bár nem közvetlen közegészségügyi támogatások, az EU-nak a pandémiaokán mégis szükséges volt az eddigi támogatási rendszer átgondolására, megújítá-

sára. A költségvetési keretszabályozás Stabilitási és Növekedési Paktum általános mentesítési záradékának aktiválására került sor 2020 márciusában az agrár-élelmiszeripari ágazatot támogató rendkívüli intézkedések (tej- és hús-, bor-, a gyümölcs- és zöldség-, valamint néhány más ágazatban) és háztartásoknak és vállalkozásoknak történő hitelnyújtás megkönnyítése következett. Áprilisban a Bizottság 127 állami támogatási intézkedést hagyott jóvá a vállalkozások támogatása és az európaiak megélhetésének védelme érdekében. A nyár folyamán fokozott támogatást biztosított a COVID-19-válság által érintett uniós mezőgazdasági termelők, illetve a mikro-, kis- és induló vállalkozások további támogatására és a magánberuházások ösztönzésére, majd a Bizottság iránymutatást tett közzé az EU-ba érkező idénymunkások védelméért, hogy garantálja a szezonális munkavállalók jogait, egészségét és biztonságát. Augusztusban a Bizottság 81,4 milliárd euró pénzügyi támogatást javasol 15 tagállam számára, a szükséghelyzeti munkanélküliségi kockázatokat mérséklő ideiglenes támogatást nyújtó európai eszköz (SURE) keretében, majd szeptember a Tanács 87,4 milliárd euró összegű pénzügyi támogatást hagy jóvá SURE keretében. 2020. októberében az Európai Bizottság kibocsátotta az első szociális célú uniós SURE-kötvényeket. Két kötvénycsomag kibocsátására került sor: az egyik, ösz-

szesen 10 milliárd euró értékű kötvénycsomag visszafizetése 2030 októberében, a másik, összesen 7 milliárd euró értékű kötvénycsomag visszafizetése pedig 2040-ben válik majd esedékessé. A következő év elején szintén a SURE keretében a Bizottság további 9 milliárd euró kölcsönt folyósít hét tagállamnak. Eddig 16 tagállam kapott összesen 62,5 milliárd eurót a SURE eszközből továbbhitelezett (back-to-back) hitelek formájában. Majd márciusban további 13 milliárd eurót folyósított hat tagállamnak a SURE hatodik részleteként (European Council, 2020; European Commission, 2021g).

**Terv a helyzet rendezésére,
helyreállításra (NextGeneration EU,
REACT EU)**

A helyzet súlyosságára tekintettel hamar egyértelművé vált, hogy a pandémia mind egészségügyi, társadalmi és gazdasági tekintetben súlyos és maradandó problémákat fog okozni, ezért már 2020 májusában európai helyreállítási tervet terjeszt elő (Next Generation EU Eszköz) a Bizottság, annak érdekében, hogy a helyreállítás valamennyi tagállam számára fenntartható, egyenletes, inkluzív és méltányos legyen. Júliusban az uniós vezetők megegyeztek a gazdaságélénkítési tervről és a 2021–2027 közötti többéves pénzügyi keretről, melyet követően novemberben megállapodás született a zöldebb, digitálisabb és ellenállóbb Európá-

ra irányuló 1,8 billió eurós csomagról. Az Európai Bizottság üdvözölte az Európai Parlament és az uniós tagállamokat tömörítő Tanács között létrejött megállapodást az Európai Unió következő hosszú távú költségvetéséről és a NextGenerationEU ideiglenes helyreállítási eszközről. A Tanács következő év februárban rendeletben elfogadta a Helyreállítási és Rezilienciaépítési Eszközt, amely az EU helyreállítási tervének központi eleme. Az eszköz keretében 672,5 milliárd euró áll majd rendelkezésre vissza nem térítendő támogatások és hitelek formájában közberuházások és reformok céljára a 27 tagállamban, ezzel segítve őket a koronavírus-járvány hatásainak kezelésében, a zöld és digitális átállás előmozdításában, valamint reziliens és befogadó társadalmak építésében. Az eszközből az uniós országok (a jelenleg előkészítés alatt álló) nemzeti helyreállítási és reziliencia építési terveik alapján részesülnek majd támogatásban. Áprilisban zöld utat kaptak a helyreállítás és az átállás előmozdítását célzó kohéziós célú első REACT-EU támogatási intézkedések, melyeknek Ausztria és Hollandia a kedvezményezettje, miután a Bizottság elfogadta az első határozatokat, amelyek majdnem 262 millió euróval növelik a beruházásokra rendelkezésre álló finanszírozások összegét. A NextGenerationEU keretében, a REACT-EU részeként hozott intézkedések a munkaerőpiac ellenállóképes-

ségét, a munkahelyeket, a kkv-kat és az alacsony jövedelmű családokat támogatják, továbbá megalapozzák a zöld és a digitális átállást, valamint a fenntartható társadalmi-gazdasági helyreállítást. A Bizottság célja, hogy 800 milliárd eurót gyűjtsön a helyreállításhoz, illetve lépéseket tett annak biztosítására, hogy a NextGenerationEU ideiglenes

helyreállítási eszköz keretében történő hitelfelvételt az EU-országok és állampolgáraik számára a legelőnyösebb feltételekkel finanszírozzák, ezenkívül célja, hogy bevonzza a befektetőket Európába és megerősíti az euró nemzetközi szerepét (European Commission, 2020d, European Commission, 2021f; European Commission, 2021g) (2. táblázat).

2. táblázat: *A NextGenerationEU pénzeszközeinek megoszlása*

Helyreállítási és Rezilienciaépítési Eszköz	672,5 milliárd euró
<i>ebből kölcsön</i>	360 milliárd euró
<i>ebből vissza nem térítendő támogatás</i>	312,5 milliárd euró
ReactEU	47,5 milliárd euró
Európai horizont	5 milliárd euró
InvestEU	5,6 milliárd euró
Vidékfejlesztés	7,5 milliárd euró
Méltányos Átállást Támogató Alap (MÁTA)	10 milliárd euró
RescEU	1,9 milliárd euró
ÖSSZESEN	750 milliárd euró

(Forrás: az Európai Tanács 2020. július 21-i ülésének következtetései. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_hu Letöltés 2021. május 15.)

Következtetések

Mivel a társadalmi szuverenitás pandémia esetén nem kizárólagos szempont, hiszen csak közös fellépéssel lehet érdemben tenni a helyzet megoldására, a hazai intézkedéseken túl, tekintettel a vírus határokön átívelő mivoltára érdemes időről időre áttekinteni és vizsgálni, milyen intézményrendszeren keresztül, milyen válaszokat tudott és tud a pandémiára adni az Európai Unió népegészségügyi politikája.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-20-4-II-PTE-796 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának A Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.

Felhasznált irodalom

1. Ács, P., Betlehem, J., Laczkó, T., Makai, A., Morvay-Sey, K. I., Pálvölgyi, Á., Paár, D., Prémusz, V., Stocker, M. (2020a): *Változások a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben kiemelten a fizikai aktivitás és a sportfogyasztási szokások vonatkozásában. Keresztmetzeti reprezentatív kutatás a COVID-19 magyarországi első hulláma során a kijárási korlátozások időszakában.* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs.
2. Ács, P., Prémusz, V., Morvay-Sey, K. I., Pálvölgyi, Á., Trpkovici, M., Elbert, G., Melcer, C., Makai, A. (2020b): Effects of COVID-19 on physical activity behavior among university students: results of a hungarian online survey. *Health Problems of Civilization*, **14**: 174-182.
3. Aidukaite, J., Saxonberg, S., Szewlewa, D., Szikra, D. (2021): Social policy in the face of a global pandemic: Policy responses to the COVID-19 crisis in Central and Eastern Europe. *Social Policy & Administration*, **55**: 358-373.
4. Betlehem, J. (2020): COVID-19 első hulláma hazánkban a statisztikai adatok alapján. In: Ács, P., Betlehem, J., Laczkó, T., Makai, A., Morvay-Sey, K. I., Pálvölgyi, Á., Paár, D., Prémusz, V., Stocker, M. (eds.): *Változások a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben kiemelten a fizikai aktivitás és a sportfogyasztási szokások vonatkozásában. Keresztmetzeti reprezentatív kutatás a COVID-19 magyarországi első hulláma során a kijárási korlátozások időszakában.* Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs.
5. ECDC (2021): *COVID-19 European Centre for Disease Prevention and Control.* Elérhető: <https://www.ecdc.europa.eu/en/COVID-19> Letöltés ideje: 2021. május 10.
6. ECDC Public Health Emergency Team, Danis, K., Fonteneau, L., Georges, S., Daniau, C., Bernard-Stoecklin, S., Domegan, L., O'donnell, J., Hauge, S.H., Dequeker, S., Vandael, E., Van Der Heyden, J., Renard, F., Sierra, N.B., Ricchizzi, E., Schweickert, B., Schmidt, N., Abu Sin, M., Eckmanns, T., Paiva, J.-A., Schneider, E. (2020): High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA. *Eurosurveillance*, **25**: 2000956.
7. Emberi Erőforrások Minisztériuma (2020): *A 2020. évben azonosított új koronavírus (SARS-CoV-2) okozta fertőzések (COVID-19) megelőzésének és terápiájának kézikönyve.* EMMI, Budapest.
8. EU2020.DE. (2020): *What is the European Union doing about the COVID-19 pandemic?* Elérhető: <https://www.eu2020.de/eu2020-en/news/artic>

le/COVID-19-pandemic-what-is-the-eu-doing-eu2020/2381460 Letöltés dátuma: 2021. május. 10.

9. EUMSZ 9 (2008): Az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata - Első Rész: Alapelvek. II. Cím: Általánosan Alkalmazandó Rendelkezések.

10. EUMSZ 168 (2008): Az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata - Harmadik Rész: Az unió belső politikái és tevékenységei. XIV. Cím: Népegészségügy. Európai Bizottság 2016. Közérhetően Az Európai Unió Szakpolitikáiról. Európai Unió, Brüsszel.

11. Európai Unió (2021): Európai Gyógyszerügynökség (EMA) Elérhető: https://europa.eu/european-union/about-eu/agencies/ema_hu#hogyan-m%C5%B1k%C3%B6dik-az-ema? Letöltés ideje: 2021. május 10.

12. European Commission. (2020a): Coronavirus response. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response_en Letöltés ideje: 2021. május. 15.

13. European Commission. (2020b): Coronavirus: Commission unveils EU vaccines strategy. Elérhető: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1103 Letöltés ideje: 2021. május. 15.

14. European Commission. (2020c): European Commission's coronavirus response team. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/european-commissions-coronavirus-response-team_en Letöltés ideje: 2021. május. 15.

15. European Commission. (2020d): Recovery plan for Europe. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_en Letöltés ideje: 2021. május. 15.

16. European Commission. (2021a): CoronavirusGlobalResponse:Unitedtomake the world a safer place. Elérhető: https://global-response.europa.eu/outbreak-coronavirus-president-european-commission-ursula-von-der-leyen-has-rallied-international_en Letöltés ideje:2021. május. 15.

17. European Commission. (2021b): EU-4Health 2021-2027 – a vision for a healthier European Union. Elérhető: https://ec.europa.eu/health/funding/eu4health_en Letöltés ideje: 2021. május. 13.

18. European Commission. (2021c): EU Health Policy. Elérhető: https://ec.europa.eu/health/policies/overview_en Letöltés ideje: 2021. május. 13.

19. European Commission. (2021d): Health emergency preparedness and response authority (HERA): European Commission launches public consultation. El-

érhető: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/IP_21_1522 Letöltés ideje: 2021. május 11.

20. European Commission. (2021e): Health security and infectious diseases. Elérhető: https://ec.europa.eu/health/security/crisis-management_hu Letöltés ideje: 2021. május 10.

21. European Commission. (2021f): Recovery from coronavirus: success stories. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe/recovery-coronavirus-success-stories_en Letöltés ideje: 2021. május 15.

22. European Commission. (2021g): Timeline of EU action. Elérhető: https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action_en Letöltés ideje: 2021. május 15.

23. European Council. (2020): COVID-19: Council adopts temporary support to mitigate unemployment risks in an emergency (SURE). Elérhető: <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/05/19/COVID-19-council-reaches-political-agreement-on-temporary-support-to-mitigate-unemployment-risks-in-an-emergency-sure/> Letöltés ideje: 2021. május 13.

24. European Council. (2021): COVID-19: travel and transport. Elérhető: <https://www.consilium.europa.eu/en/>

policies/coronavirus/COVID-19-travel-and-transport/ Letöltés ideje: 2021. május 13.

25. Friedery, R. (2020): A szabad mozgás tagállamok közötti korlátozásának kérdései a COVID-19 idején. In: Gárdos-Orosz F., Lőrincz V.O. (eds.): *Jogi diagnózisok. A COVID-19-világjárvány hatásai a jogrendszerre.* L'Harmattan, Budapest. 261–272.

26. Gupta, A., Madhavan, M.V., Sehgal, K., Nair, N., Mahajan, S., Sehrawat, T.S., Bikdeli, B., Ahluwalia, N., Ausiello, J.C., Wan, E.Y., Freedberg, D.E., Kirtane, A.J., Parikh, S.A., Maurer, M.S., Nordvig, A.S., Accili, D., Bathon, J.M., Mohan, S., Bauer, K.A., Leon, M.B., Krumholz, H.M., Uriel, N., Mehra, M.R., Elkind, M.S.V., Stone, G.W., Schwartz, A., Ho, D.D., Bilezikian, J.P., Landry, D.W. (2020): Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nature Medicine*, **26**: 1017-1032.

27. Horváth, Z. (2011): *Kézikönyv az Európai Unióról.* HVG-ORAC Lap-és Könyvkiadó Kft., Budapest.

28. Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., Xiao, Y., Gao, H., Guo, L., Xie, J., Wang, G., Jiang, R., Gao, Z., Jin, Q., Wang, J., Cao, B. (2020): Clinical features of patients infected with 2019 novel

coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*, **395**: 497-506.

29. Jenei, G. (2007): *Komparatív közpolitika. (Elméleti megközelítések és nemzetközi esettanulmányok a közpolitika körében.)*. Akadémiai Doktori Értekezés.

30. Magyarország Kormánya (2020a): 40/2020. (III. 11.) Korm. rendelet veszélyhelyzet kihirdetéséről. *Magyar Közlöny*.

31. Magyarország Kormánya. (2020b): Tájékoztató oldal a koronavírusról. Elérhető: <https://koronavirus.gov.hu/> Letöltés ideje: 2021. május 14.

32. Morvay-Sey, K.I., Pálvölgyi, Á., Prémusz, V., Ács, P., Stocker, M., Makai, A., Melczér, C., Laczkó, T., Szentéi, A., Paár, D. (2020): A COVID-19 kijárási korlátozás első hullámának hatása a magyar felnőtt lakosság szubjektív pszichés mutatóira, jóllétére, fizikai aktivitására és sportolási szokásaira. In: Antal, E., Pilling, R. (eds.): *A magyar lakosság életmódja járványhelyzet idején*. Táplálkozás, Életmód és Testmozgás Platform Egyesület, Budapest.

33. North, D.C. (1990): *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge University Press, Cambridge.

34. Olsen, J.P., Egeberg, M. (1988): *Statsstyre og institusjonsutforming*, Universitetsforl, Oslo.

35. Pálvölgyi, Á., Makai, A., Prémusz, V., Trpkovici, M., Ács, P., Betlehem, J., Morvay-Sey, K.I. (2020): A preliminary study on the effect of the COVID-19 pandemic on sporting behavior, mindfulness and well-being. *Health Problems of Civilization*. **14**: 157-164.

36. WHO (2021): *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Elérhető: <https://COVID-19.who.int/> Letöltés ideje: 2021 május 10.

SZEKERES NÓRA ^{1*}, PÁLVÖLGYI ÁGNES ^{1,2}, PAÁR DÁVID ¹

¹Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet

²Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola

*Email: szenora.2000@gmail.com

A TESTKÉP HATÁSÁNAK VIZSGÁLATA A SPORTBAN VALÓ RÉSZVÉTELRE ÉS A SPORTTEVÉKENYSÉG KÖZBEN MEGÉLT ÉRZÉSEKRE A FIATAL FELNŐTT, SZABADIDŐSPORTOLÓ ÉS NEM SPORTOLÓ POPULÁCIÓBAN

THE IMPACT OF BODY IMAGE ON PARTICIPATION IN SPORT AND FEELINGS DURING SPORTING ACTIVITY IN YOUNG ADULT, RECREATIONAL ATHLETES AND INACTIVE POPULATIONS

Absztrakt

Célkitűzés: Vizsgálatunk elsődleges célja volt, hogy feltárja az összefüggéseket a testkép, valamint a sportban való részvétel és a tevékenység közben megélt érzések között.

Anyag és módszerek: Mintánkat 18 és 36 év közötti szabadidősportolók és inaktív egyének alkották (n=239). Kutatásunkban három validált kérdőívet; a Rosenberg Önértékelési Skálát, a Fallon-Rozin Emberalakrajz Tesztet, valamint a Fizikai Aktivitási Élvezeti Skálát használtuk fel. Leíró módszer mellett Mann-Whitney U tesztet, kereszttábla elemzést, valamint khi-négyzet próbát

alkalmaztunk a statisztikai elemzés elkészítésére.

Eredmények: A testkép nem volt összefüggésben a sportolás közben megélt érzésekkel ($p=0,270$) és nem találtunk szignifikáns különbséget a férfi és női válaszadók között ($p=0,661$) egyik említett változó tekintetében sem ($n_{nő}=158$; $n_{férfi}=81$). Nem volt szignifikáns különbség a két életkori csoport testképében ($p=0,801$), azonban önértékelési értékekben igen ($p\leq 0,001$), amely a nemek közötti különbségekre is elmondható ($p\leq 0,001$). Válaszadóink 91%-a elégedetlen volt testével, és 77%-uk testtömeg csökkentés iránti vágyról számolt be, annak ellenére, hogy a válaszadók

55%-a normál BMI-vel rendelkezett. A nem szignifikáns összefüggést mutatott az én-énideál-diszkrépancia mutatóval ($p=0,005$). További szignifikáns összefüggést találtunk az önértékelés állapota és a sportbevontság között ($p=0,047$). A férfiak szignifikánsan nagyobb arányban rendelkeztek irreális testideálokkal ($p=0,029$).

Következtetések: Következtetésként elmondhatjuk, hogy mindkét nemre hasonló mértékű nyomás nehezedik, így a férfiakra is nagy figyelmet kell fordítanunk. A Fallon-Rozin teszt nem alkalmas a testkép többdimenziós konstrukciójának mérésére, amely egy új mérőeszköz kifejlesztésének fontosságára hívja fel a figyelmet. Ezen mérőeszköz nélkül csupán annyit jelenthetünk ki, hogy a testkép perceptuális dimenziója nincs hatással a további változókra. A nők önértékelésének alakulását a társadalom tárgyiasító és szexualizáló hatása, míg az idősebb korosztálynál a funkcionalitás előtérbe helyeződése, valamint a megszerzett tapasztalatok befolyásolhatják.

Kulcsszavak: testkép, önértékelés, sportbevontság, szabadidősport, fizikai aktivitás élvezete

Abstract

Objectives: The primary aim of our study was to explore the relationship between

body image and participation in sport and the feelings experienced during the activity.

Material and Methods: Our sample consisted of recreational and inactive individuals aged 18 to 36 years ($n=239$). Three validated questionnaires; the Rosenberg Self-Assessment Scale, the Fallon-Rozin Personality Test and the Physical Activity Enjoyment Scale were used in our research. In addition to descriptive method, Mann-Whitney U test, cross-tabulation analysis, and chi-square test were used to perform statistical analysis.

Results: Body image was not associated with feelings experienced while exercising ($p=0.270$), and no significant difference was found between male and female respondents ($p=0.661$) for any of these variables. There was no significant difference in body image between the two age groups ($p=0.801$), but more so in their self-esteem scores ($p\leq 0.001$), which was also true for gender differences ($p\leq 0.001$). 91% of our respondents were dissatisfied with their bodies, despite 55% of respondents having a normal BMI. A further significant association was found between self-esteem status and sport involvement ($p=0.047$). A higher proportion of men had unrealistic body ideals, thus a significant association was found between gender and the reality of the desired body ($p=0.029$).

Conclusions: As a conclusion, both se-

xes are under similar pressures, so we need to pay close attention to men. The Fallon-Rozin test is not a suitable measure of the multidimensional construct of body image, which highlights the importance of developing a new measurement tool. Without this measure, all we can say is that the perceptual dimension of body image has no effect on the other variables. The development of self-esteem in women may be influenced by the objectifying and sexualising influence of society, while in older women it may be influenced by the emphasis on functionality and by the experiences they have had.

Keywords: body image, self-esteem, sport involvement, recreational sport, enjoyment of physical activity

Bevezetés

A testképpel foglalkozó kutatásoknak csak egy igen kis szegmense érinti a testkép sportban való részvételre gyakorolt hatását (Sabiston et al., 2018; Dev és Uthaman, 2020; Koulanova et al., 2021; Sattar et al., 2021). Nagyobb arányban a sportbevonás és a testkép alakulásának kapcsolatát vizsgálják, ahol több kutató is szignifikáns összefüggést talált a két változó között (Liechty et al., 2015; Nemček et al., 2017; Tosseli és Spiga, 2017). Általánosan elmondható, hogy a sporttevékenységben aktívan

résztevő egyének elégedettebbek a testükkel, mint inaktív társaik, azonban az esztétikai sportágakat végző egyének körében már megmutatkozik a testükkel való elégedetlenség és a negatív testkép megléte (Nerini, 2015; Liechty és Sveinsson, 2015; Sukkyung és Kyulee, 2020). A nemzetközi kutatások a nők magasabb mértékű testelégedetlenségét figyelembe véve, elsősorban a nők testképét érintő kérdéskörökre fókuszálnak (Sabiston et al., 2018). A nők számottevően mérsékeltebb arányban vesznek részt sporttevékenységben és többször élnek meg negatív érzelmeket a tevékenység ideje alatt (Leng et al., 2014; Pila et al., 2016; Leng, et al., 2020; Sattar et al., 2021). A testkép kutatások égető szükségességére mutat rá a tény, hogy a nők sportból való kimaradása egészségügyi kockázatként jelenik meg, hiszen ezen védőfaktor jelenléte és befolyása nélkül szenzitívebbé válnak különböző fizikai és mentális betegségek kialakulására, amelyek közül vezető mortalitási okokként jelennek meg a szív-és érrendszeri, valamint a daganatos megbetegedések (Sattar et al., 2021). A férfiak testkép kutatásának fontosságára hívják fel a figyelmet azok az aktuális tanulmányok, amelyek egyre magasabb mértékű testelégedetlenségről számolnak be főként erősportágakban résztvevő egyének körében (Babusa és Túry, 2012; Tosseli és Spiga, 2017; Perelman et al., 2018; Sukkyung és Kyulee,

2020; Szűcs et al., 2020). Az internalizált testképből következő negatív érzések és az önértékelésromlás napjainkra mindkét nemet érinti, annak ellenére, hogy nők esetében sokkal gyakoribb ez a jelenség. A negatív testkép mind a férfiak, mind a nők esetében olyan egészségügyi kockázatokot von maga után, mint az önértékelés és önbecsülés romlása, a depresszió és testképzavar kialakulása, az étkezési zavarok megjelenése, különböző szerek használata, valamint a sportmíntázat átalakulása, amely jelentheti a túlzott testedzést, de a sporttól való elhatárolódást is (Balogh et al., 2015; Wang et al., 2016; Fahri, 2018; Sattar et al., 2021).

Anyag és módszerek

Kutatásunk célja feltárni az összefüggéseket a sportban való részvétel (sportbevontság), valamint a testkép állapota között, továbbá, hogy megvizsgálja a különbségeket a nemek és életkorcsoportok tekintetében a testkép, az önértékelés, a sportbevontság és a tevékenység közben megélt érzések vonatkozásában.

Feltételeztük, hogy:

H1: A negatív testképpel rendelkező személyek nagyobb arányban végzik otthon a sporttevékenységüket a pozitív testképpel rendelkező társaikhoz képest.

H2: A negatív testképpel rendelkező személyek szignifikánsan nagyobb valószínűséggel élnek meg negatív érzéseket

sporttevékenység közben, mint a pozitív testképpel rendelkező társaik.

H3: A negatív önértékelés pozitív korrelációt mutat a negatív testképpel.

H4: A nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot érnek el az önértékelés skálán a férfiakhoz képest.

H5: A 18-26 évesek önértékelése szignifikánsan alacsonyabb pontszámot mutat, mint a 27-36 éves korosztályé.

H6: A 27-36 évesek pozitívabb testképpel rendelkeznek, mint a 18-26 éves korosztály.

H7: A nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot érnek el a Fizikai Aktivitás Élvezet Skálán, azaz kevésbé találják élvezetesnek a sportolást a férfiakhoz képest.

Az adatok gyűjtése elektronikus úton, hólabda módszer által valósult meg 2022. januárja és márciusa között. Kérdőívünk három validált kérdőívet tartalmazott, amelyeket az önértékelés (Rosenberg Önértékelési Skála magyar, validált verziója – RSES-H [Sallay et al., 2014]), a sporttevékenység közben megélt érzések (Fizikai Aktivitás Élvezet Skála magyar, validált verziója – PACES-H [Berkes et al., 2021.]), valamint a testkép (Fallon-Rozin - Emberalakrajzok Tesztje [Fallon és Rozin, 1985]) mérésére fejlesztettek ki. Ezenfelül alkalmaztunk egy én-énideál-diszkrepancia mutató nevű mérőeszközt (Béres et al., 2013), amely a testtel való elégedettség mérésére szol-

gált. Az általános szociodemográfiai és antropometriai (nem, életkor, magasság, testtömeg), valamint a sportszokásokra vonatkozó adatokat (gyakoriság/rendszeresség, edzésforma, sportág típusa, sportolási célja és szintje, a sportolás környezete) saját szerkesztésű kérdésekkel mértük fel. Minden válaszadót megkérdeztünk, mit tartana az ideális testtömegének? Ezt követően az általuk megadott magassághoz társítottunk egy testtömegértéket, amely az ideális lenne számára, ha 22-es testtömegindexszel rendelkezne, amely a normál kategória középértékét jelenti. A válaszadók által megadott testtömeget, valamint az általunk kalkulált érték különbségét alapul véve megállapítottuk, hogy a válaszadók ideális testkép elképzelései mennyire felelnek meg a valóságnak, ha csak és kizárólag az egészségüket vesszük alapul. Irreális testkép elképzeléssel rendelkeztek azok az egyének, akiknek 5 testtömegkilogrammnál magasabb értékű eltérés volt a számára megfelelő, valamint az általa idealizált testképe között.

A vizsgálatban csak a 18. életévét betöltött egyének vehettek részt, akik elfogadták a feltüntetett feltételeket és belegyeztek a kutatásban való részvételbe. Az adatok eloszlását Shapiro-Wilk normalitás teszttel vizsgáltuk, és mivel egyik esetben sem jelent meg normál eloszlás, így a kapcsolatok feltárására Mann-Whitney U tesztet, valamint ezenfelül kereszt-

tábla elemzést, khi-négyzet próbát alkalmaztunk. A statisztikai adatok elemzését a JASP 0. 16. 1. 0. verziójával készítettük el, a szignifikancia szintet $p \leq 0,05$ -nál határoztuk meg.

Kutatásunk során az inaktív és a sportban hetente legalább egyszeri alkalommal résztvevő hobbistákat vizsgáltuk, akik szabadidejük eltöltése gyanánt, rekreációs céllal végezték tevékenységüket (N=239). További beválasztási kritériumként határoztuk meg a vizsgált korcsoportot, amely a 18 és 36 éves kor közötti, fiatal felnőtt korosztály volt. Vizsgálatunkba nem kívántuk bevonni az él-, illetve versenysportolói populációt.

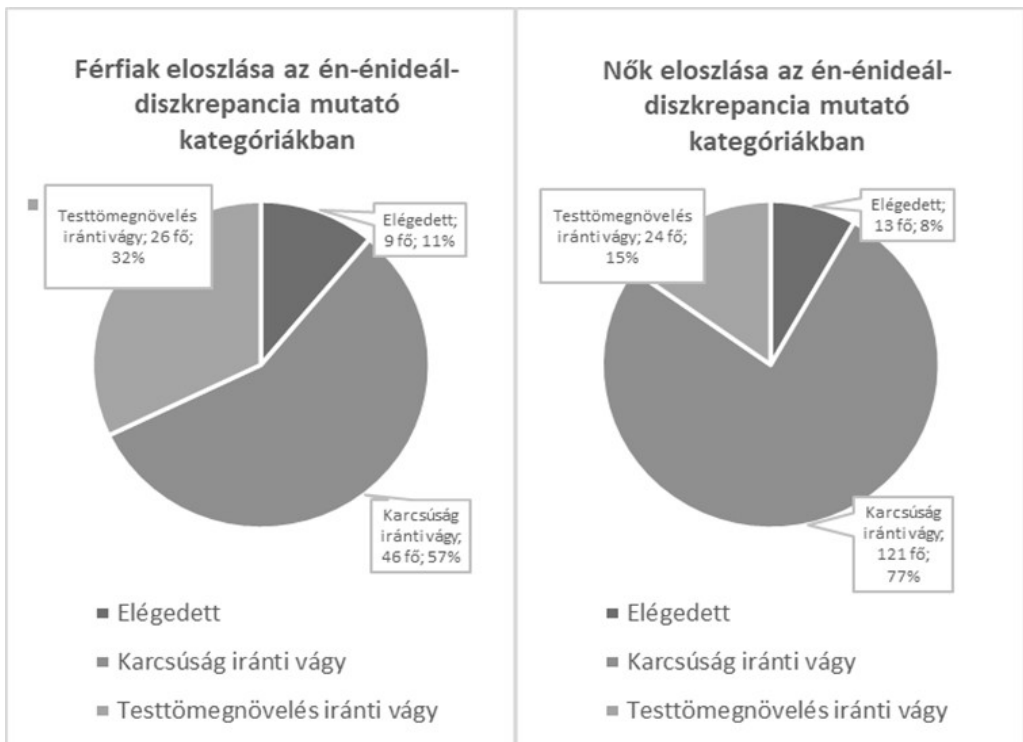
Eredmények

Az általunk vizsgált populáció 239 egyént foglalt magában, amely válaszadók nemi eloszlása: 66,3% nő (158 fő) és 33,8% férfi (81 fő) volt. A 18 és 26 év közötti korcsoportot 176 (73,6%), míg a 27 és 36 év közötti korcsoportot 63 fő (26,4%) alkotta. Az aktív és inaktív személyek megoszlása 73,6% és 26,4%-os arányban alakult. A testkép csoportok megoszlása tekintetében ez az arány 57-43% volt, ahol a negatív testképpel rendelkező egyének jelentek meg többen.

A nők megközelítőleg 77%-a vágyott az övénél kisebb testtömegre, míg a férfiaknak csupán 56%-a kívánt veszíteni testtömegéből. A testtömeg gyarapítására irányuló vágyak tekintetében a férfiak kétszer nagyobb arányban rendelkeztek negatív én-évideál-diszkrepancia mutatóval, mint a női válaszadók ($F=32,1\%$; $N=15,2\%$). A nem és az én-évideál-diszkrepancia mutatók között szig-

nifikáns összefüggés mutatkozott meg ($\chi^2=10,804$; $p=0,005$) (1. ábra).

A férfi és női csoportok esetében nem volt jelentős eltérés a sportban aktívan résztvevő és az inaktívak százalékos aránya között ($\chi^2=0,261$, $p=0,609$); ez szintén igaz volt a testkép állapotok közötti különbségre ($\chi^2=0,333$; $F^+=45,7\%$, $F^-=54,3\%$; $N^+=41,7\%$, $N^-=58,2\%$).



1. ábra: Az én-évideál-diszkrepancia mutatók a férfi és női csoportokon belüli százalékos eloszlásban
(Forrás: saját szerkesztés)

A két nem között szignifikáns különbséget találtunk az önértékelési pontszámok tekintetében, ahol a nők szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a Rosenberg Önértékelési Skálán a férfiakhoz képest ($W=4555$; $p<0,001$; $M^{\text{nő}}=16,9$; $M^{\text{férfi}}=20,4$; $SD^{\text{nő}}=7,117$; $SD^{\text{férfi}}=7,312$).

A válaszadók 56%-a irreális testideált nevezett meg önmaga számára, amely a testtömegindex értékek alapján a normális, egészséges határokon kívül is húzódhat. Nagyobb mértékű eltolódást tapasztaltunk az irreális ideálok irányába férfiak esetében ($F^{\text{irreális}}=65,4\%$, $F^{\text{realis}}=34,6\%$; $N^{\text{irreális}}=50,6\%$, $N^{\text{realis}}=49,4\%$). A nem és az ideálisnak vélt testkép között szignifikáns összefüggést találtunk ($\chi^2=4,752$; $p=0,029$).

A két nem között nem volt szignifikáns különbség a sportban megélt érzések tekintetében - a nők azonos mértékben találták élvezetesnek a sporttevékenységet, mint férfi társaik ($W=6621,500$; $p=0,661$; $M^{\text{nő}}=41,44$; $M^{\text{férfi}}=41,38$; $SD^{\text{nő}}=10,58$; $SD^{\text{férfi}}=8,71$).

A pozitív és negatív testképpel rendelkezők között nem volt szignifikáns különbség a sportban megélt érzések tekintetében ($W=7587,500$; $p=0,270$; $M^+=42,117$; $M^-=40,897$; $SD^+=10,128$; $SD^-=9,851$), valamint a testkép és a sportban való aktív részvétel között sem volt szignifikáns összefüggés ($\chi^2=0,002$; $p=0,964$). A negatív testkép és a negatív önértékelés között szintén nem volt szignifikáns összefüggés ($\chi^2=2,094$; $p=0,148$), tehát az

egyik nem jár konzekvensen a másikkal együtt.

Szignifikáns különbséget találtunk a 18-26 és a 27-36 éves korosztályok között önértékelési pontszámok tekintetében, ahol a 18-26 éves korosztály tagjai szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el, mint a 27-36 éves korosztály tagjai ($W=3672$; $p<0,001$; $M^{18-26}=16,98$; $M^{27-36}=21,2$; $SD^{18-26}=7,35$; $SD^{27-36}=6,49$).

A két korcsoportban megközelítőleg azonos arányban oszlottak meg a pozitív és negatív testképpel rendelkező egyének. A kis mértékű különbség miatt nem mondhatjuk ki, hogy a testkép és az életkor között szignifikáns összefüggés lenne ($\chi^2=0,063$; $p=0,801$).

Az önértékelés, valamint a sportban való részvétel között szignifikáns összefüggés mutatkozott meg ($\chi^2=3,944$; $p=0,047$). A sporttevékenységben rendszeresen résztvevő egyének szignifikánsan magasabb önértékelési pontszámokkal rendelkeznek, mint a sporttevékenységből kimaradó társaik.

A megkérdezettek nagyjából egyharmada otthon végzi sporttevékenységét (32%). A negatív testképpel rendelkező személyek 30%-a sportol otthonában. A testkép és az otthon végzett sporttevékenység között nem találtunk szignifikáns összefüggést ($\chi^2=0,620$; $p=0,431$).

Megbeszélés és következtetések

A sportolás helyszíne

Egyes számú hipotézisünket (H1) kénytelenek voltunk elvetni, hiszen nem volt szignifikáns összefüggés a testkép, valamint az otthoni sportolási környezet választása között. Számtalan más tényező is befolyásolhatja ezt a döntést: lehet ez a ráfordítható jövedelem vagy a szabadidő hiánya, utazási nehézségek, kényelmi szempontok stb. Rendkívül érdekes lehet a jövőbeni kutatások keretein belül felmérni a különböző sportkörnyezetek tárgyasítói és internalizáló hatását a további helyszínekre kiterjedően is.

Testideálok és az eléérésükre irányuló vágyak

Megegyező eredményeket kaptunk Sukkyung és Kyulee (2020), Leng et al., (2020), Peráčková et al., (2018), valamint Tosseli és Spiga (2017) kutatásaival, amelyek a nemek közötti különbségeket is vizsgálták abban a tekintetben, hogy milyen trendek jellemzőek a test megváltoztatására irányulóan. A nem és a vágyott testalkat típusok közötti is szignifikáns összefüggést találtunk, akárcsak a fent említett kutatók. Tehát megállapíthatjuk, hogy a nők valóban inkább karcsúbb, kisebb; míg a férfiak nagyobb, izmosabb testalkatra vágyanak. Eredményeink alátámasztják, hogy

valóban mindkét nemhez tartozik egy aktuális testideál, amelyhez hasonlóvá próbálja alakítani a saját testét az emberek nagyobb része. Leng et al. (2020) kutatásában másfélszeres különbséget találtak a nők és a férfiak között a karcsúság-vágy tekintetében, akárcsak mi, azonban a nagyobb testet preferálók esetében sokkal nagyobb, négyszeres különbség volt megfigyelhető. Rendkívül érdekes, hogy a saját kutatásunkban, és ebben a szingapúri kutatásban is szinte pontosan 32%-os arányban voltak férfiak, akik nagyobb testtömegre vágytak, azonban a magyar populációnk tekintetében, majdnem kétszer több női válaszadó tartozott ehhez a csoporthoz (Nő^{szingapúri}=8%; Nő^{magyar}=15,2%). Lehetséges magyarázat lehet, hogy a fizikai aktivitás népszerűsödésével elfogadottabbá vált a maskulinabb, erősebb női test, amelyre a body positivity elterjedése is hatással lehet. Magyarázat lehet még a két ország közötti kulturális és társadalmi különbség abban a tekintetben, hogy hogyan definiálják a szép és vonzó női testet. Az ázsiai országokban a karcsú, kis termet, míg Magyarországon talán inkább a telt-ség ismertetőjegyei köthetőek össze a feminin jellemzőkkel.

Az elérni kívánt testalkat sok esetben irreális elképzeléseket jelent, amely a válaszadóink idealizált testképének 56%-át érinti. Egyéni megítélésünk szerint a kutatásunk legnagyobb meglepetése, hogy a férfiak szignifikánsan nagyobb arány-

ban rendelkeztek irreális testképelképze-
lésekkel. Amennyiben egy egyén olyan
testalkat iránt vágyódik, amely az ő test-
alkatával nem kompatibilis; kellemetlen
érzéseket és szorongást élhet meg, a te-
hetetlenség-érzet pedig súlyosbíthatja
akár az önmagáról alkotott teljes képét.

Testideálok és az önértékelés

Wang et al. (2016), Fahri (2018), Sattar
et al. (2021) megállapításait, valamint
Fredrickson és Roberts (1997) tárgya-
sítási elméletét alapul véve fogalmaz-
tuk meg 4. számú hipotézisünket (H4),
amely azonos eredményeket hozott, mint
a kutatók által megfogalmazott és meg-
jósolt gondolatok. A nők és férfiak ön-
értékelése között valóban szignifikáns
különbség volt a vizsgált populációnk-
ban, ahol a nők alacsonyabb önértékelé-
si pontszámmal rendelkeztek, mint férfi
társaik. Amennyiben végig tekintünk az
elmúlt évezredekben, a férfi ideálok tekin-
tetében sokkal kisebb mértékű kilengés
volt tapasztalható, mint a nők esetében.
A női szépség definíciója folyamatosan
átalakulóban van: rendkívül szentitív az
aktualitásokra, és talán az adott országok
kulturális hatásaira is. Sokkal globáli-
sabb trendnek és ideálnak tűnik, hogy a
férfi attól lesz férfi, hogy nagy és erős,
mint az, hogy a nő attól nő, hogy kar-
csú és tónusos. A férfi ideálról alkotott
kép előbb tekinthető standardnak, mint
folyamatosan változóknak. Nők esetében

talán ez nincs így, amely okot adhat a
nők önértékelési érzéseinek romlására –
azonban ez a kérdéskörnek csak egyetlen
apró aspektusa. Felmerülhet hát ilyenkor,
hogy mi számít nagyobb tehernek? Egy
folyamatosan változó ideálhoz igazodni,
amely időszakosan lehet a mi testtípu-
sunkkal kompatibilis és „fogyaszthatósá-
gunkat” jelöli, vagy egy olyan kis mér-
tékben átalakuló nyomást kezelni, amely
örökérvényű és egyetlen alternatívaként
jelent abszolút azonosságot a nemi iden-
titás társadalom által támasztott kiteljesé-
désével? A számok és a tudomány jelen-
legi állása szerint az első... egy helyzet
negatív mivoltán, azonban nem képes a
végletekig csorbítani, hogy kevésbé lát-
ványos, mint a másik.

A korcsoportok közötti különbségekre
vonatkozó hipotézisünket (H5) Coelho
és munkatársainak (2015) áttekintése
alapozta meg, amely életkori sajátossá-
gokat figyelembe véve fogalmazta meg
az idősődéssel összefüggő önértéke-
lés-növekedést. Az általunk vizsgált két
korcsoport között valóban szignifikáns
különbség mutatkozott meg, ahol az idő-
sebb korosztály magasabb önértékelési
pontszámokat ért el, akárcsak Coelhoék
esetében. Ennek hátterében állhat, hogy
sokkal nagyobb élettapasztalattal rendel-
kezhetnek, gondolkodásuk árnyaltabb, és
nagyobb az esély, hogy több fajta mind-
settel találkoztak, amely a szépség defi-
níciónak fogalomkörét is kibővíthette
számukra. További lehetőség lehet még

a test funkcionalitásának előtérbe helyezése a megjelenéssel szemben, amely a pozitív testkép meglétének fontos aspektusa.

A sport és az önértékelés közötti kapcsolatot számtalan kutató bizonyította (Yigitler, 2014; Coelho et al., 2015; Nemček et al., 2017; Fahri, 2018; Leng et al., 2020) akik megállapították, hogy a sportban való részvétel pozitív hatással lehet az egyének önértékelési érzéseire. Jelenlegi kutatásunkban is igazoltuk ezt az állítást. Bár a sport képes lehet pozitív irányba mozdítani az önértékelést, attól, hogy valaki aktívan sportol, nem fog konzekvensen pozitív önértékeléssel rendelkezni, amely állításról kutatócsoportunk, valamint Kantanista et al. is (2018) bizonyosságot szerzett.

A negatív önértékelés és a negatív testkép kapcsolatára vonatkozó hipotézisünket (H3) el kellett vetnünk – a két változó közötti szignifikáns összefüggés nem volt bizonyítható.

A testkép kapcsolata a sportban való részvétellel és a tevékenység közben megélt érzésekkel

A testkép állapotában, valamint a testtel való elégedettség mértékében nem volt jelentős különbség a két nem, valamint az életkori csoportok (H6) között. Eltérő eredményeket kaptunk más, nők sportbevontságát vizsgáló kutatásokhoz képest, hiszen míg Leng et al. (2014), Pila et

al. (2016), Sattar et al. (2021), valamint Koulanova et al. (2021) a nők jelentősen alacsonyabb mértékű részvételét állapították meg, addig mi nem találtunk szignifikáns különbséget a két nem között. Ezen eredmények alakulásában jelentős befolyásoló tényező lehet a vizsgált populációnk fiatal átlagéletkora. Pila et al. (2016), valamint Szűcs et al. (2020) további eltolódást figyelt meg a nők irányába a negatív testkép előfordulása tekintetében, azonban mi nem találtuk jelentősnek a két nem közötti differenciát, valamint a statisztikai vizsgálat sem mutatott szignifikáns különbséget.

Tosseli és Spiga (2017), Nemček és Peráčková (2017), valamint Sattar et al. (2021) összefüggést találtak a sportbevontság és a testkép, a testtel való elégedettség állapota között. Jelen kutatásunkban nem tudtuk bizonyítani a testkép és a sportban való részvétel kapcsolatát, hiszen mind a negatív, mind a pozitív testképpel rendelkező egyének körében pontosan ugyanabban az arányban jelentek meg aktív és inaktív egyének egyaránt.

Egyedül Sattar et al. (2021) érintették a sportolás közben megélt érzések kérdéskörét, ahol nagyon szűkszavúan megállapították, hogy a magas önbecsülés, valamint a tökéletes testkép támogatja az egyéneket abban, hogy pozitív érzéseket éljenek meg és lelkesebbek legyenek a sporttevékenység iránt. Igaz volt, hogy esetünkben a negatív testképpel rendelkező egyének kevésbé élvezték a fizikai

aktivitást, azonban az eltérés olyannyira elhanyagolható, hogy egyértelműen nincs szignifikáns különbség a két csoport között (H2). Ezekből az információkból eredeztethetően nyilvánvaló, hogy a nemek között sem mutatkozott szignifikáns különbség, annak ellenére, hogy a nők önértékelési pontszámai alacsonyabbak voltak a férfiakénál. Mindkét nem képviselői azonos mértékben élvezik a fizikai aktivitást, a sporttevékenység művelését (H7).

A kutatás eredményeit torzíthatja, hogy a Fallon-Rozin Emberalakrajz Teszt nem ad átfogó képet a testkép állapotáról, ugyanis annak csak perceptuális dimenzióját méri. Kutatómunkánk alapján azt a konklúziót vonhatjuk le, hogy feltétlenül szükség lenne egy olyan mérőeszköz kialakítására, amely az összes többi dimenziót is lefedi, kiváltképp hazánkban, ahol évtizedek óta a Fallon-Rozin számít szinte kizárólagosan az egyetlen mérési opciónak. A végső következtetés a testkép és a sportbevonás kapcsolatáról inkább így hangzana, ha igazságosak kívánunk lenni: a sportban való részvétel és a testkép perceptuális dimenziója nincs szignifikáns összefüggésben egymással. Ahhoz, hogy valaki tartózkodó és szorongó magatartást mutasson a sportbevonással vagy egy edzőteremmel szemben, érzelmi alapon kell kialakulnia egy olyan erős meggyőződésnek, amely a testképének állapotát saját értéktelenségével fűzi össze.

Azt biztosan tudjuk, hogy ezen populáció esetében nem hátráltatta az egyéneket az a tényező, hogy elégedetlenek voltak testükkel, vagy az, hogy a valóságostól eltérően érzékelték testüket. Kitöltőink nagy részéhez a „Szeretést” Instagram oldal közvetítésével jutott el kérdőívünk, amely a body positivity mozgalom szellemiségében végzi tevékenységét. Bár, a média általi érintettséget nem vizsgáltuk kutatásunkban, a nemzetközi eredményekből eredeztethetően meg merjük kockáztatni annak a kijelentését, hogy ezen oldal tevékenységének hatása biztosan pozitívan befolyásolja az egyének önmagukról alkotott képét és az azzal kapcsolatosan megélt érzések milyenségét. Magyarázat lehet a nagy mértékű aktivitás, valamint a fizikai aktivitás élvezetének mértékére a populációnk jellegzetessége, de megeshet az is, hogy azok az egyének, akik ezeket a tartalmakat követik, azt érzik, joguk van a sporttevékenység művelésére, és képesek félretenni az önmagukkal kapcsolatos negatív érzéseket és gondolatokat, hogy időt fordítsanak egészségük megőrzésére, testük formálására, vagy a bennük munkálkodó stressz leküzdésére.

Kutatásunk megerősítette, hogy a sportolás előnyös hatással van az önértékelésre, továbbá információt kaptunk arról is, hogy az inaktivitás háttérben nem feltétlenül a negatív testkép áll. Kitekinésképpen elmondhatjuk, hogy a testkép és a sportbevonódás kapcsolatának pon-

tosabb megértése érdekében érdemes a testképet részletesebben felmérő kérdőívvel dolgozni. Ezen felül további kutatási irányt jelenthet a témában a média hatását is vizsgálni.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom Hideg Gabriellának, aki tökéletes alapokat adott útmutatásával, amikor bevezetett a kutatók világába. Külön köszönet illeti Szarka Szilviát, akinek bizalma és támogatása nélkül ez a kutatás soha nem készülhetett volna el.

A kutatást az Innovációs és Technológiai Minisztérium Tématerületi Kiválósági Program 2021 Egészség alprogramja finanszírozta, a Pécsi Tudományegyetem EGA-10 számú projekt keretében.

Felhasznált irodalom

1. Akçakoyun, F. (2018): Analysis of Self-esteem Levels of Students in Physical Education and Sport High School. *Journal of Education and Training Studies*, **6**(2): 73-79.
2. Babusa, B., Túry, F. (2012): Muscle dysmorphia in Hungarian non-competitive male bodybuilders. *Brief Report*, **17**: 49-53.
3. Balogh, L., Győri, F., Hajduné Petrovszki Z., Mikulán R., Szablics P., Szász, A., Vári, B., Molnár, A. (2015): *Sporttudomány a mindennapos testnevelés szolgálatában*. Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Testnevelési és Sporttudományi Intézet, Szeged.
4. Béres, A., Czeglédi, E., Babusa, B. (2013): A testedzésfüggőség és a testkép vizsgálata fitneszedzést végző nők körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, **14**(2): 91—114.
5. Berkes, T., Patakiné Bősze, J., Boros, S., Köteles, F. (2021): A mozgás élvezete és annak mérése. A "Fizikai Aktivitás Élvezet Skála" magyar verziójának (PACES-H) pszichometriai vizsgálata és validálása. *Magyar Sporttudományi Szemle*, **92**: 4-11.
6. Coelho, C.G., Giatti, L., Molina, M.D., Nunes, M.A., Barreto, S. (2015): Body image and nutritional status are associated with physical activity in men and women: The ELSA-Brazil study. *International Journal of Environment Research and Public Health*, **12**(6): 6179–6196.
7. Dev, S., Uthaman, N. (2020): Relationship Between Sport and Self-Esteem among University Students. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, **24**(2): 5532-5544.
8. Fallon, A., Rozin, P. (1985): Sex differences in perception of desirable

- body shapes. *J. Abnorm. Psychol.*, **94**: 102–105.
9. Fredrickson, B.L., Roberts, T. (1997): Objectification theory: Toward understanding women's lived experiences and mental health risks. *Psychology of Women Quarterly*, **21**: 173–206.
10. Kantanista, A., Glapa, A., Banio, A., Firek, W., Ingarden, A., Malchrowicz-Moško, E., Maćkowiak, Z. (2018): Body image of highly trained female athletes engaged in different types of sport. *BioMed Research International*, 2018, 6835751, <https://doi.org/10.1155/2018/6835751>
11. Koulanova, A., Sabiston, M., C., Pila, E., Brunet, J., Sylvester, B., Sandmeyer-Graves, A., Maginn, D. (2021): Ideas for action: Exploring strategies to address body image concerns for adolescent girls involved in sport. *Psychology of Sport & Exercise*, **56**: 102017. <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2021.102017>
12. Leng, H.K., Kuo, T., Baysa-Pee, G., Tay, J. (2014): Make me proud! Singapore 2010 Youth Olympic Games and its effect on national pride of young Singaporeans. *International Review for the Sociology of Sport*, **49**(6): 745-760.
13. Leng, H.K., Phua, YX., Yang, Y. (2020): Body Image, Physical Activity and Sport. *Physical Culture and Sport. Studies and Research*, **85**: 40-49.
14. Liechty, T., Sveinson, K., Willfong, F., Evans, K. (2015): It Doesn't Matter How Big or Small You Are... There's a Position For You. Body Image Among Female Tackle Football Players. *Leisure Sciences*, **37**(2): 109–124.
15. Nemček, D., Kraček, S., Peráčková, J. (2017): Rosenberg Self-Esteem Scale analyses among elite and competitive athletes, recreational athletes and inactive individuals. *Journal of Physical Education and Sport*, **249**(5): 2305 - 2310.
16. Nerini, A. (2015): Media influence and body dissatisfaction in preadolescent ballet dancers and non-physically active girls. *Psychology of Sport and Exercise*, **20**: 76-83.
17. Peráčková, J., Chovancová, A., Kukurová, K., Plevková, L. (2018). Self-evaluation of body image in sport active and sport inactive adolescent girls. *Acta Gymnica*, **48**(3): 109–114. p.
18. Perelman, H., Buscemi, J., Dougherty, E., Haedt-Matt, A. (2018): Body Dissatisfaction in Collegiate Athletes: Differences Between Sex, Sport Type, and Division Level. *Journal of Clinical Sport Psychology*, **12**(4): 718-731.
19. Pila, E., Barlow, M., Wrosch, C., Sabiston, C. (2016): Comparing the body to superior others: Associations with daily exercise and body evaluation in men and women. *Psychology of Sport and Exercise*

cise, **27**: 120-127.

20. Rosenberg, M. (1965): The measurement of self esteem. In: Rosenberg, M.: *Society and The Adolescent Self Image*. Princeton NJ: Princeton University Press, 16-36.

21. Sabiston, C.M., Pila, E., Vania, M., Thøgersen-Ntoumanie, C. (2018): Body image, physical activity, and sport. *A scoping review. Psychology of Sport & Exercise*, **42**: 48–57.

22. Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., Ittész, T. (2014): A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **15**(3): 259-275.

23. Sattar, S., Khan, S., Iqbal, S. (2021): Impact of Self-esteem and Body Image on Sports Participation of Female Athletes. *International Journal of Physical Education and Sports Sciences*, **4**(1): <https://doi.org/10.51846/the-sky.v4i1.816>

24. Sukkyung, Y., Kyulee, S. (2020): Sociocultural Influences, Drive for Thinness, Drive for Muscularity, and Body Dissatisfaction among Korean Undergraduates. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **17**(14): 5260.

25. Szűcs, R.S., Pólya, É., Szakály, Z. (2020): A testkép megítélése rendszeres

sporttevékenységet végzők körében. *Acta Carolus Robertus*, **10**(2): 189–207.

26. Tosseli, S., Spiga, F. (2017): Sport practice, physical structure, and body image among university students. *Journal of Eating Disorders*, **5**: 31.

27. Wang, Y., Lyu, Z., Chen, H., Wu, S., Xiao, Z. (2016): Body image disturbance among males: the influence and the hypothesized mechanism of mass media. *Advances in Psychological Science*, **24**(2): 282–292.

28. Yiğiter, K. (2014): A comparative study on American and Turkish students self esteem in terms of sport participation: A study on psychological health. *Academic Journals, Educational Research and Reviews*, **9**(15): 531-534.

CZABAI VERONIKA ^{1*}, PAÁR DÁVID ¹

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Fizioterápiás és Sporttudományi Intézet

*Email: vczabai@hotmail.com

LABDARÚGÓ AKADÉMISTÁK NEVELÉSI KÖLTSÉGEINEK SZÁMBAVÉTELE

ACCOUNTING COSTS OF SOCCER ACADEMIC STUDENTS

Absztrakt

Célkitűzés: Manapság egy gyermek felnevelése jelentős anyagi ráfordítást igényel a szülők részéről, amely igencsak megterheli a család költségvetését. Kutatásunkban arra keresünk választ, hogy akadémiái keretek között egy sportpályafutásra készülő gyermek nevelési költségei milyen mértékben növelik a család kiadásait, mennyibe kerül egy sportoló felnevelése a szülőknek, mekkora és milyen (elsősorban anyagi) áldozatokat kell hozniuk gyermekük jövőjéért.

Anyag és módszerek: Online kérdőíves kutatást folytattunk magyarországi labdarúgó akadémisták ill. nem sportoló kollégisták szüleinek körében (N=152 fő). A kérdőív saját szerkesztésű, 36 kérdésből állt. Főbb témakörei a háztartási sportkiadások és demográfiai adatok voltak. Az adatelemzés során leíró statisztikai módszereket, Shapiro-Wilk tesztet,

Mann-Whitney próbát és Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk.

Eredmények: Az akadémiái keretek között sportoló labdarúgók szüleinek magasabbak a kiadásai és nem szignifikánsan a bevételeik is, mint a normál kollégisták szüleinek. Ez a különbség a sportruházat és sportlábbeli, egyéb ruházat és lábbeli, egészségügyi kiadások, vitaminok és táplálékkiegészítők, valamint az utazás tekintetében érhető tetten. Az akadémistáknál kimutatható, hogy a kor előrehaladtával az étkezéssel, az internet és telefon előfizetéssel kapcsolatos kiadások nőnek.

Következtetések: Az idősebb gyermek több kiadással jár a szülőknek, amely az akadémisták vonatkozásában mutatható csak ki. Biztosabb egzisztenciális háttérrel rendelkező családok tudnak is, és hajlandók is befektetésként tekinteni a sportra, erre pénzt és időt áldozni.

Kulcsszavak: nevelési költségek, társa-

dalmi háttér, egészségtudatosság, akadémista labdarúgók

Abstract

Objectives: Raising a child requires a significant financial investment from the parents, which puts a heavy strain on the family budget. In this research, we are looking for answers to the question of how much the costs of raising a child in a sport academy increase the family's expenses, how much it costs parents to raise an athlete, and how much and what (mainly financial) sacrifices they have to make for their child's future.

Material and methods: We conducted an online questionnaire survey among parents of football academy students and non-athletic college students in Hungary (N=152). The questionnaire was self-designed and consisted of 36 questions. The main topics were household sports expenditure and demographic data. Descriptive statistical methods, Shapiro-Wilk test, Mann-Whitney test and Spearman's rank correlation were used for data analysis.

Results: Parents of soccer players who play in the academy have higher expenditures and non-significantly higher incomes than parents of normal college students. This difference is shown up for sports clothing, sports footwear, other clothing and footwear, health expenditure, vitamins and food supplements and

travel costs. Among academy players, spending on meals, internet and telephone subscriptions increases with age.

Conclusions: Expenses of child are raising by age, which can only be detected for academic players. Families with a more secure existential background can and are willing to consider sport as an investment, sacrificing money and time for it.

Keywords: education costs, social background, health awareness, soccer players

Bevezetés

A labdarúgás, - az egészségmegőrzés eszközeként is - jelentős befolyással bír, hiszen a világ legnépszerűbb sportágáról beszélünk (MLSZ, 2020). Vajon mindenki számára egyenlően elérhető-e ez a sport? Velencei (2012) eredményei azt támasztják alá, hogy a sportutánpótlásban támogatott sportolók társadalmi környezete legalább a magyarországi középosztállyal van egy szinten, sőt, bizonyos sportágak esetében azt jelentősen meg is haladja. Az életkor előrehaladtával a társadalmi státusz azonban már nem szelekciós tényező. A területi dimenzió mentén végrehajtott elemzései kimutatták, hogy a versenysport utánpótlás-nevelése szempontjából létezik a területi lejtő, előnyös helyzetben vannak a fővárosban, nagyvárosokban, illetve gazdaságilag fejlettebb területeken élő fi-

atalok. A GDP magasabb területi aránya több TAO támogatást, több igazolt, utánpótláskorú labdarúgót jelent (Csordás és Győri, 2018).

Havran (2017) a hivatásos játékosok piacának működését vizsgálva elemezte a játékosok vásárlásának és képzésének tendenciáit. Bizonyította, hogy a játékosok vásárlásával és fejlesztésével (kinevelésével) javíthatja egy klub játékosállományának minőségét, ezzel együtt pedig magasabb szinten elégítheti ki fogyasztóinak igényeit, és ezzel egy időben teremthet értéket tulajdonosának is. A labdarúgó klubok stratégiájának kialakítása és megvalósítása szorosan összefonódik a játékosaik minőségével, illetve a játékosok (mint fő „termelési” erőforrás) beszerzésének útjával (vásárlás vagy nevelés). A kluboknak - akár értékesítés céljából, akár a saját működésük céljából képzik játékosaikat -, arra kell törekedniük, hogy értékteremtő folyamataikat minél hatékonyabban szervezzék.

Bár a klubok a képzési költségek jelentős részét fedezik, a szülőkre is nagy terhek hárulnak, és ha ez a finanszírozási láb hiányzik, akkor a gyerek nem futhatja be azt a karriert amire képes lenne. Sok esetben a szülők anyagi lehetőségei erősen korlátozottak, ezáltal nem képesek gyermekük sportkarrierjét megfelelően segíteni. Stabil anyagi háttérrel, családi támogatással számottevően nagyobb eséllyel jut el valaki az élsport, profizmus szintjére (amely megélhetést is biztosít

hat későbbiekben), mint a szerényebb anyagi háttérrel rendelkező családból származóknak. Ezt támasztja alá Bognár et al. (2006) tanulmánya is, vagyis jelentős szerep hárul a szülőkre nemcsak az értékrend, a hozzáállás, az akarati és érzelmi tényezők biztosításában, hanem a sportolás erkölcsi- és anyagi feltételeinek megteremtésében is.

A családi pénzügyi befektetések által a szülők meghatározzák a gyermek elkötelezettségét és a sport iránti szeretetét, sportolási hajlandóságát. Dunn et al. (2016) rávilágítottak a család pénzügyi befektetései és a gyermek sport iránti elkötelezettsége közötti összefüggésre, illetve a szülői nyomás és a gyermekek sportélvezetének összefüggéseire. Az eredmények azt mutatták, hogy a családi pénzügyi befektetések – és ezáltal a szülők - meghatározzák a gyermek elkötelezettségét és a gyermek sport iránti szeretetét. McMillan et al. (2016) kanadai kutatásukban azt tapasztalták, hogy az egyszülős és az újjáalakult családban élő fiatalok esetében jelentős eltérések vannak a szervezett sportoláson való részvétel alapján, amit részben a családi jólét közvetített. Ez a kutatás is alátámasztja azt, hogy a tehetősebb családok gyermekei sportolnak többen, hiszen a sport olykor jelentős kiadásokkal jár, amelyet nem minden szülő tud biztosítani gyermekének.

A sportos életvitel és a család közötti kapcsolatot Newhouse-Bailey et al.

(2015), míg a sportolásban történő részvételt a demográfiai tényezők, a társadalmi-gazdasági státusz és a szociokulturális tényezők közötti összefüggéseket Toftegaard-Stockel et al. (2011) vizsgálta. Newhouse-Bailey et al. (2015) eredményei szerint mind a házastársi kapcsolatra, mind a családi egységre milyen hatással van gyermekük ifjúsági élsportban való részvétele, különösen az erőforrások (anyagi és időbeli) kimerülése révén. A házasság és a családok működését leginkább az együtt eltöltött idő segíti elő, az ifjúsági élsporttal járó életvitel azonban a legtöbb esetben kihívást jelent ennek megvalósításában. Azok a családok, amelyek kifejezetten erőfeszítést tesznek arra, hogy családként együtt töltsenek időt, jobban képesek a családot alkotó egyénekre összpontosítani. Ennek köszönhetően javul a családi intimitás, a kommunikáció és végső soron a működés. Az utánpótlás-sportban résztvevő gyermekek és családjaik számára ez az életvitel kihívást jelent az időráfordítás és a logisztika miatt, mind a házasságot, mind a családi egységet tekintve. Toftegaard-Stockel et al. (2011) tanulmányukban arra jutottak, hogy a társadalmi-gazdasági státusz és a szociokulturális tényezők voltak a legmeghatározóbbak a serdülők sportolásában.

A sportolók, azon belül is a labdarúgó akadémisták társadalmi háttérének vizsgálatával kapcsolatos külföldi és belföldi szakirodalom hiányos, vagyis a gazdasá-

gi kutatások nem a háztartások kiadásait és terheit vizsgálták (mint ahogyan azt mi tettük), hanem leginkább az állami kiadások és/vagy sportszervezetek oldaláról közelítették meg a kérdést. A következő két magyar kutatás sem a szülőket, hanem akadémista labdarúgókat, illetve a sportszakmai vezetőket, edzőket szóladtattak meg, de fontosnak tartjuk kiemelni, hiszen ezt a két kutatást magyar labdarúgó akadémiákon végezték.

Rábai (2021) arról tesz említést, hogy a kutatások nagy része pszichológiai, politikai, és/vagy gazdasági kérdések mentén elemzi az akadémiákat. Az intézmények gyakran érezhetően széleskörű érdeklődést keltő aktuálpolitikai vonatkozásaik vagy gazdasági helyzetük miatt kerültek fókuszba (Rábai, 2021). Kutatása során fővárosi és vidéki labdarúgó akadémisták társadalmi környezetét, objektív és szubjektív anyagi tőkét, kulturális tőkét és vallásosságukat vizsgálta. Önbevallásuk szerint az akadémisták 89%-a saját döntés alapján került az egyes akadémiákra. Intézményválasztásukat nem a jövőbeli sportpályafutásuk befolyásolta szignifikánsan, hanem a más akadémián való korábbi szereplés ($p < 0,001$). Az akadémisták többségének valamelyik szülője vagy testvére is sportolt korábban, és zömében labdarúgók voltak. A fővárosi és vidéki akadémisták között szignifikáns különbség mutatható ki ebben a tekintetben ($p = 0,032$). A szerző jelentős nem talált különbséget a vidéki és fővá-

rosi akadémisták társadalmi háttérében, a szubjektív és objektív anyagi helyzet és a kulturális tőke tekintetében, viszont a településtípus kapcsán szignifikáns különbségek adódtak ($p < 0,001$). A fővárosi akadémiaikban lakó fiatalok 35%-ának állandó lakhelye Budapest, míg a vidéki akadémiaik esetében mindössze 1% lakik az akadémiaiknak helyet adó településen. Az akadémista populáció majdnem fele (42%) a fővárosi akadémiaikon található meg. A vallásosság kérdéskörében 54% vallásosnak tartja magát. A vidéki és fővárosi eredményeket összevetve szignifikáns különbség mutatható ki ($p = 0,048$), vagyis a vidéki akadémisták vallásosabbak a fővárosi társaikhoz viszonyítva.

A másik, ehhez a témához kapcsolódó kutatásban Tóth és Dóczi (2017) arra keresték a választ, hogy egy hátrányos helyzetű fiatalnak mekkora esélye van bekerülni egy elit akadémiaira. A kapott eredmény szerint az akadémiaikon nagyobb arányban találhatóak jó anyagi és életkörülményekkel rendelkező családokból érkező fiatal labdarúgók, illetve az elmaradott térségekből nehezebb bekerülni egy kiemelt utánpótlásképző központba.

Célkitűzések

A kutatás fő célja az, hogy objektív képet kapjunk arról, hogy a szülőkre milyen és mekkora anyagi terhet ró egy gyermek felnevelése, különösképpen, ha a

gyermek versenyszerűen sportol. Milyen plusz kiadások terhelik a sportoló gyermekek szüleit? S e kérdések eredményének összehasonlításában kimutatható-e szignifikáns különbség akadémista labdarúgók és átlagos kollégista fiatalok tekintetében?

Feltételezésünk szerint a szervezett, magas szintű utánpótlás nevelés szinterei (akadémia) a jobb anyagi feltételekkel rendelkező szülők gyermekei számára válnak jobbra elérhetővé. Biztos egzisztenciális háttérrel rendelkező családok tudnak is, és hajlandók is befektetésként tekinteni a sportra, erre pénzt és időt áldozni.

Szeretnénk a figyelmet felhívni arra, hogy az ezen a területen végzett kutatások mennyire hiányosak. Ahogyan a gyermek nevelésének és személyiségének megalapozása a családban indul el, úgy a sporttal kapcsolatos anyagi, tárgyi és időbeli befektetések döntése is a szülők kezében van elsősorban. A családok, szülők szocio-demográfiai jellemzőinek ismeretében pontosabb sportági stratégia dolgozható ki a tehetségek menedzselésére. E problémakör a nemzeti sportstratégia finanszírozási rendszerének taglalásakor is megemlítésre kerül úgy, mint: „A háztartások szerepe a sportfinanszírozásban az ismert gazdasági-társadalmi problémák miatt még nem elég jelentős, egy vékony társadalmi réteg képes csak jól artikulálni és kielégíteni a rendszeres testedzésre irányuló szükségletét, bár eh-

hez kapcsolódóan jelezni kell a szülői, családi kiadások, hozzájárulások – főképpen az utánpótlássportban – jelentős növekedését” (65/2007. (VI. 27.) OGY határozat a Sport XXI. Nemzeti Sportstratégiáról).

Hipotézisek

H1: Feltételezzük, hogy az akadémia keretein belül sportoló labdarúgók szüleinek kiadásai, vagyis a befektetésük a gyermekükbe, jóval magasabbak, mint az átlagos kollégisták szüleié.

H2: Feltételezzük, hogy az akadémisták szüleinek bevételi forrásai magasabbak, mint az átlagos kollégisták szüleié, ami jobb alapot szolgáltat a profi sportolóvá váláshoz.

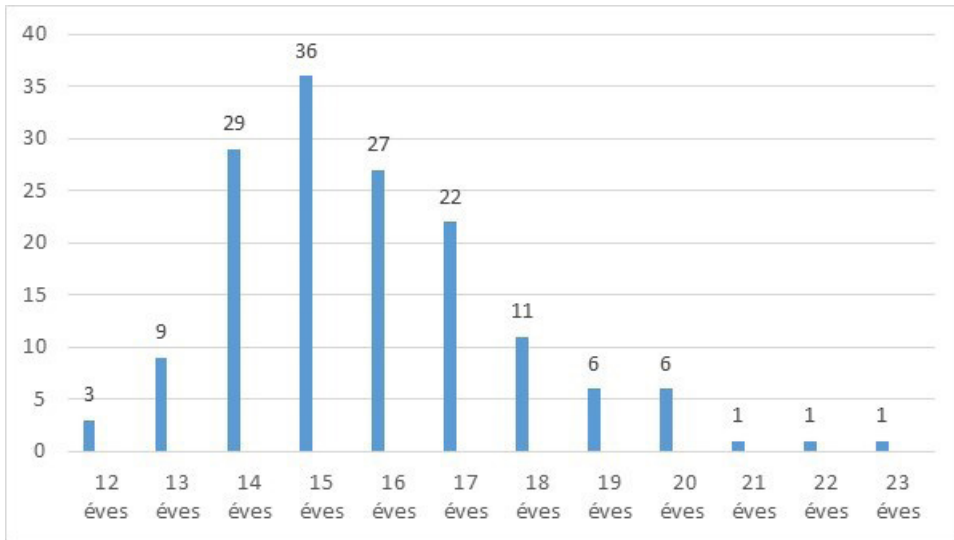
H3: Feltételezzük, hogy egy idősebb akadémista több költséggel jár, mint egy fiatalabb, ami viszont nem igaz átlagos kollégisták esetében.

Anyag és módszerek

A kutatás típusa kvantitatív kérdőíves kutatás. A felmérés online történt. Anonim önkitöltős saját szerkesztésű kérdőívet használtunk a Google Drive segítségével. A kérdőív linkjét kísérő szöveggel e-mailben juttattuk el a szülőkhöz az akadémia és a kollégium vezetőinek segítségével. A kutatás 2021. decembertől 2022. februárig tartott. A kutatás célcsoportja a Magyar Futball Akadémia

(Honvéd) és a Sándor Károly Akadémia (MTK) akadémistái, a bejáró és bentlakó labdarúgók szülei, illetve a Váci Mihály Kollégiumban (VMK) lakó diákok szülei. A kutatás során a mintavétel egyszerű, kényelmi és önkéntes alapon történt. A kérdőívet kitölthette minden olyan szülő, akinek gyermeke az MFA akadémian, vagy a Sándor Károly Akadémián futballozik, bejárós vagy bentlakásos formában tagja az akadémianak. A kontroll csoportot a Váci Mihály Kollégiumban bentlakó diákok szülei képezték, akik önként vállalták a kérdőív kitöltését. Ők olyan gyerekek szülei, akik bentlakásos kollégiumban laknak, de nem labdarúgó akadémisták.

Az online kérdőíveket összesen 152-en töltötték ki (N=152). Ebből: nem kollégiumban lakó MTK labdarúgó akadémista 4 fő (2,6%), kollégiumban lakó MTK labdarúgó akadémista 25 fő (16,4%), nem kollégista MFA Honvéd labdarúgó akadémista 14 fő (9,2%), kollégista MFA Honvéd labdarúgó akadémista 50 fő (32,9%), „normál” kollégista (VMK) (nem labdarúgó akadémista) 59 fő (38,8%).



1. ábra: A kitöltők gyermekeinek kor szerinti eloszlása (%) (N=152)

(Forrás: saját szerkesztés)

A kutatás során egy 36 kérdésből álló kérdőívvel dolgoztunk, amely saját szerkesztésű. Idegen forrásból elemek nem kerültek átvételre. A kérdőívek kitöltése online és anonim módon történt. A kutatás során a háztartások kiadásai: ruházat és lábbeli, étkezés, egészségügy (gyógyszer és kezelés), sport és egészség (táplálékkiegészítők, vitaminok), útiköltség, oktatás, nyaralás, zsebpénz kiadásait rögzítettük. Az akadémistákra és kollégistákra vonatkozó alap adatok: nem, kor, képzési forma. A kitöltő szülőre vonatkozó alap adatok: családi állapot, a háztartásban élő gyermekek száma, a háztartásban élők száma, eltartottak száma, legmagasabb iskolai végzettség, a házastárs/élettárs legmagasabb iskolai végzettsége, településtípus, jövedelem, melyik megyében él.

Az adatelemzés során leíró és következtetési statisztikai módszereket alkalmaztunk IBM SPSS Statistics (Version 21.0.) használatával: Shapiro-Wilk tesztet a normál eloszlás vizsgálatához, Mann-Whitney próbát a vizsgálti és kontroll csoport összehasonlításához, illetve Spearman-féle rangkorrelációt az életkor és a kiadási tételek összevetéséhez.

Eredmények

A felállított hipotézis tesztelése érdekében, első lépésben létrehoztunk egy kétkimenetelű változót (1=Akadémista; 2=Nem akadémista). Akadémistának számít az, aki bent lakik az akadémián (kollégista) és aki bejárós az is. Nem akadémistának számít a bentlakásos kollégista, aki „normál”, nem labdarúgó kollégiumban lakik. Második lépés-

ben megvizsgáltuk, hogy a kiadásokra vonatkozó változók normális eloszlást követnek-e az újonnan létrehozott két kategória szerint. Mivel az elvégzett Shapiro-Wilk tesztek alapján egyik kategória szerint sem tekinthetők a kiadástípusok

normális eloszlásúnak, ezért a kategóriák közötti különbségek meghatározását a nem paraméteres próbák közé tartozó Mann-Whitney teszt segítségével végeztük el. A kapott eredményeket az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: Kiadások különbségei az akadémisták és nem akadémisták körében

Kiadások		Shapiro-Wilk teszt		Mann-Whitney teszt			
		W (df)	p	Rang átlag	U	Z	p
Sportruházat, sport lábbeli	Akadémista	0,862 (93)	<0,001***	97,47	793,5	-7,412	<0,001***
	Nem akadémista	0,710 (59)	<0,001***	43,45			
Egyéb ruházat, lábbeli	Akadémista	0,225 (93)	<0,001***	88,80	1600,0	-4,356	<0,001***
	Nem akadémista	0,347 (59)	<0,001***	57,12			
Egészségügyi kiadások	Akadémista	0,583 (93)	<0,001***	85,35	1920,0	-3,375	0,001***
	Nem akadémista	0,400 (59)	<0,001***	62,54			
Vitaminok, táplálékkiegészítők	Akadémista	0,805 (93)	<0,001***	88,85	1594,5	-4,421	<0,001***
	Nem akadémista	0,719 (59)	<0,001***	57,03			
Étkeztetés	Akadémista	0,865 (93)	<0,001***	75,15	2618,0	-0,477	0,633
	Nem akadémista	0,935 (59)	0,004**	76,83			
Internet és telefon előfizetés	Akadémista	0,169 (93)	<0,001***	79,61	2454,5	-1,101	0,271
	Nem akadémista	0,877 (59)	<0,001***	71,60			
Utazás	Akadémista	0,384 (93)	<0,001***	83,76	2068,0	-2,564	0,010*
	Nem akadémista	0,951 (59)	0,020*	65,05			
Összes költség	Akadémista	0,542 (93)	<0,001***	89,14	1568,0	-4,444	<0,001***
	Nem akadémista	0,860 (59)	<0,001***	56,58			

***p<0,001; **p<0,01; *p<0,05

(Forrás: saját szerkesztés)

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgált kiadástípusok közül 5 esetben szignifikáns különbség van az akadémisták és a nem akadémisták (rangátlagai) között. A sportruházat, sportlábbeli ($U=793,5$; $Z=-7,412$; $p<0,001$), egyéb ruházat, lábbeli ($U=1600,0$; $Z=-4,356$; $p<0,001$), egészségügyi kiadások ($U=1920,0$; $Z=-3,375$; $p=0,001$), vitaminok és táplálékkiegészítők ($U=1594,5$; $Z=-4,421$; $p<0,001$) és az utazás ($U=2068,0$; $Z=-2,564$; $p=0,010$) esetében találtunk különbségeket.

Amennyiben összegezzük a fenti kiadásokat és megnézzük az akadémisták és a

nem akadémisták leíró statisztikáit, akkor a következőket kapjuk: az akadémisták összes átlagos költsége 1.495.514,91 Ft/év (szórás=1.579.639,91 Ft), míg a nem akadémisták összes átlagos költsége 825.067,02 Ft/év (szórás=503.019,46 Ft). Mivel az összes kiadás eloszlása nem tekinthető normálisnak a Shapiro-Wilk próba szerint egyik kategóriában sem, ezért a két csoport közötti különbséget Mann-Whitney próbával vizsgáltuk szintén, mely szerint szignifikáns különbség van köztük ($U=1568,0$; $Z=-4,444$; $p<0,001$).

2. táblázat: Kiadási tételek és a válaszadók háztartások nettó jövedelmi átlagai és szórása az akadémisták és nem akadémisták körében (forintban)

Kiadások és jövedelem	Akadémista		Nem akadémista	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Sportruházat/sportlábbeli/év	159.215,10	122.947,60	41.001,68	53.081,57
Egyéb ruházat/lábbeli/év	204.248,40	517.210,40	113.552,50	264.276,50
Egészségügyi kiadások (pl. gyógyszer, kezelés, gyógytorna, masször, rehabilitáció) /hó	8.053,76	14.163,15	2.638,94	7.299,49
Vitaminokra és táplálékkiegészítőkre (pl. fehérje) /hó	9.252,68	9.525,03	4.033,89	5.665,12
Étkeztetés/hó	28.936,55	25.768,60	29.186,44	18.461,03
Internet és telefon előfizetés/hó	10.311,83	30.771,81	7.118,47	6.492,95
Utazás/hó	37.782,80	81.379,76	12.898,31	8.698,38
Háztartási nettó jövedelem/hó	565.252,40	265.609,80	459.708,30	239.520,60

(Forrás: saját szerkesztés)

A háztartási nettó jövedelmek tesztelése során ugyanazt a két kimenetelű változót használtuk (1=Akadémista 2=Nem akadémista), mint a költségek esetében, majd megvizsgáltuk, hogy ebben a két kategóriában normálisnak tekinthető-e a szülők jövedelmének eloszlása. A normalitás ellenőrzésére irányuló Shapiro-Wilk tesztek szerint sem az akadémisták ($W(42)=0,924$; $p=0,008$), sem pedig a normál kollégisták ($W(24)=0,914$; $p=0,043$) csoportján belül nem teljesül a normalitás feltétele, ezért a két csoport közötti különbséget ezúttal is Mann-Whitney próbával vizsgáltuk meg. Annak ellenére, hogy az akadémista gyerekek háztartásának ma-

gasabb a jövedelme a mintában (Mean Rank=36,48), mint a normál kollégistáké (Mean Rank=28,29), ez a különbség nem tekinthető szignifikánsnak ($U=379,0$; $Z=-1,674$; $p=0,094$) az általánosan használt 5 százalékos szignifikancia szint mellett. Ezért csupán tendenciaszerűen jelezhetjük, hogy az akadémisták szülei úgy tűnik, hogy jobb anyagi helyzetben vannak.

Az életkor és a kiadási tételek kapcsolatának tesztelése során Spearman-féle rangkorrelációs elemzéseket végeztünk, külön az akadémisták és külön a nem akadémisták körében. A 3. táblázat ezeknek a vizsgálatoknak az eredményeit tartalmazza.

3. táblázat Az életkor és az egyes kiadási tételek alakulásának eredményei

Kiadások	Akadémisták			Nem akadémisták		
	r_s	n	p	r_s	n	p
Sportruházat, sportlábbeli	-0,01	93	0,958	-0,15	59	0,253
Egyéb ruházat, lábbeli	0,14	93	0,175	-0,07	59	0,593
Egészségügyi kiadások	0,18	93	0,078	0,07	59	0,601
Vitaminok, táplálékkiegészítők	0,11	93	0,293	-0,16	59	0,242
Étkeztetés	0,22	93	0,036*	0,09	59	0,517
Internet és telefon előfizetés	0,36	93	<0,001***	-0,05	59	0,682
Utazás	-0,08	93	0,477	0,23	59	0,082
Összes költség	0,108	93	0,317	0,066	59	0,628

*** $p<0,001$; ** $p<0,01$; * $p<0,05$

(Forrás: saját szerkesztés)

Az akadémisták körében szignifikáns (pozitív irányú, gyenge) kapcsolat van a gyermek életkora és az étkeztetési kiadások között ($rs=0,22$; $p=0,036$). Az internet és telefon előfizetés tekintetében a kapcsolat erőssége már inkább közepesnek tekinthető ($rs=0,36$; $p<0,001$). A többi kiadási tétel tekintetében nem találtunk összefüggést, mint ahogyan az összes költés tekintetében sem.

Megbeszélés és következtetések

Az első feltételezésünk szerint az akadémia keretein belül sportoló labdarúgók szüleinek kiadásai, vagyis a befektetésük a gyermekükbe, jóval magasabbak, mint a kollégisták szüleié. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a vizsgált kiadás típusok közül öt esetben szignifikáns különbség van az akadémisták és a nem akadémisták között: sportruházat, sport lábbeli, egyéb ruházat, lábbeli, egészségügyi kiadások, vitaminok és táplálékkiegészítők és az utazás. Mind az öt esetben az akadémisták értékei a magasabbak, az az ő szüleik költenek többet ezekre a tételekre. Ezek azok a költségek, amelyek a gyermek akadémista léte következtében megnövekednek, szemben a normál kollégista társaikkal. Az étkeztetés, valamint az internet és telefon előfizetés tekintetében nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatni az akadémisták és a nem akadémisták kö-

zött. Összességében tehát meghatározott költségtípusok tekintetében az akadémiai keretek között sportoló labdarúgók szüleinek magasabbak a kiadásai, mint a normál kollégisták szüleinek. Éves szinten átlagosan 670 ezer forinttal többet költenek az akadémisták szülei, tehát a hipotézis beigazolódott.

A második feltételezésünk szerint az akadémisták szüleinek bevételi forrásai magasabbak, ezáltal lehetővé téve, hogy profi sportolókká válhassanak a gyermekeik. Az erre a hipotézisre vonatkozó kérdés szenzitivitása miatt a 152 kitöltő közül csak 65-en válaszoltak erre a kérdésre. A mintabeli eredmények alapján szignifikánsan nem magasabbak az akadémisták szüleinek a bevételi forrásai, hanem közel azonos anyagi háttérrel rendelkeznek, mint a normál kollégisták szülei. Úgy gondoljuk, hogy tendencia szerűen az rajzolódik ki ezzel együtt, hogy jobb anyagi helyzetben vannak az akadémisták szülei, azonban ezzel együtt is az erre vonatkozó hipotézis nem igazolódott be.

A harmadik feltételezésünk szerint az idősebb akadémista nagyobb költséggel jár, vagyis a kiadások nőnek az életkorral, míg a kollégisták esetében ez nem áll fenn. Az eredmények alapján megállapítható, hogy az akadémisták körében szignifikáns (pozitív irányú, gyenge) kapcsolat van a gyermek életkora és az étkeztetési kiadások között ($p=0,036$),

ami azt jelenti, hogy az életkor előrehaladtával többet kell a gyermek étkeztetésére fordítani. Ugyanez az összefüggés írható fel az internet és telefon előfizetés tekintetében, annyi különbséggel, hogy ebben az esetben a kapcsolat erőssége már inkább közepesnek tekinthető ($p < 0,001$). Az összes költség tekintetében szignifikáns kapcsolat nem mutatható ki. A nem akadémisták csoportján belül az imént leírt összefüggések nem tapasztalhatók. Ez alapján elmondható, hogy a feltételezésünk beigazolódott, mivel az egyre idősebb korosztályhoz tartozó akadémistákra szüleik többet költenek bizonyos tételek esetében, ellentétben a kollégisták szüleivel.

Kutatásunk a nevelési költségek számbavételével próbál egy kis szeletet bemutatni két akadémia és egy „normál” kollégium diákjainak szülein keresztül a gyermekek nevelési költségeinek volumenéről. Az akadémia keretein belül sportoló labdarúgók szüleinek kiadásai, vagyis a befektetésük a gyermekükbe, jóval magasabbak, mint a kollégisták szüleinek. Hasonló, de mégis más vonatkozású kutatásokat végzett Rábai (2021), Dallmeyer et al. (2020) és Reizer (2011). Rábai (2021) értekezésében a labdarúgó akadémisták társadalmi háttérének vizsgálatában jelentős különbséget nem talált a vidéki és fővárosi akadémisták szubjektív és objektív anyagi helyzete és a kulturális tőke tekintetében. Ebben a ku-

tatásban csak akadémista labdarúgók vettek részt, így nem meglepő, hogy hasonló a kiadások nagysága is. Dallmeyer et al. (2020) a gyermekek és serdülők költségeinek és a sportban való részvételének kapcsolatát kutatták. A gyermek- és ifjúsági versenysportban a mobilitás, a felszerelés és a ruházat a legnagyobb költség a családok számára. Ezt a kutatásaink eredményei is alátámasztják, amelyhez még hozzájönnek az egészségügyi kiadások (gyógyszer, kezelés, gyógytorna, masszőr stb.), vitaminok és táplálékkiiegészítők is, amelyek a sportolással kapcsolatosan jelentkező többletköltségek a szülők számára. Az elit sportolói életmód megköveteli, hogy nem „csak” egészséges, hanem kirobbanó formában legyenek a labdarúgók, hogy a legjobb teljesítményt nyújthassák az edzéseken és a mérkőzéseken is. Ez egy fejlődő szervezet tekintetében, amikor is az utánpótlás korú sportoló „felépítése” történik, még hangsúlyosabbá válik a megfelelő szintű tápanyagbevitel (izomépítés), a megfelelő terhelés és pihenés, rehabilitáció arányának vonatkozásában. Sportsérülés esetén pedig a magas szintű orvosi beavatkozások, rehabilitáció az, ami jelentős többletkiadást eredményezhet. Ezért is volt az egyik feltételezésünk az, hogy a sportolói életvitel miatt az akadémisták szüleinek magasabbak a bevételi forrásai, amiből ezeket a fentebb is említett kiadásokat fedezni tudják. Tóth és Dóczi

2017-es, utánpótláskorú labdarúgók körében végzett esélyegyenlőségi-vizsgálata rámutatott arra, hogy az akadémiákon nagyobb arányban találhatóak jó anyagi és életkörülményekkel rendelkező családokból érkező fiatal labdarúgók. A kutatás eredményei azt is megállapították, hogy az elmaradott térségekből nehezebb bekerülni egy kiemelt utánpótlásképző központba. Velencei (2012) kutatási eredményei is azt támasztják alá, hogy a sportutánpótlásban támogatott sportolók társadalmi környezete legalább a magyarországi középosztállyal van egy szinten, sőt, bizonyos sportágak esetében azt jelentősen meg is haladja. Az életkor előrehaladtával a társadalmi státusz azonban már nem szelekciós tényező. A területi dimenzió mentén végrehajtott elemzései kimutatták, hogy a versenysport utánpótlás-nevelése szempontjából létezik a területi lejtő, előnyös helyzetben vannak a fővárosban, nagyvárosokban, illetve gazdaságilag fejlettebb területeken élő fiatalok. McMillan et al. (2016) kanadai kutatásukban azt tapasztalták, hogy az egyszülős és az újjáalakult családban élő fiatalok esetében jelentős eltérések vannak a szervezett sportolásban való részvétel alapján, amit részben a családi jólét közvetített. Ez a külföldi kutatás is alátámasztja azt, hogy a tehetősebb családok gyermekei sportolnak többen, hiszen az olykor jelentős kiadásokkal jár, amelyet nem minden szülő tud biztosítani gyer-

mekének.

Nem csak a sportágtól függően változnak a sportolásra fordított összegek (Dallmeyer et al. 2020), hanem aszerint is, hogy az idősebb akadémista nagyobb költséggel jár, vagyis a kiadások nőnek az életkorral. Neulinger és Radó (2015) eredményei szerint a gyermeknevelés hatására a háztartás kiadási szerkezete jelentősen módosul. Különböző életkorban különböző kiadás típusok kerülnek előtérbe. Az összes kiadástípust figyelembe véve az oktatás az, ami kivétel, arra a háztartások többit fordítanak a gyermek életkorától függetlenül. Eredményeink szerint az étkezési kiadásokban mutatható ki szignifikáns különbség. Érdekes, hogy az akadémisták szüleinek kiadásai jóval magasabbak, mint a normál kollégisták szüleinek. Az akadémián ingyenes az étkezés, a kontrollcsoport kollégiumában fizetni kell az étkezésért, habár nagyon jutányos áron kapnak ellátást. Valószínűleg a sportolói életvitel lehet az, amely megnöveli a táplálékra kiadott összeget egy akadémista családjában. Nagyobb az energiafelhasználás, ezért nagyobb és jobb minőségben kell azt pótolni is. A másik tétel az internetre és telefonra költött magasabb összeg. A mai kor már megköveteli, hogy mindenki rendelkezzen telefontal és internettel. A különbség talán abban mutatható ki, hogy milyen telefonja van, és milyen díjcsomagot használ a gyermek. Valószínű-

síthető, hogy a kontrollcsoport szülei az olcsóbb kategóriát választják mindkét esetben.

Kutatásunk során nehezítő körülmény volt, hogy nem találtunk tudományosan megalapozott kutatást szűkebb értelemben véve a tanulmány témájában, ezért kiindulási és összehasonlítási alap nem állt rendelkezésre. A kutatáshoz használt kérdőív is saját szerkesztésű, amely a későbbiekben még finomítható, mint ahogyan az egész kutatás. A nevelési költségek számbavétele nagyon komplex és egyedi háztartásonként is. Nehéz az összehasonlíthatóság, hogy ki mire költ és mennyit egy gyermek felnevelése során. A jövőben további vizsgálatokat lehetne végezni a többi labdarúgó akadémia bevonásával, amely biztosíthatná a reprezentativitást. Bővíthető a kutatás azzal is, hogy az akadémiák milyen és mekkora támogatásból működnek. Ezeket a forrásokat mire fordítják (fordíthatják) és ennek tükrében a szülők ezen felül mennyit költenek a gyermekükre? Ezen eredmények alapján pontosabb képet kaphatnánk arról, hogy egy utánpótláskorú labdarúgó nevelési költségei mekkorák. Az már egy távolabbra vezető kérdés, hogy vajon a befektetett pénz megtérül-e a labdarúgásnak, a nemzetnek és magának a labdarúgónak?

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk, Németh Zsanettnek a Sándor Károly Akadémia (MTK) oktatási referensének, Gaál Richárdnak a Magyar Futball Akadémia (Budapest Honvéd) Alapítványi Kollégium intézményvezetőjének, Herczeg Vincének a Magyar Futball Akadémia igazgatójának, Bukovics Andrásnak a Váci Mihály Kollégium intézményvezetőjének, hogy a három budapesti intézményben lehetővé tették és támogatták a kutatást, az online kérdőívek szülőkhöz történő eljuttatását.

A kutatást az Innovációs és Technológiai Minisztérium Tématerületi Kiválósági Program 2021 Egészség alprogramja finanszírozta, a Pécsi Tudományegyetem EGA-10 számú projekt keretében.

Felhasznált irodalom

1. Bognár, J., Trzaskoma-Bicsérdy, G., Révész, L., Géczi, G.(2006): A szülők szerepe a sporttehetség-gondozásban. *Kalokagathia*, **1-2**: 86-95.
2. Csordás, G., Győri, F. (2018): A magyar diákolimpia labdarúgó eredményei az utánpótlás tükrében. In: Molnár, A., Szász, A., Győri, F., Katona, Zs., Csetreki, R.R. Alattyányi, I. (eds.): *Sporttudományi absztraktok*. Dél-alföldi Ifjúsági Életmód és Szabadidő Alapítvány, Sze-

ged, 30-31.

3. Dallmeyer, S., Feiler, S., Breuer, C. (2020): Kosten des Kinder- und Jugendsports In: Breuer, C., Joisten, C., Schmidt, W. (eds.): *Vierter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht*. Hofmann-Verlag, Schorndorf, 352-372. Elérhető: https://www.researchgate.net/publication/344952368_Kosten_des_Kinder-_und_Jugendsports Letöltés ideje: 2020. november 4.

4. Dunn, C.R., Dorsch, T.E., King, M.Q., Rothlisberger, K.J. (2016): The Impact of Family Financial Investment on Perceived Parent Pressure and Child Enjoyment and Commitment in Organized Youth Sport. *Family Relations*, **65**: 287–299

5. Havran, Zs. (2017): *A játékosok vásárlásának és képzésének jelentősége a hivatásos labdarúgásban. A közép-kelet-európai és a magyarországi játékospiac sajátosságai*. Doktori értekezés. Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest.

6. MLSZ (2020): *A Magyar Labdarúgás Stratégiája 2020-2025*. Magyar Labdarúgó Szövetség, Budapest, Elérhető: https://szovetseg.mlsz.hu/adat/dokumentum/6908/dokumentumok/mlsz_strategiai_kiadvany_2021_web.pdf Letöltés ideje: 2021. december 4.

7. McMillan, R., McIsaac, M., Janssen, I. (2016): Family Structure as a Correlate of Organized Sport Participation among Youth. *PLOS ONE*, **11**(2):

e0147403. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147403>

8. Nemzeti Sportstratégia. 65/2007. (VI. 27.) OGY határozat a Sport XXI. Nemzeti Sportstratégiáról. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A07H0065.OGY&txtreferer=A1300027.EMM> Letöltés ideje: 2021. december 09.

9. Neulinger, Á., Radó, M. (2015): A gyermeknevelés hatása a háztartások kiadási szerkezetére. *Statisztikai Szemle*, **93**(7): 662-688.

10. Newhouse-Bailey, M., Dixon, M. A., Warner, S. (2015): Sport and Family Functioning: Strengthening Elite Sport Families. *Journal of Amateur Sport*, **1**(2): 1-26.

11. Rábai, D. (2021): *A hazai labdarúgó akadémiák tehetséggondozó tevékenysége. Labdarúgó akadémisták pedagógiai fókuszú vizsgálata fővárosi és vidéki akadémiák összehasonlításában*. Doktori értekezés. Debreceni Tudományegyetem, Debrecen.

12. Reizer, B. (2011): A gyermekvállalás hatása a család jövedelmére Magyarországon. *Demográfia*, **54**(2-3): 160-175.

13. Toftegaard-Stockel, J., Nielsen, G.A., Ibsen B., Andersen L.B. (2011): Parental, socio and cultural factors associated with adolescents' sports participation in four Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*. 606-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2010.01093.x>

14. Tóth, P. L., Dóczi, T. (2017): Esélyegyenlőség-vizsgálat utánpótláskorú labdarúgók körében. *Gazdaság- és Társadalomtudományok*, 2(4): 31-44.

15. Velencei, A. (2012): *Társadalmi esélyegyenlőtlenség az utánpótlás korú sportolók körében az államilag finanszírozott programokban résztvevők esetében*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest.

SCHWARTZ KRISTÓF^{1,2*}, VIZIN GABRIELLA³, BOROS SZILVIA²

¹ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Egészségfejlesztési és Sporttudományi Intézet

³ Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

*Email: schwartz.kristof@ppk.elte.hu

PROFESSZIONÁLIS TÁNCOSOK MENTÁLIS JÓLLÉTÉT, REGENERÁCIÓJÁT BEFOLYÁSOLÓ STRESSZFORRÁSOK KVALITATÍV FELTÁRÁSA INTERPRETATÍV FENOMENOLÓGIAI ANALÍZISSEL (IPA)

QUALITATIVE SURVEY ON THE MENTAL WELL-BEING AND SOURCES OF STRESS OF PROFESSIONAL DANCERS IN HUN- GARY WITH INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANA- LYSIS (IPA)

Absztrakt

Célkitűzés: A professzionális táncművészet fizikai és mentális szempontból fiatal gyermekkortól kezdve komoly kihívások elé állítja a művészeket. Míg a táncművészek képzése akár 9–10 évet is felölelhet, addig aktív színpadon töltött éveik gyakran nem haladják meg a 20–25 évet. A rövid karrierút nagy nyomást jelenthet, amely akár károsító tényezőként is funkcionálhat a művészek számára. Vizsgálatunk célja az volt, hogy megismerjük a magyar professzionális táncművészek gyermekkortól fennálló pszichés és fizi-

kai nyomással kapcsolatos tapasztalatait. Választ kerestünk arra a kérdésre, hogy a tanulóévek és később a munkakörnyezet milyen hatással van és volt a táncosok mentális egészségére, teljesítményére, terhelhetőségére.

Anyag és módszerek: Tizenhárom félig strukturált interjú az Interpretatív Fenomenológiai Analízis módszertanát alkalmazva elemeztük.

Eredmények: A táncművészek körében a toxikus munkakörülmények jellemzői rajzolódtak ki: többszörösen összetett hierarchikus rendszerben kell helytállniuk, miközben magas a bizonytalansági

tényező a szakmájukat és az egzisztenciájukat tekintve egyaránt.

Következtetések: A rendszerszintű malpedagógia és malkommunikáció eredményezte érzelmi abúzusok toxikus körülményt teremtenek, amely vélhetően negatív hatással van a táncművészek mentális egészségére, teljesítményére és érzelmeire. A táncművészek életére jellemző bizonytalansági tényezők támogatják az érzelmi kizsákmányolás lehetőségét.

Kulcsszavak: toxikus munkakörnyezet, tánc, IPA, trauma, jóllét, stressz, perfekcionizmus

Abstract

Objectives: The art of professional dance has posed serious challenges to artists from a young age, both physically and mentally. While the training of dancers can take up to 9-10 years, their years spent on an active stage often do not exceed 20-25 years. During the short career journey, they come under great pressure, which can even function as a detrimental factor for artists. The aim of our study is to get to know the experience of Hungarian professional dancers in relation to the mental and physical pressure from childhood, and how the learning and work environment affects and has affected their mental health, performance, and regeneration.

Materials and methods: 13 semi-structured interviews were combined with a photo elicitation qualitative interview model, and then the interviews were analyzed using the methodology of Interpretive Phenomenological Analysis.

Results: The characteristics of toxic working conditions have emerged among dancers: they have to endure in a multi-complex hierarchical system, while the uncertainty factor regarding their profession and existence is high.

Conclusions: Systemic malpedagogy and malcommunication have resulted in emotional abuse, creating a toxic condition that is thought to have a negative impact on the mental health, performance, and work-life balance of dancers. Uncertainties affecting dancers strongly support the possibility of emotional exploitation.

Keywords: toxic work environment, dance, IPA, trauma, well-being, stress, perfectionism

Bevezetés

A professzionális táncművészek karrierútja fiatal gyermekkorban (jellemzően 9–10 évesen) kezdődik, miközben az aktív, színpadon töltött évek gyakran nem tartanak tovább, mint 20–25 év (Mihályi, 2015). Egy professzionális táncoktatásban részt vevő gyermek akár 12 órát is tölthet naponta iskolai környezetben,

amely általában hatnapos munkahetekre osztódik fel. Az erős fizikai igénybevétel, hosszú gyakorló órák és az évekig tartó mozdulatfejlesztés, komplex pszichés és fizikai kihívást jelentenek egy tanuló táncművész számára (Guss-West és Wulf, 2016). Annak ellenére, hogy hosszú évek megfeszített munkája rejlik a táncművészi karrier mögött, az aktív színpadi karrieridő a kultúrát érintő finanszírozási és fenntarthatósági kérdések miatt, valamint az azt követő életpályamodell hiánya (Mihályi, 2015) miatt alapvető bizonytalanságot jelenthet a művészek számára. Mindez már a tanulási fázisban is megmutatkozhat, így nem csoda, hogy az erős versenyszellemben (Hennekam és Bennett, 2017) és a nagy nyomás alatt (Guss-West és Wulf, 2016) teljesített magas színvonalú művészi munka befolyásolhatja a mentális jóllétet. Jóllehet a fokozott mentális és fizikai igénybevétel e szakma egyik alapvető jellemzője, a táncművészek hosszú távú terhelhetősége a nyomással szembeni megküzdése, valamint a folyamatos nyomás megélése kevéssé feltárt.

Egyes tanulmányok eredményei arra utalnak, hogy az út, amíg egy gyermekből professzionális táncművész válik, mind az egyénre, mind környezetére mentálisan nagy hatással van (Guss-West és Wulf, 2016; Hennekam és Bennett, 2017), ugyanakkor az utóbbi évek alatt sajtónyilvánosságot kapott

nemzetközi és hazai abúzusügyek révén (Galavits, 2020; Yung 2020) egyfajta mérgező (toxikus) környezet körvonalazódhat a háttérben. A mérgező vezetők éppúgy, mint a destruktív vezetők viselkedésükkel demoralizálják a beosztottakat, és negatívan befolyásolják mentális és fizikai egészségüket (Jóhannsdóttir és Ólafsson, 2004), amely a stresszhez kapcsolódó patológiás elváltozásokhoz vezethetnek (Kurtulmus, 2020). Korábbi tanulmányokban felmért személyek között többen foglalkozási stressztől és poszttraumás stressz-zavartól szenvednek a munkakörnyezetükben tapasztalt hatások miatt (Leymann és Gustafsson, 1996; Jóhannsdóttir és Ólafsson, 2004). Mivel a tanulóévek majd később a munkakörnyezet hatással van az egyén mentális állapotára (Balk és Englert, 2020), a hosszú ideig fennálló fizikai és mentális terhelhetősége a táncművésznek, vagyis a regenerálódás és az esetlegesen szükséges gyógyulási képessége tükrözheti a szervezet működésének minőségét (Balk és Englert, 2020; Baumeister et al, 2007). A sporttudományban jelentősen több forrás áll rendelkezésünkre az edzői kommunikációról, valamint a sportoló hangulati és stressz állapotának megismeréséről - az élsportolók körében a negatív hangulati állapot erősen összefügg az edzőik szigorú, illetve magas teljesítményt követelő viselkedésével (Buning és Thompson, 2015), amely magában

foglalja az utasításokat és a visszajelzéseket (Price és Weiss, 2000) – amelyet nem alkalmazhatunk közvetlenül a táncművészetre, mégis irányadó adatnak tekintettük kutatásunk megalapozásához, hiszen a balett-teremben a verbális instrukciók a mesterek (a táncművészetben a tánctanárra használt kifejezés) által alkalmazott, teljesítményre sarkalló/ösztönző tevékenységek (Potrac et al., 2000) az oktatásban kulcsfontosságú eszközként jelennek meg, mivel az összetett mozdulat elsajátítása erősen visszacsatolásfüggő (More és Franks, 1996). A verbális instrukciókat és a visszajelzéseket régóta az edzők alapvető pszichológiai és pedagógiai kompetenciájának tekintik (Button et al., 2020; Chow, 2013; Holding, 1965), hiszen az általuk adott visszajelzések megfogalmazásában mutatózó, kis eltérések is számottevően befolyásolhatják a teljesítményt (Guss-West és Wulf, 2016) és jelentős hatással lehet a táncos mentális egészségére is.

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a magyar professzionális táncművészek miként tapasztalták a gyermekkoruktól fennálló pszichés és fizikai nyomást, és mindez milyen hatással van és volt a mentális egészségükre, a teljesítményükre, a terhelhetőségükre. Vizsgálatunk célkitűzését a manapság egyre nagyobb tudományos és közérdeklődést is kiváltó abúzus ügyek erősítették, ahol a stressz és a mentális terhelés kapcsola-

tának részletes megismerése vezette érdeklődésünket.

Anyag és módszerek

Vizsgálatunkat 2021 januárjában indítottuk. Kutatási felhívást tettünk közzé – elsősorban online hirdetési formában – a közösségi oldalakon, magyarországi táncspecifikus társadalmi csoportokat célozva. A felhívás szövegében a generáció, a terhelhetőség, a táncszakmai kihívások, valamint a stressz a táncban hívószavak szerepeltek. A beválasztás kritériuma az volt, hogy a résztvevőnek professzionális táncoktatásban kellett részesülnie, és legalább hároméves táncos szakmai gyakorlattal kellett rendelkeznie. Klasszikus balett, modern és kortárs táncosok, színházi táncosok jelentkezését fogadtuk el. A kizárási kritériumok közé tartozott, ha 18 év alatti volt a jelentkező, kevesebb mint három év gyakorlattal rendelkezett, és/vagy nem professzionális képzésben részesült. Kizártuk azokat a táncosokat is, akik pszichoterápiás kezelés alatt álltak. A 21 jelentkező közül, az előinterjúkon szereplő be- és kiválasztási szempontok alapján 13 hivatásos táncművészt választottunk ki (4 férfi és 9 nő; átlagéletkor: 26 év; SD = 6,8 év; korcsoport: 21–33 év). A beválasztott táncművészek magyar nemzetiségűek voltak, eltérő, de professzionális táncok-

tatási háttérrel rendelkeztek. 6 klasszikus balett-táncos, 5 modern táncos és 2 színházi táncos vett részt a kutatásban. A megkérdezettek átlagosan 8 évet tanultak professzionális táncoktatási intézményben.

A kutatás háttéréről és menetéről minden résztvevőt írásban és szóban is tájékoztattunk; a részvétel informált hozzájárulással, anonim módon történt; a beleegyező nyilatkozatot minden résztvevő aláírta. A vizsgálatban való részvételért nem járt anyagi vagy egyéb juttatás. A kutatást az ELTE PPK Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (Etikai engedély azonosítója: 2020/42-3).

A vizsgálat során a félig strukturált interjúkat foto elicitációs kvalitatív interjú módszerrel kombináltuk, és a kvalitatív elemzést az Interpretatív Fenomenológiai Analízis (IPA) módszerével végeztük. Az alábbiakban ezeket részletezzük.

Félig strukturált interjú: Az interjúk félig strukturált vázlatot követtek, amelyben feltettünk kérdéseket a tanulmányi időről; a professzionális táncképzésük során tapasztalt pozitív és negatív élményekről; a táncművészet, mint hivatás választásáról; a motivációjukról; valamint az ideális táncos jellemzőiről, ismérveiről. Az interjúk online, a ZOOM platformon zajlottak, ahol a beszélgetéseket rögzítettük (átlag: 57 perc; SD = 12,5 perc; terjedelem: 44,5–69,5 perc). Az interjúkat vázlatát a szerzők közösen állították

össze (orvostan és PhD hallgató, klinikai szakpszichológus, sportorvos), az interjúkat pedig az első szerző készítette az alanyokkal. A felvételek alapján szó szerinti átíratot készített az első szerző, majd azokat a szerzőkkel közösen elemeztük. Először elolvastuk és újra olvastuk az interjúkat, majd megjegyzéseket tettünk a beszédre, a nyelvezetre és a fogalmak használatával kapcsolatban. A leíró jegyzetek után felmerülő témákat határoztunk meg. A felmerülő témák az interjúk polarizációját, konceptualizálását, kontextualizálását követték (Smith et al., 2021), ahol feltételezéseket hoztunk létre, illetve sorszámoztuk azokat (Rácz et al., 2016), így – említési és logikai kapcsolatuk szerint – további altémákra bontottuk őket. Az interjúk mindegyikét írásos formában interpretáltuk. Minden elemzés után összegeztük az eredményeket, és egyeztetettük a közös témákat.

Az elemzéshez az Interpretatív Fenomenológiai Analízist (IPA) használtuk, amely a kvalitatív kutatás egyik, a közelmúltban kifejlesztett megközelítése (Smith et al., 2021) és leginkább a pszichológia területén ismert. Az IPA egy fenomenológiai kvalitatív kutatási megközelítés, amelynek célja annak vizsgálata, hogy az emberek hogyan értelmezik főbb élettapasztalataikat (Smith et al., 2021). Az IPA célja az adott eset részletes vizsgálata, amelyet idiográfiai módszernek is neveznek (Smith et al., 2021). Elméleti

háttere a fenomenológiára és a hermeneutikára épül, az elemzési mód technikája pedig unikálisan ötvözi az idiografikus és interpretatív komponenseket. Az IPA-t használhatjuk, ha a célja annak megértése, hogy egy adott élmény milyen (fenomenológia), illetve hogyan értelmezte azt valaki (értelmezés).

Eredmények

Az interjúk alapján felmerülő témákat hoztunk létre, amelyekhez altémákat rendeltünk. Ez alapján négy felmerülő témát különítettünk el: (1) szükségletek teljes elnyomása, (2) hierarchia, (3) bizonytalanság a felnőtt évek alatt és (4) perfekcionizmus. A felmerülő témákat és altémákat az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat. Felmerülő témák és altémák az interjúk alapján

Felmerülő témák	Altémák
1. A szükségletek teljes elnyomása	1.1. Félelem a kieséstől
	1.2. „Nem mondhat sz nemet!”
2. Hierarchia	2.1. A felsőbbrendűség fitogtatása
	2.2. Teljes alárendelés
3. Bizonytalanság a felnőtt évek alatt	3.1. Az életpályamodell hiánya
	3.2. Pénzügyi bizonytalanság
	3.3. Kiszámíthatatlan beosztás
4. Perfekcionizmus	4.1. Folyamatos, túlzó elvárás
	4.2. „No pain, no gain”

(Forrás: saját szerkesztés)

A szükségletek teljes elnyomása

A táncosok úgy érezték, hogy a képzésük és a pályájuk során fiziológiai és/vagy pszichológiai igényeik kevésbé fontosak önmaguk és a környezetük számára, mint a napi tréningjük megléte, illetve annak a minősége, vagy a színpadon nyújtott teljesítményük. Az igények között szerepeltek például a táplálkozási, mentális és lelki szükségletek, a relaxáció és a fizikai pihenés, valamint az érzelmeik megélése. „Nincs ideális táncos, szerintem van, aki elég maximalista önmagával ahhoz, hogy mindent alá tudjon rendelni a tánc-

nak, hogy a legjobbat nyújtsa. És ennek nincs határa” (4-es moderntánc-művész). Az idézett interjúalany szerint a határok – amelyek a fiziológiai és pszichológiai szükségletek jelentenek – gyengébb teljesítményt, gyengébb táncost eredményeznek. A teljesítménycsökkenés elkerülése érdekében a táncosnak mindig a szakmát kell előtérbe helyeznie, és a korlátozó tényezőket (pl. fájdalom, fáradtság, alacsonyabb motivációs szint vagy hangulati labilitás) „ki kell zárni” (2-es balettművész).

Félelem a kieséstől

A táncosok az interjú során elmondták, hogy kialakult bennük a lemorzsolódástól való általános félelem, ami az egész pályafutásukat végigkísérte, hiszen a képzésük során évente két alkalommal vizsgáznak, amikor eldőlhet az is, hogy ki maradhat az oktatási rendszerben, és ki nem. „Az első az volt, amikor megláttam egy kisebb gyereket az öltözőben, egy srácot, akit ismerek, beszélt a mackójához, miközben csipkedte a kezét, ami már vérzett, sírt és magában beszélt, mert hármast kapott a balettvizsgán” (9-es balettművész). Interjúalanyunk megemlítette, hogy ezek a vizsgák és az osztályzatok nagy hatással voltak a hallgatókra, izgatottak voltak, és gyakran félelemmel, szorongással töltötte el őket. Ezek a vizsgaeredmények időnként a képzésből való kiesést, vagy a technikai, esetleg testsúly miatti megbélyegzést, úgynevezett „figyelmeztetőt” jelentettek.

„Nem mondasz nemet!”

Az elvállalás kényszere szakmai elvárás, amelyet nemcsak egy-egy szerep kapcsán, de a mindennapi életben is kötelező érvényűnek tekintenek az általunk megkérdezett táncművészek. Az interjúk felvétele során azt tapasztaltuk, hogy a táncosok nehezen tudnak nemet mondani a szakmai életükkel kapcsolatos helyzetekben. „Az iskola azt nevelte belénk, hogy jó katona vagy, maradj csendben, és

állj be a sorba, tedd meg, amire kérnek” (4-es balettművész). Ezek a szavak az individualizmus teljes elnyomására utaltak, amelyeket az adott művész egyfajta mantraként mondogatott.

Egy másik résztvevő szavai szerint: „A mester és az ő szava szent, és csak neki van igaza, és csak az lehet, amit mond. Ez az iskola, és később tulajdonképpen, a színház általános koncepciója” (3-as moderntánc-művész). Az interjúalanyok elmondása szerint az oktatás és munkahelyi tapasztalatok nagyfokú azonosságot jelentenek, elmondásuk szerint a képzés valóban a táncszakmai életre készíti fel őket.

A legalább 7 éves munkatapasztalattal rendelkező résztvevők szerint ők már a nemet mondásban „egyre jobbak”. Úgy érezték, hogy bár az oktatás egyértelműen arra nevelte őket, hogy elfogadjanak bármit, a koruk és az élettapasztalatuk ráébresztette őket, hogy ez mennyire mérgező lehet. „Ma már talán más a helyzet ... ennyi év után az ember már kevésbé van a hatása alatt, és már nem érdekel, ha ordít vagy nem tetszik neki. Persze azért mindennek megvan a megfelelő formája” (3-as moderntánc-művész).

Hierarchia

A hierarchiát a táncosok a professzionális táncközösség negatív tényezőjeként említették, ami kiemelten hangsúlyos, és rendkívül fontos, egyfajta kötelező érvé-

nyű szemléletmód. „Táncosként mindig alázasnak kell lenni, és tisztelni kell a hierarchia szerinti vezetőt” (2-es balettművész). Úgy tűnik, ez a tantervbe ágyazott, rendszerszintű elvárás jelen van a táncművészek gondolataiban. A hierarchia, az alázatot és a mester tiszteletét magában foglaló, inkább morális szempontok által vezérelt, egyfajta hitrendszerhez hasonlítható működési elv.

A felsőbbrendűség fitogtatása

A táncművészet oktató szerepkörében feltűnő személyt – íratlan szabályként – mesternek vagy mesternőnek szólítják. Az interjúkban a táncosok kiemelték, hogy mesterüket nagyon tisztelték, akik ezt a tiszteletet viselkedésükkel meg is követelték maguknak. A táncosok szemléletetesként arról meséltek, hogy amikor egy mester belép a terembe, „mindenki befogja a száját” (2-es balettművész). A beszámolók alapján gyakran használnak birtokos jelzőt a táncosokra („táncosaim”), a „használni a táncost” kifejezést, mint alkalmazni, dolgozni vele, vagy az alapvetően tegező kommunikációt szituáció függően – például konfliktus esetén – magázó formára váltását.

A táncosok több ízben is beszámoltak arról, hogy az oktatási pályafutásuk során létezett egy bizonyos „sztárkultusz”. A sztárkultuszt úgy definiálták, hogy a mester kiválaszt egy személyt a csoportból, akit folyamatosan motivál, bátorít, szubjektív vélemények alapján, míg a

többieket lekicsinyli, becsméri. Míg a csoport többi részéhez viszonyítva etalonként emelik ki az aktuális sztárt, ez a szerep hamar megváltozhatott. „Mindig volt valaki, aki a legjobb volt az osztályban. Egyszer én is lehettem, de csak rövid ideig, mert beteg lettem. Abban az időben minden, amit csináltál, tökéletes volt, te voltál a legjobb, de a többiek szívtak, és mindig volt valaki, aki mindent megkapott” (2-es balettművész).

A felsőbbrendűség fitogtatásának másik megjelenési formájaként a gázlángmódszert azonosítottuk. A gázlángjelenség egy manipulációs módszer, amellyel a bántalmazó semlegesíteni kívánja tettét, olyan érzéseket keltve az áldozatában, amellyel elfogadóbbá válik a bántalmazással kapcsolatban, azt nem kommunikálja kifelé, sőt, elrejt (Sweet, 2019). Ezzel kapcsolatban az egyik táncos így fogalmazott: „Hálás lehetek a mesteremnek, még akkor is, ha néha kemény volt, mert ahogy ő is mondta, nélküle biztos nem tarthatnék ott, ahol...” (5-ös balettművész).

A teljes alárendelés

„Senkit sem érdekel, hogy milyen igényeid vannak, ha azt mondja a mester vagy koreográfus, csináld meg még egyszer, akkor te megcsinárod” (7-es moderntáncművész). Többen is beszámoltak arról, hogy aki megpróbált tisztelettel beszámolni a szükségleteiről, problémáiról

a mesternek, azt agresszívan elutasították, és a viselkedését engedetlenségnek, tiszteletlenségnek, sőt, a szakmához elengedhetetlen alázat hiányának tekintették. „Ha lázadsz, akkor rosszabb lesz (...) és tudod, hálásak lehetünk, hogy egyáltalán hozzánk szólunk, mert ha már nem, az azt jelenti, hogy többé nem számítunk” (7-es moderntánc-művész). Az ignoráló bánásmód az interjúk tanúsága szerint egy általánosan alkalmazott technika azokkal a táncosokkal szemben, akik engedetlen magatartást tanúsítanak a mester szavaival szemben. Ilyenkor a mester hosszabb ideig, akár hetekig nem oktatja a táncost, levegőnek nézi, éppen ezért bármiféle visszajelzésért a táncosnak hálásnak kell lennie. „Az ellenkezés csak azt jelenti, hogy gyenge vagy (...) a tánc pedig nem könnyű, de ha nem tudsz vele mit kezdeni, akkor csinálj valami mást” (2-es balettművész). Az interjúalany a pálya elhagyására tett utalást.

Bizonytalanság a felnőtt évek alatt

Az interjúk során azt tapasztaltuk, hogy a táncosok nagyfokú bizonytalanságot éreznek a karrierjüket, a szakmai életüket és a magánéletüket illetően egyaránt. A magánélet és a munka egyensúlyának megteremtése folyamatos stresszt, és bizonyos esetekben szorongást jelent a professzionális táncművészek számára. A karrierjük által biztosított szakmai eredményekkel és gazdasági biztonság-

gal összevetve, valamennyi interjúalany megemlítette a szakmai táncképzésbe fektetett évek és erőfeszítések kiegyensúlyozatlanságát.

Az életpályamodell hiánya

A bizonytalanság elsősorban az életpályamodell hiánya miatt alakul ki a művészekben. Aggudalommal tölti el őket a „táncos pályafutás rövidege”, amelynek során „a lehető legtöbbet kell megtenniük, amíg lehet” (2-es balettművész, 7-es moderntánc-művész).

Pénzügyi bizonytalanság

Az interjúalanyok azt is világossá tették, hogy a pénzügyi bizonytalanság szintén nagy hatással van a mindennapi életükre. Miközben az anyagi nehézségek jelentősen befolyásolják a regenerációra és a jóllétre fordítható erőforrásokat, egy táncos elmesélte azt a tapasztalatát, amikor a színpadi munka során mesterük az anyagi javak és fizetési lehetőségek miatt aláta meg őket mások előtt, „hiszen egy táncosnak éhezve is színpadra kell állnia” (11-es moderntánc-művész). Miközben az anyagi lehetőségek erősen korlátozottak, és ennek a megváltoztatására az általános szemlélet nem megalapozott, még a kevés javakat fitogtató lehetőségek esetén is erős versenyhelyzetről számoltak be az interjúalanyok „ha én nem csinálom meg, akkor több száz másik táncos azonnal átveszi a szerepemet”

(10-es színházi táncművész), miközben arról is beszámoltak, hogy „sokszor nem tudni holnap lesz-e miből megélni” (10-es színházi táncművész).

Kiszámíthatatlan beosztás

A kiszámíthatatlan időbeosztás a táncosok életritmusának felborulásához, életük rendszerbe helyezésének teljes ellehetetlenítéséhez vezet, miközben erősíti a szuverén jogoktól való megfosztást azáltal, hogy nem engedi saját idejéről rendelkezni a művészt. Ezek az időbeosztások gyakran napról napra változnak, így folyamatos rendelkezésre állást igényel a táncostól. Egy interjúalany szerint „ez a legelviselhetlenebb az egészben, hogy a színházon kívül nem is tervezhetünk mást” (1-es balettművész).

Az interjúk szerint a résztvevők egy része (8 fő) traumatikusnak érezte a képzési éveit, ennek ellenére a résztvevők közül volt, aki tagadta, hogy személyesen bántalmazást tapasztalt volna, de azt megemlítette, hogy a csoportjában többféle abúzus is előfordult (3 fő). Bár a résztvevők személyes történeteket említtettek megalázó, esetekben abuzívnak tűnő szituációkról, azt hangsúlyozták, hogy ez „kellett ahhoz, hogy jó táncosok legyenek” (9-es balettművész).

Perfekcionizmus

A táncosok a szakmai munkájukkal és a saját testükkel kapcsolatban egyaránt magas elvárásokról számoltak be.

Folyamatos, túlzó elvárás

Az önmaguk és a környezetük által felállított elvárásokat gyakran a fizikai határukon túlnak éreztek, mégis egyre magasabb célokat tűztek maguk elé, amelyek elérését elengedhetetlennek érezték a megfelelő színvonalú táncművészeti munkához. Azon célok, amelyeket a hátaraikon túlnak éreztek, egyfajta normalizáláson mentek keresztül azáltal, hogy „a tánc úgysem egészséges ezen a szinten” (7-es moderntánc-művész). A művészekkel készített interjúban az egészséges, nem egészséges, fizikai teljesítés és testi határokon túli fogalmak gyakran keveredtek, olykor azonos, egyenrangú kifejezésként, felcserélve is alkalmazták azokat. A résztvevők azt is elmondták, hogy önmaguk legyőzése, ami „nap mint nap szükséges ahhoz, hogy megfeleljek” (7-es moderntánc-művész), új elvárásokat és teljesítendő célokat hoz létre, amelyekhez mantraszerű mondatok is párosulnak, mint például az, hogy „ki kell lépni a komfortzónából” (2-es, 4-es és 9-es balettművész, 7-es moderntánc-művész). A táncosok egy része úgy érezte, hogy ha nem dolgozik „önmagán”, vagyis a testi adottságain, valamint a tánctechnikáján, akkor lehet, hogy nem felel meg a követelményeknek.

„No pain, no gain”

A perfekcionizmus gyakran kapcsolódott

a „no pain, no gain” elvhez. Ez a szemlélet magában foglalja a fájdalom ellenére megnyilvánuló fizikai teljesítményt [„Soha nem mondták nekem közvetlenül, hogy táncoljak, amikor megsérültem, de tudod, (...) mélyen a lelkemben éreztem, hogy meg kell tennem.” (1-es balettművész)]; a teljesítmény pozitív értékelését fájdalom esetén; valamint a teljesítmény érzetének a hiányát, ha a fizikai megterhelést követően nincs jelen a fájdalom vagy a szenvedés élménye [„Ha nem fáj, akkor még nem jó.” (1-es balettművész)]. Bár az interjúalanyaink kiemelték, hogy a „no pain, no gain” szemlélet már idejétmúlt, úgy tapasztalják, hogy napi szinten alkalmazásra kerül, hiszen „valahogy mégiscsak igaz” (11-es moderntánc-művész).

Megbeszélés és következtetések

A táncosokkal nyert interjúk alapján a következő felmerülő témákat azonosítottuk be: a szükségletek teljes elnyomása, a hierarchia, a bizonytalanság és a perfekcionizmus. A felmerülő témák, valamint a hozzájuk tartozó altémák toxikus környezetre utaló tartalmakat vetnek fel (Goldman, 2009; Padilla et al., 2007).

A képzés korai szakaszától kialakult, magas szintű hierarchia olyan szigorú légkört teremt, amelyben a táncosoknak nem szabad őszintének lenniük és kifejezni az igényeiket, sem fizikai, sem pedig pszichológiai szükségleteik tekint-

etében. A mesterek tanítványaikkal elsősorban egyirányú verbális kommunikációt folytatnak, amely többnyire nem teremt biztonságos, támogatói légkört, inkább megfosztja a művészeket a szuverenitásuktól. A szükségletek elnyomása; az elvárásoknak való nem megfeleléstől való félelem; a hosszú távú, szoros, közös munka és a rendszerszintű malpedagógia arra trenírozza a növendékeket, hogy besimuljanak a látott mintába, és alternatívát nem kínálva, azt erősíti a művészekben, hogy ez az egyetlen út a sikeres táncművészkARRIERHEZ.

Az eredményekben említett, mantraszerűen ismételt mondatok kiemelt jelentőséget kaptak az elemzés során. Az elemzők számára egyfajta hívő szemlélet rajzolódott ki bizonyos mondatok többször ismételt, begyakorolt fordulatai által, amelyek disszonáns gesztusokkal, érzelmkifejezésekkel párosultak.

A táncosok rendszeresen tapasztaltak érzelmi bántalmazást (mint például lekiicsinylés, megaláztatás, megszegyenítés, ignorálás, gázlángmódszer), ami beépült a mindennapi szakmai kommunikációba, nevezetesen az instrukciókba és a visszacsatolási mechanizmusokba egyaránt, amelyek megegyeznek a destruktív hang definíciójával: „a jelenlegi állapotra vonatkozó bántó, kritikus vagy lealacsonyító megjegyzések önkéntes kinyilvánítása” (Maynes és Podsakoff, 2014:91). A magyar táncművészek mintáján végzett

kutatásunk eredményei összhangban vannak a nemzetközi szakirodalomban olvasható eredményekkel (Bolling et al., 2021; Hennekam és Bennett, 2017; Risner 2021). Az ignoráló bánásmód és az egyéniség elnyomása tovább erősíti a képet a mérgező környezet jelenlétéről a vizsgálatban résztvevő professzionális táncosok szakmai életében. A mi eredményeink – hasonlóan korábbi kutatások eredményeihez – egy „mérgező háromszög” koncepcióját sejtetik, amely környezeti (izolált, zárt közösség), személyi (mester, mesternő), valamint az ezekre fogékony résztvevőkre (táncművészek) utalhat (Padilla et al., 2007). Goldman (2009) szerint a mérgező vezető viselkedését a szervezeti kultúra kontextusában kell érteni, a toxikus vezetésnek komoly következményei lehetnek a szervezetre és annak résztvevőire. A toxikus vezetők gyorsan változtatnak, néha megmagyarázhatatlan módon be- és kimozdíthatnak embereket a „büntetődobozból” (Wasylyshyn, 2012), amely vizsgálatunkban a sztárkultusz jelenségének volt megfeleltethető.

Mivel a táncosok több hónapig vagy akár évekig dolgoznak egy-egy mesterrel/mesternővel, megnőhet a bántalmazó üzenetek előfordulási gyakorisága, ami növelheti az érzelmi abúzus esélyét (Infante és Rancer, 1996), hiszen a táncos az alárendelt szerepe miatt nem dönthet arról, hogy kivel dolgozzon, mesterét nem

választhatja meg. A lelki és testi megpróbáltatások ellenére az interjúban résztvevő táncművészek elkötelezettek és motiváltak a szakmájuk iránt, valamint készek áldozatot hozni, egyfajta elfogadást tanúsítanak a megpróbáltatásokkal szemben, így próbálva megfelelni az olykor saját bevallásuk szerint a határaikon túlmenő elvárásoknak.

A perfekcionizmusnak két alcsoportját különíthetjük el: funkcionális és diszfunkcionális perfekcionizmus (Doktorová és Piteková, 2020). Jelen esetben a megkérdezett táncművészek egy részénél a perfekcionizmus hosszú távon áll fenn, valamint több esetben a diszfunkcionális perfekcionizmusra utaló tapasztalatokat fedeztünk fel. Úgy gondoljuk, hogy a táncosok egyfajta menekülésként használva teszik egyre magasabbra a mércét, és lépik át saját határaikat; ezt azonban további mérőeszközökkel szükséges vizsgálni.

Felmerül a kérdés, hogy a jelen vizsgálatban megfogalmazott toxikus környezetet miként lehetne ártalmatlanítani. Erre a jelen kutatásunk alapján nem találjuk a választ. Azt azonban kijelenthetjük, hogy a bizonytalanság jelenléte a toxikus környezet fennmaradását nagyban támogatja, hiszen, ha egy táncos nem érzi magát egzisztenciálisan biztonságban, kiszámíthatatlan időbeosztás és állandó rendelkezésre állás mellett, kondíciótól független elfogadással kénytelen mű-

ködni, az az esetleges bántalmazásoknak zöld utat adhat.

Limitáció

Tanulmányunk potenciális bevásztási torzítást tartalmaz, amely miatt eredményeink nem terjeszthetők ki a teljes táncművészeti populációra. A kutatás az Interpretatív Fenomenológia Analízis módszertanát alkalmazta, ami esetén nem szükséges a magas mintaszám, mégis, a téma összetettsége miatt az alacsony résztvevői számot a vizsgálatunk egyfajta limitációjának tekintjük. Úgy gondoljuk, hogy teljesebb képet kaphatnánk a jövőben a táncművészet különféle szereplőinek bevonásával például mesterek, vezetők tapasztalatának a megismerésével.

Felhasznált irodalom

1. Balk, Y.A., Englert, C. (2020): Recovery self-regulation in sport: Theory, research, and practice. *International Journal of Sports Science & Coaching*, **15**(2): 273–281. <https://doi.org/10.1177/1747954119897528>
2. Baumeister, R.F., Vohs, K.D., Tice, D.M. (2007): The Strength Model of Self-Control. *Current Directions in Psychological Science*, **16**(6): 351–355. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
3. Bolling, C., van Rijn, R.M., Pasman, H.R., van Mechelen, W., Stubbe, J.H. (2021): In your shoes: A qualitative study on the perspectives of professional dancers and staff regarding dance injury and its prevention. *Translational Sports Medicine*, **4**(3): 386–394.
4. Buning, M.M., Thompson, M.A. (2015): Coaching Behaviors and Athlete Motivation: Female Softball Athletes' Perspectives. *Sport Science Review*, **24**(5–6): 345–370. <https://doi.org/10.1515/ssr-2015-0023>
5. Button, C., Seifert, L., Chow, J.Y., Araújo, D., Davids, K. (2020): *Dynamics of Skill Acquisition: An Ecological Dynamics Approach*, 2nd ed. Human Kinetics, Champaign, IL.
6. Chow, J.Y. (2013): Nonlinear Learning Underpinning Pedagogy: Evidence, Challenges, and Implications. *Quest*, **65**(4): 469–484. <https://doi.org/10.1080/00336297.2013.807746>
7. Doktorová, D., Pitekova, N. (2020): Determination of Differences in Personality Characteristics in Individual Types of Perfectionism in Humanistic Sciences. *Postmodern Openings*, **11**(4): 20–40.
8. Galavits, P. (2020): „Egyszer csak azt láttam, hogy fel-le mozog a feje a lábam között”. *azonnali*. Elérhető: https://azonnali.hu/cikk/20200727_-egyszer-csak-azt-lattam-hogy-fel-le-mozog-a-feje-a-labam-kozott-balettintezet-eroszak-zaklatas Letöltés ideje: 2022. január 16.
9. Goldman, A. (2009): *Destructive Leaders and Dysfunctional Organizations. A Therapeutic Approach*. Cambridge University Press, Cambridge, New York.
10. Guss-West, C., Wulf, G. (2016): Attentional Focus in Classical Bal-

- let: A Survey of Professional Dancers. *Journal of Dance Medicine & Science*, **20** (1): 23–29. <https://doi.org/10.12678/1089-313X.20.1.23>
11. Hennekam, S., Bennett, D. (2017): Sexual Harassment in the Creative Industries: Tolerance, Culture and the Need for Change. *Gender, Work & Organization*, **24**(4): 417–434. <https://doi.org/10.1111/gwao.12176>
12. Holding, D.H. (1965): *Principles of Training*. Pergamon, Oxford.
13. Infante, D.A., Rancer, A.S. (1996): Argumentativeness and Verbal aggressiveness: A Review of Recent Theory and Research. *Annals of the International Communication Association*, **19**(1): 319–352.
14. Jóhannsdóttir, H.L., Ólafsson, R.F. (2004). Coping with bullying in the workplace: the effect of gender, age and type of bullying. *British Journal of Guidance & Counselling*, **32**(3): 319 - 333.
15. Kurtulmuş, B.E. (2020): Toxic Leadership and Workplace Bullying: The Role of Followers and Possible Coping Strategies. In: Dhiman, S. (eds): *The Palgrave Handbook of Workplace Well-Being*. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-02470-3_24-1
16. Leymann, H., Gustafsson, A. (1996): Mobbing at work and the development of post-traumatic stress disorders. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, **5**(2): 251–275.
17. Maynes, T.D., Podsakoff, P.M. (2014): Speaking More Broadly: An Examination of the Nature, Antecedents, and Consequences of an Expanded Set of Employee Voice Behaviors. *Journal of Applied Psychology*, **99**(1): 87–112.
18. Mihályi, G. (2015): *Nemzeti Táncprogram: helyzetfelmérés, új irányok, megoldási javaslatok*. Magyar Táncművészek Szövetsége.
19. More, K.G., Franks, I.M. (1996): Analysis and modification of verbal coaching behaviour: The usefulness of a data-driven intervention strategy. *Journal of Sports Sciences*. **14**(6): 523–543. <https://doi.org/10.1080/02640419608727739>
20. Padilla, A., Hogan, R., Kaiser, R.B. (2007): The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers, and conducive environments. *The Leadership Quarterly*, **18**(3): 176–194.
21. Potrac, P., Brewer, C., Jones, R., Armour, K., Hoff, J. (2000): Toward an Holistic Understanding of the Coaching Process. *Quest*, **52**(2): 186–199. <https://doi.org/10.1080/00336297.2000.10491709>
22. Price, M.S., Weiss, M.R. (2000): Relationships among Coach Burnout, Coach Behaviors, and Athletes' Psychological Responses. *The Sport Psychologist*, **14**(4): 391–409. <https://doi.org/10.1123/tsp.14.4.391>
23. Rácz, J., Kassai, S., Pintér, J.N. (2016): Az interpretatív fenomenológiai analízis (IPA) mint kvalitatív pszichológiai eszköz bemutatása. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **71**(2): 313–336. <https://doi.org/10.1556/0016.2016.71.2.4>
24. Risner, D. (2021): Activities for Humanizing Dance Pedagogy: Immersive Learning in Practice. *Journal of Dance*

Education, **21**(2): 114–120.

25. Smith, J.A., Flowers, P., Larkin, M. (2021): *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research (2nd Edition)*. SAGE Publications, London.

26. Sweet, P.L. (2019): The Sociology of Gaslighting. *American Sociological Review*, **84**(5): 851–875. <https://doi.org/10.1177/0003122419874843>

27. Wasylyshyn, K.M. (2012): *Behind the Executive Door: Unexpected Lessons for Managing Your Boss and Career*. Springer, New York, Dordrecht, Heidelberg, London.

28. Yung, A. (2020): How 19th Century Ballerinas Were Sexually Abused – The King’s Theater’s Dark Realities for Young Girls. *History of Yesterday*. Elérhető: <https://medium.com/history-of-yesterday/how-19th-century-ballerinas-were-sexually-abused-63f1caff58fe> Letöltés ideje: 2021. október 15.

MASA ANDREA ^{1,2*}, FIEDLER ORSOLYA ²,
DERZSI-HORVÁTH MARTINA ¹, SZABÓ ATTILA ³,
TOBAK ORSOLYA ², DEUTSCH KRISZTINA ⁴

¹ Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,
Egészségtudományi Doktori Iskola

² Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék

³ Cserepka Iskola, Pécs

⁴ 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 ± 4.081 , perceived stress 20.7 ± 9.205 , depression 12.47 ± 3.906 , coherence 66.55 ± 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 szívbetegség 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-érzet 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 nagyívás, illetve rohamívás (ELEF, 2014). A válaszadók 4,5%-a (9 fő) minősült nagyívónak. Tekintettel arra, hogy ez statisztikai kategória képzéshez túl kicsi elemszám, a továbbiakban ezt a változót nem vizsgáltuk. Rohamívás 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 rohamívás vonatkozá-

sában a további elemzéshez három kategóriát képeztünk. 'Egyáltalán nem fordul elő rohamívás' 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 rohamívás' azoknál, akik a ritkábban, mint havonta választ jelölték, ők a minta 21%-át alkotják. 'Rendszeresen előfordul rohamívás' 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 α), majd megnéztük a mentális egészség dimenziók leíró statisztikáját, melyeket az 1. táblázat foglal össze.

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

Változók	Cronbach α	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; Csígyó 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: Darvai, 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 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.

BEÁTA VÁRI^{1,2,*}, ERZSÉBET RÉTSÁGI³, TAMÁS BERKI¹,
ZOLTÁN KATONA¹, FERENC GYŐRI³

¹ *Institute of Physical Education and Sports Science, 'Juhász Gyula' Faculty of Education, University of Szeged*

² *Doctoral School of Health Science, Faculty of Health Science, University of Pécs*

³ *Institute of Physiotherapy and Sports Science, Faculty of Health Science, University of Pécs*

*Email: vari.beata@szte.hu

THE IMPACT OF THE SEDENTARY WORK, AN ACTIVE LIFESTYLE AND SOME SOCIO-DEMOGRAPHIC VARIABLES ON THE MUNICIPAL EMPLOYEES' MUSCULOSKELETAL PAINS, AND BODY WEIGHT INDEX

AZ ÜLŐMUNKA, AZ AKTÍV ÉLETMÓD ÉS EGYES SZOCIODEMOGRÁFIAI VÁLTOZÓK HATÁSA AZ ÖNKORMÁNYZATI DOLGOZÓK MOZGÁSSZERVI FÁJDALMAIRA ÉS TESTTÖMEGINDEXÉRE

Abstract

Objectives: In the group of risk factors that lead to diseases, sedentary lifestyle has by now become the most significant one, therefore, those people, who work at a desk and sit most of the day, and, in addition, do not exercise enough, are exposed to increased health risks. The aim of our research is to explore the interrelatedness of the length of sitting time at work, physical activity, and some other socio-demographical variables with

the occurrence of musculoskeletal pain (MSP), as well as the body mass index (BMI).

Hypotheses: It was assumed that MSP and BMI were dependent on sociodemographic variables, the length of sitting time at the workplace, and the physical activity.

Material and methods: Questionnaires were used, and the respondents included municipal employees of Csongrád-Csanád County in Hungary (N=899). Two-pattern t-test and 1-cri-

teria variance analysis were used to explore the relationship between the individual variables.

Results: Women, people of more mature age and those who mostly sit while working in an office have more serious MSP concerning each area of their bodies. Intensive sport activity may reduce, while obesity and excess weight may intensify the occurrence of pain. There are significantly fewer people who do sport in the group of women. It is men who tend to be more obese than women, and the same refers to adults of more mature age when compared with younger office workers. No correlation could be found between BMI and the length of sitting time in the office. The amount of weekly physical activity and BMI were reversely related with one another. Active modes of transport have not shown any relatedness to MSP symptoms and BMI.

Conclusions: It is recommended to include specialists in order to increase the number of occasions when people do physical activities with the aim of reducing the length of sitting time and using active modes of transport when going to work; in brief, it is of utmost importance to create such conditions, that may lead to improved health and increased work performance of office employees.

Key words: physical activity, sedentary work, musculoskeletal complaint, BMI, Csongrád-Csanád County

Absztrakt

Célkitűzések: A krónikus megbetegedésekhez vezető kockázati tényezők között a mozgásszegény életmód mára a legjelentősebbek közé került, vagyis komoly egészségügyi kockázatoknak vannak kitéve azok, akik a nap nagy részét íróasztalnál töltik és mindennapjaikban nem mozognak eleget. Kutatásunk célja, hogy feltárja a munkahelyi ülésidő hosszának, a fizikai aktivitás és néhány más szocio-demográfiai változó összefüggéseit a mozgásszervi fájdalmak (MSP) jelentkezése és a testtömeg-index (BMI) között.

Hipotézisek: Feltételeztük, hogy az MSP és a BMI függ a szociodemográfiai változóktól, a munkahelyen eltöltött idő hosszától és a fizikai aktivitástól.

Anyag és módszerek: Kérdőíves felmérést végeztünk a Csongrád-Csanád megyei önkormányzati alkalmazottak között (N=899). A változók közötti összefüggéseket kétmintás t-próbával és egyszempontú varianciaanalízissel (ANOVA) tártuk fel.

Eredmények: a nők, az idősebbek, és a munkahelyen többet ülők MSP-pontszámai valamennyi testtáj (nyak, váll, hát, derék, kar, láb) tekintetében magasabbak. Az intenzív testmozgás csökkenti, a túlsúly és az elhízás pedig fokozza a fájdalmak megjelenését. A nők között jóval magasabb az egyáltalán nem, vagy csak

ritkán mozgók aránya. A férfiak átlagosan túlsúlyosabbak, elhízottabbak a nőknél, az idősebb felnőttek pedig a fiataloknál. A munkahelyi ülésidő és a BMI között azonban nem találtunk összefüggést, de a magasabb heti mozgásidő fordított kapcsolatban áll a BMI-vel. A rendszeres aktív közlekedés nem állt kimutatható kapcsolatban az MSP pontszámokkal és a BMI értékekkel.

Következtetések: Az összefüggések további feltárása érdekében további életmódváltozókat is érdemes bevonunk vizsgálatunkba. Emellett szorgalmazzuk a rendszeres, alkalomszerű, vagy véletlen munkahelyi és/vagy azon kívüli fizikai aktivitás feltételeinek javítását, szakemberek bevonásával a mozgáskalmak számának növelését, valamint az aktív munkába járás támogatását.

Kulcsszavak: fizikai aktivitás, ülőmunka, mozgásszervi panasz, BMI, Csongrád-Csanád megye

Introduction

In the group of risk factors that lead to diseases, sedentary lifestyle has by now become the most significant one (Hallal et al., 2012; Lim et al., 2012). This role can primarily be explained by the fact that, on the one hand, sitting lifestyle has by now become the norm (Kinczel and Müller, 2020), and, also, that, on the other hand, there has been a decrease in the

amount of regular or occasional physical activities people are engaged in (Stephenson et al., 2000). Physical inactivity is the primary risk factor considering the occurrence of all lifestyle-related diseases, since it greatly increases the chance of the development of a complexity of symptoms, including obesity- and excess weight-related health problems, cardio-vascular diseases, cancer, type-2 diabetes, various locomotor diseases and osteoporosis (Owen et al., 2010; Varga et al., 2015; Beck et al., 2017; Gero et al., 2018). Two thirds of the adult male population of Hungary, and a bit more than half of the Hungarian women are overweight or obese, and the resulting most common health problems include musculoskeletal diseases and high blood pressure; these are the health problems, almost one third of Hungary's adult population is diagnosed with (Boros et al., 2021). There is a significant difference concerning the BMI figures of men and women: the national average in the group of men is 27.5 kg/m², while in the group of women it is 27.4 kg/m².

Regular physical activity, including sport and other daily activities, certain parts of the weekly routine (e.g., active mode of transport, physical work), reduce the risk of obesity and excess weight, and thus make the development of the previously outlined diseases rare. In addition, physical activity slows down the aging process

and improves the quality of life (Duncan, 2006; Church, 2011; Lampek and Rétsági eds., 2015; Hock et al., 2015; Radak and Taylor, 2019; Torma et al., 2020; Tóth, 2022). The psychological effects of physical activities also play an important role, including stress relief, the prevention of anxiety and depression (Paluska and Schwenk, 2000), the improvement of people's mental state, improved intellectual performance (Morrow et al., 2010; Berki and Tarjányi, 2022), and, at the same time, physical activities also have a beneficial effect on the subjective evaluation of one's health status (Piko, 2000). Considering the above, the World Health Organization recommend each healthy adult doing a weekly 150-300 minutes of physical activity of medium intensity, or, 75-150 minutes of physical activity of high intensity, or a combination of these (WHO, 2020). Unfortunately, despite all these recommendations, almost one half (46%) of Europe's adult population does not do any sport at all and Hungary's relevant figures are even worse than this (53%); on average 15% of Europeans and 20% of the Hungarians walk continuously less than a daily 10 minutes.

According to the figures of Hungary's Central Statistical Office (KSH, 2021b), it is only 7% of Hungary's adult employees who do some kind of sport (men: 9%, women: 5%). In case other forms of free time physical activities are also

considered (walks, hikes), the proportion is somewhat higher, but the overall time spent on physical activities is much less than the required minimum, considered as necessary to preserve good health. On average out of 218 minutes of free time at a person's disposal on a daily basis, an employee spends only 6 minutes (men: 8 minutes, women: 4 minutes) exercising. In case a person neglects exercising and, in addition, is engaged in sedentary work, it is even less probable that he or she will be able to do the amount of physical activity recommended by WHO. The so-called 'white-collar workers' in Hungary are mostly engaged in sedentary jobs, and, in comparison with the EU average, they exercise even less: 6 out of 10 people do not do any sport, or, in case they do it, they do it rarely; on the other hand, the European figure is 5 out of 10 (Eurobarometer, 2018). It is needless to mention that due to the restrictions of the COVID-19 pandemics starting in 2019, the amount of daily sitting time has drastically increased and the proportion of those who do exercises on a regular basis fell significantly (Ács et al., 2021).

On the other hand, the preciously described average values do not reflect the underlying social and regional differences. In Hungary's Southern Great Plain, the geographical region our current research focuses on, the results have shown (Győri et al., 2021) that those adult males

who are relatively young, whose income is favourable, live in more populous settlements, and, whose body mass index (BMI) is within the normal range, do physical activities more intensively than the average. These findings are in accordance with those statements found in general professional literature, according to which the willingness to do exercises is related to several socio-demographic factors, as well as to some anthropometric parameters (e.g., Gerovasili et al., 2015; Eurobarometer, 2018; Katona et al., 2021). In relation to this latter feature it can be mentioned that the increase in age, BMI and the level of physical activity are inversely proportional (Suryadinata et al., 2020) men, despite the fact that they are in general more willing to do some kind of sport than women, they are often more overweight than their female counterparts (KSH, 2019).

The proportion of physical activity-inactivity is mainly determined by people's daily sitting times, but it is also influenced by the profession itself, the ways how people get to their workplaces and also the way they spend their free time. By Eurobarometer data (2018) the sitting time of the European adult population is on the increase; currently it is 41 % of Europeans and 33 % of Hungarians sit more than 5.5 hours a day. Since too much sitting leads to musculoskeletal pains (MSP), and, in addition, it increas-

es the chance of the development of various metabolic diseases (Westgaard and Winkel, 1997; Haufler et al., 2000), the conclusion can be drawn that high sitting time at workplaces has a negative effect on the ability to work and also on work performance (De Vries et al., 2013).

Johansson and his colleagues (2020) have found that male office workers sit more than women but move around more intensively during their working hours; women tend to stand more frequently; in addition, researchers concluded that office workers of more mature age move around less than their younger counterparts. Lin et al., (2015) analyzed the data of American employees and they concluded that longer sitting time was related to higher BMI, primarily in case of men. Eriksen et al., (2015) focused on Danish office workers and found out that men tended to sit more, they were more frequently overweight or obese, but the positive link between BMI and sitting time was only proven in case of female employees. Some other researchers have even concluded (Ekelund et al., 2015) that high BMI indices predestine sedentary lifestyle, since no direct evidence was found concerning whether or not it was too much sitting that led to gaining excess weight. Van Uffelen and his fellow researchers (2010) in their overview of 43 research papers investigated the relationship between sitting work and its

consequences; they also pointed out the clear connection between sedentary work and higher BMI, and in their opinion the risks of diabetes type 2 and higher mortality rate were also more probable.

In case long hours of sitting is absolutely necessary in a job, it definitely leads to increased pain occurring in different parts of the body (Bontrup et al., 2019), a condition, that definitely results in a variety of psychosocial symptoms, reduced ability to work, an increase in sick days, also meaning more health insurance costs (Hildebrandt, 2000; Makai, 2015). Physical inactivity at a workplace (too much sitting or standing), but also its opposite, too much physically demanding work (lifting heavy weights, too much walking), may cause the development of chronic musculoskeletal complaints. It is typical of the situation in Hungary that with the advancing of age, pain symptoms are intensifying, too. It is the larger proportion of women rather than men who suffer from musculoskeletal problems (neck-, or lower back pain, rheumatism, arthritis, or joint wear) (Kovács, 2012).

Considering the characteristics of sedentary work, Bau and his fellow researchers (2017) investigated a group of female office workers, and they found a connection of significance between pain in the area of shoulder and neck, the age of the workers and the length of their em-

ployment. According to research findings the intensity of pain depended on the blood flow value measured in the shoulder girdis; the age-related worsening of microcirculation, when paired up with sedentary lifestyle, was more likely to trigger ischaemic pain. King and his colleagues used a special device (2013) (biofeedback mouse) to prove that holding the upper limb continuously in a bad position while working had an influence both on the frequency of occurrence and the strength of pain symptoms.

It has already been approved by research that sitting work increases the risk of chronic lower back pain (Davis and Kotowski, 2014; Gibbs et al. 2018), a complaint, which is the most typical in the group of the middle-aged adult population. Its prevalence is about 60%, and it is closely correlated to several sociodemographic factors (e.g., It increases with the advancement of age, and women, also those workers who have sedentary jobs, or, on the contrary, those who do heavy physical work, suffer the most frequently from this type of pain) (Járomi et al., 2021). According to Heuch and his colleagues (2010) the frequency of the occurrence of lower back pain is positively related to higher BMI value, but it is more likely to develop while doing strenuous physical work than in sedentary jobs (Ganasegeran et al., 2014; Heuch, 2017). Bener and his colleagues (2014)

also argued that the chance of the development of chronic lower back pain is equally high in groups doing sedentary or standing work, and in the group of those who do heavy physical work. Sitting in incorrect body posture may lead to pain, consequently, it is worth reducing sitting time at workplaces. Open inner office areas make it possible for office workers to move around; also, workstations characterized by ergonomic features are also helpful (Koohsari, 2022; Westgaard and Winkel, 1997).

According to Callaghan and his colleagues (2015) and the alternation of sitting and standing positions also has a positive effect on workers' health; it also means, that, on the one hand people feel less discomfort, and, on the other hand, their work performance may improve. Based on instrumental measurement data it has been approved that even a slight increase in physical activity may reduce the pain, typical of sedentary jobs (Chia et al., 2017). On the other hand, Antle and his colleagues (2018) have called the attention to the fact, that workstations, suitable for both sitting and standing, and which were originally created to reduce sitting time, may involve the risk of circulation and/or orthopaedic problems. Consequently, standing too long can be harmful, too, and this mode of work done for too long in incorrect body posture needs to be avoided as well.

There are several signs that the reduction of sitting time in itself is not enough to improve employees' health (Moreno-Llomas et al., 2022). Parry and his colleagues have analyzed (2019) 10 studies, detailing the impact of physical changes in the working environment. They haven't found any convincing proof in connection with the positive effect of standing or walking when working, as opposed to sitting. It is more likely that the proportionate changes are also necessary to reduce musculoskeletal pains. It is likely that the proportion of physical activities when working in the office and also when going to work (walking or cycling) need to be increased (Mason, 2000; Sherwood and Jeffery, 2000).

Pedersen and his colleagues (2009) observed office workers uninterruptedly for a year and they found that their blood pressure and body fat percentage could be positively altered by doing a variety of physical exercises and special resistance training. In addition, their shoulder- and lower back pain was reduced as well. Andersen and his colleagues (2010) proved that regular and organized physical training sessions considerably reduced musculoskeletal pain in each part of the workers' body. According to a research, focusing on 36 studies (Shiri and Hassani, 2017) it was concluded that regular exercises reduced the frequency of chronic lower back pain by approxi-

mately 11-16%. At the same time, Kama-da and his research group (2014) did not find any link of significance between regular physical exercise and the occurrence of chronic lower back- or knee pain.

There is no doubt that the amount and the intensity of physical activity need to be increased, and a 'spine friendly' working environment needs to be established in the offices. These measures need to be accompanied with the demonstration and the teaching of correct body postures and active physiotherapeutic methods to all those people who do sedentary work (Jaroni et al., 2012).

Objectives

It is well known that physical activities have a beneficial effect on skeletomuscular complaints, body mass and in general the health status of individuals, consequently, our research objective was to investigate people's attitude to physical activities and the practical aspects of exercise in a group of office workers. We also intended to find out whether certain sociodemographic variables (gender, age, educational background) and the length of sitting time at the workplace are related to musculoskeletal pain=MSP and the body mass index=BMI of participants.

Hypotheses

It was assumed that the perception of musculoskeletal pain (MSP) was dependent on sociodemographic variables (H1), the length of sitting time at the workplace (H2) and the physical activity itself (H3). In addition, it was also assumed that the body mass index (BMI) was also dependent on sociodemographic variables (H4), the length of sitting time at the workplace (H5) and the physical activity (H6).

Material and methods

Data collection was carried out in 7 settlements of Csongrád-Csanád County (Csongrád, Hódmezővásárhely, Kistelek, Makó, Mórahalom, Szeged, Szentes) and workers of the government offices were included in it (N=899) (Number of ethical permission: 2/2019 SZTE). The survey was conducted in August and September 2019. The workers were informed about the aims of our research through their internal electronic system. Participation was anonymous and voluntary; filling in the online questionnaire took about 30-40 minutes. Our questionnaire was based on the one used in a previous project with the ID number TÁMOP-4.2.2.-08/1-2008-0006. The questionnaire of that project was supplemented with new questions of our own, in which we used the work of Keresztes

et al. (2011). The questionnaire in its final form included questions concerning the respondents' sociodemographic data (gender, age, educational background), their sport habits (e.g., How many hours a week do you do sports? On what level do you currently do sports?), the length of sitting during their work hours (e.g., How many hours do you sit daily as part of your office work?), the mode of going to work (e.g., How do you usually go to work?) as well as some anthropometric variables (self-declared height and body weight).

Additionally, there were questions concerning the pain participants may repeatedly have experienced in their necks, shoulders, back, arms, lower back, or legs. Respondents scored the intensity of that musculoskeletal pain (MSP) on a scale from 1 to 11; the largest score was meant to mark the strongest pain. Six – possibly painful - body areas were thus evaluated and the sum of the individual figures (theoretically ranging from 6 to 66) is the so-called musculoskeletal pain total score, i.e., MSP TS. This figure shows to what extent the individual can be characterized by his or her musculoskeletal complaints. The individuals' BMI was calculated on the basis of the person's self-reported figures of their height and weight.

Data processing was carried out using

the SPSS programme. In addition to the methods of descriptive statistics (e.g., average, standard deviation, relativistic distribution), two-pattern t-test and 1-criteria variance analysis were used to explore the relationship between the individual variables. Significance level was determined with 0.05 accuracy.

Results

When considering their gender, the group of office workers (N=899) had more women than men ($n_{\text{men}}=207$; $n_{\text{women}}=692$) in it. The average age of our sample was 43.2 (SD=8.8) years, and 6 out of 10 respondents were middle-aged (30-48 years). 8 out of 10 had university or college degrees (Table 1).

Table 1. Survey participants by some sociodemographic indicators, body mass index, sitting time at workplace and physical activity (N=899)

Indicators	n (%)
Gender	
Men	207 (23.0%)
Women	692 (77.0%)
Age groups	
Young adult (19-29 years)	117 (13.0%)
Middle-aged (30-49 years)	564 (62.7%)
Mature middle-aged (50+ years)	218 (24.2%)
Educational background	
Secondary school	172 (19.1%)
College	400 (44.5%)
University	327 (36.4%)
BMI (categories)	
Thin	20 (2.2%)
Normal	447 (49.7%)
Overweight	290 (32.%)
Obese	142 (15.8)
Sitting time at workplace	
1-3 hours	19 (2.1%)
3-5 hours	70 (7.8%)
5-8 hours	489 (54.4%)
8+ hours	321 (35.7%)
Mode of going to work	
Car, public transport	596 (59.6%)
On foot, bicycle	363 (40.4%)
How much time a week do you spend on sport?	
None	479 (53.3%)
half an hour-an hour	65 (7.2%)
1-4 hours	255 (28.4%)
4 + hours	100 (11.1%)
At what level do you currently do sport?	
Hobby	379 (84.4%)
Competitive	70 (15.6%)

Source: Authors' edition

Doubtless, office work is sedentary work, and it can be characterized by sitting long hours. 9 out of 10 respondents declared to sit more than 5 hours during a work-day. More than half of our respondents do not currently do any sport, despite the fact that earlier, before they reached 18 years of age, many of them used to do some kind of competitive sport or did sport as a hobby. The overwhelming majority of those respondents who are still active in one sport or another (n=641) do it with the aim of recreation. In addition to sport, other physical activities also played a role when the lifestyle and health status of office workers were considered. Active transport may be important, too, but this aspect is possibly strongly influenced by other factors, such as the distance between home and the workplace. As far as the mode of going to work is concerned, 4 respondents out of 10 chose an active way, i.e., walking or cycling. The BMI average was 25.6

kg/m² (men 27.0 kg/m²; women 25.2 kg/m²). When considering the summary of BMI categories, it was found that the proportion of people with slim and average physique (BMI<25) represented one half, while the other half was overweight (BMI≥25). Differences by gender in this respect were significant. 66.2% of men and 42.8% of women were overweight. The total score (MSP TS) occurring in various body parts demonstrates significant differences (p<0,001) by gender, but also by age and sitting time. It was the female participants, those of more mature age and those who declared longer sitting time when working, who experienced more intense pain almost in relation to each body part (Table 2). The average value of the perceived pain was higher in the group of more mature middle-aged respondents (50-65 years of age). No relation was found between the respondents' educational background and MSP TS.

Table 2. The relationship of musculoskeletal pain (MSP) scores and body mass indexes (BMI) with some sociodemographic indicators

	Neck pain Sc. AVG (SD)	Shoulder pain Sc. AVG (SD)	Back pain Sc. AVG (SD)	Arm pain Sc. AVG (SD)	Lower back pain Sc. AVG (SD)	Leg pain Sc. AVG (SD)	MSP Total Sc. AVG (SD)	BMI (kg/m ²) AVG (SD)
Gender								
Men	1.8 (1.95)	1.98 (2.12)	2.32 (2.41)	1.50 (1.31)	2.85 (2.85)	2.37 (2.44)	12.88 (10.06)	26.95 (3.3)
Women	2.89 (2.83)	3.15 (2.99)	3.23 (2.99)	2.04 (2.03)	3.40 (3.15)	2.6 (2.82)	17.67 (13.75)	25.16 (4.80)
<i>t-value</i>	- 4.77***	-5.22***	- 3.98***	-3.59***	-2.39**	-2.71*	-4.65***	4.94***
Age groups								
18-29 years	2.15 (2.30)	2.22 (2.40)	2.53 (2.72)	1.44 (1.12)	2.47 (2.77)	2.00 (2.35)	12.80 (11.91)	23.73 (4.26)
30-49 years	2.63 (2.68)	2.85 (2.83)	3.03 (2.89)	1.82 (1.83)	3.09 (3.01)	2.64 (2.54)	16.07 (12.73)	25.28 (4.46)
50-65 years	3.01 (2.85)	3.30 (3.08)	3.26 (2.96)	2.43 (2.28)	4.15 (3.27)	3.75 (3.19)	19.90 (14.10)	27.30 (4.77)
<i>F-value</i>	4.02*	5.49*	2.41	12.70***	14.08***	19.74***	12.51***	26.86***
Educational background								
Secondary school	2.77 (2.77)	2.99 (2.60)	3.19 (3.03)	2.08 (2.00)	3.30 (3.10)	2.98 (2.68)	17.31 (13.91)	25.57 (4.62)
College	2.72 (2.72)	2.97 (2.69)	3.19 (2.98)	1.95 (1.99)	3.36 (3.07)	2.82 (2.73)	17.00 (13.21)	25.31 (4.52)
University	2.52 (2.60)	2.72 (2.86)	2.73 (2.68)	1.80 (1.74)	3.13 (3.09)	2.76 (2.75)	15.65 (12.62)	25.89 (4.78)
<i>F-value</i>	0.68	0.85	2.89	1.32	0.49	0.38	1.28	1.41
BMI (categories)								
Thin	2.10 (2.57)	1.90 (1.99)	2.70 (2.90)	1.55 (1.60)	3.05 (2.81)	1.85 (1.81)	13.15 (11.56)	17.77 (0.65)
Normal	2.76 (2.76)	3.02 (2.95)	3.08 (2.90)	1.81 (1.76)	3.10 (3.07)	2.55 (2.60)	16.34 (13.16)	22.30 (1.73)
Overweight	2.49 (2.59)	2.67 (2.70)	2.91 (2.85)	1.93 (2.00)	3.36 (3.07)	2.91 (2.71)	16.30 (12.75)	27.19 (1.34)
Obese	2.73 (2.65)	2.97 (2.95)	3.07 (2.89)	1.91 (1.90)	3.61 (3.31)	3.65 (3.16)	18.30 (14.03)	33.63 (3.28)
<i>F-value</i>	0.93	1.89	0.29	2.09	1.18	6.89***	1.37	1403.64***

Notes: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Source: Authors' edition

When considering BMI categories, a strong relation was found in the category of pain in the leg ($p < 0,001$); excess weight and obesity can largely increase the pain symptoms in the lower limbs. Longer sitting time was seen to have increased pain in each body part, it was to the smallest extent –still significantly linked to lower back pain ($p < 0,05$) (Table 3). No relation was found between MSP TS. and the length of time doing sport on a weekly basis, but those people who

do competitive sport declared much less pain ($p < 0,001$), especially in the neck-, shoulder-, and lower back areas. No relation has been found between a variety of musculoskeletal pain and the mode of going to work. It was less than half of our respondents (40%) who walked, cycled, or used a scooter to get to their place of work; this figure is certainly influenced by the distance between one's home and place of work.

Table 3. The relationship of musculoskeletal pain (MSP) score and body mass indexes (BMI) with sitting time at workplace and some indicators of physical activity

	Neck pain Sc. AVG (SD)	Shoulder pain Sc. AVG (SD)	Back pain Sc. AVG (SD)	Arm pain Sc. AVG (SD)	Lower back pain Sc. AVG (SD)	Leg pain Sc. AVG (SD)	MSP Total Sc. AVG (SD)	BMI (kg/m ²) AVG (SD)
Gender								
Men	1.8 (1.95)	1.98 (2.12)	2.32 (2.41)	1.50 (1.31)	2.85 (2.85)	2.37 (2.44)	12.88 (10.06)	26.95 (3.3)
Women	2.89 (2.83)	3.15 (2.99)	3.23 (2.99)	2.04 (2.03)	3.40 (3.15)	2.6 (2.82)	17.67 (13.75)	25.16 (4.80)
<i>t-value</i>	- 4.77***	-5.22***	- 3.98***	-3.59***	-2.39**	-2.71*	-4.65***	4.94***
Age groups								
18-29 years	2.15 (2.30)	2.22 (2.40)	2.53 (2.72)	1.44 (1.12)	2.47 (2.77)	2.00 (2.35)	12.80 (11.91)	23.73 (4.26)
30-49 years	2.63 (2.68)	2.85 (2.83)	3.03 (2.89)	1.82 (1.83)	3.09 (3.01)	2.64 (2.54)	16.07 (12.73)	25.28 (4.46)
50-65 years	3.01 (2.85)	3.30 (3.08)	3.26 (2.96)	2.43 (2.28)	4.15 (3.27)	3.75 (3.19)	19.90 (14.10)	27.30 (4.77)
<i>F-value</i>	4.02*	5.49*	2.41	12.70***	14.08***	19.74***	12.51***	26.86***
Educational background								
Secondary school	2.77 (2.77)	2.99 (2.60)	3.19 (3.03)	2.08 (2.00)	3.30 (3.10)	2.98 (2.68)	17.31 (13.91)	25.57 (4.62)
College	2.72 (2.72)	2.97 (2.69)	3.19 (2.98)	1.95 (1.99)	3.36 (3.07)	2.82 (2.73)	17.00 (13.21)	25.31 (4.52)
University	2.52 (2.60)	2.72 (2.86)	2.73 (2.68)	1.80 (1.74)	3.13 (3.09)	2.76 (2.75)	15.65 (12.62)	25.89 (4.78)
<i>F-value</i>	0.68	0.85	2.89	1.32	0.49	0.38	1.28	1.41
BMI (categories)								
Thin	2.10 (2.57)	1.90 (1.99)	2.70 (2.90)	1.55 (1.60)	3.05 (2.81)	1.85 (1.81)	13.15 (11.56)	17.77 (0.65)
Normal	2.76 (2.76)	3.02 (2.95)	3.08 (2.90)	1.81 (1.76)	3.10 (3.07)	2.55 (2.60)	16.34 (13.16)	22.30 (1.73)
Overweight	2.49 (2.59)	2.67 (2.70)	2.91 (2.85)	1.93 (2.00)	3.36 (3.07)	2.91 (2.71)	16.30 (12.75)	27.19 (1.34)
Obese	2.73 (2.65)	2.97 (2.95)	3.07 (2.89)	1.91 (1.90)	3.61 (3.31)	3.65 (3.16)	18,30 (14,03)	33.63 (3.28)
<i>F-value</i>	0.93	1.89	0.29	2.09	1.18	6.89***	1.37	1403.64***

Notes: *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

Source: Authors' edition

The average BMI seems to be strongly related ($p < 0,001$) to the categories of gender and age. On the basis of BMI average both men and women could be classified as overweight but there were significantly more men in this category (26.95) than women (25.16). BMI average increased with age. When considering the educational background of respondents, their sitting time at work, the level of past or current sport activities (competitive or hobby) and active transport no relation of significance was found to the BMI average. On the other hand, BMI was closely related to ($p < 0,01$) the frequency of weekly sport activities: there were more overweight or obese people in the group of those who exercised less.

Discussion and conclusions

The distribution by gender in our sample (Men: 23%, Women: 77%) reveals that in Hungary women represent a high percentage of employees in administrative and office jobs (75%) (KSH, 2021a). The distribution by age does not show any considerable difference when considering the percentage of all employees in Hungary: the majority is middle-aged adults (63%). Due to the fact that the nature of work in the government offices is intellectual, in our sample the percentage of those with degrees from higher education is two and a half times more (81%) than the similar indicator of all employ-

ees in Hungary (30%).

Considering the BMI average of our sample it was only the group of women that showed favourable deviation when compared with similar indicators of the overall adult population of Hungary. The BMI average in case of men was 27.0 kg/m², while in women it was 25.2 kg/m². The same tendency was seen in the proportion of the combined ratio of overweight and obese persons: at national level two thirds of men and slightly more than half of the women (Rurik et al., 2014; Boros et al., 2021), while in our sample 66.2% of the men and only 42.8% of the women were found overweight or obese.

Sitting time at work is high, even if compared to the general daily sitting time of the Hungarian population (Eurobarometer, 2018). 9 people out of 10 sit at least 5 hours at their workplace and 3 sit more than 8 hours. But we found no evidence that gender and age were related to sitting time at the office (see Johansson et al., 2020).

As far as the questions about sport are concerned, 53% of our respondents never did and do not do any sport; it is an answer, identical with the Hungarian average figure as determined by the Special Eurobarometer 472 survey (Eurobarometer, 2018). But there are differences by gender, too. There are significantly fewer people who do sport in the group of women (Men 48%, Women 57%). The

share of those who do not do any sport, or, who do sport rarely (55%) is by 4-5 points more favourable than the average measured in the group of Hungarian office workers.

Based on the findings of relevant specialist literature, we assumed, that, the perception of musculoskeletal pain (MSP) is dependent on sociodemographic variables (H1). Our own findings have supported those earlier results (Kovács, 2012), according to which women tend to suffer more from musculoskeletal problems than men ($p < 0,001$), and also that pain intensifies with the advancement of age ($p < 0,001$) (Bau et al., 2017; Járomi et al., 2021). Although it is a well-known fact that the educational background plays a role in the health status of the population (Orosz and Kollányi, 2016), we have not succeeded in proving the relatedness of education and MSP TS ($p > 0,05$). The reason behind it can be found in the specificity of our sample: 81% of it had a degree from an institution of higher education. These respondents can be divided into two groups: those with a university and those with a college degree. There were only a few people in our sample who had secondary school certificate.

Sitting time at workplace and MSP TS (H2) were found to be closely interrelated ($p < 0,001$), meaning, our research has been able to prove that due to long sitting time at the workplace skeletomuscular

problems and pain in various body parts were to intensify (Westgaard and Winkel, 1997; King et al., 2013; Davis and Kotowski, 2014; Bau et al., 2017; Gibbs et al., 2018; Bontrup et al., 2019; Hauffler et al., 2000).

The analysis of the relation between physical activity and skeletomuscular pain (H3) has led to double result. According to our findings no relation exists between the amount of time of weekly exercise and skeletomuscular pain symptoms ($p > 0,05$), a result that seems to support the results of Kamada and his colleagues (2014). The perception of pain was not dependent on the mode of daily transport ($p > 0,05$) either (active and/or motorized vehicle-based). On the contrary, the level of sport activities (competitive, or hobby-level) had a very powerful impact on the intensity of pain ($p < 0,001$): being engaged in competitive sport requires very intensive physical activity and regular training, so it lessens the pain when compared with the same aspect of hobby-level sport. These findings seemed to underline the fact that sport activities have a preventive impact concerning skeletomuscular diseases (Pedersen et al., 2009; Andersen et al., 2010; Shiri and Hassani, 2017).

As far as the relationship between BMI and sociocultural variables is concerned (H4), our results have proven the statements made by other Hungarian re-

searchers, namely, that the men and the more mature people have higher BMI (Rurik et al, 2014; KSH, 2019); on the other hand, in relation to the respondents' educational background no significant difference was found. There was no interrelatedness between the time of sitting at the workplace and BMI (H5), consequently, the high amount of sitting time is not the only factor leading to excess weight and obesity (Van Uffelen et al., 2010; Ekelund et al., 2015).

In relation to physical activity and BMI (H6) our research results also demonstrated that the increased amount of physical activity per week ($p < 0,001$) is related to BMI (Suryadinata et al., 2020; Győri et al., 2021). In this respect there was no difference between those who do competitive sport and those who do sport as a form of recreation. The mode of going to work (active or motorized vehicle-related) did not have any impact on the respondents' BMI ($p > 0,05$).

Our research was aimed at exploring the relationship of sitting time at the workplace, physical activity and some sociodemographic variables with musculoskeletal complaints (MSP), and body mass index (BMI). The respondents of our questionnaire-based research were employees of the Government Office of Csongrád-Csanád County. When analyzing the research findings, it became clear that our research results are in ac-

cordance with the preliminary research statements, namely, that it is women and older employees who can be characterized with more intensive musculoskeletal complaints. Pain symptoms are increased when there are longer sitting times, excess weight, and obesity, while active sport reduces them.

In accordance with the general trends in Hungary, it was men who proved to be more obese and overweight than women and adults of more mature age than the young ones. In relation to the preventive and health preserving role of sport our results have proven to be convincing. At the same time the interrelatedness of sedentary work and BMI has not been confirmed. It is possible that those who sit long hours at their workplace, as a form of compensation, are more active in their free time and do a lot more physical exercise. On the other hand, when investigating this latter aspect, no significant relationship has been found between the amount of sitting time and the weekly amount of physical activity. Active mode of transport was not interrelated with skeletomuscular pain symptoms, or BMI of respondents.

Given that the factors affecting health are multidimensional (Bácsné Bába, et al., 2021), in the future several other lifestyle variables need to be included in our research, too, in order to further explore the topic. All the possible manifestations of

physical activities need to be considered when investigating the health impact. Furthermore, on the basis of our current and our planned future research we support the creation of such conditions within and outside workplaces which make regular or occasional physical activities possible for the employees. It is also strongly recommended to include specialists in this process in order to increase the number of occasions when people do physical activities with the aim of reducing the length of sitting time, using active modes of transport when going to work; in brief, it is of utmost importance to create such conditions, that may lead to improved health and increased work performance of office employees.

References

1. Ács, P., Betlehem, J., Laczkó, T., Makai, A., Morvay-Sey, K., Pálvölgyi, Á., Paár, D., Prémusz, V., Stocker, M., Zámbó, A. (2021): *Változások a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben kiemelten a fizikai aktivitás és a sportfogasztási szokások vonatkozásában*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs.
2. Andersen, L.L., Christensen, K.B., Holtermann, A., Poulsen, O.M., Sjogaard, G., Pedersen, M. T., Hansen, E.A. (2010): Effect of physical exercise interventions on musculoskeletal pain in all body regions among office workers: A one-year randomized controlled trial. *Manual Therapy*, **15**(1): 100-104. <https://doi.org/10.1016/j.math.2009.08.004>
3. Antle, D.M, Cormier, L., Findlay, M., Miller, L.L., Côté, J.N. (2018): Lower limb blood flow and mean arterial pressure during standing and seated work: Implications for workplace posture recommendations, *Preventive Medicine Reports*, **10**: 117-122. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.02.016>
4. Bácsné Bába, É., Müller, A., Molnár A. (2021): Az egészségünket meghatározó tényezők bemutatása egy lehetséges egészségmodell segítségével. *Gradus*, **8**(1): 90-102.
5. Bau, J-G., Chia, T., Wei, S-H., Li, Y-H., Kuo, F-C. (2017): Correlations of neck/shoulder perfusion characteristics and pain symptoms of the female office workers with sedentary lifestyle. *Plos One*, **12**(1): e0169318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169318>
6. Beck, B.R., Daly, R.M., Singh, M.A., Taaffe, D.R. (2017): Exercise and Sports Science Australia (ESSA) position statement on exercise prescription for the prevention and management of osteoporosis. *Journal of Science and Medicine in Sport*, **20**(5): 438– 445. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2016.10.001>

7. Bener, A., Dafeeah, E.E., Alnaqbi, K. (2014): Prevalence and Correlates of Low Back Pain in Primary Care: What are the Contributing Factors in a Rapidly Developing Country. *Asian Spine Journal*, **8**(3): 227–236. <https://doi.org/10.4184/asj.2014.8.3.227>
8. Berki, T., Tarjányi, Z. (2022): The Role of Physical Activity, Enjoyment of Physical Activity, and School Performance in Learning Motivation among High School Students in Hungary. *Children*, **9**(3): 320. <https://doi.org/10.3390/children9030320>
9. Bontrup C., Taylor, W.R., Fliesser, M., Visscher, R., Green, T., Wippert, P.M., Zemp, R. (2019): Low back pain and its relationship with sitting behaviour among sedentary office workers. *Applied Ergonomics*, **81**: 102894. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102894>
10. Boros, J., Gárdos, É., Kovács, K. (2021): Egészségi állapot. In: Monostori, J., Óri, P., Spéder, Z. (eds.): *Demográfiai portré 2021: Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. KSH Népszégtudományi Kutatóintézet, Budapest, 139-161.
11. Callaghan, J.P., De Carvalho, D., Gallagher, K., Karakolis, T., Nelson-Wong, E. (2015): Is Standing the Solution to Sedentary Office Work? *Ergonomics in Design*, **23**(3): 20-24. <https://doi.org/10.1177/1064804615585412>
12. Chia, T., Bau, J.G., Li, Y.H., Wei, S.H., Hsiu, H., Pao, L. (2017): Micro-circulatory Characteristics in Neck/Shoulder of the Adults with Sedentary and Exercise Lifestyles. *Journal of Medicinal and Biological Engineering*, **37**: 912–919. <https://doi.org/10.1007/s40846-017-0248-y>
13. Church, T. (2011): Exercise in obesity, metabolic syndrome, and diabetes. *Progress in Cardiovascular Diseases*, **53**(6): 412–418. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2011.03.013>
14. Davis, K.G., Kotowski, S.E. (2014): Postural variability: an effective way to reduce musculoskeletal discomfort in office work. *Human Factors*, **56**(7): 1249-61. <https://doi.org/10.1177/0018720814528003>
15. De Vries, H.J., Reneman, M.F., Groothoff, J.W., Geertzen, J.H.B., Brouwer, S (2013): Self-reported work ability and work performance in workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, **23**(1): 1–10. <https://doi.org/10.1007/s10926-012-9373-1>
16. Duncan, G.E. (2006): Exercise, fitness, and cardiovascular disease risk in type 2 diabetes and the metabolic syndrome. *Current Diabetes Reports*, **6**: 29–35. <https://doi.org/10.1007/s11892-006-0048-1>

17. Ekelund, U., Ward, H.A., Norat, T., Luan, J., May, A.M., ... Riboli, E. (2015): Physical activity and all-cause mortality across levels of overall and abdominal adiposity in European men and women: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study (EPIC). *The American Journal of Clinical Nutrition*, **101**(3): 613–621. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.100065>
18. Eriksen, D., Rosthøj, S., Burr, H., Holtermann, A. (2015): Sedentary work- Association between five-year changes in occupational sitting time and body mass index. *Preventive Medicine*, **73**: 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.038>
19. Eurobarometer (2018): *Special Eurobarometer 472*. Sport and physical activity. European Commission. Available at: https://data.europa.eu/data/datasets/s2164_88_4_472_eng?locale=en Downloaded: 12 December 2021,
20. Ganasegeran, K., Perianayagam, W., Nagaraj, P., Al-Dubai S.A. (2014): Psycho-behavioural risks of low back pain in railway workers, *Occupational Medicine*, **64**(5): 372-375. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqu039>
21. Gero, K., Iso, H., Kitamura, A., Yamagishi, K., Yatsuya, H., Tamakoshi, A. (2018): Cardiovascular disease mortality in relation to physical activity during adolescence and adulthood in Japan: Does school-based sport club participation matter? *Preventive Medicine*, **113**: 102–108. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2018.05.012>
22. Gerovasili, V., Agaku, I.T., Vardavas, C.I., Filippidis, F.T. (2015): Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. *Preventive Medicine*, **81**: 87–91. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.08.005>
23. Gibbs, B.B., Hergenroeder, A.L., Perdomo, S.J., Kowalsky, R.J., Delitto, A., Jakicic, J.M. (2018): Reducing sedentary behaviour to decrease chronic low back pain: the stand back randomised trial. *Occupational and Environmental Medicine*, **75**(5): 321-327. <https://doi.org/10.1136/oemed-2017-104732>
24. Győri, F., Berki, T., Katona, Z., Vári, B., Katona, Z., Petrovszki, Z. (2021): Physical activity in the Southern Great Plain Region of Hungary: The Role of Sociodemographics and Body Mass Index. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, **18**(23): 12414. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312414>
25. Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F., Guthold, R., Haskell, W., Ekelund, U. (2012): Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, **380**: 247-257. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60166-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60166-3)

[doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60646-1](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60646-1)

26. Hauffler, A.J., Feuerstein, M., Huang, G.D. (2000): Job stress, upper extremity pain and functional limitations in symptomatic computer users. *American Journal of Industrial Medicine*, **38**: 507–515. [https://doi.org/10.1002/1097-0274\(200011\)38:5%3C507::aid-ajim3%3E3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1097-0274(200011)38:5%3C507::aid-ajim3%3E3.0.co;2-5)

27. Heuch, I., Hagen, K., Heuch, I., Nygaard, O., Zwart, J. A. (2010): The impact of body mass index on the prevalence of low back pain: The HUNT study. *Spine*, **35**(7): 764-8. <https://doi.org/10.1097/brs.0b013e3181ba1531>

28. Heuch, I., Heuch, I., Hagen, K., Zwart, J.A. (2017): Physical activity level at work and risk of chronic low back pain: A follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. *Plos One*, **12**: 4. e0175086 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0175086>

29. Hildebrandt, V.H., Bongers, P.M., Dul, J., Van Dijk, F.J., Kemper, H.C. (2000): The relationship between leisure time, physical activities and musculoskeletal symptoms and disability in worker populations. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, **73**(8): 507-518. <https://doi.org/10.1007/s004200000167>

30. Hock, M., Csiziné, R. M., DeBlasio, A., DeBlasio, D., Járomi, M., Ács, P., ... Soós, S. (2015). Vízitorna, mint az időskori sarcopenia prevencióis lehetőségé. *Magyar Sporttudományi Szemle*, **16**(2): 36.

31. Jaromi, M., Nemeth, A., Kranicz, J., Laczko, T., Betlehem, J. (2012): Treatment and ergonomics training of work-related lower back pain and body posture problems for nurses. *Journal of Clinical Nursing*, **21**: 11-12. 1776-1784. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04089.x>

32. Járomi, M., Szilágyi, B., Velényi, A., Leidecker, E., Raposa, B.L., Hock, M., Baumann, P., Ács, P., Makai, A. (2021): Assessment of Health-Related Quality of Life and Patient's Knowledge in Chronic Non-Specific Low Back Pain. *BMC Public Health*, **20**(S1): 1479. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09506-7>

33. Johansson, E., Mathiassen, S.E., Rasmussen, C.L., Hallman, D.M. (2020): Sitting, standing and moving during work and leisure among male and female office workers of different age: a compositional data analysis. *BMC Public Health*, **20**: 826. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08909-w>

34. Kamada, M., Kitayuguchi, J., Lee, I.M, Hamano, T., Imamura, F., Inoue, S., Miyachi, M., Shiwaku, K. (2014): Relationship between physical activ-

ity and chronic musculoskeletal pain among community-dwelling Japanese adults. *Journal of Epidemiology*, **24**(6): 474-483. <https://doi.org/10.2188/jea.je20140025>

35. Katona, Z., Petrovszki, Z., Domokos, M., Hézsóné Böröcz, A., Pósa, A., Magyariné Berkó, A., Györi, F. (2021): Antropometriai és társadalmi mutatók néhány összefüggése a Dél-Alföld felnőtt lakosságának példája alapján. In: Szász, A., Alattyányi, I., Katona, Z., Györi, F. (eds.): *Testmozgás a fittségért és egészségért*. Dél-alföldi Ifjúsági Életmód és Szabadidő Alapítvány, Szeged, 125-138.

36. Keresztes, N., Szilágyi, N., Kiss, B., Rácz, R., Rázsó, Z., Bondor, T., László, F., Varga, C., Balogh, L. (2011): Kérdőíves panelvizsgálat eredményei: Sportolási szokások. In: *TÁMOP-4.2.2.-08/1-2008-0006 projekt zárókonferencia*, Szeged. 24.

37. Kinczel, A., Müller, A. (2020): Aktivitás, szabadidősport. *Különleges Bánásmód*, **6**(2): 49–58. <https://doi.org/10.18458/KB.2020.2.49>

38. King, T.K., Severin, C.N., Van Eerd, D., Ibrahim, S., Cole, D., Amick, B., Steenstra, I.A. (2013): A pilot randomised control trial of the effectiveness of a biofeedback mouse in reducing self-reported pain among office workers.

Ergonomics, **56**(1): 59–68. <https://doi.org/10.1080/00140139.2012.733735>

39. Koohsari, M.J., McCormack, G.R., Nakaya, T., Shibata, A., Ishii, K., Lin, C.Y., Hanibuchi, T., Yasunaga, A., Oka, K. (2022): Perceived workplace layout design and work-related physical activity and sitting time. *Building and Environment*, **211**: 108739. <https://doi.org/10.1016/j.buildenv.2021.108739>

40. Kovács, K. (2012): Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In: Óri, P., Spéder, Zs. (eds.): *Demográfiai portré 2012*. KSH Népszégtudományi Kutatóintézet, Budapest. 73-88.

41. KSH (2019): *A népesség megoszlás tápláltság szerint a testtömeg-index (BMI) alapján (2009-2019)*. Central Statistical Office, Hungary. Available at: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0039.html Downloaded: 12 December 2021

42. KSH (2021a): *Időfelhasználás, időmérleg*. A tevékenységet végzők aránya munkaerőpiaci státusz és nemek szerint. Central Statistical Office, Hungary. Available at: https://www.ksh.hu/stadat_files/ido/hu/ido0008.html Downloaded: 12 December 2021

43. KSH (2021b): *A foglalkoztatottak száma foglalkozási főcsoport szerint, nemenként – FEOR'08*. Central Sta-

- tistical Office, Hungary. Available at: https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0010.html Downloaded: 12 December 2021
44. Lampek, K., Rétsági, E. (eds. 2015): *Egészséges idősödés: Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs.
45. Lin, T.C., Courtney, T.K., Lombardi, D.A., Verma, S.K. (2015): Association Between Sedentary Work and BMI in a U.S. National Longitudinal Survey. *American Journal of Preventive Medicine*, **49**(6): 117-123. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.024>
46. Makai, A. (2015): Derékfájás társadalmi és egyéni meghatározó tényezői. In: Tóthné, Steinhausz V., Tóth, K. (eds.): *Tudatos ülés gerinciskolája általános iskolásoknak: Az iskolai testnevelésben végzendő tartáskorrekciót kiegészítő gerinciskola*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, 9-18.
47. Mason, C. (2000): Healthy people, places and transport. *Health Promotion Journal of Australia*, **92**: 190–196. <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.457762872704354>
48. Moreno-Llamas, A., García-Mayor, J., De la Cruz-Sánchez, E. (2022): How Europeans move: a moderate-to-vigorous physical activity and sitting time paradox in the European Union. *Public Health*, **203**: 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.11.016>
49. Morrow, James R., Jr., Martin, S.B., Welk, G.J., Zhu, Weimo., Meredith, M.D. (2010): Overview of the Texas Youth Fitness Study. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, **81**(3): S1-S5. <https://doi.org/10.1080/02701367.2010.10599688>
50. Orosz, É., Kollányi, Zs. (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi, T.; Tóth, I.G. (eds.): *Társadalmi Riport 2016*. TÁRKI, Budapest. 334-357.
51. Owen, N., Healy, G.N., Matthews, C.E., Dunstan, D.W. (2010): Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exercise and sport sciences reviews*, **38**(3): 105–113. <https://doi.org/10.1097/jes.0b013e3181e373a2>
52. Paluska, S.A., Schwenk, T.L. (2000): Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*. **29**: 3. 167-80. <https://doi.org/10.2165/00007256-200029030-00003>
53. Parry, S.P., Coenen, P., Shrestha, N., O’Sullivan, P.B., Maher, C.G., Straker, L.M. (2019): Workplace interventions for increasing standing or walking for decreasing musculoskeletal symptoms in

- sedentary workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. CD012487. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd012487.pub2>
54. Pedersen, M.T., Blangsted, A.K., Andersen, L.L., Jørgensen, M.B., Hansen, E.A., Sjøgaard, G. (2009): The effect of worksite physical activity intervention on physical capacity, health, and productivity: A 1-year randomized controlled trial. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, **51**(7): 759–770. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e3181a8663a>
55. Piko, B. (2000): Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *Journal of Common Health*, **25**(2): 125-137. <https://doi.org/10.1023/a:1005129707550>
56. Radak, Z., Taylor, A.W. (2019): Chapter 5 - Exercise and Hormesis. In: Rattan, S.I.S, Marios Kyriazis, M. (eds.): *The Science of Hormesis in Health and Longevity*. Academic Press, 63-73, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814253-0.00005-X>
57. Rurik, I., Torzsa, P., Szidor, J., Móczár, Cs., Iski, G., Albók, É., Ungvári, T., Jancsó, Z., Sándor, J. (2014): A public health threat in Hungary: obesity, 2013. *BMC Public Health*, **14**: 798. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-798>
58. Sherwood, N., Jeffery, R. (2000): The behavioral determinants of exercise: implications for physical activity interventions. *Annual Review of Nutrition*, **92**: 21–44. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.20.1.21>
59. Shiri, R., és Falah-Hassani, K. (2017): Does leisure time physical activity protect against low back pain? Systematic review and meta-analysis of 36 prospective cohort studies. *British Journal of Sports Medicine*, **51**(19): 1410-1418. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-097352>
60. Stephenson, J.M., Bauman, A., Armstrong, T.P., Smith, B.J. (2000): *The costs of illness attributable to physical inactivity in Australia*. Commonwealth Department of Health and Aged Care and Australian Sports Commission, Canberra.
61. Suryadinata, R.V., Wirjatmadi, B., Adiani, M., Lorensia, A. (2020): Effect of age and weight on physical activity. *Journal of Public Health*, **9**(2): 1840. <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1840>
62. Torma, F., Gombos, Z., Jokai, M., Berkes, I. Takeda, M., Mimura, T., Radak, Z., Gyori, F. (2020): The roles of microRNA in redox metabolism and exercise-mediated adaptation. *Journal of Sport Health Science*, **9**(5): 405-414. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2020.03.004>

63. Tóth, M. (2022): A modernkori népbetegségek és a fizikai aktivitás kapcsolata. In: Tóth, M. (ed): *A mozgás mint gyógyszer*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, 70-99.

64. Van Uffelen, J.G.Z., Wong, J., Chau, J.Y., Van der Ploeg H.P., Riphagen, I., Gilson, N.D., Burton, N.W., Healy, G.N., Thorp, A.A., Clark, B.K., Gardiner, P.A., Dunstan, D.W, Bauman, A., Owen, N., Brown, W.J. (2010): Occupational Sitting and Health Risks: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, **39**(4): 379-388. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.024>

65. Varga, C., Pósa, A, Kedvesné Kupai, K. (2015): *The metabolic syndrome*. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged.

66. Westgaard, R.H. és Winkel, J. (1997): Ergonomic intervention research for improved musculoskeletal health: A critical review. *International Journal of Industrial Ergonomics*, **20**: 463-500.

67. WHO (2020): *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> Downloaded: 14 June 2022



Kiadja a
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kara

2022