

FINÁNCZ JUDIT¹ – CSIMA MELINDA²**A kora gyermekkori nevelésben dolgozók egészségi állapotának és egészségmagatartásának mutatói³**

A kora gyermekkori nevelésben dolgozó pedagógusok egészségi állapotának és egészségmagatartásának vizsgálata a közelmúltig elhanyagolt területnek számított, holott mintaadó szerepük révén kiemelt jelentőségű ennek a kérdéskörnek a feltárása. Keresztmetszeti, kvantitatív, helyzetfeltáró vizsgálatunk során 1010 óvodapedagógus, kisgyermeknevelő, dajka és pedagógiai asszisztens válaszain keresztül nyertünk betekintést egészségi állapotuk, egészségmagatartásuk jellemzőibe. Eredményeink birtokában megállapítható, hogy a kutatásba bevont pedagógusok egészségmagatartása a teljes lakossághoz viszonyítva kedvezőbb képet mutat, ugyanakkor meglehetősen nagy arányban küzdenek krónikus betegségekkel, elsősorban hát-, derék- és egyéb ízületi problémákkal, mely összefüggésben állhat a munkakörükből adódó fokozott fizikai terheléssel.

Bevezetés

*„Az egész gyermek olyan, mint egyetlen érzékszerv, minden hatásra reagál, amit emberek váltanak ki belőle. Hogy egész élete egészséges lesz-e vagy sem, attól függ, hogyan viselkednek a közelében.”
(Rudolf Steiner, 1989, pp.25–26.)*

A felnövekvő generációk egészsége mindannyiunk közös felelőssége. Az egészségmagatartás formálásában a család elsődlegessége mellett kiemelkedő szerepe van a gyermek szocializációjában szerepet betöltő intézményeknek és az ott dolgozó pedagógusoknak, valamint az ő munkájukat segítő szakembereknek. Az intézményi nevelés során az egészséges életmódra nevelésen túl a mintaadás és érték közvetítés révén a pedagógus befolyásolja a gyermek szemléletét, értékrendszerét, viselkedését, hozzájárulva ezzel ahhoz, hogy egészségesebb felnőtté nevelje gondozottjait. Fokozottan igaz ez az iskoláskor előtti nevelésre, amelyről már számos hazai és nemzetközi vizsgálat kimutatta (OECD, 2013; Danis–Farkas–Oates, 2011; Szilvási, 2011),

¹ PhD, egyetemi docens, Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar; financz.judit@ke.hu

² PhD, egyetemi docens, Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar; petone.melinda@ke.hu



³ Az Emberi Erőforrások Minisztériuma ÚNKP-17-4-I-KE-19 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának támogatásával készült

hogy a köznevelés későbbi szakaszaihoz képest nagyobb mértékben befolyásolja az egyén életútjának alakulását. A pedagógusok által közvetített értékek, szokások közül az egészséges életvitel kialakításának szempontjából különösen fontos, hogy az egészség mint érték, s ezzel együtt az egészséget támogató értékek hogyan jelennek meg viselkedésükben, kommunikációjukban.

Számos foglalkozási területen és a teljes lakosságra vonatkozóan történtek már kutatások az egészségi állapot és az egészségmagatartás témakörében, azonban a pedagógusok esetében hiányoznak a hazai vizsgálatok, így kevés ismerettel rendelkezünk arról, vajon milyen mintát közvetítenek a rájuk bízott gyermekek felé.

Az egészség és az egészségmagatartás fogalmi kerete

Az egészségről való gondolkodást egészen a 19. századig alapvetően a holisztikus látásmód jellemezte, melynek központi eleme az ember és a természet közötti harmónia hangsúlyozása. Az ipari forradalom, mely a természettudományok, s ezzel együtt az orvostudomány terén addig nem látott mértékű fejlődést eredményezett, a holisztikus szemléletet háttérbe szorította. Az egészségről való gondolkodásban az intézményesült medicina térhódításának következtében egészen az 1950-es évekig a biomedikális szemlélet vált uralkodóvá, melynek eredményeként az egészség és betegség kérdéskörében elsősorban a betegséget előidéző faktorokra koncentráltak a kutatók, s az egészség fenntartására irányuló vizsgálatok háttérbe szorultak. A patogenetikus irányultságú biomedikális szemlélet az egészség fenntartásában nem tulajdonított szerepet az egyénnek, ezzel együtt a prevenciónak, így mind a társadalmi, mind pedig az egyéni szerepvállalás háttérbe szorult az egészség megőrzésében. Az egészségről, betegségről folyó tudományos diskurzusok az orvostudomány privilégiumává váltak (Csabai–Molnár, 1999).

A biomedikális megközelítéssel szemben legtöbb kritikát megfogalmazó pszichoszomatikus szemlélet II. világháborút követő térnyerése változást eredményezett az egészségről való gondolkodásban. E megközelítés hangsúlyozza, hogy az egészség feltétele a testi és a lelki tényezők összerendezett működése, valamint az ember és környezete közötti harmónia megléte (Meleg, 1998). E nézőpontnak megfelelően definiálta az egészséget a WHO 1946-ban, melynek értelmében az egészség a teljes testi, lelki, szociális jólét állapota, s nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiánya. A pszichoszomatikus szemlélet megerősödésével párhuzamosan a szociológiaelméleti diskurzusokban is megjelentek az orvoslásra és az egészségügyre vonatkozó elméletek, melyek a társadalmi rendszer alapegységeként definiálták az egészségügy belső vi-

lágát. Parsons (1951) strukturális funkcionista álláspontja értelmében az egészség a társadalmi rendszer nélkülözhetetlen funkcionális kelléke, az egészségi állapotban bekövetkező romlás diszfunkcionalitást eredményez, melynek következtében az egyén alkalmatlanná válik társadalmi szerepeinek betöltésére (idézi: Pikó, 2002. p. 19). Ennek értelmében a társadalomtudományi nézőpont megjelenése az egészségről, betegségről való gondolkodásban elkerülhetlenné vált. A biológiai, fizikai, kémiai okokon túl a pszichés és szociális tényezők beemelése az egészségről való gondolkodásba megkérdőjelezhetlenné teszi a társadalmi felelősségvállalás szerepét az egészség fenntartásában (Csabai–Molnár, 1999. pp. 26–36).

A mai modern egészségértelmezések integratív szemléletet tükröznek, melyben a természeti-társadalmi környezet, a rendelkezésre álló erőforrások mértéke, a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képesség, a sikerélmény valamint az elégedettség mind-mind az egészségi állapot meghatározói. Az egészség ezen megközelítés alapján folyamatként értelmezendő, mely alakítható, fejleszthető, és az egyén egész életén átível (Szarvasné–Benkő, 2006). Ennek értelmében az egyén egészségi állapotát öröklött tulajdonságai mellett környezete és életmódja jelentősen meghatározza (LaLonde, 1974). Az egészséggel kapcsolatos életmód, illetve egészségmagatartás alatt az egyénnek azt a viszonyulását, s ezzel együtt viselkedését értjük, ahogyan cselekszik az egészségének megőrzése, vagy éppen rombolása érdekében (Kasl–Cobb, 1966; idézi: Pikó, 2002). Az egészségmagatartást ebben a kontextusban Matarazzo (1980) kétirányú modellje alapján értelmezzük, mely szerint az egészségmagatartás lehet preventív vagy patogén (idézi: Pikó, 2002). Az egészségmagatartás befolyásolása kapcsán széles körben elfogadottá vált, hogy az nem csupán az egészségügyi szolgáltatók és az őket irányító egészségpolitika feladata, hanem azoké az intézményeké, melyek fontos szerepet töltenek be a magatartásirányítás folyamatában. A szocializációs szinterek közül a legfontosabbnak a nevelési, oktatási intézmények tekinthetők, melyek nyíltan vagy rejtetten értékeket, normákat, viselkedési mintákat közvetítenek, hatva ezáltal a felnövekvő generáció gondolkodására, értékrendjére, magatartására és egészséggel kapcsolatos döntéseire.

A lakosság egészségi állapotának, egészségmagatartásának jellemzői

A magyar lakosság egészségi állapota meglehetősen kedvezőtlen képet mutat, több egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországoihoz képest. 2015-ben a nők születéskor várható élettartama 79, a férfiaké 72 év volt, mindkét nem esetén alacsonyabb volt az előző évinél. A daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei voltak felelősek a 65 éves kor

előtt bekövetkező korai halálozás kétharmadáért. E betegségek okozta halálozás vonatkozásában Magyarország elmaradt az EU15 és többnyire az EU13 országoktól is. Az iszkémiás szívbetegség és az agyérbetegség okozta halálozás 3-4 szerese volt az EU15 országokban tapasztalt értékeknek. Az elkerülhető halálozás szempontjából Magyarország az EU országai között az utolsók között, a megelőzhető halálozások rangsorában pedig a nők az utolsó, a férfiak hátulról a harmadik helyen állnak. A halálozás mellett az elvesztett egészséges életévek számában is kedvezőtlenebbek a magyar értékek, mint az EU más tagállamaiban. Az elvesztett egészséges életévek 21%-áért mindkét nemnél a keringési rendszer betegségei voltak felelősek, közel egyötödéért pedig a daganatos megbetegedések voltak okolhatók. A harmadik legnagyobb (10%) egészségvesztést okozó betegségecsoportot a mozgásszervi megbetegedések alkották, melyek elsősorban nyaki és háti gerincfájdalmakban nyilvánultak meg. Ez a betegségecsoport jellemzően több veszteséget okozott a nőknél (9%), mint a férfiaknál (6%) (Varsányi és Vitrai, 2016).

Az egészségvesztések túlnyomó többsége az egészségviselkedés terén megfigyelhető rizikómagatartásra vezethető vissza, kiemelten az étrendi kockázatokra, a dohányzásra, a magas szisztolés vérnyomásra, valamint a túlsúlyra, illetve az elhízásra. Az étrenddel kapcsolatos kockázati tényezők közül a teljes kiőrlésű gabonafélék elégtelen fogyasztása, a magas sóbevitel, a kevés zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint az olajos magvak elégtelen bevitele okozta a legnagyobb veszteségeket, amely a férfiak esetén jelentősebb. A dohányzást, mint egészségvesztést eredményező faktort vizsgálva megállapítható, hogy a 2014-es adatfelvétel során a magyar felnőttek 26%-a dohányzott napi rendszerességgel, ami a lakosság egészségvesztésének 14%-áért volt okolható. A második legnagyobb élettani egészségkockázatot jelentő túlsúly és elhízás mértékének megítélésére az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) az általánosan elfogadott testtömegindex-számítást alkalmazta. Az eredmények alapján a nők 49%-ának, a férfiak 62%-ának volt magas a testtömeg-indexe (Varsányi és Vitrai, 2017).

A WHO egészségdefiníciójának értelmében az egészség vizsgálata során nem elegendő a szomatikus jellemzőket, egészségvesztéseket feltérképezni, hanem szükséges a lelki egészség különböző dimenzióit is vizsgálni. Magyarországon a Hungarostudy elnevezésű vizsgálatok 1988 óta hét, illetve háromévente (1995, 2002, 2005/2006, 2013) adnak számot a magyar lakosság lelki egészségéről.

A Beck Depresszió Kérdőívvel vizsgálva 1995-ben a felnőtt magyar népesség 7,1%-a panaszkodott súlyos, már betegségnek tekinthető depressziós tünetegyüttesről, míg ez az arány 2002-re 13%-ra emelkedett. Míg a 2002-es évi adatfelvétel során a megkérdezettek 71%-ának egyáltalán nem voltak depressziós panaszai, a 2006-os kikérdezés során már csak 67% volt

lelkileg egészségesnek tekinthető. Az, hogy a 2006-os adatfelvétel során a teljes népesség 67%-a nem mutatott depressziós tüneteket, egyben azt is jelenti, hogy ebben az időszakban a magyar lakosság mintegy egyharmada szenved olyan depressziós tünetegyüttestől, amely igen jelentős veszélyeztető tényező (Kopp–Skrabski, é.n.).

Mind az Egészségjelentés (Varsányi és Vitrai, 2017), mind pedig a Hungarostudy eredményeinek tükrében összességében megállapítható, hogy kiemelt jelentőségű az egészségvesztések és az azok kialakulásához vezető tényezők széleskörű megismerése, valamint az egészségromlás hátterében kimutatható depressziós tünetegyütes felismerése.

A vizsgálat módszertana

Kvantitatív, keresztmetszeti, helyzetfeltáró vizsgálatunk célja a kora gyermekkori nevelésben dolgozó pedagógusok egészségi állapotának, egészségmagatartásának és közérzetének vizsgálata, melynek során a következő kérdésekre keressük a választ:

- Mi jellemzi a pedagógusok, nevelők egészségi állapotát és egészségmagatartását?
- Milyen intézményi légkörben végzik munkájukat?
- Milyen mértékben fenyegeti őket a kiégés és a depresszió veszélye?
- Milyen tényezők mentén differenciálódik a kora gyermekkori nevelésben dolgozók lelki egészsége?
- Milyen rekreációs tevékenységet folytatnak?
- Mekkora a pályaelhagyást tervezők aránya, és milyen területre lépnének tovább?

A kérdőív kidolgozása során a következő fontosabb kérdéskörök kerültek fókuszba: intézménnyel, munkakörrel, képzettséggel, továbbtanulási tervekkel, intézményi klímával kapcsolatos kérdések, egészségi állapotra vonatkozó kérdések, egészségmagatartás (szűrővizsgálatok, dohányzás, alkoholfogyasztás, táplálkozás), lelki egészség (kiégés, depresszió, közérzet), társas kapcsolatok, rekreáció.

A mérőeszköz kialakítása során a nemzetközi és hazai vizsgálatokban alkalmazott standardizált kérdések mellett (Beck Depresszió Kérdőív, Maslach Kiégés Kérdőív, SF-36 életminőséget vizsgáló kérdőív, ELEF kérdőív, Tagiuri klímataxonómia) saját kérdéseket is felhasználtunk a téma mélyebb feltárásának érdekében.

A vizsgálat célcsoportja a bölcsődékben és óvodákban dolgozó, gyermekekkel foglalkozó szakemberek (óvodapedagógusok, kisgyermeknevelők, pedagógiai asszisztensek és dajkák). Kivá-

lasztásuk egyszerű, nem véletlenszerű mintavétellel történt. A KE Pedagógiai Kar szakmai kapcsolatainak segítségével a kérdezést főként a dél-dunántúli megyékben (teljes körű kaposvári lekérdezéssel) végeztük el, ugyanakkor észak- és nyugat-dunántúli, valamint Pest megyei és Jász-Nagykun-Szolnok megyei intézmények dolgozói is bekerültek a mintába.

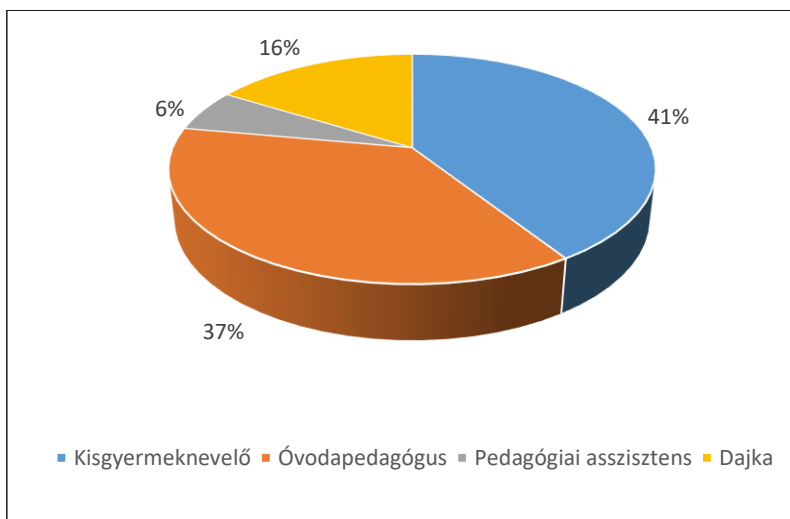
A válaszadók anonimitásának biztosítása érdekében minden kérdőívhez egyetemi pecséttel ellátott borítékot csatoltunk, és a válaszadók lezárt borítékban adták le a kitöltött kérdőívet az intézményvezetőnek. Az adatfelvétel 2017 végén zárult le, a minta elemszáma 1010 fő.

Jelen tanulmány a vázolt témakörök közül a kora gyermekkori nevelésben dolgozó pedagógusok egészségi állapotának és egészségmagatartásának jellemzőire fókuszál.

Eredmények

A minta jellemzői

A válaszadók munkakörét tekintve elmondható, hogy a minta 41%-a bölcsődei kisgyermeknevelőként dolgozik, 37% óvodapedagógusként, 16% dajkaként, valamint további 6% a pedagógiai asszisztensek aránya (1. ábra).



1. ábra. Munkakör szerinti megoszlás (n=995)

A minta csaknem kétharmada dél-dunántúli intézményekben dolgozik. A kérdezettek további negyede Pest megyei, 6%-a tiszántúli, további 1 százalékuk pedig észak-dunántúli intézményekben végzi munkáját. Az intézmények településtípusonkénti megoszlását illetően elmondható, hogy 47%-a megyeszékhelyen, 22%-a a fővárosban, ötöde kisvárosban, további 10% pedig községekben található.

A válaszadók legmagasabb iskolai végzettsége szorosan összefügg a munkakörükkel: míg az óvodapedagógusként dolgozók több mint 95%-a diplomás, a változó a kisgyermeknevelők-nél már differenciáltabb képet mutat: többségük felsőfokú szakképzettséggel rendelkezik, ugyanakkor a mintában jelen vannak az alapszakos végzettséggel rendelkezők mellett a középfokú végzettségűek is. A pedagógiai asszisztensek legnagyobb arányban érettségivel, a dajkák jellemzően szakmunkás végzettséggel rendelkeznek. A minta iskolai végzettségét mutatja az 1. táblázat.

Legmagasabb iskolai végzettség	Munkakör				Teljes minta
	Kisgyermeknevelő	Óvoda-pedagógus	Pedagógiai asszisztens	Dajka	
<i>Nyolc általános</i>	0%	0%	0%	4,4%	0,7%
<i>Szakiskola/szakmunkásképző</i>	5,2%	0%	0%	60,4%	11,8%
<i>Érettségi</i>	18,2%	2,1%	49,2%	29,6%	15,9%
<i>Felsőfokú szakképzés</i>	55,9%	0%	32,2%	3,8%	28,1%
<i>Főiskola/alapszak</i>	20,0%	95,7%	18,6%	1,8%	42,4%
<i>Egyetem/mesterszak</i>	0,7%	2,2%	0%	0%	1,1%
<i>Összesen</i>	100%	100%	100%	100%	100%

1. táblázat. A minta legmagasabb iskola végzettségének munkakör szerinti megoszlása (n=992)

A pedagóguspálya előregedése a minta életkorában is érezteti hatását: az átlagéletkor 45 év felett van, többen már nyugdíj mellett végzik munkájukat. A 2. táblázat adataiból világosan megmutatkozik, hogy a mintában az óvodapedagógusok a legidősebbek (átlag: 48,42 év), míg a pedagógiai asszisztensek a legfiatalabbak (átlag: 38,12 év).

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
<i>Életkor, év (n=970)</i>	45,29	10,78	21	68
óvodapedagógus	48,42	8,93	24	68
kisgyermeknevelő	42,81	12,11	21	65
pedagógiai asszisztens	38,12	9,29	24	63
dajka	46,92	8,52	24	63
<i>Pályán töltött idő, év (n=963)</i>	17,75	13,03	0,3	44
óvodapedagógus	24,26	11,47	0,5	44

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
kisgyermeknevelő	15,75	13,49	0,3	41
pedagógiai asszisztens	6,457	7,67	0,5	36
dajka	12,15	9,2	0,5	35

2. táblázat. A válaszadók életkora és a pályán eltöltött idő munkakör szerint

A kora gyermekkori nevelésben dolgozók egészségi állapotának főbb jellemzői

Az egészségi állapot szubjektív mutatói

Kutatások egybehangzó eredményei alapján az önminősített egészség megfelelő indikátora az egészségi állapotnak (Kopp–Pikó, 2006), ezért az egészségi állapot jellemzőinek feltárása során az objektív jellemzők megismerése mellett annak szubjektív megítélésére is nagy hangsúlyt fektetnek a kutatók. Kérdőíves vizsgálatunkban a lakossági egészségfelmérésben megfogalmazottak szerint kérdeztünk rá a vélt egészségre, melynek eredményeként megállapítható, hogy a kutatásba bevont szakemberek közel kétharmada jónak, illetve nagyon jónak minősíti egészségi állapotát (3. táblázat). A KSH adatai szerint 2014-ben a 18 év feletti magyar lakosság körében ez az arány hasonló, 60% volt. A 18–34 év közötti lakosság közel 89%-a, míg a 35–64 év közötti lakosság 61%-a minősítette jónak vagy nagyon jónak az egészségét (Varsányi és Vitrai, 2017).

	Abszolút gyakoriság	Relatív gyakoriság
Nagyon jó	95	9,5%
Jó	568	57,1%
Kielégítő	300	30,2%
Rossz	29	2,9%
Nagyon rossz	3	0,3%

3. táblázat. Önminősített egészségi állapot (n=995)

A vélt egészséget befolyásolhatják a mindennapi tevékenységek végzését akadályozó testi panaszok. A megkérdezettek elsősorban a megerőltető fizikai tevékenységek végzése során (úgy mint futás, nehéz tárgyak emelése, megterhelő sportok) ütköznek testi korlátokba. Kiemelten fontos ez abból a szempontból, hogy az óvodákban, bölcsődékben dolgozó szakemberek a munkavégzésük során rendszeresen emelik meg a rájuk bízott kisgyermeket. Bár arányaiban kevesebben számoltak be az előrehajolás, lehajolás, térdelés során tapasztalt korlátozottságról,

munkakörükből adódóan ez jelentős mértékben akadályozza mindennapi tevékenységüket (4. táblázat).

TEVÉKENYSÉG	Igen, nagyon korlátoz	Igen, kicsit korlátoz	Elemzés
Megerőltető fizikai tevékenység, pl.: futás, nehéz tárgyak emelése, megterhelő sportok	11,4%	47,5	986
Több emeletnyi lépcsőn felmenni	6,2%	35,7%	990
Előrehajlás, lehajlás vagy letérdelés	5,5%	29,6%	985

4. táblázat. Az egyes fizikai tevékenységek végzése során tapasztalt korlátozottság

Az egészségi állapot megismerésére irányuló vizsgálatok a szubjektív és objektív mutatókon túl nagy hangsúlyt fektetnek annak megismerésére, hogy az egyén milyen mértékben tud kontrollt gyakorolni saját egészsége felett. Kiemelten fontos ez a kérdés abból a szempontból, hogy tudjuk, az egészségfejlesztés legfőbb célja éppen az egészség feletti kontroll növelése. A vizsgálatba bevont szakemberek döntő többsége úgy véli, az egészsége feletti kontroll az ő kezében van (5. táblázat). Munkakörök szerint vizsgálva a kérdéskört azonban árnyaltabb képet kapunk. Addig, amíg az óvodapedagógusok és a pedagógiai asszisztensek úgy érzik, sokat tehetnek egészségükért, a kisgyermeknevelőkre és a dajkára ugyanez már nem igaz. Körükben lényegesen magasabb arányban vannak jelen azok, akik úgy gondolják, nem képesek kontrollt gyakorolni saját egészségük felett ($p=0,008$).

	Abszolút gyakoriság (fő)	Relatív gyakoriság (%)
Nagyon sokat tehet egészségéért	295	30,0%
óvodapedagógus	128	35,9%
kisgyermeknevelő	104	25,9%
pedagógiai asszisztens	17	28,8%
dajka	42	27,3%
Sokat tehet egészségéért	598	60,9%
óvodapedagógus	207	58%
kisgyermeknevelő	254	63,2%
pedagógiai asszisztens	40	67,8%
dajka	92	59,7%

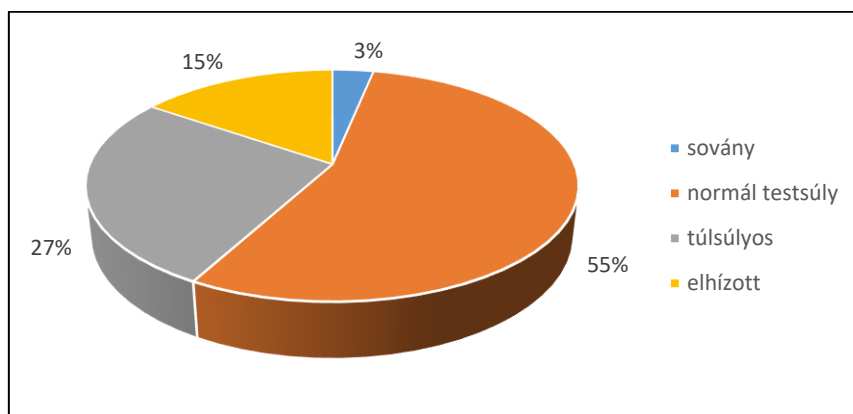
Keveset tehet egészségéért	89	9,1%
óvodapedagógus	22	6,2%
kisgyermeknevelő	43	10,7%
pedagógiai asszisztens	2	3,4%
dajka	20	13%

5. táblázat. Egészség feletti kontrollérzet (n=982)

Az egészségi állapot objektív mutatói: testi egészség

Az egészségi állapot objektív mutatói a diagnosztizált krónikus betegségekre, s az azokkal összefüggő állapotokra, tünetekre, mint például túlsúlyra, elhízásra, a munkaképesség csökkenésére vonatkoznak. E tekintetben megállapítható, hogy a minta 60%-a küzd krónikus megbetegedéssel, sokan közülük egyszerre többel. A leggyakoribb krónikus megbetegedés körükben a derék- és hátfájás, a magas vérnyomás, valamint az egyéb ízületi problémák, úgymint nyaki fájdalom, illetve ízületi porckopás. Kiemelendő a derék- és hátfájás, valamint a nyaki- és gerincfájdalmak abból a szempontból, hogy a lakosság egészéhez viszonyítva, úgy tűnik, a vizsgált csoport e tekintetben kifejezetten veszélyeztetettnek számít. Ez a betegségecsoport a teljes felnőtt női lakosság 9%-ánál okozott egészségvesztést (Varsányi és Vitrai, 2017), míg a vizsgált pedagógusok, dajkák körében ugyanez az arány 35,8%.

A második legnagyobb élettani egészségkockázatot jelentő túlsúly és elhízás a 2016-os Egészségjelentés (Varsányi és Vitrai, 2017) eredményei alapján a női lakosság 49%-át érinti. Ezzel összevetve a kora gyermekkori nevelésben dolgozók körében a testtömegindex-értékek (BMI) némileg kedvezőbb képet mutatnak: a túlsúlyos és elhízottak aránya 42%-ot mutat, melyet a 2. ábra szemléltet. A vizsgálat eredményei alapján a túlsúly és elhízás a különböző munkakörökben hasonló mértékben van jelen.



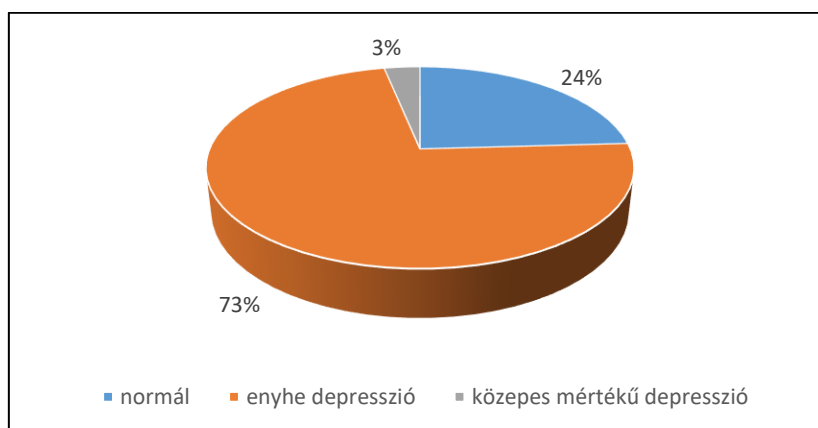
2. ábra: A minta BMI értékek szerinti megoszlása (n=935)

Az egészségi állapot objektív mutatói: lelki egészség

Már a 2000-es évek végén mintegy 450 millióra becsülték azoknak a számát a világon, akik életük során valamilyen, az életminőséget jelentős mértékben rontó lelki betegségben szenvedtek. Azóta ez a szám tovább emelkedett. A WHO akkori előrejelzése szerint a 2000 utáni évtizedben az egészségügy legsúlyosabb problémái a lelki betegségek, ezen belül is a depresszió és annak következményei lesznek (Murray–Lopez, 1996).

Kérdőíves vizsgálatunkban a kora gyermekkori nevelésben dolgozók lelki egészségének megítélésére a Beck Depresszió Kérdőív rövidített, 9 tételes változatát alkalmaztuk.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek körében mindössze egyetlen kisgyermeknevelőnél fordult elő súlyos depresszió, azonban a minta közel háromnegyede enyhe depressziós tüneteket mutat, munkakörtől függetlenül (3. ábra). Ennek hátterének feltárása további elemzéseket tesz szükségessé.



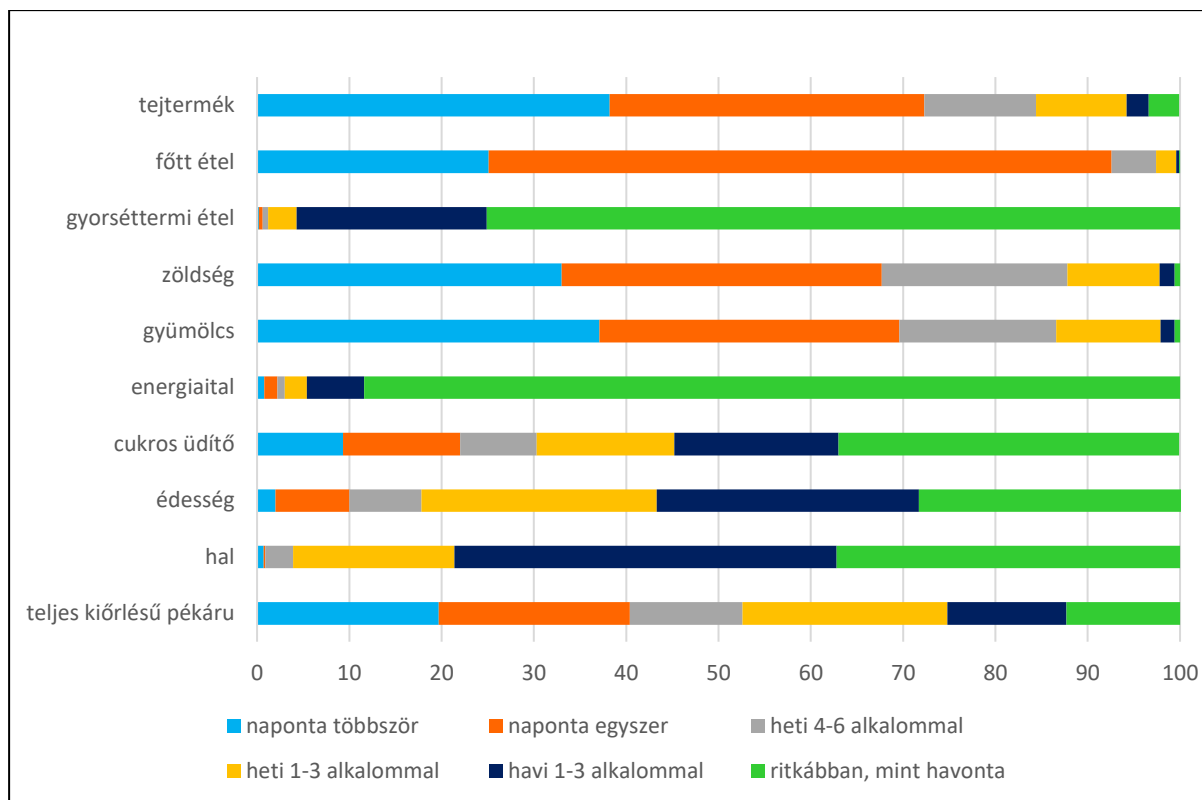
3. ábra. A depresszió tünetegyüttes megjelenése a válaszadók körében (N=964)

A kora gyermekkori nevelésben dolgozók egészségmagatartásának főbb jellemzői

A kérdőív számos kérdéscsoportja irányult a kora gyermekkori nevelésben dolgozó pedagógusok egészségmagatartásának feltárására. A táplálkozási és sportolási szokásokon túl vizsgáltuk a dohányzást és alkoholfogyasztást.

Az egészségmagatartás protektív tényezői

Az egészségmagatartás egyik legjelentősebb összetevője a táplálkozás. A kérdőívben számos ételcsoport fogyasztási szokásait elemeztük, a legfontosabb adatokat mutatja az 4. ábra.



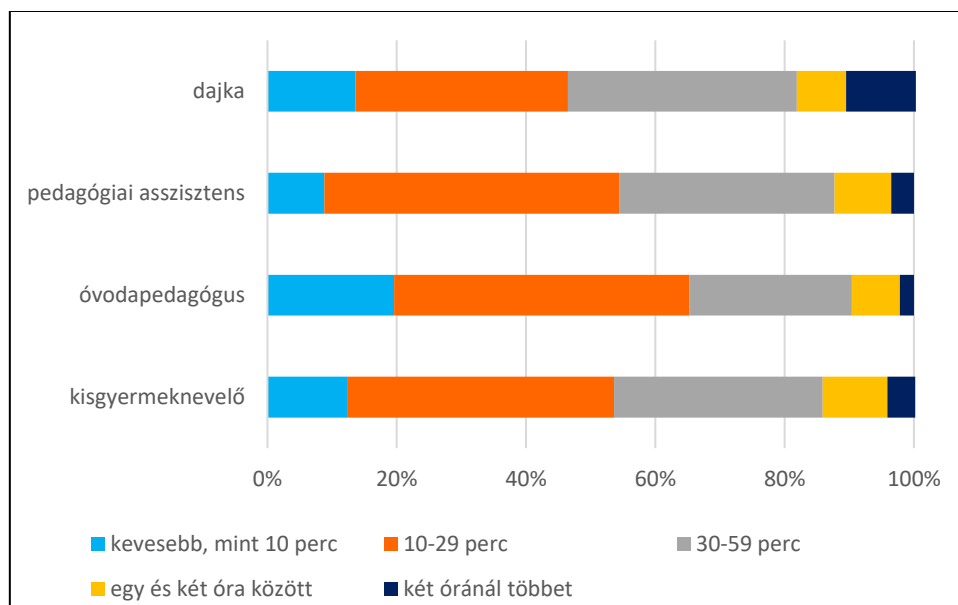
4. ábra. A kora gyermekkori nevelésben dolgozók táplálkozási szokásai

Az eredmények azt mutatják, hogy a válaszadók a magyar lakossághoz viszonyítva egészségesebben táplálkoznak: több mint 50%-uk rendszeresen fogyaszt teljes kiőrlésű pékárut, és a napi szintű zöldség- és gyümölcsfogyasztás is megfigyelhető a minta több mint kétharmadánál, bár az ajánlott napi öt egységnyi gyümölcs- és zöldségadag a többségnél nem jellemző. Szintén magas a tejtermékek és a főtt étel napi fogyasztása, ugyanakkor a halfogyasztás elmarad az ajánlott heti rendszerességtől.

A táplálkozási szokásokra vonatkozóan nem találtunk területi különbségeket és munkakörrel kapcsolatos szignifikáns összefüggéseket. Néhány ételcsoport fogyasztását tekintve azonban fellelhető az életkor differenciáló hatása. A legnagyobb generációs különbségek az energiaitalok fogyasztásában tapasztalhatók: az 1980-as évek eleje előtt születetteknél egyáltalán nem jellemző, míg a 35 év alattiak csaknem felénél heti vagy havi szinten megjelenik az energiaitalok fogyasztása. Hasonló összefüggés állapítható meg a gyorséttermi ételek fogyasztása esetében is.

A válaszadók csaknem 15%-a kevesebb mint 10 percet gyalogol naponta, további 40%-uk pedig fél óránál kevesebb értéket adott meg. 43%-uk legalább fél órát tölt el napi sétával, gyaloglással, ebből az egy óránál többet gyaloglók aránya 13%. A munkakör szerinti különbsége-

ket mutatja a 5. ábra. Az adatokból kitűnik, hogy az óvodapedagógusokra jellemző a legkevesébb a fél óránál több gyaloglás, míg a dajkák többsége ennél lényegesen hosszabb ideig gyalogol naponta ($p < 0,001$).



5. ábra. Napi gyaloglás időtartamának munkakör szerinti megoszlása (n=978)

A mindennapi gyaloglás mellett fontos részét képezi a fizikai aktivitásnak a sportolás és egyéb testmozgás. A kutatásba bevont pedagógusok csaknem 60%-a végez valamilyen testmozgást legalább heti rendszerességgel, a válaszok alapján leggyakrabban heti egy-két alkalommal, átlagosan összesen 1,5-2 órában.

Az egészségmagatartás rizikótényezői

A dohányzást illetően elmondható, hogy a minta 21,4%-a dohányzik, ami megközelíti az országos átlagot (26%)(Varsányi és Vitrai, 2017). Különösen aggályos ez abból a szempontból, hogy kutatásunk során olyan szakembereket kérdeztünk meg, akik mintaadó szerepet töltenek be a felnövekvő generációk életében. A napi átlagban elszívott cigaretta mennyiségét tekintve rendkívül nagy a szórás (1 és 30 szál között), a dohányzók többsége 5 és 15 szál közötti értéket adott meg. A dohányzást tekintve nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat a munkakör változóval.

Az alkoholfogyasztás mértéke rendkívül alacsony arányban van jelen a mintában: a válaszadók mintegy 90%-a nem fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt, és csaknem kétharmaduknál havi szinten sem jelenik meg az alkoholfogyasztás. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy a kisgyermeknevelőknél és az óvodapedagógusoknál némileg magasabb a hetente többször alkoholt

fogyasztók aránya (2,8% és 3,2%), de az alacsony elemszámok miatt az összefüggés nem vizsgálható.

Összefoglalás

A vizsgálat eredményeként képet kaphatunk az óvodákban és bölcsődékben dolgozók egészségi állapotáról és egészségmagatartásáról. Mind az egészségi állapot, mind az egészségmagatartás vonatkozásában megállapítható, hogy az a lakosság egészéhez viszonyítva kedvezőbb képet mutat. Kivételt képeznek ez alól egyrészt a mozgásszervi megbetegedések – különösen a derék-, hát- és nyaki fájdalom – melyek jelentős egészségvesztést eredményeznek körükben, és akadályozzák mindennapi tevékenységüket, beleértve a gyermekekkel kapcsolatos teendők végzését. A probléma megelőzéséhez hozzájárulhat a hatékony primer prevenció, mely már a kisgyermekkel foglalkozó leendő pedagógusok képzésébe beemeli azoknak a technikáknak, fogásoknak, mozdulatoknak az elsajátítását, melyek alkalmazásával kivédhető a mozgásszervi megbetegedések jelentős része.

A másik jelentős eltérés a kutatásba bevont pedagógusok egészségmutatóinak vonatkozásában a körükben megfigyelhető nagyarányú enyhe fokú depresszió, mely felhívja a figyelmet az intervenció szükségességére és a beavatkozás irányainak mielőbbi kijelölésére.

BIBLIOGRÁFIA

- Csabai, M. – Molnár, P. (1999). *Egészség, betegség, gyógyítás*. Budapest: Springer Orvosi Kiadó. p. 326. ISBN: 9638455550
- Danis, I. – Farkas, M. – Oates, J. (2011). Fejlődés a koragyermekkorban: Hogyan is gondolkod(j)unk róla?. In: Balázs, I. (Ed.), *A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Biztos Kezdet Kötetek II. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. pp. 24–67.
- Kopp, M. – Pikó, B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp, M. – Kovács, E. (Ed.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó. pp.10–19.
- Kopp, M. – Skrabski, Á. (é.n.). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok : a magyar jezsuiták folyóirata*, 86, 2009. karácsony, pp. 32–52. [online] http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf [2018. március 27.]

- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Minister of Supply and Services Canada
- Meleg, Cs. (1998). Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, 39 évf. 4. sz. pp. 155–159.
- Murray, C. J. L. – Lopez, A. D., (Eds.), (1996). *The Global burden of disease*. Boston – Geneva: World Health Organization, Harvard School of Public Health & World Bank.
- OECD (2013). *Investing in high-quality early childhood education and care (ECEC)*. [online] <https://www.oecd.org/education/school/48980282.pdf> [2018. március 22.]
- Pikó, B. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó
- Steiner, R. (1989): Zweiter Vortrag, Torquay, 12. August 1924. In: Steiner, R.: *Die Kunst des Erziehens aus dem Erfassen der Menschenwesenheit*. 5. Auflage. Dornach: Rudolf Steiner Verlag, pp. 25–26. <http://fvn-archiv.net/PDF/GA/GA311.pdf> [2018. április 3.]
- Szarvasné, M.V. – Benkő, Zs. (2006). Főiskolai hallgatók egészségképe. Összehasonlító vizsgálat. *Magyar Pedagógia*, 106. évf. 2. sz. pp. 107–127.
- Szilvási, L. (2011). Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – A magyar Biztos Kezdet Program előzményei és megvalósulása. In: Balázs, I. (Ed.), *A génektől a társadalomig: a koragyermekori fejlődés színterei*. Biztos Kezdet Kötetek I. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet. pp. 28–75.
- Varsányi, P. – Vitrai J. (Ed.), (2017). *Egészségjelentés 2016*. Budapest: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/assets/intezetunkrol/egeszsegjelentés-2016_uj.pdf [2018. március 28.]

JUDIT FINÁNCZ–MELINDA CSIMA

THE METHODOLOGICAL ESTABLISHMENT OF THE RESEARCH AIMED AT THE EXPLORATION OF
HEALTH CONDITION AND HEALTH BEHAVIOR OF EDUCATORS WORKING
IN EARLY CHILDHOOD EDUCATION

The research of health condition and health behavior of Educators working in Early Childhood Education has been a neglected area until recently. However, because of their being role models, the exploration of this field is of high priority. During our cross-sectional, quantitative research 1,010 kindergarten teachers, infant educators, nurses and teaching assistants were examined. According to our findings we can see that the health behavior of the participating teachers is more positive than the population as a whole. On the other hand, a relatively large proportion of them suffer from chronic diseases like back-, waist- and other joint problems, which can be related to the higher physical strain caused by their working environment.