

A SPORT A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÉDŐFAKTORA

Keczeli Danica

Debrecen

2021

DEBRECENI EGYETEM
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR

IHRIG KÁROLY GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYOK
DOKTORI ISKOLA

Doktori iskola vezető: **Prof. Dr. Balogh Péter** egyetemi tanár, DSc

A SPORT A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÉDŐFAKTORA

Készítette:

Keczeli Danica

Témavezető:

Dr. Bácsné Prof. Dr. Bába Éva

Tanszékvezető, egyetemi tanár

DEBRECEN

2021

A doktori értekezés betétlapja

A SPORT A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÉDŐFAKTORA

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében

a tudományágban

Írta: okleveles

Készült a Debreceni Egyetem Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok doktori

iskolája (..... programja) keretében

Témavezető: Dr.

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

A doktori szigorlat időpontja: 20... ..

Az értekezés bírálói:

Dr.

Dr.

Dr.

A bírálóbizottság:

elnök: Dr.

tagok: Dr.

Dr.

Dr.

Dr.

Az értekezés védésének időpontja: 20... ..

Tartalomjegyzék

BEVEZETÉS	5
1. TÉMAFELVETÉS ÉS CÉLKITŰZÉSEK.....	9
1.1. <i>PROBLÉMAFELVETÉS.....</i>	9
1.2. <i>KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK</i>	10
2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	13
2.1. <i>AZ EGÉSZSÉG</i>	13
2.1.1. Az egészség fogalmi lehatárolása	13
2.1.2. Egészségtudatos életmód, egészségmegőrzés - különös tekintettel a rendszeres testmozgásra	19
2.2. <i>FIZIKAI AKTIVITÁS.....</i>	20
2.2.1. Fizikai aktivitás, sport	20
2.2.2. Az egészség és a sport	22
2.3. <i>MENTÁLIS EGÉSZSÉG.....</i>	26
2.3.1. Mentális egészség fogalmi lehatárolása.....	26
2.3.2. Mentális egészség két kontinuum modellje	28
2.4. <i>MENTÁLIS BETEGSÉG / MENTÁLIS ZAVAR.....</i>	36
2.4.1. Mentális zavar - depresszió	36
2.5. <i>A MENTÁLIS ÁLLAPOTRA HATÓ VIZSGÁLT TÉNYEZŐK.....</i>	41
2.5.1. Stressz, észlelt stressz.....	41
2.5.2. Megküzdési stratégiák.....	44
2.5.3. Énkép.....	46
2.5.4. Reziliencia.....	48
2.6. <i>A MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A MENTÁLIS BETEGSÉG MÉRÉSE</i>	49
2.7. <i>A MENTÁLIS EGÉSZSÉG / MENTÁLIS BETEGSÉG ÉS A SPORT ÖSSZEFÜGGÉSEI KORÁBBI KUTATÁSOK TŰKRÉBEN</i>	51
2.7.1. A sport hatásai a mentális egészségre	51
2.7.2. A sport és a depresszió kapcsolata a korábbi kutatások tükrében	54
2.8. <i>MOTIVÁCIÓ</i>	56
2.9. <i>SPORT A MUNKA VILÁGÁBAN.....</i>	61
3. A KUTATÁS MÓDSZERE ÉS ANYAGA	67
3.1. <i>VIZSGÁLATI MÓDSZEREK.....</i>	67
3.1.1. Vizsgálati mérőeszközök bemutatása	68
3.1.2. Feldolgozási módszerek	72
3.2. <i>VIZSGÁLATI FOLYAMAT.....</i>	72
3.2.1. Vizsgálat helye, ideje, körülményei	73
3.3. <i>VIZSGÁLATI MINTA.....</i>	73
3.3.1. A minta szocio – demográfiai jellemzése	73
3.3.2. A minta egészség magatartásának és sportolási motivációjának jellemzése.....	76
3.3.3. Szakértői interjú alanyainak bemutatása	79
4. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK ÉS AZOK ÉRTÉKELÉSE	80
4.1. <i>A SPORT, MINT A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÉDŐFAKTORA</i>	80
4.2. <i>A SPORT ÉS A MEGKÜZDÉS KAPCSOLATA</i>	97

4.3.	<i>A DEPRESSZIÓ, A TESTKÉP, A REZILIENCIA, A STRESSZ ÉS A SPORT KAPCSOLATA A MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL</i>	101
4.4.	<i>MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS VIZSGÁLATA</i>	108
5.	KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK	119
5.1.	<i>JELLEN KUTATÁS FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI, ÉS EZEKHEZ KAPCSOLÓDÓ JAVASLATAIM</i>	119
5.1.1.	Az első hipotézis vizsgálata	119
5.1.2.	A második hipotézis vizsgálata	124
5.1.3.	A harmadik hipotézis vizsgálata	126
5.1.4.	A negyedik hipotézis vizsgálata	133
5.2.	<i>A MENTÁLIS EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK ÖSSZEGZŐ VIZSGÁLATA, 3+1 DME (3+1-Dimenziójú Mentális Egészség Modell)</i>	135
6.	AZ ÉRTEKEZÉS FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSAI, ÚJ ILLETVE ÚJSZERŰ EREDMÉNYEI	145
	ÖSSZEFOGLALÁS	146
	SUMMARY	152
	IRODALOMJEGYZÉK	159
	SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	180
	TÁBLÁZATJEGYZÉK	184
	ÁBRAJEGYZÉK	187
	MELLÉKLETEK	189
	<i>I. Melléklet</i>	<i>189</i>
	<i>II. Melléklet</i>	<i>202</i>
	NYILATKOZAT	208

BEVEZETÉS

„A sport ápolja a lelket és nem csak a testet”

A sportot, mint tevékenységet több oldalról ismerem. Tizenhat évig élsportolóként éltem és több mint tíz éve dolgozom a sportban klinikai- és sport szakpszichológusként. Hét évig vezettem az országban egyedülálló sporttehetség kiválasztó és -gondozó programot, ahol találkoztam a sportágválasztás és az utánpótlás fontos kérdéseivel. Jelenlegi munkám az utánpótlás- és felnőttkorú sportolók mentális felkészítése és fejlesztése, valamint konzultáció és tanácsadás a sportolókkal dolgozó szakembereknek (edzőknek, sportvezetőknek).

Személyes indíttatásom a sport és a mentális egészség kapcsolatának vizsgálatára egyrészt abból a véleményemből fakad miszerint feladatunk, sőt kötelességünk a fiatalok fizikai és mentális egészségének védelme, az egészséges életmódra nevelés. Bár gyakran hallani, hogy a sportban dolgozó szakemberek fő célja a teljesítmény, a jó eredmények elérése, ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy a fiatalok közvetlen környezetének a sportban - értem ez alatt a szülőket, edzőket, testnevelő tanárokat, sportvezetőket - az egyik fő feladata és érdeme a társadalom egészségi állapotának fenntartása „kell” legyen. Ez az elsődleges megvalósítandó feladat.

Különösen aktuális ez a kérdés most, amikor a mindennapokban a fizikai aktivitás, illetve azon belül a sporttevékenység alacsony szintet mutat. A technológiai fejlődés és az életszínvonal emelkedése révén számos olyan modernkori vívmány áll az emberiség rendelkezésére, amely kényelmesebbé teszi a közlekedést, a munkavégzést és a szórakozást (GABNAI ET AL., 2019). Az életszakaszokat vizsgálva először a serdülőkorúak körében figyelhető meg, hogy egyre kisebb számban folytatnak rendszeres fizikai aktivitást (CALDERON ET AL., 2005; MOORE - WERCH, 2005). A csökkenő tendencia lányok esetében még erőteljesebben jelentkezik (PRATT ET AL., 1999; BIDDLE - WANG, 2003; NEUMARK – SZ ET AL., 2003;), ugyanakkor tény, hogy a testedzés, a sportolás hozzásegít egy egészséges, aktív társadalom felneveléséhez (VILHJALMSSON - KRISTJANSDOTTIR, 2003). A lakosságnak tisztában kell lennie az egészség jelentőségével, valamint a sport egészségmegőrzésben betöltött szerepével.

Jelentős számú kutatás igazolta a rendszeres rekreációs sporttevékenység betegség megelőző hatását, illetve azt, hogy a fizikai inaktivitás számos nem fertőző, krónikus betegség kialakulásához járul hozzá. Globálisan a vezető halálozási okok között a negyedik helyen áll a

mozgásszegény életmód (világ szinten a halálesetek 6%-ért felelős). „A korábbi években közzétett adatok alapján a fizikai inaktivitással a szívkoszorúér-betegségek 6%-a, a vastagbélrák 10%-a, a 2-es típusú cukorbetegség 7%-a van közvetlen kapcsolatban. Ezenkívül a fizikai inaktivitás szintén magas kockázati tényező a túlsúly, az elhízás, az érlemeszesedés, az izom-csontrendszeri rendellenességek, a szorongás és a depresszió szempontjából is (PFAU ET AL., 2019)”.

A sport jelentősége nemcsak az egészségi állapot tekintetében jelenik meg, hanem más társadalmi területek számára is fontossá vált.

A sport pozitív hatásait először az oktatás fedezte fel (agresszió levezetése, szociális hatékonyság fejlesztése, önfegyelem, empátia, együttműködés és teljesítő képesség fejlesztésére alkalmas tevékenység). Napjainkban a sport oktatási rendszerben betöltött elsődleges funkciója az egészséges testi fejlődést biztosítása, fizikai teljesítő képesség növelése és az egészség megtartása (LACZKÓ, 2015)

A politika a történelem során sokszor saját céljaira használta fel a sport erejét. Napjainkban a sportot, inkább, mint a nemzeti tudat és identitás erősítésének eszközt (BÁCSNÉ, 2017), állami és globális szinten közösség formáló, integráló potenciált veszik számításba.

A sport mára jelentős gazdasági súlyra tett szert, illetve a sport és a gazdaság kapcsolata egyre szorosabb. A folyamatosan bővülő sportpiac, a sport különböző területeinek keretfeltételei (pl. szabályok, infrastruktúra, stb.) és szereplői is egyre inkább hozzájárulnak a két alrendszer közötti rendkívül széles és heterogén kapcsolathoz (például a sportrendezvények szervezése, sportszervezetek és infrastruktúra működtetése, élsportolók tevékenysége, sportszer kereskedelem, a sportturizmus, stb.). Kiemelésre érdemes, hogy a sport és gazdaság összefonódásának több olyan területe is van, amely a tudomány kutató-fejlesztő tevékenysége számára is vonzó lett (pl. technikai sportok újításai, a sporttáplálkozás, vagy a sportorvoslás területei, stb.) (SCHIMANK, 1995; NEMZETI SPORTSTRATÉGIA, 2005; FÖLDESINÉ ET AL. (2010), idézi LACZKÓ, 2015).

A sport jelentőségét – főként egészségügyi és gazdasági szempontból – számos kutatás igazolta több szinten: globális, nemzetgazdasági, illetve szervezeti, háztartási illetve egyéni szinten is. Az Európai Unió, csakúgy, mint a magyar kormány fontos célként kezeli az állampolgárok egészségének védelmét. Az állampolgárok szervezeti szinten munkavállalóként, egyéni szinten önálló személyiségekként jelennek meg. A testedzés így nemcsak egészséges

állampolgárokat, de jobban teljesítő, nagyobb teherbíró képességű munkavállalókat és kiegyensúlyozottabb egyéneket eredményezhet.

A sport nagyban hozzájárulhat az emberek egészségi állapotához, nemcsak fizikai, de mentális szinten is. A sport számos pozitív tulajdonság (önbecsülés, kitartás, csapatszellem, mások tisztelete, önfeláldozás stb.) kialakításában és így az egészséges személyiség fejlődésében is meghatározó szerepet játszhat. A mentális egészség lényege a kiegyensúlyozottság és a mentális erő, képesség megküzdni az élet adta nehézségekkel. KOPP – KOVÁCS (2006) szerint a sport fejleszti az önbizalmat, segít a pozitív gondolkodásban és a megküzdési képesség kialakulásában. A sporttevékenység bármilyen életkorban feltölt, energizál.

Az emberek környezete ezzel szemben számos egészséget veszélyeztető tényezőt rejt magában. A munkahely például egy olyan társadalmi környezet, amely befolyásolja az ott dolgozók egészségi állapotát, életmódját, továbbá stressz forrása lehet, vagy a folyamatos teljesítmény kényszer hangulatzavart is okozhat, azaz közvetett vagy közvetlen módon befolyásolhatja a munkavállalók egészségét, ezen belül a mentális egészségét is.

A mentális egészség jelentősége ma központi helyet foglal el a nemzetek humán, társadalmi és gazdasági tőkájében. A ZÖLD KÖNYV (2006:7) szerint az egyén mentális egészsége számos tényező függvénye, így biológiai (genetika, nem), egyéni (személyes tapasztalatok), családi és közösségi (szociális támogatás), továbbá gazdasági és környezeti (szociális státusz és életkörülmények) tényezőké (idézi NAGY, 2016).

A mentális egészségi problémák – a fizikai és szellemi túlterheléstől és megerőltetéstől, a komoly betegségekig – nemcsak hazánkban, hanem az egész világon egyre súlyosabb probléma. Komoly következményei lehetnek: egyén szintjén súlyos életminőség romlás, társadalmi vagy gazdasági szinten GDP 3-4%-os veszteségét, vagy az állami egészségügyi kiadások emelkedését jelentheti a munkától való távolmaradás és/vagy korai nyugdíjazás következtében (NAGY, 2016).

Az egészség és a teljesítmény közötti összefüggés könnyen belátható. Az egészség (ideértve a mentális egészséget is) nélkül nincs teljesítmény. Terápiás (gyakorlati) munkám során sokszor tapasztalom ezt meg, illetve azt is, hogy szoros kapcsolat van a sport és a teljesítmény között is.

Ezen összefüggés miatt is került kutatásom fókuszába ez a két terület: a sport és a mentális egészség. Feltételezem, hogy az életmódunk, és ezen belül a rendszeresen végzett sporttevékenység jelentős mértékben befolyásolja a hangulatunkat, a mentális állapotunkat, és teljesítményünket is. Egyik oldalról a mentális egészségnek meghatározó szerepe van a mai teljesítménycentrikus világban; másik oldalról számos kutatási eredmény szerint a sportolás pozitív hatással bír az

élet számos területén, miközben a fizikai inaktivitás súlyos mértékben veszélyezteti az életminőséget. Ezek a jelenségek indítottak arra, hogy arra a kérdésre keressem a választ, hogy a sporttevékenységet rendszeresen végzők valóban mérhetően jobb mentális egészséggel bírnak-e, szemben azokkal, akik nem szoktak sportolni; Valamint, mivel a felnőtt élet domináns színtere a munkahely, vajon a munka világában a szervezeti döntéshozók tisztában vannak-e, illetve tesznek-e hathatós intézkedéseket a sportban rejlő lehetőségek kiaknázására munkavállalóik egészsége, főként mentális egészsége megőrzése, javítása érdekében.

1. TÉMAFELVETÉS ÉS CÉLKITŰZÉSEK

1.1. PROBLÉMAFELVETÉS

Empirikus munkámmal azoknak a tényezőknek a feltárását céloztam meg, amelyek a verseny-, vagy szabadidős sportolók és a nem sportoló életet elő fiatal felnőttek mentális egészségének különböző aspektusait jellemzi. Ennek a törekvésnek a fókuszában a mentális egészség és sport kapcsolatának, illetve az aktívan sportolók és a nem sportolók ezen szempontú összehasonlításának bemutatása áll.

A vizsgálat újszerűségét adhatja a versenysportolók, a szabadidő sportolók és a nem sportolók összehasonlítása. Sport szempontjából azt feltételezem, hogy a versenysportolók esetében a sportolási szint olyan mértékűvé válhat, ami kiolthatja a sport pozitív egészségvédő hatását.

Szabadidősportolók esetében feltételezem, hogy leginkább beigazolódna a sportolás előnyei. Míg a nem sportolók esetében a sportolás hiányának negatív következményeire számítok.

A mentális egészséget vizsgálva a versenysportolók egyrészt megtapasztalják, hogy az elért sikerek óriási feltöltődést és pozitív energiát jelentenek, amelyek személyes tapasztalataim szerint hozzájárulnak a boldogsághoz, a flow élményhez, a jólléthez, tehát védő faktorként hatással vannak a mentális egészségre. Másrészt a verseny helyzet, az edzésen is érezhető teljesítménykényszer, mások legyőzésének a nyomása, folyamatos stresszorként halmozódhat fel a sportolók életében. A versenysportoló hatékonyságát, eredményességét, de akár az egészségét (pl. sérülés veszélye) és ezzel a mentális egészségét, számos más tényező mellett az aktuális érzelmi állapota is befolyásolhatja. Eddig a sportolók körében általában a mentális problémák mértékét vizsgálták (a szorongási szintet, a depressziót, stb.) és nem voltak olyan vizsgálatok, amelyek kitértek volna a mentális egészségre, a boldogság, étellel való elégedettség mértékére.

A szabadidősportolók és a nem sportolók szocio-demografiai jellemzői pozitív vagy negatív módon befolyásolják az életvitelünket és ezáltal a mentális egészségüket.

Számos olyan nehézség jelenhet meg, amely akár kiütheti a sport jótékony hatását. Ezekkel a próbatételek való adaptív megküzdés csak stabil, erős pszichés állapotban lehetséges. Reményeim szerint a vizsgálataim igazolják, hogy a sportolók mentális egészsége jobb, mint a nem sportolóké, azaz bizonyítható a sport védő hatása, így új javaslatokkal, új programokkal, új ötletekkel járulhatok hozzá ahhoz, hogy a sport, mint védő faktor elérhető legyen minden fiatal számára. Ezért is fontos feltárni azokat a tényezőket, amelyek segíthetik a sportolókat a hatékony megküzdésben, tompíthatják vagy megelőzhetik az egészségükre káros hatásokat és ezzel hozzájárulhatnak testi és lelki jóllétükhöz.

A magyar felnőtt lakosság jelentős része nem végez sporttevékenységet és a fizikai aktivitás hiányához köthető számos betegség, ami tekintetében rosszabb a hazai helyzet a környező európai országokhoz viszonyítva. Tekintettel, hogy felnőttkorban az életünk jelentős részét a munkahelyen töltjük, amely közvetett vagy közvetlen módon hatással van a munkavállalók fizikai és mentális egészségére, kitekintek a munkavállalók munkáltatók által támogatott egészségfejlesztési, sportolási programokban való részvételére is.

1.2. KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

A kutatásom alapvető célja, hogy a lelkileg virágzó egyének (REINHARDT, 2013) pszichés jellemzőit, kompetenciáit feltárva a sportot protektív tényezőként azonosítsam, mely felhasználható a hervadók (REINHARDT, 2013) és/vagy lelki beteg személyek kezelésében, prevenció, intervenció programok formájában.

A disszertáció a sportoló és nem sportoló fiatal felnőttek pszichés problémáinak és a pszichés jóllét folyamatainak, illetve az ezekre ható tényezőknek a feltárására helyezi a hangsúlyt. A vizsgálati minta egyrésze, aktív versenysportoló, akiknek a versenysport átszövi az életét, meghatározza minden gondolatát, érzését, időbeosztását, stb. A vizsgálati minta másik része szabadidősportot űző fiatal felnőtt. Végül a vizsgálati minta harmadik csoportja a nem sportoló fiatal felnőttek, akik átlagos hétköznapi életükben dolgoznak, tanulnak, de nem folytatnak sporttevékenységet.

Reményeim szerint be tudom bizonyítani a sport pozitív hatását a mentális egészségre. Továbbá másodlagos célkitűzésként be tudom bizonyítani azt, hogy a mentális állapotot befolyásoló tényezők esetében jobb eredményeket produkálnak a sportolók a nem sportolókkal szemben.

Kérdések és hipotézisek megfogalmazása

A komplex vizsgálat lehetőséget adott arra, hogy megvizsgáljam, a különböző életmódot folytató fiatal felnőttek mentális egészségi állapotát, illetve összefüggéseket keresek a fizikai aktivitás és a mérés pillanatában lévő mentális egészség között, valamint arra, hogy feltárjam, hogy milyen kapcsolat van a mentális egészség és a vizsgálatomban mért pszichés tényezők között.

Ez alapján fogalmaztam meg kutatási kérdéseimet és hipotéziseimet:

1. A Mentális Egészség Kontinuum Skála faktor struktúrájának érvényességét REINHARDT (2013) felmérése igazolta magyar mintán. Jelen vizsgálati minta esetében tisztán elkülönülnek a mentális egészség fő faktorai, az emocionális, a pszichológiai és a szociális jóllét?
2. A Mentális Egészség Kontinuum Skála segítségével sikerül bebizonyítani a sport jótékony hatását a mentális egészségre?
3. Annál jobb a mentális egészségi állapot, minél nagyobb a sportolási intenzitás?
4. Milyen az aktívan sportolók motivációja?
5. Igazolható-e a sport protektív hatása, ami bebizonyítja, hogy felhasználható a hervadó és/vagy lelki beteg személyek kezelésében, prevenció, intervenció programok formájában?
6. A versenysport intenzitása semlegesíti a sport jótékony hatását a mentális egészségre?
7. A sportban aktív egyének megküzdési stratégiai és egészség magatartásuk jobb képet mutat azokkal szemben, akik nem sportolnak?
8. A versenysporttal járó stressz semlegesíti a sport jótékony hatásait?
9. Bizonyítható, hogy azok, akik sportolnak jobb testképpel rendelkeznek?
10. A sport védelmet nyújt a depresszióval szemben?
11. A sport fejleszti az ellenállóképességet?
12. A munkáltatók fontosnak tartják-e, hogy a munkavállalók sportoljanak és kiegyensúlyozottak legyenek és ennek érdekében alkalmaznak-e egészségfejlesztő sport programokat?
13. A munkáltatók milyen összeget fordítanak a munkahelyi egészségmegőrzésre, valamint érzékelik-e, hogy ez jobb teljesítményhez és kevesebb megbetegedéshez vezet?
14. A munkáltatók alkalmaznak-e stressz vagy depresszió elleni intézkedéseket és érzik-e ezen intézkedések hatását a munkavállalók megtartásában?

Kutatási kérdéseim alapján fogalmaztam hipotéziseimet:

Az 1-6. kérdéseim alapján a következő hipotézist fogalmaztam meg:

I. HIPOTÉZIS: *Feltételezem, hogy azok, akik többet sportolnak mentálisan egészségesebbek azoknál, akik nem sportolnak; továbbá feltételezem, hogy a sportolás, intenzitásától függetlenül védőfaktorként működik a mentális egészség viszonylatában, és ez a védelmi hatás az intenzitással nő. Feltételezem, hogy a sportolás belső motivációból fakad.*

A 7. kérdésem alapján a következő hipotézist fogalmaztam meg:

II. HIPOTÉZIS: *Feltételezem, hogy azok, akik többet sportolnak inkább aktív megküzdési stratégiákat preferálnak, mint passzívat, valamint, az egészségmagatartásuk jobb képet mutat azoknál, akik nem sportolnak.*

A 8-11. kérdéseim alapján a következő hipotézist fogalmaztam meg:

III. HIPOTÉZIS: *Feltételeztem, hogy a sportolók kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók, jobb a testkéjük és jobb az ellenállóképességük, viszont a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív hatását.*

A 12-14. kérdéseim alapján a következő hipotézist fogalmaztam meg:

IV. HIPOTÉZIS: *Feltételeztem, hogy a munkáltatók számára nyilvánvaló, hogy az egészséges (mentálisan is egészséges) munkavállaló hatékonyabb, ezért egészségfejlesztő és sport tevékenységüket támogatják.*

A disszertáció öt nagy részből áll. Az első részben a szakirodalmi áttekintés következik, ahol a feldolgozott szakirodalom szorosan kapcsolódik a kutatási témámhoz. Ez követően az anyag és módszer fejezet következik, ahol részletesen és pontosan ismertetem a vizsgálati módszereket és bemutatom a vizsgálati mintát. A vizsgálati eredmények és azok értékelése fejezetben részletezem az eredményeket magyarázatok, táblázatok és ábrák segítségével. A disszertációt a következtetésekkel és a javaslatokkal, majd a kutatás összefoglalásával zárom.

2. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

A szakirodalmi háttér bemutatását az egészség fogalmi lehatárolásával kezdem, melynek egyik meghatározó és vizsgálatom szempontjából fontos területe a fizikai aktivitás, így ennek jelentőségéről, fejlődéséről és a fajtáiról is írok. Az egészségen belül kiemelem a mentális egészséget, melyhez kapcsolódva a mentális egészség két kontinuum modelljét (KEYES, 2002a, 2005a, 2006; KEYES - HAIDT, 2002) részletesen ismertetem, melyet Reinhardt 2013-ban validált magyar mintán. Ezután a mentális zavart jellemzem, valamint a mentális egészség, betegség mérési lehetőségeit. Végül a mentális állapotra ható pszichés tényezőket és a motivációt vizsgálom, valamint azt, hogy a munka világában hogyan történik a munkavállalók fizikai és mentális egészségének fejlesztése.

2.1. AZ EGÉSZSÉG

2.1.1. Az egészség fogalmi lehatárolása

Az egészséggel kapcsolatos szemléletmód változására először a definíciók összehasonlítása alapján mutatok rá, mivel ez jól tükrözi a megközelítések közötti alapvető különbséget.

Már az ókori gondolkodók is használták a testi és lelki jelenségek fogalmát. Az ókori görög embereszményével hozható kapcsolatba a kalokagathia tartalma, azaz az „ép testben ép lélek” eszménye.

A Magyar Értelmező Kéziszótárban olvasható definíció, a régi megközelítés jó példája, miszerint az egészség az életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota, azaz egészségesnek az nevezhető, aki jó egészségben van, ép, nem beteg (JUHÁSZ ET AL., 1989.255.o.; MTA, 2003). Tehát az egészség a betegség hiánya. Az együttműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota.

A nagyon korai orvoslást és egészség meghatározást biológiai szemlélet uralta, ami a biomedicinális (biomedikális) modellben jelent meg. Így a gyógyítás a beteg testre, a kórokozókra irányult.

Az 1900-as évek első évtizedeiben jelent meg az igény az egészség lélektani megközelítésére. Ebben az időben találkozunk a pszichoszomatikával, ahol először Freud osztrák, majd Jung svájci pszichiáter olyan betegségekről beszélnek, melyek háttérében lelki tényezőket feltételeznek. Nagyon leegyszerűsítve, a lelki állapotunk felelős minden betegségünkért. (A pszichoszomatika a leginkább azzal foglalkozik, hogy a szorongás és a stressz milyen hatással vannak a betegségek kialakulására.)

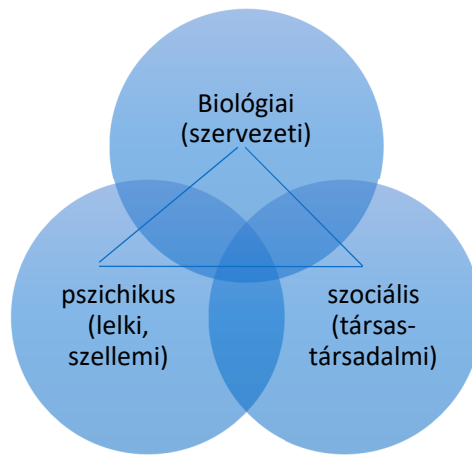
A World Health Organization (továbbiakban WHO) 1948-ban deklarált definíciója szerint „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nemcsak valamely betegség vagy fogyatékoság hiánya” (PETERS ET AL., 2003, idézi FÜREDINÉ, 2008). Ez a meghatározás az életminőségre, az egészséges egyensúlyra (homeosztázisra) koncentrált.

Sok kritika érte az 1948-as definíciót, túl idealistának tartották, továbbá felróták, hogy a teljes jóllét állapotát nem könnyű elérni. A kritikák hatására a WHO azóta is folyamatosan dolgozik a definíció aktualizálásán. Napjainkban a környezettel és a társadalommal való harmonikus együttélést, a feladatoknak való megfelelést tekintik az egészség lényegének (ASZMANN, 2007). Ez dinamikus szemléletet tükröz, és fontos eleme az (én)hatékonyság.

Az 1950-es években megjelenő ökonómiai szemlélet szerint a környezet befolyásolja a test és a lélek egységes működését. Eddig úgy tekintettek az emberre, mint a kívülről érkező betegségek passzív befogadjára (ASZMANN, 2007).

Az 1950-es évek óta foglalkoznak azzal is, hogy az egyén életmódja hogyan befolyásolja az egészségi állapotát. Az egészségről való gondolkodás változása miatt is felértékelődött az egyén szerepe. Egyre inkább az lesz az elfogadott, hogy az egyén aktív szerepet vállal(hat) a saját egészségének megőrzésében, illetve az aktív életmód és az egészséges táplálkozási szokások tudatos kialakításában. Az első időkben az individualista megközelítés volt jellemző, amely szerint az életmód kizárólag az egyéni döntések eredményeként alakul ki. Ennek a gondolkodásnak köszönhetően alakult ki a „victim blaming” („az áldozat hibáztatása”) problematika, miszerint kizárólag az egyén felelős az egészségtelen életmód és az ebből adódó betegségek miatt.

Csak az 1970-es évektől fordítottak figyelmet a társadalmi tényezők befolyásoló hatásának vizsgálatára. Annak hatására, hogy egyértelművé vált, hogy a krónikus megbetegedések kialakulásában szerepe van az életmódnak, az életeseményeknek és lelkiállapotnak, fejlődött ki a bio-pszicho-szociális modell (KULCSÁR, 1998). E szerint az egyén egészségét jelentősen befolyásolják a természeti, a társadalmi és a szociális tényezők, illetve ezek összjátéka és minősége. A bio-pszicho-szociális megközelítés központi gondolata az, hogy az egyéni szintű magatartásmódosulás nem lehet tartós, ha nem áll mögötte a társadalom mentális változása, a közösség szemléletének megváltozása (PIKÓ, 2002).



1. ábra: Az egészség bio-pszicho-szociális modellje

Forrás: SZÉKELY (1997), 25. oldal

Az egészség fogalmi megközelítésének változásait népegészségügyi programok is segítették. Már nem az volt a cél, hogy elkerüljék az egészséget veszélyeztető tényezőket, hanem hogy megőrizzék az egészséget. Az egészség-megőrzési programok eredményezték az egészség-centrikus szemlélet megjelenését.

A WHO 1984-es dokumentuma alapján a következő tevékenységeket sorolja be az egészségmegőrzés körébe:

- Gazdasági és szociális feltételek megteremtése (ezek között kiemeli a megfelelő étel- és ital-ellátás kialakítását);
- Egészséges környezet biztosítása (környezetvédelem);
- Egyedi és csoportos tevékenységek (pl. sport);
- Környezetváltoztató egyéni és csoportos tevékenységek (pl. parkosítás);
- Egyének és csoportok egészségének megerősítése (pl. társas támogató rendszerek);
- Felkészítő, felvilágosító, készségfejlesztő tevékenységek (pl. önvizsgálatok oktatása) (FÜREDINÉ, 2008).

Az egészség megőrzésének tehát vannak külső és belső feltételei, bár azok meghatározását, vagy hatását illetően nincs egységes álláspont a szakirodalomban. Magyar nyelven többféle megfogalmazásban adaptálták a kifejezést. Találkozhatunk az egészségfejlesztés és az egészségmegőrzés fordítással is. Azonban a szakértők körében nem terjedt el egy egységesen elfogadott kifejezés, amely az angol kifejezés jelentéstartalmát teljes egészében visszaadná.

GUTZWILLER - JEANNERET (1996 in LANZ KAUFMANN, 1999) eredményei szerint négy faktor gyakorol hatást az egészségi állapotra: a biológiai és genetikai adottságok, az

egészségügy orvosi és technikai lehetőségek, az életstílus és a környezeti tényezők (FÜREDINÉ, 2008).

Az egyes befolyásoló tényezők arányát illetően a WHO deklarációja a következő számadatokat szolgáltatja: az egészségügyi ellátás 11%-ban, a környezeti ártalmak 27%-ban, a genetikai ártalom 27%-ban, míg az életmód 43%-ban felelős az egészségi állapotért (WHO, 1998).

A disszertációban vizsgált alapvető kérdések, a mentális egészség és a sport kapcsolatára vonatkoznak, így a fenti százalékok pl. az életmód 43%-os hatása nagyon fontos, annak ellenére, hogy a biológiai folyamatok mellett a pszichológiai, szociális, kulturális faktorok szerepét egyaránt figyelembe kellene venni az egészségmegőrzés, valamint a betegség kialakulása szempontjából.

Összegezve a szemléletmód változásokat, megállapítható, hogy a bio-pszicho-szociális modell segítségével a WHO által képviselt definíció mostanra a pozitív megfogalmazás irányába tolódott el, és szubjektív elemeket is tartalmaz. Ennek köszönhetően ma pozitív egészségről beszélünk.

Ehhez hozzájárult a wellness irányzat megjelenése, amivel az egészség jelentéstartalma dinamikus fejlődésnek indult. A wellness-t napjaink egyik meghatározó trendjeként jegyzi a szakirodalom (HORX, 2000). A nemzetközi szakirodalomban megjelenő wellness fogalom szerint a wellness az emberi jólét egy olyan speciális állapotát jelenti, amely a következő tényezőkből tevődik össze: felelősségtudat, egészséges táplálkozás, **testi fitness, lelki aktivitás** (PETERS ET AL., 2003, idézi FÜREDINÉ, 2008). Ez az új szemléletmód egyértelművé teszi, hogy a mentális egészség az életminőség egyik meghatározó faktoraként kitüntetett figyelmet érdemel és a testi egészséggel együtt kell értelmezni.

A fentiek alapján a pozitív egészségről akkor tudunk beszélni, ha jelen van a testi és a lelki egészség, valamint az egyén környezeti, szociális és kapcsolati tényezői is összhangban vannak, az egyén igényeinek megfelelően. Az egészség helyett egyfajta szubjektív testi-lelki jóllétről, más szóval életminőségről beszélhetünk.

Fontos megemlíteni, hogy az életminőség (quality of life, QOL) koncepciója már az 1960-as években megszületett az Egyesült Államokban. Számos tudományban (szociológia, politika, pszichológia, gazdaságtan, orvostan) egyre népszerűbbé és elterjedtebbé vált, mert számos adat azt bizonyította, hogy az emberek elégedettségének a meghatározásában sokszor nem az objektív körülmények és feltételek a döntőek, hanem azok szubjektív megélése (LIN ET AL., 2013; PAIS-RIBEIRO, 2004; TIRINGER, 2012, idézi RIGÓ - KÖKENYEI, 2014).

A QOL az élet számos területét felölelheti. Ide tartozhat az egészség, a személyes biztonság, az anyagi komfort, a rokonokkal, házastárral, barátokkal és gyermekekkel való közeli kapcsolat,

mások segítése és támogatása, a közéletben való szerepvállalás, a tanulás, önmagunk és a világ megfelelő megismerése és megértése, az értelmes, jutalmazó, érdekes munka, önmagunk kreatív módon történő kifejezése, a megfelelő szocializáció, a szórakoztató tevékenységek gyakorlása, a rekreációs tevékenységekben való aktív részvétel (PAIS-RIBEIRO, 2004).

A mai fejlett civilizációban a társadalom minden tagja számára az egészség a legfőbb érték, valamint az életminőség megfelelő színvonala az egyén alanyi jogai közé tartozik. Így egyre gyakrabban találkozunk az egészséggel összefüggő életminőség (health related quality of life) kifejezéssel. Az egészséggel kapcsolatos életminőség fókuszba kerülésével párhuzamosan a 20. század második felében az egészség koncepciója is változott, pozitívabb perspektíva került előtérbe. A korábbi negatív egészségmérést (amelyet az „5 D” jellemzett – death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction) a pozitívabb dimenziók mérése váltotta fel; az egészség definíciója kiszélesedett, s olyan jellemzők is belekerültek, mint a mentális egészség, a szociális egészség, az általános egészségpercepció, a szociálisszerep, a spiritualitás (PAIS-RIBEIRO, 2004; TIRINGER, 2012, idézi RIGÓ - KÖKENYEI, 2014).

Összegezve az életminőség alatt azt értjük, hogy az egyén hogyan észleli az egészségi állapotát, illetve, hogyan tekint az egészséggel összefüggő tényezőkre (fizikai, funkcionális, érzelmi, mentális jóllét), hogyan viszonyul azokhoz a területekhez, melyekre az egészségi állapota jelentős hatással van (család, munka, barátok, más élethelyzetek).

1. Táblázat: Az egészséggel kapcsolatos szemlélet változások

	Az 1950-es évekig	Az 1950 – 1970-es évek	Az 1970-1986	Napjaink
Az egészség fogalma	Az életminőség zavartalansága. A betegség hiánya	Test és lélek egységes működése adott környezetben	Teljes testi-lelki jóllét szociális jóllét	A környezettel, társadalommal való harmonikus együttélés, a feladatoknak való megfelelés
A betegség kialakulásának okai	Kórokozók + lelki tényezők	Biológiai és pszichológiai	Bio-pszicho-szociális modell: természeti, társadalmi és szociális tényezők	A harmónia elvesztése
A betegséghez való hozzáállás	A betegség kívülről jön. Az ember a betegség passzív befogadója	Az ember felelős az egészségéért, illetve előidézője betegségeinek	Egyéni és társadalmi feladat az egészség magatartás kialakítása	Pozitív egészség
Szemlélet	Betegség-centrikus Ökonómiai, biológiai	Individualista	Bio-pszicho-szociális	Egészség-centrikus dinamikus

A gyógyítás eszközei	Gyógyszerek, eszközök – beteg test gyógyítása	Az egyén életmódja (részeként az aktív életmód is)	A magatartás, a szemlélet változás egyéni és társadalmi szinten	Egészségtudatosság Wellness
Az egészségi állapot megőrzéséért felelős	Az egészségügyi rendszer Biomedikális modell	Egyén feladata „victim blaming” („az áldozat hibáztatása”)	Az egyén és az egészségügyi rendszer közös felelőssége	Az egyén egészsége mögött a társadalom áll.
A prevenció értelmezése	- 3.-lagos prevenció Korai kezelésbe vétel	- 2.-lagos prevenció Korai diagnózis felállítása	- 1.-leges prevenció Életmód (részeként társadalmi szintű fizikai aktivitás is)	Egészségmegőrzés Életminőség
A népegészségügyi programok célja	Gyógyítás	Betegségek megelőzése	Az egészséges magatartás elsajátítása	Az egyén és a közösség képes legyen az egészség megőrzésre

Forrás: Saját szerkesztés (FÜREDINÉ, 2008 nyomán)

Az 1. táblázatban összefoglalom az egészség meghatározásban és az egészség összetevőiben bekövetkező változásokat. Lehetetlen nem észrevenni a változást, ami az utolsó évszázadban következett be. A táblázatban látható, hogy annak ellenére, hogy WHO már 1948-ban beszél a testi, lelki egészségről, az 50-es évekig inkább a betegség hiányára koncentráltak. Az egyén inkább azt hitte, hogy a betegség kívülről jön, hogy a környezete tehet róla és hogy ő pusztán a passzív elszennvedője. Az orvoslás csak a beteg testtel foglalkozott, annak gyógyításával és a túlélés a korai kezelés megkezdésétől, valamint az egészségügyi rendszertől függött. Az 1950-es évektől kezdett kialakulni az individualista szemléletmód, vagyis a felelősség az egyénre hárult. Az egyén feladata lett a betegség korai észlelése, időben való segítség keresése, az aktív életmód kialakítása a betegségek megelőzése céljából. Az 1970-es években a környezeti tényezők vizsgálatának köszönhetően kialakult a bio-pszicho-szociális modell. A modell azt képviselte, hogy az egyén egészségét jelentősen befolyásolják a természeti, a társadalmi és a szociális tényezők, ezek az összjátéka és minősége, valamint az egyénnek és a társadalomnak közös feladata az egészség biztosítása. A bio-pszicho-szociális modell napjainkban is érvényes, dinamikus szemlélet jellemzi, inkább pozitív egészségről beszél, ahol az egyénsúly megtartásán, valamint az egyéni, a társadalmi és a kapcsolati tényezők összehangolásán van a hangsúly (1. Táblázat).

A fentiekben vázolt paradigma-váltás fontos indikátor volt abban, hogy egyre inkább az egyén szerepére és az egészségmegőrzéssel kapcsolatos magatartásformákra helyeződött a hangsúly. Ennek jegyében válik egyre fontosabbá az egészségmagatartás, valamint az egészségtudatosság.

2.1.2. Egészségtudatos életmód, egészségmegőrzés - különös tekintettel a rendszeres testmozgásra

Számos szakirodalomban találkozhatunk a kifejezéssel, de ahány szerző, annyi megközelítés az egészségtudat, illetve egészségtudatosság kérdésében. LESTÁK (I01) szerint „az egészségtudatosság nem más, mint saját felelősségvállalásunk magunkért, családjunkért, jelen helyzetünkért és az egészségünkért.”

KOVÁCS (2004) úgy fogalmaz, hogy „az egészségtudat valójában azoknak a döntéseknek a sorozata, amelyek bizonyos kockázatok (rizikók) vállalásáról, avagy elkerüléséről szólnak.” Ehhez hozzátartozik az egészség fogalmának értő ismerete, az egészségkultúra hétköznapi ismeretanyaga mellett a felelősség magamért és kapcsolati rendszereimért, valamint a preventív szemlélet tudatos alkalmazása.

ÁBRAHÁM (2010) nem definiálja az egészségtudat fogalmát, de olyan utalásokat tesz, mely szerint, aki rendszeresen sportol, elégedettebb testével, teljesítményével (talán az életével is), és általában egészségtudatosabb magatartást tanúsít más területeken is, mint például a káros szenvedélyek kerülése, egészséges táplálkozás.

SZÁNTÓ és BARKAI (2012) munkájukban egy mérési módszert is kidolgoztak az egészségtudatosság mérésére, melyet rugalmas egészségtudatossági profil modellnek neveznek. Ebbe több tényezőt vontak be, fontosnak tartva az egészségmegőrzésre fordított idő nagyságát, valamint az egészségmegővésre költött pénz mennyiségét, ám kritikusaik szerint önkényesen választották a befolyásoló tényezőket.

A fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy az egészségtudatosság definiálását és mérését a kutatók a sajátos, egyedi szempontjaik alapján végzik, saját skálákat és kérdéscsoportokat kialakítva.

Az egészséges életmód alapelvei a táplálkozás, **a rendszeres fizikai aktivitás** és a pihenés, továbbá ide tartozik még az egyén belső működése, mint például a problémamegoldó magatartás, a megfelelő stresszoldó technikák alkalmazásának képessége; az optimista életszemléletre törekvés, valamint a szociális terület „működésének” szintje, a társas kapcsolatok (beleértve a párkapcsolatokat, a szexualitást is), valamint a környezethez alkalmazkodás, és az azzal együttműködés képessége is (PATAKINÉ, 2014).

BÁBOSIK és MEZEI (1994) úgy fogalmaz, hogy az egészséges életmódra nevelés során a rendszeres testmozgás és testedzés szükségletének a kialakítása (emellett egészséges életritmus és a higiéniai szabályok követése) kifejezetten jelentős. Ebben meghatározónak tartja az iskolát, ezen belül a testnevelés hatásrendszerének célirányos felhasználását, valamint a család életmódját. Ezt a gondolatmenetet BÁBOSIK (1994) folytatja azzal, hogy az egészséges

életmódra nevelés sikeres megoldása az egész magatartásra és így a személyiség erkölcsi magatartására is hat.

Ha a kis gyerekeknél kialakul a sportolásra való igény, akkor a fizikai aktivitás elsődleges prevencióként működhet, a még nem érintett, vagyis egészséges emberekre irányul. Természetesen gyakran másodlagos prevencióként és igen hatásos (a súlyfelesleg legyőzése, ami pozitív önértékeléssel jár, és javítja a megelégedettséget). Végül harmadlagos prevencióként is jelen van, például egy komoly sérülésből való felépülés, fizioterápia segítségével.

A sport az egészségmegőrzés és egészségtudatos életmód kialakításának fontos eszköze. A testmozgás, a rendszeres testedzés egészségmegőrző és fejlesztő, személyiségformáló funkcióval rendelkezik (BÍRONÉ, 2005). A rendszeres fizikai aktivitás nemre és korra való tekintet nélkül kedvező hatással bír. A következő generáció egészsége érdekében tehát mindent meg kell tenni az iskolai mindennapi testmozgásra és a tanulók számára elérhető sportolási lehetőségek biztosítására (PÁLL, 2004). A fiatalok értékrendszere még nem stabil, ezért náluk különös figyelmet kell szentelnünk a kedvező irányba történő befolyásolásra, a fizikai aktivitás életmódbeli keretekbe illesztésére (PLUHÁR ET AL., 2003).

2.2. FIZIKAI AKTIVITÁS

2.2.1. Fizikai aktivitás, sport

A fizikai aktivitás, sportolás esetében sokféle fogalommal találkozunk, mint mozgás, testedzés, testmozgás, fizikai aktivitás, testgyakorlás, sport. Fontosnak tartom ezen fogalmak tisztázását. Először is a fizikai aktivitás fogalmával foglalkozok, majd a sport fogalmával és végül néhány szót ejtek az inaktivitásról, ami kockázati tényezőként jelenik meg a mindennapjainkban. Mivel a sport megközelítése viszonylag szubjektív és sokféle lehet, ezért a meghatározásakor nehéz találni egyértelmű definíciót. Nehéz találni egy olyan szempontrendszert, amely megszabná, hogy a fizikai aktivitást mikor tekinthetjük sportnak.

A fogalmak lehatárolásában jó támpontot nyújthat a **fizikai aktivitás-ernyő** kifejezés, amely a különböző mozgásos tevékenységeket 5 fő csoportba sorolja (PETRIKA, 2009).

A **fizikai aktivitás ernyő** a következőket tartalmazza:

1. Háztartási teendők, melyek az önellátáshoz szükségesek (a házkörüli teendőkkel együtt)
2. Foglalkozással, munkavégzéssel kapcsolatos mozgásos aktivitás
3. Munkába járás, utazási aktivitás
4. Családi és közösségi aktivitás (séta, rokonlátogatás, biciklizés)

5. Szabadidős és sport aktivitás (kedvtelésből vagy egészségmegőrzésért sportolás és versenysport) (PETRIKA, 2009).

Ez utóbbihoz kapcsolódik a **testedzés, ami** alatt a tervezett, strukturált, megfelelő időközönként ismétlődő mozgásos tevékenységet értjük, amely egy megfogalmazott cél érdekében az alkalmazott terhelés progresszivitását is jelenti (PETRIKA, 2009).

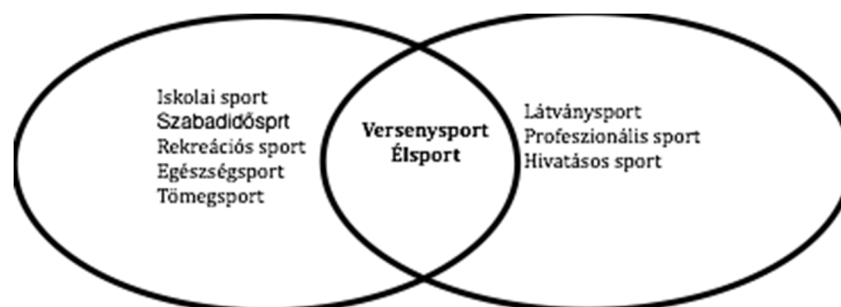
A testedzés célja és funkciója szerint lehet:

- Egészségmegőrzés, wellness: prevenció, rizikó faktorok megelőzése a cél;
- Egészségfejlesztés, fitness: az egészségmegőrzés mellett a sportos testalkatra való igény;
- Szabadidő- és versenysport: klasszikus értelemben vett versenysport.

A különböző tudományos munkákban a sport meghatározására a következő szavak fordulnak elő a leggyakrabban: erőfeszítés, teljesítmény, szervezettség, szabályok, verseny, stratégia, élmény (NEULINGER, 2007).

A **sport** fogalma alatt minden olyan fizikai tevékenységet értünk, amely alkalmi részvételen keresztül a fizikai és mentális jóllét javítását, fejlesztését, a társas kapcsolatok megteremtését vagy a versenyeredmények elérését szolgálja (COUNCIL OF EUROPE, 1993).

Különbséget kell tennünk amatőr-, verseny-, és élsport között. *Versenysportnak* nevezzük a sport azon válfaját, ahol a sporttevékenységet igazolt, sportengedéllyel rendelkező sportolók végzik. Az *élsport* a versenysport csúcsa (2. ábra), ahol a versenyzők fő foglalkozásként űzik a sportot, országos és nemzetközi versenyeken helyt állnak (KURIMAY ET AL., 2012).



2. ábra: A sporttevékenységek fajtái és egymáshoz való elhelyezkedésük

Forrás: KURIMAY ET AL. (2012) (idézi NEULINGERT, 2007)

JÁKÓ (2012) négy kategóriába rendezi a sportolást: szabadidő-, tömeg-, egészség- és versenysportról beszél.

Számos szakirodalom alapján fontosnak tartom összefoglalni a különbségeket a szabadidő-, verseny- és hivatásos sport között, amit a 2. táblázat jól szemléltet.

2.Táblázat: A szabadidősport, a versenysport és a hivatásos sport összehasonlítása

	Szabadidősport	Versenysport	Hivatásos sport
A sport	-szabadidős tevékenység -fizikai erő kifejtéssel jár, -nem szükséges eleme a verseny	- Szabadidős tevékenység - Fizikai erő kifejtéssel jár, - Szükséges eleme a verseny - Egységes szabályok, szabványos felszerelés, eszközök	- Munka, hivatás - Kifejezetten fizikai erő kifejtéssel jár (kivételek a sakk, e-sport) - Szükséges eleme a verseny - Egységes szabályok, szabványos felszerelés, eszközök
A sportoló célja	- Aktív szabadidő eltöltése - Egészségmegőrzés - Felfrissülés, felüdülés - Saját teljesítmény növelése	- Minél jobb egyéni eredmény elérése - Mások túlszárnyalása - A hovatartozás - A megmérettetés	- A csúcsteljesítményre való törekvés - Hazai és nemzetközi sikerek - Jövedelemszerzés - Önmegvalósítás, - Népszerűség - Karrier, előmenetel
Célzott korosztály	Mindenki	Bárki, aki sportalkalmassági vizsgálaton esik át	Sportág függően változó, de általában 18–35 év közöttiek
A sportoló egyén társadalmi megítélése	Társadalom felelős tagja	A közösség aktív tagja	- Megmérettetés - Közszereplő - Példakép
Az egészségi állapota megőrzéséért felelős	A sportoló egyén	Az egyén és a versenyek résztvevői	A hivatásos sportoló foglalkoztató szervezet és a sportoló közös feladata
A sportoló hatása a környezetére	Szűk környezetére pozitív hatással van	Szélesebb rétegeket mozgat	- Gazdasági jelentőség - Sportturizmus - Média

Forrás: Saját szerkesztés

2.2.2 Az egészség és a sport

A disszertáció fő témája a sport és a mentális egészség, amiről később részletesen fogok írni, előtte azonban fontos röviden beszélni arról is, hogy a sport, avagy a fizikai aktivitás milyen hatással van a testi egészségre, mivel a fent leírtak alapján egyértelműen látható, hogy nem tudunk beszélni mentális egészségről testi egészség nélkül, és fordítva.

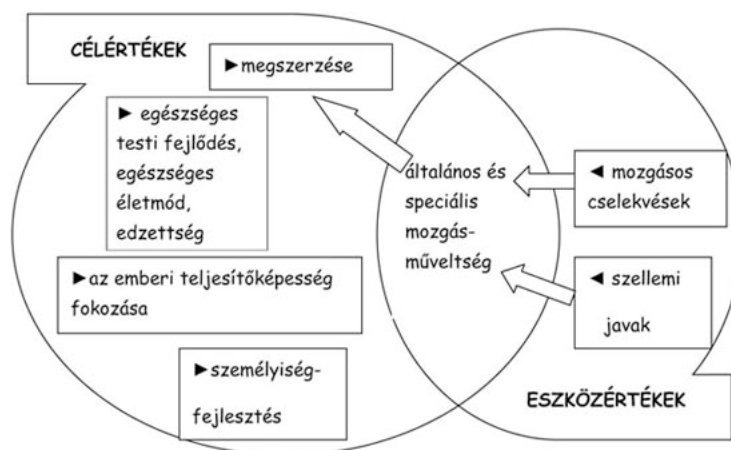
Kutatási eredmények szerint az emberek nagyrészen kimarad az életéből a rendszeres fizikai aktivitás (a nők több mint 80, a férfiak több mint 60%- a nem végez semmilyen testmozgást) (SZATMÁRI, 2009). A sportolási szokásokat vizsgálva kiderül, hogy a napi átlagos testmozgás 7-14 perc a felnőttek körében. További adatok szerint, kissé lehangoló tény, hogy a felnőttek nagy többsége (74%), a gyermekkori testnevelés órák élménye miatt nem akar sportolni és ezt gyermekkorban sem tette. A sportolást választó felnőttek körében sem elsődleges cél az egészségmegőrzése, a közérzet javítása, sokkal inkább szórakozás, a kikapcsolódás reménye miatt mozognak. Ezen okok miatt a körükben a legnépszerűbb a szabadidősport és a rekreáció. A leggyakrabban űzött sportágak: labdarúgás, futás, biciklizés, aerobik, úszás. Az inaktív életmódra leggyakrabban felhozott indokok a következők: nincs rá idő, egészségügyi probléma,

nincs rá elegendő energia, nem szeretik a mozgást, nincs társaság, pénzihiány vagy sportolási lehetőségek hiánya (SZATMÁRI, 2009).

A bio-pszicho-szociális egészségkonceptió meghatározza azt a mozgásmennyiséget, amire az egyénnek szüksége van, hogy az egészségét megőrizhesse és hogy elkerülhesse az inaktivitásból adódó egészségveszélyeket. Ez a **mozgásminimum**. A hét minden napján, de legalább heti 5 napon, legalább 30 percig tartó, legalább enyhe izzadással járó testmozgást jelent. Az egészség szempontjából fontos megjegyezni, hogy az egyes mozgásadagok hatásai összeadódnak, vagyis nem csak 1x30 percben, hanem 3x10 percben is teljesíthető a minimális napi mozgásadag (PETRIKA, 2009).

Függetlenül attól, hogy szabadidő, verseny vagy élsportról beszélünk elmondható, hogy a sportolásnak köszönhetően speciális sportmozgásokat tanulunk meg, képességeinket és készségeinket fejlesztjük, valamint a mozgásműveltségünk mellett az egészség és az egészségfejlesztés is kiemelt helyet foglal el. A WHO (2002) meghatározása szerint az egészség a teljes testi, mentális és szociális jólét, ami az egyén állandó aktivitását jelenti, akár prevenció akár rekreáció területén. Az egészség megtartására irányuló aktivitás alap formája a sport.

A 3. ábra jól mutatja, hogy nem csak testi fejlődés, egészséges életmód és edzettség érhető el a sport segítségével, hanem a személyiség fejlesztés egyik alapvető eszközeként is elfogadott.



3. ábra: A sport értékrendszere

Forrás: NÁDORI ET AL., 2011 (I02)

Az egyén lételeme a mozgás. Azonban a fejlődés, az urbanizáció, a technológiák fejlődése, különösen az utóbbi 50-60 évben kialakította azt a tendenciát, hogy az ember mozgatva van és nem feltétlenül magától mozog, és ez az egyének fizikuma, testi jólléte megőrzését veszélyeztetheti. A fejlett világban ennek hatására már az 1950-es években romló egészségi

állapotot mérték fel, mind a halálozási (mortalitási), mind a megbetegedési (morbidity) statisztikák alapján. Az egyre kevesebb mozgású életmódhoz társul a felgyorsult életvitel, a gyakran ülő, monoton munkavégzés, az állás- és munkahelyföltés, valamint az állandósuló teljesítménykényszer is. Ezek a negatív tényezők összeadódnak. Ezért fontos megtalálni az egyéni és társadalmi érdekeket kielégítő (pozitív) magatartásformákat, amelyek jó fizikai, lelki, szellemi és szociális közérzetének megteremtéséhez, egy szóval a minőségi élethez vezetnek. Ezt összefoglalóan rekreációnak nevezzük (KOVÁCS, 2004).

A rekreáció szükségességét a megváltozott társadalmi szokások, a megváltozott munkaidő, vagyis a keletkezett szabad idő idézte elő. Míg korábban csak a kiváltságosok rendelkeztek napi jellegű szabadidővel, az 1950-es évek Amerikájában, illetve Nyugat-Európájában a napi munkaidő csökkenésével párhuzamosan a tömegek számára megjelenik a mindennapi jellegű szabadidő (KOVÁCS, 2004). Így elmondhatjuk, hogy modern, általánosan vett nemzetközi értelmezésben a rekreáció feladata a szabadidő eltöltés kultúrájának fejlesztése, terjesztése, és a végső célja a minőségileg megélt élet lett.

A fentiek alapján elmondható, hogy a rekreáció, ha nem is közvetlenül, de közvetett módon mindenképpen hozzájárul az egyén egészségi állapotának javításához. Hiszen a jó minőségű élet, a jó munkavégző állapot, a tette készség hozzájárulhat az egyes egészségi mutatók javításához, illetve a viszonylagosan jó egészségi állapot hiányában (például fizikai problémákkal, náthásan vagy éppen depressziós állapotban) nagyon nehéz minőségi életet élni. Világszerte komoly kutatások folynak a testedzési szokások és az egészségi állapot közötti kiterjedt kapcsolatrendszer feltárására. Tanulmányok és cikkek foglalják össze azokat az eredményeket, amelyek hitelesen bizonyítják a rendszeres testmozgás halálozási kockázatcsökkentő hatását, a populációs átlagélettartam növelő hatását, illetve számos betegség kialakulásában közrejátszó preventív hatását. Kimutatták, hogy a rendszeres testedzés hozzájárul a lipidértékek javulásához, megakadályozza az elhízást, javítja az általános közérzetet, serkenti az ember kreativitását, növeli a munkateljesítményt, csökkenti a csontozat és izomzat sérülési kockázatát, illetve csökkenti a betegségben töltött napok számát (KISS, 2003).

Statisztikai adatok támasztják alá, hogy a vezető halálokként szereplő betegségek többsége összefüggésbe hozható a mozgásszegény életmóddal, valamint az elhízással (CZEGLÉDY – BALAJTI, 2005).

A rendszeres fizikai aktivitás előnyei „nemre és korra való tekintet nélkül” jól ismertek. A testedzés, a sport általános kedvező hatásain túlmenően alkalmazható egyes betegségek prevenciójában, kezelésében és rehabilitációjában. Hazai és nemzetközi közlemények

állásfoglalása alapján megállapítható, hogy a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a hipertónia, a diabétesz, a koszorúér – betegség, az elhízás következtében fellépő megbetegedések és a korai halálozási esetek számát. Előnyös hatása áthangolja a mozgatórendszert, javul a központi idegrendszer szabályozása, nő az endokrin rendszer kapacitása, valamint gazdaságosabbá válik az anyagcsere, javul a szervezet oxigénellátása (PUCSOK, 2000).

A testmozgás képes az immunműködést gátló stressz hatások csökkentésére is (szorongás, depresszió), nem véletlen tehát az, hogy a rendszeres fizikai aktivitást végző személyek ritkábban betegednek meg. Továbbá, nemcsak a megbetegedések, fertőzések gyakorisága, de súlyosságuk és időtartamuk is csökken (DETRE, 2007).

NASH (1994) összegezte a testmozgás és immunkompetencia kapcsolatára vonatkozó 1990-ig felhalmozódott ismereteket. Eszerint a testmozgás megváltoztatja a perifériális mononukleáris sejtek eloszlását és mozgását, ugyanakkor a természetes immunitás megemelésén keresztül fokozza az immunrendszer védekezőképességét (RIGÓ, 1996).

Longitudinális vizsgálatok az immunrendszer jobb állapotát találták edzett személyek esetében, a túlzott intenzitású testgyakorlás (adott szervezet aktuális állapotához képest) azonban felerősítheti az immunrendszer diszfunkcióit, megnövelve ezáltal a betegségre való fogékonyságot. A mérsékelt intenzitású és időtartamú fizikai aktivitás is pozitív hatással van a szervezetre, pl. hetente 4-5 alkalommal végzett 30 perces séta vagy gyaloglás is képes javítani az egészségi állapoton és az élet minőségén (DETRE, 2007).

JÁKÓ (2012) röviden leírja, az 1996-os atlantai dokumentum összefoglalás mentén, milyen a fizikai aktivitás egészségre kifejtett hatása:

- csökkenti a koszorúér-betegség okozta mortalitás kockázatát;
- csökkenti a 2. típusú cukorbetegség, hipertónia, vastagbélrák kialakulásának kockázatát;
- javítja a mentális egészséget, depressziót, anxiétást;
- növeli az izomerőt, a csontok, ízületek stabilitását;
- csökkenti az oszteoarthritis okozta panaszokat;
- idősebb életkorban segít megőrizni a funkcionális képességeket, az önálló életvitel lehetőségét;
- megfelelő étrenddel párosulva hatékony eszköz az elhízás megelőzésében, illetve a már kialakult túlsúly csökkentésében;
- ezek a kedvező változások már mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás révén elérhetők (például 30 perc gyaloglás, vagy 15 perc futás heti legalább öt alkalommal);

- amennyiben nincs ellenjavallata, intenzívebb vagy hosszabb időtartamú fizikai aktivitás fokozza a kedvező élettani adaptációs folyamatokat (I03).

2.3. MENTÁLIS EGÉSZSÉG

A kutatásom fő témája a mentális egészség ezért ebben a fejezetben lehatárolom a mentális egészség fogalmát, valamint részletesen mutatom be a mentális egészség egy új, komplex elméletét, Keyes két kontinuum modelljét (KEYES, 2002a, 2005a, 2006; KEYES – HAIDT, 2002-in REINHARDT, 2013), melynek az alkalmazását kísérlem meg a magyar verseny-, szabadidő sportolók és nem sportoló fiatal felnőttek körében.

2.3.1. Mentális egészség fogalmi lehatárolása

A mentális egészség vizsgálata nem új keletű. Hasonlóan, az egészség fogalmához a mentális egészség fogalma is fejlődött az idők során. Ma már megegyezés van abban, hogy a mentális egészség több a lelki panaszok pusztá hiányánál (WANG ET AL., 2011).

Ma is több modell van, mely a mentális egészség valamelyik szeletére helyezi a hangsúlyt, tehát a mentális egészség fogalmának a meghatározása még közel sem végleges.

Aktuálisan a legelfogadottabb mentális egészség- és betegségdefiníció MANDERSCHIED ET AL. (2010) összefoglalása. E szerint az egészség annak a mértékére vonatkozik, hogy valaki mennyire táplál pozitív és lelkesült érzéseket saját magával és az életével kapcsolatban, míg a betegség valamilyen kórforma jelenlétét feltételezi. Ez a két körülírás a testi és a lelki síkra egyaránt alkalmazható, így a mentális egészség fogalma lehatárolható.

Már a WHO első 1946-ban megfogalmazott definíciója is, magában foglalta a mentális jóllétet (WHO, 1947: Official Records of the World Health Organization, No. 1., 58.). Azonban csak az 1948-as alapszabályban lépett hatályba, kissé módosított változatban: az egészség „a teljes fizikai, mentális és szociális jóllét állapota, nem pusztán a betegség vagy rokkantság hiánya” (WHO, 1948a: Official Records of the World Health Organization, No.2., 100.). Az 1948-ban keletkezett definíciót sok támadás érte, a definíció gyakorlati használhatatlansága miatt (változó világ, gazdasági különbségek, életszínvonal közti különbségek stb.), valamint a mentális egészség mérhetősége is problémát okozott.

Hosszú ideig a freudi szemlélet uralkodott, ami szerint a mentális egészség csupán egy ideál, amely képzeletünkben létezik, így az '50-es '60-as években a biomedikális modell uralkodott, mely tünetcentrikus volt (VAILLANT, 2003), azaz a betegségekre koncentrált.

Az 1950-es évek vége felé JAHODA (1958) közzétette koncepcióját, melyben hangsúlyozta a mentális egészség létjogosultságát, valamint egy mentálisan egészséges egyént az alábbi jellemzőkkel írt le:

- (1) kapcsolata van a saját identitásával és érzéseivel,
- (2) képes a növekedésre, a fejlődésre és az önaktualizációra,
- (3) ellenálló a stresszel szemben,
- (4) autonóm (viszonylag független a társas befolyástól) és empatikus,
- (5) a valóságot torzításmentesen észleli,
- (6) képes szeretni, dolgozni és játszani, valamint az eredményes problémamegoldásra, azaz környezetével hatékony interakcióban áll (JAHODA, 1958).

VAILLANT (2003) rámutat arra, hogy mivel Jahoda „tulajdonságlistája” pusztán elméleti alapon lett kialakítva nem volt elegendő ahhoz, hogy a mentális egészség fogalmát megszabadítsa a bizonytalanságoktól.

A mentális egészség empirikus megközelítése a '70-es évektől jelent meg. A kutatások alapján '80-as években kifejlődött a bio-pszicho-szociális egészségmodell, melyben az egyén önálló személyként jelenik meg, bizonyos szociokulturális háttérrel, valamint szubjektív, személyes tapasztalataival az egészségről vagy a betegségről.

A WHO 2001-es koncepciójában már az egészség minden elemét alapvetően pozitív perspektívából elemzi és az egyén működési módját helyezi előtérbe. Eszerint az egészség középpontjában az áll, hogy az egyén mit képes megtenni mindennapjaiban és társas környezetében. A szemlélet feltételezi, hogy az egyén mindennapi aktivitásra és teljesítményre képes, illetve a betegség következményeként az aktivitása csökken (DELLE FAVE, 2006). A gyakorlatban azonban, az tapasztalható, hogy bár két személy ugyanazon az egészségi szinten áll, mégsem képes ugyanarra a teljesítményre. Így nyilvánvaló, hogy az egyén működését, fizikai tényezőkön kívül más tényezők is befolyásolják, mint például az egyén pszichológiai jellemzői, a családi és társas támogatása, a gazdasági erőforrásai, az oktatási háttere, a szociálpolitika vagy a kulturális reprezentációk (LINDEN, 2012). A mentális egészség tehát az egyén pszichológiai működéséhez kapcsolódik.

A mentális egészség jellemzéséhez hozzátartoznak azok a pszichológiai elméletek (a teljesség igénye nélkül pl. Allport, 1998; Antonovsky, 1994; Emmons, 1986; Engel, 1977, 1982; Erikson, 2002; Frankl, 2005; Fromm, 2008; Goleman, 1997; Kobasa, Maddi és Kahn, 1982; Lazarus és Folkman, 1984; Maslow, 2003; Rogers, 1985; Ryan és Deci, 2000; Salovey, Mayer, Caruso és Lopes, 2003; Scheier és Carver, 1985, 1992; Taylor és Brown, 1988), melyek az emberi fejlődésről, érzelmekről és életminőségről írnak (REINHARDT, 2013).

Kutatásomban KEYES (KEYES, 2002a, 2005a; KEYES – HAIDT, 2002) „**mentális egészség két kontinuum**”- **modelljét** veszem alapul. A modellt a következő alfejezetben részletesen mutatom be.

2.3.2. Mentális egészség két kontinuum modellje

A pozitív pszichológia összetett modelljét a szubjektív jólét kapcsán KEYES (2002a; 2002b) **mentális egészség két kontinuum modellje** (Two Continua Model of Mental Health vagy Dual-Continua Model of Mental Health) adja. A két kontinuum modellt REINHARDT (2013) fordította le magyar nyelvre, valamint 389 serdülővel és 394 szülővel validálta magyar mintán, serdülők és a felnőttek körében.

A két kontinuum modell (KEYES, 2002a, 2002b; KEYES – HAIDT, 2002; KEYES – WATERMAN, 2003) értelmében a lelki egészség nem azonos a lelki betegség hiányával, illetve a pszichés egészség és a pszichés betegség nem egy képzeletbeli egyenes két végén elhelyezkedő konstruktumok. A mentális egészség egy összetett állapot, mely részben a mentális betegség tüneteinek hiányával, másrészt a mentális egészség tüneteinek jelenlétével jellemezhető (KEYES, 2002a, 2005a, 2013a).

KEYES (2002a) abból a kérdéssel indul ki, hogy mondhatjuk-e azokra a felnőttekre, hogy lelkileg egészségesek és produktívak, akiknél adott időszakban vagy esetleg egész életük folyamán nem mutatkozik pszichés betegség. Áttekintve a mentális egészség korábbi meghatározásait arra a következtetésre jut, hogy a mentális egészség divatos szó ugyan, de valódi jelentéssel nincs megtöltve (KEYES, 2002a). Modellalkotásával és az azt tesztelő vizsgálataival (pl. KEYES, 2002a; KEYES, 2005a; KEYES ET AL., 2008; KEYES – MICHALEC, 2010) a mentális egészség elemeit és azok eloszlását igyekezett feltárni (KEYES – WATERMAN, 2003; KEYES, 2006, 2009a; WESTERHOF – KEYES, 2010, idézi REINHARDT, 2013).

Mind a lelki egészséget, mind a lelki betegséget szindrómaként kezeli, tehát az egészségi állapot bizonyos tünetek halmazát jelenti, mely bizonyos szinten, meghatározott ideig egybeesik a kognitív és társas működés bizonyos jellemzőivel.

A KEYES (2002a, 2002b) által képviselt két kontinuum modellre jellemző még a háromfaktoros (érzelmi, pszichológiai és társas) jóllét teória. A következőkben a három faktort jellemzem részletesen.

2.3.2.1. A pszichológiai jóllét

A '90-es évek elejétől KEYES együtt dolgozott RYFF professzorral, aki 1989-es elméleti munkájában határozta meg a pszichológiai jóllét 6 komponensét. A pszichés jóllét összetevőinek azonosításakor RYFF (1989) abból indult ki, hogy addig a témával foglalkozó kutatók (pl. Breadburn, Diener, Emmons) konkrétan nem fogalmazták meg a kutatásuk tárgyát és az étellel való elégedettséget tekintették a well-being (jóllét) indikátorának.

Ebből kiindulva RYFF – KEYES (1995) együtt azt képviselték, hogy a jóllét modellnek multidimenzionálisnak kell lennie, így alapul használva a RYFF elmélet vezérelt modelljét (RYFF, 1989) a pszichés jóllét 6 elemét írták le:

1. az **önelfogadás** (selfacceptance): ez pozitív attitűdöt jelent a saját szelf felé, a saját személyiség elismerését és elfogadását, az összes pozitív és negatív oldalakkal; pozitív érzelmek a saját múlttal kapcsolatosan;
2. **másokkal való pozitív kapcsolatok** (positive relations with others): megbízható, kielégítő kötelékek; mások jóllétével való törődés; mély intimitásra való képesség; empátiára való képesség; az adok-kapok elv elfogadása az emberi kapcsolatokban;
3. az **autonómia** (autonomy): az egyén függetlensége és szabad akaratának az érzete; az ellenállás képessége társas nyomással szemben; személyes standardok és normák kialakítása, és ezekből fakadó cselekedetek szabályozása;
4. a **környezettel kapcsolatos hatékonyságérzés** (environmental mastery): kontroll a komplex cselekedetek fölött; a felmerülő lehetőségek hatékony kiaknázása, valamint képesség arra, hogy a személyes szükségleteinek és értékeinek teret adjon;
5. a **célok** az életünkben (purpose in life): a képesség a célok kialakítására és azok megtartására; az érzés, hogy képes irányítani az életét és a jelenbeli vagy múltbeli létezésének értelme van; olyan hitek, gondolatok, szándékok fenntartása, melyek értelmet adnak a létezésnek.
6. a **személyes növekedés** (personal growth): az érzés, hogy képes folyamatos fejlődésre; úgy látja az énjét, mint amely növekszik és kiterjed; nyitott az új tapasztalatokra; képesség az énhatékonyság fokozására, jobb önismeretre a tapasztalat segítségével.

RYFF (1989) különböző életkori csoportokat célzott meg, és főként életkori és nemi különbségekre fókuszált. Az eredményeket összefoglalva elmondható: a pszichés jóllét dimenziói közül az autonómia és a környezeti hatékonyság tapasztalata az életkorral előrehaladva növekszik, főként fiataloktól az érett felnőttkor végéig. A célok és a személyes növekedés tekintetében a profil hanyatló képet mutatott, különösen középkortól az időskor végéig. A pszichés jóllét más elemeit nem érintette az életkori hatás.

A nemek közötti különbség két tényezőben mutatkozott RYFF (1989) vizsgálatában: a nők szignifikánsan jobb értékeket értek el a másokkal való pozitív kapcsolatok kialakítása és a személyes növekedésérzés terén, mint a férfiak. Mindez arra hívja fel a figyelmet, hogy a női személyiségfejlődésre és pszichés jóllét minőségére más hangsúlyok lehetnek jellemzőek, mint a férfiaknál – a női lelki egészség bázisa a másokkal való kölcsönös pozitív kötelékén nyugszik (REINHARDT, 2013).

RYFF és KEYES 1995-ben végzett kutatásban – hasonlóan RYFF 1989-es felméréséhez – bizonyos pszichés jóllét dimenziók különböző életkori profilokat mutattak: a személyes növekedésérzés és az életcélok fontossága az idős embereknél szignifikánsan alacsonyabb szintű volt, mint a fiatal- és középkorúaknál, a környezetre való hatni tudás érzete pedig fokozottabb volt az időseknél, míg a legmagasabb autonómiaérzéssel a középkorúak bírtak. Ebben a reprezentatív mintában az idős életkori csoport szignifikánsan elmélyültebb, melegebb, kielégítőbb társas kapcsolatokról számolt be, mint a fiatalok, vagy a középkorúak. A korábbi nemek közti különbség ebben a kutatásban is kirajzolódott, hiszen a nők pozitívabb kapcsolatmegélésről számoltak be, mint a férfiak (REINHARDT, 2013).

A közös kutatásuk másik fontos iránya a pszichológiai well-being faktoranalitikus tesztelése, ami szerint a pszichológia jóllétet felépítő hat faktor mérsékelt, illetve közepes korrelációban van egymással. Másrészt megállapították, hogy a pszichés jóllét nem egy egyfaktoros, monolit jelenség, hanem a hat – elméleti alapokon kialakított – faktor egy látens konstruktumot épít fel, egy szuperfaktort, amit pszichológiai well-beingnek nevezhetünk.

Végül RYFF – KEYES (1995) ellenőrizte a pszichés jóllét jelenségének más változókkal való kapcsolatát, és valamennyi pszichés jóllét mutató gyenge vagy közepesen erős korrelációban állt a boldogság és az étellel való elégedettség mutatóival, míg a depressziópontszámok hasonló erősségű, de fordított irányú együttjárást mutattak a well-being faktorokkal.

A három fenti eredmény (az, hogy a well-being különböző területei különböző mértékben hangsúlyosak az élettartamon át; hogy a pszichés jóllét 6 alfaktorból felépülő szuperfaktor struktúrával bír) mind arra mutatnak, hogy a pszichológiai jóllét több mint az, hogy boldognak érezzük magunkat és elégedettek vagyunk az életünkkel.

KEYES (1998) tovább fejlesztette a RYFF-fel kidolgozott modellt a társas és társadalmi aspektus bevonásával.

2.3.2.2. A szociális jóllét

KEYES (1998) összegezve a korábbi elméleteket megalkotta a szociális jóllét modelljét, ami azon alapszik, hogy az egyénnek nem csak „magán” életfeladatai vannak, hanem bizonyos „közfeladatokat” is teljesítenie kell. Keyes a társas jóllét alatt azt érti, hogy az egyén hogyan működik közösségi szinten és a társas wellness 5 dimenzióját fogalmazta meg:

1. **A társas integráció** (social integration): az egyén és a közösség, társadalom viszonyát, a közösséggel kialakított kapcsolatának a minőségét írja le. Az egészségesen működő személyek úgy érzik, hogy a társadalom szerves részeként élnek közösségükben, hozzátartoznak különböző csoportokhoz (pl. család, iskola, munkahelyi közösség, klub, baráti társaság) és így együtt egy közösséget alkotnak. Ez a hovatartozás érzés kialakításához, valamint a kollektív nemzettudat kifejlődéséhez vezet („mi magyarok leleményes és tehetséges nemzet vagyunk” vagy „mi olyan család vagyunk, ahol a szeretet a legfontosabb”). Ennek ellentéte a szociális izoláció (DURKHEIM, 1967).
2. **A társas elfogadás** (social acceptance) másokba vetett bizalom mértéke, bizakodás a másik jellemét és pozitív tulajdonságait illetően, hit abban, hogy a többi ember képes kedves, törekvő és szorgalmas lenni. Rogers a humanisztikus irányzat megalapítója szerint „az emberek alapvetően jók és a legfőbb érték a kapcsolatban a másik méltóságának szem előtt tartása”, azaz pozitív, konstruktív önmegvalósítás, szocializáció (ROGERS, 1992, idézi REINHARDT, 2013).”
3. **A társas részvétel** (social contribution): társas közreműködés vagy az abban való hit, hogy egy egyén értékes, alapvető és aktív tagja a társadalomnak, hogy képes magából valamit adni a világnak, képes a köz javát szolgálni. KEYES (1998) az énhatékonysághoz és a felelősségvállaláshoz hasonló konstruktumnak tartja (pl. mások meghallgatása, tanácsadás, tanítást) (REINHARDT, 2013).
4. **A társas aktualizáció** (social aktualization): a társas, társadalmi lehetőségek kibontakozásának képessége, illetve ennek érzete. Továbbá az abban való hite, hogy a közösségek fejlődni tudnak, hogy a társadalomban lévő lehetőségek a társadalom szervezetein és polgárain keresztül bontakoznak ki. A magas szociális jólléttel rendelkező egyének felismerik a társadalom adta lehetőségeket és reményteljesek ezen lehetőségek kiaknázásában.
5. **A társas koherencia** (social coherence): az egyén hatékonyságérzésével vonható párhuzamba, vagyis a társas koherencia közösségi mezőbe helyezi el az ember alapvető vágyát, hogy értelmet találjon életében. A társas jóllét magas fokával jellemezhető emberek úgy érzik, hogy képesek megérteni, mi történik körülöttük a világban,

pontosan észlelik a társas tér jellemzőit, szerveződését és működését, és erős igényük is van arra, hogy ismerjék a világot, melyben élnek. Ez a konstrukció negatív módon analóg jelenség a jelentésnélküliséggel, az anómiával (DURKHEIM, 1967).

A szociálisan integrált személy összefoglalva a következőképpen jellemezhető: olyan ember, aki közösségeiben közeli kapcsolatban áll másokkal; úgy érzi, hogy (lakó)környezete biztonságos, élettel teli és egészséges, ennek fenntartásáért önkéntes munkát is szívesen vállal, szomszédjait megbízhatónak ítéli. Életét pedig koherensnek, kontrollálhatónak, kiszámíthatónak, így megérthetőnek értékeli – a társas közeg vonatkozásában is (REINHARDT, 2013).

A mentális egészségünk tehát a szociális jóllét vetületével is bír és nem elemezhetjük a mentális jóllétünket anélkül, hogy nem vennénk figyelembe, egyrészt azt, hogy társadalom része vagyunk, másrészt, hogy a társadalom struktúrájánál, valamint szociális erőforrásainál fogva serkentheti vagy akadályozhatja az egyén képességeit és lehetőségeit, ami összességében kihatással van az egyén mentális jóllétére. Például a társadalmi rétegződés (foglalkozás, végzettség, korosztály, stb.), hat az énkoncepcióra. Korábbi vizsgálatok szerint az alacsony szocioökonómiai státuszhoz konzisztensen csökkent fizikai és mentális egészség kapcsolódik – részben azért, mert kárt okoz az egészség fejlődésével kapcsolatos énkoncepciókban (ADLER ET AL., 1994). A sport, mint foglalkozás, népszerűsége ellenére, egy külön strukturális réteget képvisel egy adott társadalmon belül. Ennek ellenére nehéz találni olyan vizsgálatot, amely a sportolók szociális jóllétével foglalkozik.

2.3.2.3. Az érzelmi jóllét

Keyes szerint a mentális a jóllét harmadik komponense az érzelmi jóllét, ami alatt az élettel való elégedettséget, pozitív érzelmek, boldogság jelenlétét, valamint a negatív érzelmek hiányát kell érteni. Így az előzőekben részletezett két elem mellé, az érzelmi jóllétet emeli be a modellbe, ezzel lefedve a szubjektív jóllétet három jóllét-területtel. A Keyes-i érzelmi jóllét jelenségében a hedonikus jóllét hagyománya jelenik meg, mely egyfajta emocionális vitalitásra utal (KEYES, 2002a).

Számos well-being vizsgálatban a hedonikus tradíció jelenik meg, ahol a hedonikus well-being olyan érzelmeket foglal magában, mint megelégedettség, boldogság, nyitottság, érdeklődés az élet iránt (DELLE FAVE ET AL., 2011). FREDRICKSON – JOINER (2002) szerint az érzelmi jóllét megéléséhez szükség van olyan képességekre, amely lehetővé teszi a pozitív érzelmek megélését, vagyis a pozitív és a negatív érzelmek egyensúlya hozzájárul az érzelmi jólléthez

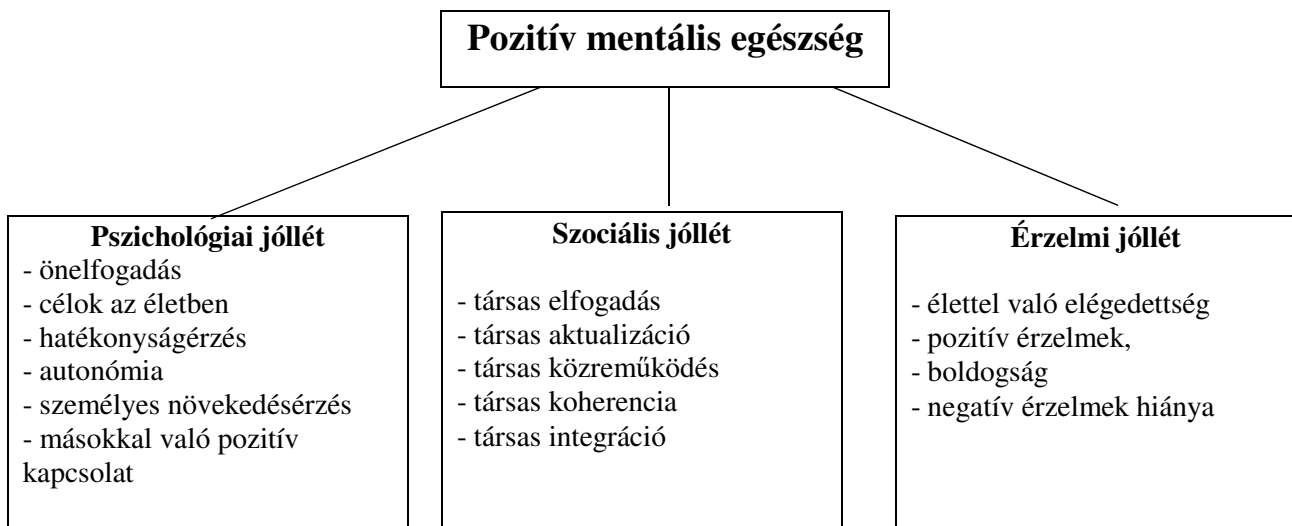
(DIENER – LARSEN, 1993). FREDRICKSON – JOINER (2002) szerint a pozitív érzések nemcsak a jelenben segítenek jól érezni magunkat, hanem megnövelik a jövőbeni jóérzés valószínűségét. Pozitív érzelmek kitágítják a figyelmi és kognitív kapacitást, utat nyitnak a kreatív flexibilis gondolkodásnak, elősegítik a stresszhelyzetekkel való megküzdést és hosszú távú tervek, célok kialakítását is (ASPINWALL, 1998). Elmondható, hogy a pozitív érzelmek az adaptivitás szolgálatában állnak és kiszélesítik a figyelmi fókuszot, a gondolkodási, intellektuális és cselekvési repertoár, valamint tágítják a szociális és pszichés erőforrásokat. Bár néha ezek a pozitív érzések rövid életűnek tűnnek hosszú távú jótékony hatásuk egyértelmű, ezért nagyon fontos a családban és szűk közösségben átélte szeretetet, gondoskodás, öröm. A család azzal, hogy engedi, sőt indítványozza a pozitív emóciók átélését megalapozza a pozitív érzelmi jóllét lehetőségét (FREDRICKSON ET AL., 2008).

KEYES és munkatársai (2010) vizsgálták a genetikus és a környezeti hatások szerepét a mentális jóllétre. A korábbi vizsgálatokban (pl. TELLEGEN ET AL., 1988) az öröklődés szerepe az érzelmi jóllét esetében 36-56% között mozgott, ami kifejezetten magas értéknek mondható és összességében arra utal, hogy mennyire vagyunk elégedettek az életünkkel, vagyis milyen mértékben vagyunk hajlamosak a pozitív érzelmek átélésére. Továbbá a vizsgálatok szerint a környezeti tényezők közül a közös környezeti hatások (pl. közös szülők, azonos lakásviszony) egyáltalán nem, míg a nem közös környezeti tényezők (pl. születési sorrend, eltérő baráti kör) valamennyire vannak befolyással az érzelmi jóllétre.

Később KEYES ET AL. (2010) a 670 ikerpár vizsgálatában felfedeztek egy latens változót (magasabb rendű tényezőt), mely 72%-os öröklődési mutatót produkált. A vizsgálati eredmények szerint a szociális jóllét örökletes meghatározottsága 45% körül, míg a pszichológiai jóllét 52% körül van. Ezeket az eredményeket összesítve elmondható, hogy létezik egy latens hajlam a mentális egészségre, amely nagymértékben (72%) öröklött, míg a három well-being komponens mérsékelt (50% körüli) öröklődést mutat (REINHARDT, 2013).

2.3.2.4. A pozitív mentális egészség kategóriái

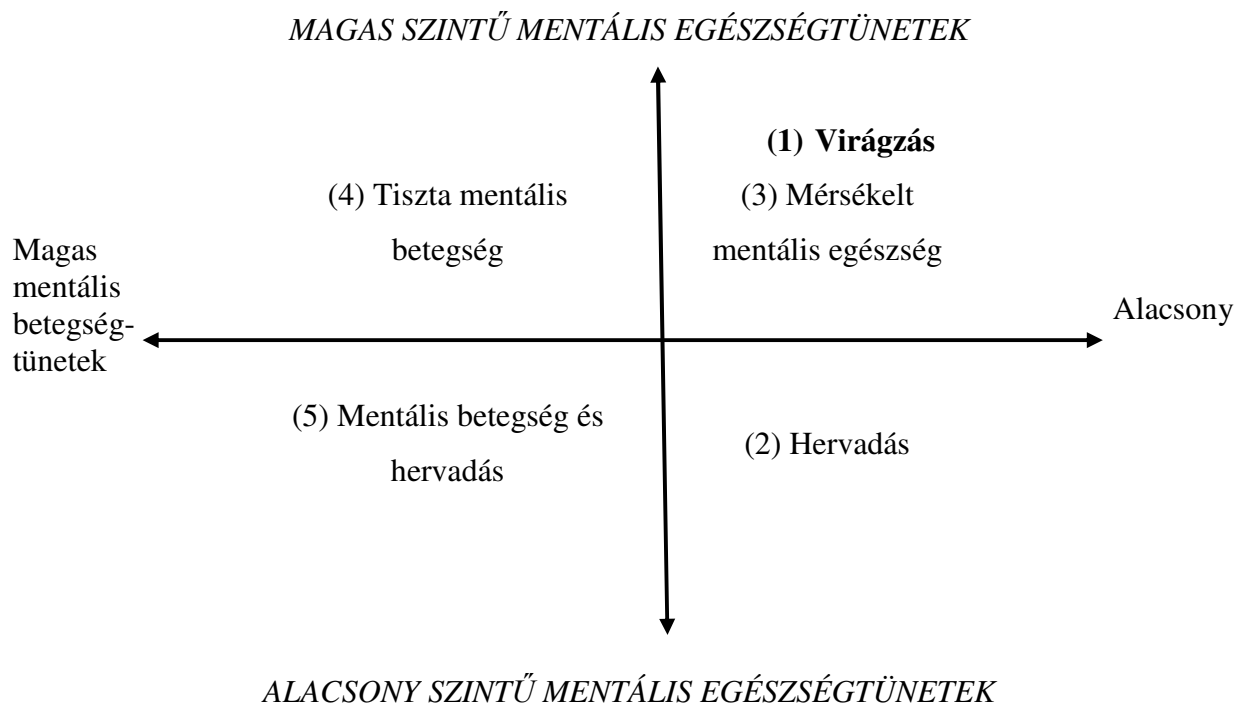
A 4. ábra átláthatóvá teszi és szemlélteti a KEYES (2002a) koncepciójának jellemzőit, mely szerint a pozitív mentális egészséget a hedonikus jóllét (érzelmi well-being) és eudaimonikus jóllét pszichológiai és szociális aspektusai alkotják.



4. ábra: A pozitív mentális egészség összetevői

Forrás: KEYES - WATERMAN (2003) nyomán REINHARDT, 2013

KEYES (2005a) a mentális egészség és betegség összekapcsolódó dimenzióból olyan modellt írt le, mely képes becsülni a pszichoszociális működést. A mentális egészség mértékét befolyásolja a tőle részben független mentális betegség jelenléte vagy hiánya és fordítva. Ha a két dimenziót egymáshoz képest merőlegesen helyezzük el, leképeződik a mentális betegség két állapota, valamint a mentális egészség három fokozata (5. ábra) (REINHARDT, 2013).



5. ábra: A mentális egészség modell és annak diagnosztikai kategóriái

Forrás: KEYES (2002b) nyomán REINHARDT, 2013

KEYES (2005a) következőképpen írja le a mentális egészség kategóriáit:

1. **Teljes vagy tökéletes mentális egészség** (completely mentally healthy): a legkiválóbb működésmóddal azok a személyek rendelkeznek, akiknél az érzelmi, pszichológiai és a társas jóllét magas szinten van, valamint a mentális zavaroktól mentesek. KEYES (2002a) az optimális állapot megnevezéséhez a **virágzás** (flourishing) metaforát használja.
2. Az alacsony emocionális-pszichológiai-szociális jóllét esetében a Keyes **hervadók** metaforát (languishing) használja. A hervadás az üresség, a stagnálás fogalmaival írható le. A lelkiileg hervadók csendes kétségbeeséssel szemlélik az életüket, azt hamisnak, üresnek, reménytelennek írják le. Ugyanakkor az ehhez a kategóriához tartozó egyének nem szenvednek mentális betegség tünetektől, de nem is jellemző rájuk a pozitív működés.
3. **A mérsékelt mentális egészség** (moderate mental health) szintje a virágzás és a hervadás között helyezkedik el. Azok az egyének tartoznak ide, akik sem nem virágzóak, sem nem hervadóak lelki értelemben. Diagnosztikailag ezek az egyének mindhárom jóllét területen közepes, átlagos értékeket érnek el, továbbá nincsenek depresszív-szorongásos és egyéb mentális betegség tüneteik. A hervadók és a mérsékelt mentálisan egészségesek esetében is hiányos mentális állapotról beszélünk, bár egyértelmű, hogy a hervadók vannak az egészségtelenebb állapotban.
4. A mentális egészség kontinuumát tovább árnyalja az „azzal összefüggő, de mégis különálló **mentális betegség tünetek**” jelenléte (KEYES ET AL., 2002) Itt olyan egyénekről beszélünk, akik - akár időszakosan - mentális betegségben szenvednek (pl. DSM alapján depresszív epizód), ugyanakkor szubjektív jóllét szintjük átlagos vagy magas is lehet (pure mental illness).
5. Az utolsó kategóriában, olyan személyek vannak, akiknél a mentális betegséghez a hervadás elemei társulnak (mental illness and languishing) (KEYES, 2005). Ebben az esetben nemcsak a mentális betegség jelenléte a jellemző, hanem a mentális egészség teljes hiányai is jelen van, így az ilyen személyek nem tudnak semmilyen védőfaktort mozgósítani lelki problémaik leküzdése céljából. KEYES – LOPEZ (2002) **tehetetlen vergődőnek** (floundering) nevezik ezt a csoportot.

KEYES több vizsgálatban is ellenőrizte a két kontinuum modelljét ((pl. KEYES, 2002a, 2002b; KEYES – WATERMAN, 2003; KEYES, 2005a), továbbá más kutatók (pl. KEYES ET AL., 2008; WESTERHOF – KEYES, 2010; LAMERS ET AL., 2011; KHUMALO ET AL., 2012; YIN ET AL., 2013; LIM ET AL., 2013) is tesztelték a koncepciót és minden esetben sikerült

megegerősíteni mind a két kontinuum jelenlétét, valamint mind a három mentális egészség terület (emocionális, pszichés, és társas jóllét) létjogosultságát.

Számos kutatás megjelent, ahol a modell kapcsolatát vizsgálták különböző jelenségekkel, például a fizikai kondícióval, testi betegségekkel stb. kapcsolatban (pl. KEYES – RYFF, 2003; KEYES, 2004; KEYES, 2005b; JOSHANLOO – NOSTRABADI, 2009; KEYES ET AL., 2010).

Ahhoz, hogy képesek legyünk megérteni a pozitív mentális egészség fogalmát és mindazt, amit ezalatt értünk szükséges foglalkozni azokkal a tényezőkkel, amelyeket a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (angolul: ICD – International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), az Egészségügyi Világszervezet által kiadott kódrendszer (továbbiakban BNO), valamint az Amerikai Pszichiátriai Társaság klasszifikációs rendszere - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (továbbiakban DSM) a mentális zavaroknak nevez. Ezen belül is részletesebben foglalkozok a stressz és a depresszió hatásaival a mentális egészségre.

2.4. MENTÁLIS BETEGSÉG / MENTÁLIS ZAVAR

A pszichológia, szintúgy, mint pszichiátria sokáig nem foglalkozott a mentális egészség pozitív pólusával, hanem inkább csak a negatív oldalával, a mentális betegséget és az ezzel járó tüneteket vizsgálta.

A pszichiátria és a pszichológia betegség fókusza jól érthető jelenség. Részben, mert a pszichopatológiai vizsgálatok a tünetek és azokból felépülő kórállapotok tanulmányozásából indultak ki, másrészt a BNO és DSM kórmeghatározó kézikönyvek segítségével jól meghatározható a mentális betegség milyensége és mértéke (KAWA – GIORDANO, 2012).

A mentális zavar meghatározott, klinikailag jelentős viselkedéses tünetek együttesének a megjelenését jelenti, ami szenvedéssel és/vagy mindennapi teendők elhanyagolásával társul (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994; TRULL – PHARES, 2004; in VAILLANT, 2003).

2.4.1. Mentális zavar - depresszió

Manapság a társadalomnak csak egy kisebb hányada éli át a szorongásos- vagy hangulatzavarok olyan súlyos fokát, ami klinikai értelemben betegségnek tekinthető. A kutatási eredmények azonban arra mutatnak, hogy a szubklinikai mértékű depresszív állapot (depressziós tünetegyüttes) következményei számos szempontból szintén veszélyeztetik az egészséget és

már az enyhe mértékű depressziós tünetegyüttes is hátrányosan befolyásolja a mindennapi életvezetést és az életminőség érzését (KOPP, 1999). Ez az állapot független előrejelzője a klinikai depresszióknak és a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek (PUREBL ET AL., 2006), valamint növeli az önkárosító magatartásformák kockázatát. Negatívan hat a társas környezettel való viszonyra is, például a házastársi stressz szempontjából rizikótényezőnek számít (BALOG, 2008).

2.4.1.1. Mikor beszélünk a depresszióról?

A depresszió levert lelkiállapotot jelent, mely kiterjed az érzelmi élet zavaraira, lelassult gondolkodásra, csökkent aktivitásszintre, továbbá a testi tünetekre is. Ennek az állapotnak a velejárója a negatív és pesszimista életérzés, mely áthatja az egyén személyiségét és világnézetét is (PETRIKA, 2012; POPPER ET AL., 2014).

A depresszió diagnosztikai kritériumai, DSM-V és BNO-10 szerint (jelenleg használatban lévő DSM és BNO változatok magyarázata az 53. oldalon):

- Depressziós, szomorú hangulat
- Érdeklődés öröme jelentős csökkenése
- Testsúlycsökkenés, gyarapodás
- Csökkent vagy fokozott alvás
- Nyugtalanság és gátoltság
- Fáradtság, erőtlenesség
- Értéktelenség érzése, önvádások, büntudat
- Csökkent gondolkodási, koncentrációs és döntési képességek
- Életuntagság, öngyilkossági gondolatok vagy kísérletek

A diagnosztika felállításához a fent említett tünetek közül legalább öt egyidejű megjelenése szükséges, bár ezen tünetek megítélése nem könnyű feladat.

A DSM-V konkrét diagnosztikai kritériumokat fogalmaz meg. Hazánkban diagnosztizáláshoz a BNO-10 is használatos, mely ugyancsak tartalmazza a depresszió diagnosztikai kritériumait, kisebb eltérésekkel a DSM-V-höz képest.

A tünetek alapján, valamint a lefolyásuk és a terápiás beavatkozás tekintetében, a depressziós képeknek három nagy csoportja különíthető el:

3. unipoláris (major) depresszió,
4. bipoláris depresszió és
5. a disztímia.

Az unipoláris depresszió a hangulat zavar egyik pólusát jeleníti meg, míg a bipoláris a hangulat zavar mindkét pólus (depresszió és a mánia) váltását jelzi. Disztímia a depressziós tünetek legenyhébb formáját jelenti. Ilyenkor a tünetek súlyossága nem meríti ki a diagnosztikai kritériumokat, de hosszabb ideig (két éven át) is fennmaradnak. Amikor a klinikai diagnózis kritériumai nem teljesülnek, illetve a tünetek jóval enyhébbek, vagy kevesebb tünet van jelen, mint az „igazi” depresszióban, *szubklinikus depresszióról*, vagy *minor depresszióról* szokás beszélni (SZÁDÓCZKY, 2001).

A depresszió „humán specifikum”, vagyis amióta ember van, depresszió is létezik. A megnevezése az idők során változott ugyan (búskomorság, melankólia), de a lényege változatlan maradt: ma is az ember érzésvilágát, gondolatait és cselekvéseit egyaránt negatívan befolyásoló létezőmód, tulajdonképpen negatív életminőség (TRINGER, 2003). Pervazív módon az egész személyiséget áthatja, az egyén világlátását negatívan átszínezi, az életesemények szubjektív minősítését lényegi módon, negatívan meghatározza (POPPER ET AL., 2004).

A betegség kialakulásának lehetséges okai között szerepelnek biológiai okok, mint például öröklött tényezők vagy genetikai adottságok. Ezek mellett fontosak a pszichoszociális tényezők, mint a társas támogatás hiánya, stresszhelyzeteknek való kitettség (PETRIKA, 2012). Továbbá, a depressziós tünetegyüttes hátterében (a jelenleg egyik legelfogadottabb nézet szerint) gyakran a kontrollvesztés és a krónikus stressz élménye áll. A krónikus, kontrollálhatatlan stressz többnyire természetesen nem független a személy aktuális élethelyzetétől, az általa átélt élményektől (például a munkahelyi stressztől, vagy a párkapcsolati problémáktól), de kialakulásában személyiségtényezőknek is jelentős szerepük van. A fontos élethelyzetekben megtapasztalt folyamatos, nehezen kezelhető bizonytalanság élettani szinten is jelentkezik, és a neuroendokrin működés szabályozási zavaraival jár együtt (KOPP – RÉTHELYI, 2004).

Egyes populációs csoportoknak rájuk jellemző depresszió forrásaik lehetnek (életkori, foglalkozási, iskolázottsági vagy földrajzi és lakhely szerinti csoportok).

Egyre fiatalabb korosztályokban is megjelenik, ma már beszélünk gyermekkori és serdülőkori depresszióról is. Az idős embereknél gyakran inkább társult betegség, valamely tartós testi baj kísérője. Másik gyakori ok időseknél a fizikai és szociális izoláció, az elmagányosodás és célnélküliség, az értelmes elfoglaltság hiánya, a gyász és veszteségek (PETRIKA, 2008, 2009). Fontos megemlíteni, hogy bizonyos szerek használata is létrehozhat depressziós állapotot. Ezek a szerek lehetnek függőséget létrehozó szerek, de lehetnek egy adott szer mellékhatásai.

A depresszió okainak skálája nagyon széles, de teljes bizonyossággal ma sem ismert, ahogyan létrejöttenek pontos mechanizmusa sem. A depresszió megjelenési formája és mértéke változó,

maga a megítélése sem egységes, kialakulásának okait illetően különböző nézetek vannak és végül többféle terápiás eljárást is ismerünk.

A kérdésekre, hogy az adott negatív hangulati állapot depresszió-e vagy pusztán rossz hangulat, szomorúság, számos klinikai teszt és skála próbál választ adni. Az egyik legelfogódottabb, a Beck-féle kérdőív **rövidített változata**, amit a disszertációban is használok.

2.4.1.2. *Depressziós tünetek – betegek elmondásai alapján*

Klinikai szakpszichológusként a betegek által elmondottakra és a szakirodalomra támaszkodva úgy fogalmaznék, hogy a depresszióval küzdő egyént egy *belső, sötét üresség* foglalja el és tölti ki a lelkét. Semminek, még a gyereke sikerének sem tud igazán örülni. Lassan a mindennapi dolgok iránti érdeklődését is elveszíti. Változatos módon és különböző mértékben *vegetatív tünetek* jelentkeznek, tipikusan az étkezés, a szexuális élet és az alvás területén.

Korábban határozott személyiségűeknél is *döntésképtelenség* jelentkezik a leghétköznapibb, rutin döntéshelyzetekben is, ami csak fokozza szenvedéseiket, és kedvezőtlenül befolyásolja egzisztenciális helyzetüket, karrierjüket. Mindezekben saját értéktelenségük bizonyítékait látják, emiatt sokszor önmagukat vádolják, így önbecsülésük egy csökkenő spirálba kerül.

Koncentrációs nehézségek, tanulási és memóriaproblémák jelentkeznek, amik az értéktelenség érzést tovább növelik, a helyzetek fölötti kontroll képességének elvesztésével járnak, és lassan a reménytelenség állapotába taszítják az egyént.

Az időhöz való viszony is megváltozik. Meglassul a személyiség egésze, az élettevékenységek is általában lelassulnak.

A depressziós ember saját értéktelenségének érzése és önvádlása oda vezet, hogy azon kezd gondolkodni, hogy talán jobb lenne, ha nem is élne. Sőt, mindenki másnak is jobb lenne, ha ő már nem is élne.

Ha ebben a stádiumban nem kap külső támaszt és segítséget, a gondolatot tett követi. A szenvedésnyomás és a létezés szubjektív elviselhetetlensége ilyenkor már olyan nagy, hogy az egyén megpróbál kilépni ebből a számára elviselhetetlennek ítélt létállapotból (PETRIKA, 2012).

2.4.1.3. *A depresszió megítélése*

A depresszióról szakmai berkekben ismert, hogy egy aluldiagnosztizált, alulkezelt betegségről van szó. A betegek jelentős hánya el sem jut szakemberhez vagy szándékosan nem megy, így segítség híján marad. Mivel krónikussá válásra hajlamos betegségről van szó, a visszatérő depressziós periódusok kezelés nélkül az egész élet során kitartóan fennmaradhatnak.

Sajátsága a depresszióknak, hogy az egymást követő periódusok egyre rövidebb tünetmentes időszakokkal a visszaesések, relapszusok viszont egyre hosszabb időtartammal és súlyosabb tünetekkel jelentkeznek, a negatív életminőség megtestesítőjeként.

Különös jelentősége és súlya van tehát annak a ténynek és az erről való ismeretnek, hogy a rendszeres testmozgás, testedzés, sportolás előnyös hatással van a depressziós állapotokra és tünetekre. Terápiás effektusa mellett az igazi segítséget prevenció hatása képviseli, a megelőzés, valamint az életminőség-védő és megőrző eszközként (PETRIKA, 2007a).

A depresszió megítélése idővel sokat változott. Míg régen mentális betegségnek tekintették, 1979 után Beck azt állítja, hogy a depresszió lehet érzelmi állapot, de lehet komoly betegség is (BECK ET AL., 2001).

Továbbá a depresszió megítélése országonként is lehet változó, de szakemberek között is tapasztalható különbség. Még nehezebb meghatározni a határvonalat a még egészséges és a már mentálisan beteg között. Ez mind fontos a megfelelő viszonyulás és kezelés miatt.

Összefoglalva, egy-egy depressziós tünet ideiglenes megjelenése, ami bárkinél előfordulhat, még nem depresszió.

A depresszió ma a legszélesebb néprétegeket is elérő és legnagyobb tempóban terjedő nemfertőző járványos megbetegedés, - a terjeszkedés mértékét illetően **népbetegség**.

Terápiában jóval kevesebben részesülnek, mint amennyire lehetőség lenne. Ennek oka részben az is, hogy a depresszió erősen stigmatizál (PETRIKA, 2012).

2.4.1.4. A depresszió terápiája

A depresszió kezelésben szokásosan elfogadott alkalmazások:

- a *gyógyszeres terápia* (farmakoterápia, biológiai terápia)
- *pszichoterápia*
- *kombinált terápia* (gyógyszer + pszichoterápia)
- egy gyógyító személy által, vagy
- gyógyító kettős által, - (egyik a pszichoterápiát, másik a gyógyszeres terápiát alkalmazza).

Számos közlés van arra nézve, hogy a hatékonyságot és az eredmény tartósságát is figyelembe véve a kombinált terápia (gyógyszeres és pszichoterápia) a leghatékonyabb (PETRIKA, 2012). A terápia eredményének tartósságát és a visszaesések arányát tekintve egyértelműen a pszichoterápia bizonyult a legjobbnak. A kutatók úgy vélik, az eredmény tartósságában nagy szerepe van annak, hogy gyógyszeres terápia esetén a kontroll pszichológiailag a gyógyszerhez

kötődik, így szedését abbahagyva visszatérnek a tünetek. Míg a pszichoterápia esetén a javulás feletti kontroll érzése a terápia befejezése után is megmarad. A pszichoterápia, - bár számos formájában a depresszióból végleges gyógyulást eredményezhet (kognitív terápia, interperszonális terápia) – meglehetősen időigényes, sokaknak megfizethetetlen, és nehezebben elérhető.

Számos alternatív gyógymód is van (fényterápia, orbáncfű, alvásmegvonás), valamint a testedzés, a fizikai aktivitás hivatalosan is szerepel a depresszió terápiájában. A Rihmer által jegyzett unipoláris depresszió hazai terápiás protokolljának legújabb változata már tartalmazza a testedzést, mint lehetőséget.

2.5. A MENTÁLIS ÁLLAPOTRA HATÓ VIZSGÁLT TÉNYEZŐK

A mentális állapot számos tényezőtől függhet. A kutatásomban a stresszt, a depressziót, az énképet, továbbá az ellenálló- és megküzdőképességet vizsgálom, valamint azt, hogy ezek milyen hatással vannak a mentális egészségre, valamint a sport hogyan hat ezen tényező szintjére és ezáltal hatással van-e a mentális egészségre is. Ennek megfelelően a vizsgált tényezők alapvető jellemzőit foglalom össze ebben a részben.

2.5.1. Stressz, észlelt stressz

Ma már nem lehet beszélni az egészségről és ezen belül a mentális egészségről úgy, hogy ne beszéljünk a legnagyobb rizikó faktorról, a stresszről.

Selye, a stressz elmélet megalkotója, már az ötvenes évek közepén megkülönböztette a „jó” és a „rossz” stresszt. A negatívan értékelt stresszt „distressznek, míg a pozitív stresszt eustressznek nevezzük. Eustresszkor valamilyen pozitív esemény áll a háttérben, amelyet pozitív gondolatok kísérnek, míg distressz esetén ez negatív színezetű, negatív gondolatokkal. A jó stressz kihívást, kreativitást és éberséget ébreszt bennünk, míg a „negatív stressz” felmorzsolja az energiáinkat, rombol és kiegészhez vezet (DÁVID ET AL., 2014).

A stresszorokat, vagyis a fenyegetést jelentő ingereket csoportosíthatjuk a szervezetre ható ingerek erőssége szerint. A túl kevés és a túl nagy ingerlés egyaránt stresszkeltő. Az alacsony ingerlési szint következtében unalom lép fel, a túlzott ingerlés pedig bénultsághoz vezet s mindkét folyamat a teljesítmény rovására megy (KOVÁCS – NAGY, 2015).

Kutatások azt bizonyítják, hogy a szorongás és a distressz általában a teljesítmény romlásához vezet, míg az eustressz, vagy a magas arousal szint elősegítheti a sikert, akár a sportban is

(CSÍKSZENTMIHÁLYI – JACKSON, 2001; LANDERS – ARENT, 2001; SMITH – SMOLL, 2004).

A stresszre adott válasz egyik fajtája lehet a szorongás (ATKINSON ET AL., 2005). Mivel a sport a vizsgálati területem az itt megjelenő stressz-szorongásra koncentrálok. Számos tényező húzódhat meg a sportoló szorongásának hátterében. A jelentkező szorongás intenzitása és jeleinek manifesztálódása személyenként és helyzetenként eltérő, illetve a személy készség szintje és a sport típusa is befolyásolhatja a feladat nehézségének, időtartamának és típusának megfelelően (például egyéni vagy csapatsport, közvetlen vagy közvetett konfliktusok vannak jelen, stb.) (MARCHANT – MORRIS, 2005). Megjelenhet teljesítményszorongás, általános aggodalmaskodás, szociális inkompetenciától való félelem vagy sorozatos kudarcélmények okozta szorongás, szomatikus jellegű szorongás, de akár fóbiák, hisztérikus vagy szeparációs szorongás is (HORVÁTH – PRISZTÓKA, 2005).

A tartósan fennálló (di)stressz depresszióhoz vezethet.

A stressz hatására a vegetatív idegrendszer szimpatikus oldala aktiválódik és ennek hatására felgyorsul a légzés, a szív működés, emelkedik a vérnyomás, fokozódik az izomfeszülés, az adrenalin termelődés és ennek hatására nő az izmok vérellátása is. Ez mind lehetővé teszi a szervezet megfelelő reagálását egy valódi vész helyzetben (pl. egy támadás esetében), és ilyenkor a szervezet nem szenved károsodást. Azonban, ha a fent felsorolt belső változásoknak nincs kivezető helye, hanem megreked bent a szervezetben, ráadásul tartós vagy gyakran ismétlődik, akkor a testet halmozódó negatív hatás éri és ezt krónikus stressznek (Selye-féle distressznek) nevezik, mely felborítja a szervezet egyensúlyát és végül különböző betegségek kialakulásához járul hozzá. Számos tudományos vizsgálat igazolja, hogy nemcsak az akut, súlyos stressz, hanem az enyhébb, de krónikus stressz is fontos szerepet játszik a testi és a lelki zavarok kialakulásában (BOONE - CHRISTENSEN, 1998; KOPP - RÉTHELYI, 2004).

Az akut, súlyos stressz gyakran hosszútávú élettani és viselkedési változásokhoz vezet. Számos életesemény lehet komoly stresszor. A megélt traumák hatására az idegrendszerben visszafordíthatatlan változások következnek be (KÁLLAI ET AL., 2007).

Krónikus stresszről akkor beszélünk, ha egyensúlyvesztés következik be, ami következtében akár maradandó egészségkárosodás jön létre. A krónikus stresszforrások többsége az adott társadalmi-kulturális környezetbe való beilleszkedéssel hozható összefüggésbe. Ide tartoznak a társas kapcsolatok, a munkahelyi stressz, az állandó teljesítménykényszer. A férfiak körében a munkahelyi stressz, a nők körében a házastársi stressz kiemelt jelentőségű (DÁVID ET AL., 2014).

A krónikus stressz élettani hatásai a kardiovaszkuláris tünetek kialakulásában, emésztőrendszer, immunrendszer, a szexuális működés zavaraiiban, fokozódó, szabálytalanná váló légzésritmus, izom-és csontrendszer, valamint a pszichiátriai zavarokban nyilvánul meg (KÁLLAI ET AL., 2007).

Az egészségkárosító hatás szempontjából a krónikus stressz koncepciója inkább egy olyan összetett folyamatként értelmezhető, melyben az objektív, megfigyelhető stresszforrások mellett a stresszhelyzetek megélése, feldolgozása, az azokkal való megküzdés képessége, a pszichoszociális környezet és az egyén személyiség jellemzői egyaránt fontos szerepet játszanak (LAZARUS, 1966; URSIN – ERIKSEN, 2004).

Függetlenül a stresszorok jellegétől és mértékétől észrevehető a különbség az egyének között. Az egyik ember a stressz sorozatokat is egészen jól bírja, a másik pedig akár egyetlen egybe is valósággal belebetegszik. Ez alapvetően az egyéni stresszérzékenység függvénye, ami meglehetősen szubjektív kategória és több tényezőtől függ. A magánéletből és a munkából fakadó élet-stresszek és a munkastressz együttesen adják az u.n. észlelt stressz nagyságát, vagyis az *észlelt stresszt* (*percieved stress*).

Ezek alapján az észlelt stressz képletszerűen is felírható, tört alakjában (6. ábra) (PETRIKA, 2012).

$$\text{Észlelt stressz} = \frac{\text{Biológiai sérülékenység (örökletes, alkati tényezők) + magánéleti stresszek + munkastressz}}{\text{Kompetencia + szakirányú ismeretek halmaza + társas támogatottság}}$$

6. ábra: Az észlelt stressz képlete

Forrás: PETRIKA, 2012

Rendszeres mozgás pozitív hatásait alátámasztja a Petrika (2012) kutatása, ami szerint a mozgásszegény életmódból könnyebben kifejlődhetnek a mentális betegségek. LAJKÓ 2002-es elméletében azt bizonyítja, hogy a testmozgás akár egy hatékony, érzelmközpontú viselkedéses – megbirkózás – technika is lehet a stresszel szemben, hiszen a testedzés, sportolás, mint a mentális egészség önálló védő faktora, már rövidtávon oldja a szorongást és emeli a hangulatot. Nagyon jól eltereli a gondolatokat a stressz okozta problémáról, így az elménknek van ideje kikapcsolni és regenerálódni.

2.5.2. Megküzdési stratégiák

Lazarus a stressz-modelljében hangsúlyozta a kognitív értékelési folyamatok szerepét a stresszorokkal való megküzdésben. Lazarus szerint „megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztik aktuális személyes erőforrásait” (KÁLLAI ET AL., 2007).

A megterhelő életeseményekkel, más szóval potenciális stresszorokkal való találkozáskor elsődleges kiértékelés történik, hogy az adott esemény pozitív vagy negatív jelentéssel bír. Negatív jelentés tulajdonítása esetén az esemény további átgondolása történik meg, majd döntés következik, hogy az adott negatív esemény (1) pillanatnyi veszély jelent, (2) tartós, a jövőt is érintő fenyegetést jelent, vagy (3) kihívásnak tekinthető. Ez az elsődleges értékelés általában nem tudatosan zajlik.

Másodlagos kiértékelés folyamatban az egyén számba veszi erőforrásait, a helyzet kontrollálhatóságát és azokat a lehetséges válaszokat, megküzdési formákat, amelyekkel kezelheti a helyzetet. Amennyiben a pszichés megküzdési erőforrások nem megfelelőek akkor stressz jön létre.

Ezek alapján Lazarus szerint két fő megküzdési mód létezik:

- problémamegoldásra irányuló erőfeszítések,
- érzelmek szabályozása.

Az alkalmazott megküzdési mechanizmusok meghatározzák magatartási döntéseinket, így az egészségmagatartásunkat is befolyásolják (PLUHÁR ET AL., 2003). A megküzdési módszerünket elsődleges célunk határozza meg: problémaközpontú megküzdésről akkor beszélhetünk, ha a fókuszban a probléma megoldása áll. Ha azonban az érzelmi egyensúly áll a középpontban, érzelem-központú a megküzdési stílus (FOLKMAN ET AL., 1986).

Megküzdési stratégiák – két fő csoportján belül kilenc fő kategóriát különíthetünk el:

- konfrontáció: „Nem hátráltam meg, küzdöttem azért, amit akartam.”
- eltávolodás: „Úgy tettem, mintha semmi sem történt volna.”
- érzelmek és viselkedés szabályozása: „Megpróbáltam érzéseimet magamban tartani.”
- társas támogatás keresése: „Beszéltem valakivel, hogy többet tudjak meg a körülményekről.”
- felelősségvállalás: „Magamat okoltam és hibáztattam.”
- problémamegoldás-tervezés: „Tudtam mit kell tennem, így megkésztettem erőfeszítéseimet a siker érdekében.”

- elkerülés–menekülés: „Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet, hogy valahogy legyünk túl rajta.”
- pozitív jelentés keresése: „Új hitet találtam.”
- patológias konfliktusmegoldás-elhárító mechanizmusok (KÁLLAI ET AL., 2007)

Az egészségesség kulcsa a stresszel való hatékony megküzdés, a személyiség-komponensek működésének hatékonysága.

A copingstratégiákat tekintve – akár csak a stressz esetén - beszélhetünk pozitív és negatív megküzdésről. Pozitív megküzdés során nem jelentkeznek mellékhatások, míg negatív stresszcsökkentő módszer alkalmazása során valamilyen káros hatás is fellép. Ezek alapján pozitív coping pl. a sport, a relaxáció, a humor, a nevetés vagy a sírás, míg negatív copingra példa lehet az alkohol, a kábítószer vagy az evés is (Kopp, 1995). A negatív megküzdési stratégiák hasznosak lehetnek a megküzdési folyamat során, ugyanakkor magukban rejtnek egyfajta kockázatot is, például a dohányzás egészségügyi problémák okozója lehet. A sport egy pozitív coping stratégia, hiszen a megfelelő mértékben üzött sporttevékenység képes csökkenteni a feszültséget, helyreállíthatja a szervezet egyensúlyát és nem okoz káros mellékhatásokat.

Nagyon fontos kérdés a sport terén is a megküzdés vizsgálata, hiszen a sportolót többféle teher is nyomasztja. Az egyik oldalon állnak az edző elvárásai, amely nagy nyomást jelent. Magasabb szinteken a sportoló menedzsere általi nyomást is meg kell említeni, valamint egzisztenciális kérdések is felmerülhetnek. Gyermekek- és serdülőkorban az edzői elvárások mellett még jelen vannak az iskolai és szülői elvárások is. A sok teher az idegrendszer működésében zavart eredményezhet, döntéseik meghozatalát is nehezítheti, végül teljesítményromláshoz vezethet (FREDERICK – RYAN, 1993, idézi KYPRIANOU ET AL., 2009).

KYPRIANOU ET AL. (2009) ciprusi férfi labdarúgók megküzdésének és szorongásának vizsgálata során megállapították, hogy a felnőttekhez képest a serdülők a kedvezőtlen körülményekkel való megküzdésben, a koncentrációban és a sporttal kapcsolatos megküzdés tekintetében szignifikánsan gyengébb eredménnyel rendelkeztek, ugyanakkor a szorongás tekintetében nem mutatkozott szignifikáns különbség. Ezért is nagyon fontos, hogy a serdülők megfelelő pszichológiai felkészítést kapjanak, hogy megküzdésük fejlődhessen.

GOULD ET AL. (1987) végeztek kutatásokat a megküzdés terén. Birkózókkal készítettek interjúkat az észlelt stresszel való megküzdés tekintetében. Az eredmények alapján négy dimenzióba voltak sűrítendőek a megküzdési módok: voltak kontroll stratégiák, mint a pozitív gondolkodás vagy a megküzdő gondolkodás; feladat-fókuszú megküzdés, ami magába foglalja

a feladatra irányuló szűk fókuszú figyelem fenntartását. Ezen kívül az érzelmi kontroll stratégiákat is elkülönítették, amelyek elsősorban az érzelmek és izgalmi állapot feletti kontroll fenntartására irányuló erőfeszítésekre vonatkoznak; valamint viselkedéses stratégiákat, amelyek az olyan viselkedésekre vonatkoznak, amelyek megváltoztatták vagy kontrollálták a környezetet (MARCHANT – MORRIS, 2005).

OMAR – FAUZEE ET AL. (2009) a képzeleti módszerek és coping stratégiák hatékonyságát vizsgálták arra a feltételezésre alapozva, hogy ez a két mentális képesség hozzájárul a sportolók sikeres teljesítményéhez. A vizsgálati mintában elsősorban maláj személyek szerepeltek (kínai, indiai személyek mellett), az üzött sportágak széles körét (futball, futsal, röplabda, kosárlabda, rögbi, úszás, jégheki, íjászat, stb.), illetve sportolási szintjeit (területi/egyetemi, országos vagy nemzetközi szinten) lefedve. Az eredmények azt mutatták, hogy a különböző szinten sportoló személyek között szignifikáns különbség áll fenn mind a képzeleti stratégiák alkalmazása, mind a sportolói megküzdés tekintetében. A legmagasabb szinten (nemzetközi) sportolók mind a képzeleti módszerek, mind a megküzdés tekintetében jobban teljesítettek, mint a másik két csoport (KOVÁCS – NAGY, 2015).

Összefoglalva a stresszkezelést számos, a stresszforrás csökkentésére irányuló technika segítheti (pl.: az elkerülhető stresszhelyzetek távol tartása, hatékonyabb időgazdálkodás, értékek és prioritások tisztázása, figyelemelterelés, jutalmazás, környezetváltás, a probléma több szempontú elemzése, konkrét helyzetre való koncentráció, érzések felismerése, elvárások tudatosítása, támogatás és segítség kérés). Végül a stresszkezelésben segítséget nyújthat a stresszel összefüggő testi reakciók befolyásolása (pl.: testmozgás, relaxáció, izmok ellazítása, pihenés, alvás, zenehallgatás, éneklés, táplálkozás stb.).

2.5.3. Énkép

A pszichológiában az énkép jelenti az önmagunkról szerzett tapasztalatot, ismeretet, értve ez alatt a testünkről, képességeinkről, élményeinkről megőrzött tudást. Mindez lehetővé teszi, hogy elkülönítsük magunkat a környezetünktől, valamint képesek legyünk szabályozni a helyzetek megoldására fordított erőfeszítéseinket (MÉREI, 2001).

KISS (1978) az énkép meghatározása esetében a horizontális és a vertikális szemléletről beszél. A horizontális szemlélet az egyén önismerete és mások véleménye alapján önmagáról alkotott összképet szemlélteti, míg a vertikális szemlélet a hosszú és bonyolult fejlődési folyamat eredményét foglalja magában. Az ontogenezis folyamán az egyén folyamatosan változik és ezzel egyidőben az önmagáról alkotott énképe is módosul. A kezdetekben az egyetemes én zűrzavaros világában él, majd tárgy- és térészleléssel differenciálja a saját testélményt. Idővel

megjelennek a feltételes reflexek, később pedig a belső szükségletek, melyekből a külvilág ingerhatásaira fejlődnek ki a tájékozódási és feladatmegoldó szenzomotoros műveletek. Ezek először nem tudatosak, majd megindul az értelmi fejlődés, ami az énkép kialakulásának nélkülözhetetlen eszköze (KISS, 1978).

Az óvodában, illetve az iskolában a kortársakkal átélt új élmények révén új kognitív és szociális készségek elsajátítása történik és az eddig családban kialakult énképünk szembekerül az új helyzetekben megmutatkozó másik, szociális énképpel, ami bizonyos belső konfliktusokhoz vezethet. A serdülőkorral járó testi és értelmi változások jelentős hatást gyakorolhatnak az énképre. A serdülőkor több szempontból kritikus életszakasz, külön fontos időszak az énkép kialakításban (a fiatalok önértékelése még nem kifejlett, számos nehézséggel kell megbirkózniuk, stb.), mégis elmondható hogy a sportolás jótékony hatással van a pozitív énkép kialakítására (fejlődnek a baráti kapcsolatok, ami szociális én megerősítéséhez vezet; szabályok kialakítása és betartása fejlődik, ami morális énkép megerősítéséhez vezet; egyre egészségesebben táplálkoznak és kevesebbet dohányoznak, továbbá kevesebbet tévéznek, hasznosabban töltik el szabadidejüket, valamint a túlsúly kialakulásának kockázata is csökken náluk) (PATE ET AL., 1996; STEPTOE ET AL., 1997; KOVÁCS - NAGY, 2015). Alapvetően megállapítható, hogy általános közérzetük, edzettségi és egészségi állapotuk is jobb, tehát a sportolói magatartás a jobb életminőséggel is párhuzamba állítható.

Elégedettebbek az életükkel és kevesebb depresszív tünetről számolnak be. Az értékekhez való hozzáállás is eltérő lehet sportoló és nem sportoló gyerekek között: a rendszeresen sportoló serdülők inkább a belső értékorientációs módokat preferálják (pl. önfogadás, csoporthoz tartozás, közösségi érzés, fizikai egészség), míg az alacsony aktivitású fiatalok a külső értékorientációs módokat értékelik nagyra (pl. anyagi siker, jó megjelenés, hírnév) (PLUHÁR ET AL., 2004, idézi PIKÓ – KERESZTES, 2007; KOVÁCS - NAGY, 2015).

Bár előfordulhat, hogy az élsportoló túlzott mértékben azonosul a sportolói énképpel és a sportban elért teljesítményen keresztül értékeli önmagát, számos kutatás támasztja alá azt a megállapítást, hogy a sportolók magasabb önértékeléssel rendelkeznek. Maguk a sportolók is úgy gondolják, hogy jobb az énképük és önértékelésük, mint nem sportoló társaiknak (FLECHER ET AL., 2003; SIMPKINS ET AL., 2006).

A sportoló énképét természetesen befolyásolja teljesítménye és feladatvállalása is, amely személyenként változó. Egy sportoló céljai akkor reálisak, ha enyhén meghaladják az egymás után megvalósított teljesítményt (LÉNÁRT, 2002).

A gyermek énkép konzekvenciáit különbözőképpen befolyásolhatják az egyéni és a csapatsportok (HORN – HASBROOK, 1987; HORN – WEISS, 1991; ROBERTS –

TREASURE, 1992). Továbbá a csapatsportok a serdülő számára sokkal inkább pozitív tapasztalatokat nyújtanak (például jobb kezdeményező készség vagy magasabb étellel való elégedettség) (HANSEN, 2006; VILHJALMSSON – THORLINDSSON, 1992).

Mindezek mellett az edzői visszajelzések kiemelkedő jelentőségűek, mert a rossz edzői kommunikáció jelentős károkat okozhat a gyermek önértékelésében. Ezen oknál fogva nagyon fontos, hogy az edző őszinte és kongruens legyen a kiskamasszal, amikor visszajelez felé (LÉNÁRT, 2002).

Nagyon fontos kiemelni azonban a rendszeres sportolás kapcsán, hogy a hangsúly a megfelelő mennyiségen és módon van. A túlzásba vitt sport miatt káros hatások is jelentkezhetnek: sérülés, nem reális vagy negatív önbecsülés, torzult testkép, káros szociális készségek kifejlesztése vagy pszichológiai sérülés, vagy sikertelenségtől való félelem (SMOLL, 1998, idézi GYÖMBÉR – KOVÁCS, 2012).

A fent leírtak alapján egyértelműen feltételezhető, hogy a felnőtt sportolók testképe sokkal pozitívabb azokétól, akik nem sportolnak, ami kisebb depresszióhoz, jobb mentális egészségi állapothoz járulhat hozzá.

2.5.4. Reziliencia

A rezilienciát protektív faktorként kell értelmezni, amely olyan személyiségjellemzőket foglal magába, amelyek elősegítik a veszélyeztető életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást, enyhítik a stressz negatív hatásait és lehetővé teszik a változásokkal szembeni adaptív megküzdést. Egyfajta lelki rugalmasságot jelent (MASTEN, 2001), a kedvezőtlen környezet ellenére bekövetkező pozitív adaptációt (MASTEN ET AL., 1990), és mint ilyen egyértelmű a kapcsolata a pozitív mentális egészséggel.

Ezek mellett a reziliencia az egyéni megküzdési módokat próbára tévő túlzott stresszt követően a normál működéshez való visszatérés képességét is jelöli (AHERN ET AL., 2006; NORRIS ET AL., 2008).

Maga a stresszfaktorokkal való pozitív megküzdés nagy változatosságot mutathat a különböző kontextusokban és a fejlődés előrehaladtával is, azaz a reziliencia multidimenzionális konstruktum, beszélhetünk például érzelmi, kognitív, viselkedéses, egészségi állapotbeli vagy tanulmányi rezilienciáról is (LUTHAR ET AL., 2000).

A reziliencia kutatása a '70-es években indult, amikor olyan gyerekeket, serdülőket kezdtek el vizsgálni, akik a patogén környezeti feltételek ellenére mentálisan egészséges felnőttekké váltak (PIKÓ, 2010). Az elmúlt években kiemelt szerepet kaptak azon kutatási területek, melyek a reziliencia traumával kapcsolatos összefüggéseit helyezik középpontba, mely

koncepció keretében a reziliencia, mint a traumatikus élethelyzetekben történő eredményes adaptáció nyer értelmezést (AGAIBI - WILSON, 2005).

Egyes kutatók azt hangsúlyozzák, hogy a reziliencia leírható a traumát követő általános mentális egészségi mutatóként, vagy a traumával kapcsolatos pszichiátriai betegségek (pl. PTSD) kezelésének eredményeként egyaránt (DAVIDSON ET AL., 2008).

A reziliencia definiálásának összetettsége széles körben ismert, melynek következtében a konstrukció meghatározásának, valamint megbízható és érvényes mérésének kidolgozása komoly kihívást jelentő feladat.

Maga a stresszfactorokkal való pozitív megküzdés nagy változatosságot mutathat a különböző kontextusokban és a fejlődés előrehaladtával is, azaz a reziliencia multidimenzionális konstruktum, beszélhetünk például érzelmi, kognitív, viselkedéses, egészségi állapotbeli vagy tanulmányi rezilienciáról is (LUTHAR ET AL., 2000). Mindez jól egybecseng a mentális egészség különböző dimenziókból felépülő felfogásával (ld. pl. KEYES – HAIDT, 2002; DURAYAPPAH, 2011).

2.6. A MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS A MENTÁLIS BETEGSÉG MÉRÉSE

A teljesség igénye nélkül fontosnak tartom, hogy néhány szót ejtsek azokról a klasszifikációs rendszerekről, amelyek lehetővé teszik a diagnosztizálást és a különbségtételt számos mentális betegség között. (Azokról a mérő skálákról és eszközökről, amelyek szorosan kötődnek a kutatási témámhoz az anyag és módszer fejezetben részletesen írok.)

1.A DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) az Amerikai Pszichiátriai Társaság klasszifikációs rendszere a mentális betegségek leírására és rendszerezésére. 1994 és 2013 között DSM-IV volt használatban. 2013-ban megjelent az 5., széles szakmai konszenzuson alapuló, felújított DSM-V változat. DSM jellemzői: minden diagnózis tételes, operacionális kategóriákra épül, többnyire leíró kategóriák, az újabb tudományos eredmények fényében folyamatosan frissítik.

2. A BNO-nak jelenleg a 10. revideált változata van forgalomban. Hazánkban 1993 óta hivatalosan ez utóbbit használják az egészségügyben a diagnózisok meghatározásakor. Nem tartalmaz tételes diagnosztikus kritériumokat, nem használ multiaxiális megközelítést, alfanumerikus kódolás jellemzi (mentális zavarok: F csoport + 4 számjegy pl. F32. 00 Enyhe depressziós epizód; F32.10 Közepes depressziós epizód; F32.20 Súlyos depressziós epizód; F32.30 Súlyos depressziós epizód pszichotikus tünetekkel).

A régi DSM-IV-TR (2001) és a legfrissebb, 2013-ban érvénybe lépő DSM-V is tartalmazza a GAF-skálát (Global Assessment Functioning), magyarul: a működés átfogó értékelése, mely az

egyén általános pszichés, szociális és foglalkozásbeli működésének becslésére szolgál. Vizsgálati eredmények, valamint a gyakorlati tapasztalatok is arra utaltak, hogy a GAF-skála jól használható a mentális egészség becslésében is (GOLDMAN ET AL., 1992).

A mentális egészséget a 100-tól 81-ig tartó pontérték képviseli, és a következőképpen jellemezhető:

- „100-91 pontig – A tevékenységek széles skáláján igen jó működés, az élet-problémák kezelése sosem csúszik ki az egyén kezéből, ezt mások is így látják, az adott személy sok pozitív tulajdonsággal bír. Nincs tünet.” (DSM-IV-TR, 2001, 39.),
- „90-81 pontig – Hiányzó vagy minimális tünetek (pl. enyhe vizsgaszorongás), minden területen jó működés, széleskörű érdeklődés és bevonódás, szociálisan hatékony, általában megelégedett az élettel, nincs több problémája, mint amit a mindennapi élet jelent.” (DSM-IV-TR, 2001, 39.).

A másik véglet egyértelműen rossz funkcionálást és mentális betegség fennállását feltételezi

- (10-1 pont): „Önmaga vagy mások súlyos veszélyeztetése állandóan (pl. visszatérő erőszakos cselekmények) vagy tartós képtelenség a minimális személyes higiéné fenntartására vagy komoly szuicidális cselekmény egyértelmű meghalási szándékkal” (DSM-IV-TR, 2001, 40.).

A legtöbb elmélet, és a gyakorló szakemberek többsége általában úgy tekint a mentális egészségre és a mentális betegségekre, mint egy kontinuum két végpontján elhelyezkedő jelenségekre. A DSM-IV GAF-skálájának alapszemlélete például szintén ezen a kontinuum-felfogáson nyugszik (VAILLANT, 2003).

Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített 9 tétel változata a szociális visszahúzódás (közönyösség), döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetek miatti túlzott aggodás (hipochondria), munkaképtelenség, az elégedetlenség és az örömképesség hiánya, a pesszimizmus és az önvádolás tünetek fokozottabb előfordulását jelzi.

A mentális egészség, illetve annak komponenseinek (emocionális, pszichológiai és társas jóllét) felmérésére a **Keyes-féle Mentális Egészség Kontinuum Skála** alkalmazható (KEYES ET AL., 2008). A skála 14 tetele három szubjektív jóllét területet fed le: 3 tétel az emocionális jóllétet (mennyire boldog, mennyire megelégedett és mennyire elégedett az életével a kitöltő), 6 item a pszichológiai jóllétet (a Ryff-féle 6 pszichológiai jóllét területet 1-1 tétellel leképezve: önfogadás, másokkal való pozitív kapcsolat, autonómia, környezettel kapcsolatos hatékonyságérzés, célok megléte, személyes növekedés (RYFF, 1995)), 5 tétel a szociális jóllét területét (a Keyes-féle 5 társas jóllét területet szintén 1-1 tétellel megragadva: társas integráció, társas elfogadás, társas részvétel, társas aktualizáció, társas koherencia) (KEYES, 1998).

2.7. A MENTÁLIS EGÉSZSÉG / MENTÁLIS BETEGSÉG ÉS A SPORT ÖSSZEFÜGGÉSEI KORÁBBI KUTATÁSOK TÜKRÉBEN

Néhány kutatási eredményt összefoglalva szeretném, egyrészt felhívni a figyelmet a sport jelentőségére az egészséggel összefüggésben, ezen belül is a mentális egészségre fókuszálva, másrészt szeretném bemutatni a sport terápiás hatását mentális zavarok, pontosabban depresszió esetében. Végül az inaktivitás veszélyeire hívom fel a figyelmet.

2.7.1. A sport hatásai a mentális egészségre

Az egyén esetében egyszerre beszélünk testi és lelki egészségről, mivel egy pszichoszomatikus egységről van szó, valamint nemcsak összefüggés van a kettő között, hanem kölcsönhatás is tapasztalható. Ahhoz, hogy a vizsgálat középpontjába állítsam a sportot, mint védő faktort, a mentális egészség vizsgálata mellett a sport és a mentális egészség kölcsönhatásait is meg kell vizsgálni.

A mai ember életében a rendszeres testmozgás kevés szerepet kap, pedig a rendszeres testmozgás köztudottan jótékony hatással van szervezetünk működésére, ugyanakkor a sport és a mentális egészség kapcsolata méltatlanul keveset emlegetett.

BACANAC (2005) szerint a sport segíti a fiatalok egészségfejlődését, fejleszti a fejlődő szervezet ellenálló képességét, valamint fegyelemre tanít. Hozzájárul az önismeret fejlesztéséhez is. A fiatalokat a sport megtanítja az érzelmek szabályozására is. Továbbá a sporton keresztül tanuljuk meg feldolgozni a sikereket és a kudarokat. Megerősít, kitartásra, együttműködésre, alkalmazkodásra, irányításra, megfelelő döntéshozatalra tanít. A sportnak tehát kifejezetten pozitív szerepe van a gyermekek életében. Ebből kiindulva okkal feltételezhetjük, hogy a felnőttek életében is a sportnak meghatározó és pozitív szerepe van (KECZELI – KURITÁRNÉ, 2015).

A sportolás jótékony hatásai megjelennek az egyén pszichológiai dimenziójában (érzelmi, kognitív, viselkedéses szinten), ami hatással van a *szociális* dimenzióra, a társas kapcsolatokra, és mindez együtt fontos a mentális egészség szempontjából (PETRIKA, 2012).

A pszichológiai hatások lehetnek azonnali hatások és késői hatások.

A testedzés és sport *azonnali mentális egészséget érintő hatásai* közé sorolhatók: a szorongásoldás, a stressz levezetés, az enyhítés, a depresszió csökkenése és megelőzése, a hangulat emelése, az önértékelés javítása, az önbizalom növelése, a tanulási képesség javulása, a memória javulása, a koncentráció képesség javulása, a munkakedv növekedése, a kreativitás javulása, a jobb, pihentetőbb alvás. Ezek a hatások mindjárt a testedzés befejeztével

jelentkeznek. A legtöbb hatás tartóssá válásához azonban a rendszeres testedzés folyamatos fenntartása szükséges. (Például a szorongásoldás azonnal megjelenik, de nem tartós. A mozgás befejezése után még 3-5 percig tart, és aztán megszűnik (PETRIKA, 2012)).

A *késői hatások* kifejlődéséhez idő kell, ide tartozik: a depresszió mérséklődése (biogén aminok egyensúlyba kerülése történik), a stressztűrő képesség g és stresszkezelés javulása, a neurológiai funkció javulása, valamint vannak közvetve kialakuló jótékony fiziológiai változások (pulzusszám és vérnyomás csökkenés, kedvező endokrin változások) is. A testmozgás következtében termelődő hormonok (β -endorfinok, dopamin, szerotonin) boldogságérzetet váltanak ki, javítják a hangulatot, általános közérzetet, ezáltal a személy önértékelése javul, önbizalma növekedésnek indul (I05).

Pozitív hatással van a mentális egészségre mert csökkenti a szorongás (PETRUZZELLO ET AL., 1991) és depresszió mértékét.

A sportolás pozitívan hat az önhatékonyságra, az önbizalomra, az önbecsülésre vagy a pozitív gondolkodásra (BAKER ET AL., 2003; KOVÁCS – PERÉNYI, 2012; MONGE – ROJAS ET AL., 2002) is. Bandura szerint az énhatékonyság az egészséges és adaptív emberi működés fontos tényezője (ROSS, 2007) és leggyakrabban a teljesítménnyel kapcsolatos személyes értékelésén alapul. A sikeres teljesítmény-tapasztalatok általában növelik az énhatékonyságot, míg a kudarcok csökkentik (BANDURA, 1977, 1994, 1995; WOOD – BANDURA, 1989).

„A rendszeres edzések hatására bekövetkező fejlődés a sportképességek területén (javuló erőnlét, kitartóképesség, jobb mozgáskoordináció, hajlékonyság, karcsúbb, vonzóbb testalkat) a sikeres teljesítmény nyújtotta örömet okozza. A változások, mely a külső szemlélőnek is egyértelműen feltűnnek, pozitív visszajelzések sokaságát eredményezik, mely önbizalmat, egészséges magabiztosságot teremt (HONFI, 2009).” PERÁČKOVÁ et al. (2018) is megerősíti, hogy az egészségért végzett mozgáshoz pozitív képzet társul mind a nők, mind a férfiak önbecsülése szempontjából. CSICSELY-MELCZER a szabadidős sporttevékenység esetében felnőtt mintán, NEULINGER (2008) fiatalok mintáján kapott azonos eredményt. Egyéb szociodemográfiai jellemzők esetében is beigazolódott a sport jótékony hatása az énhatékonyságra, mozgássérült vizsgálati csoportban SÁRINGERNÉ és NÁDASDI (2010), hátrányos helyzetűek esetében pedig KATONA (2019) eredményei sorolhatók ide.

Továbbá a sport befolyásolja az önértékelést, az optimizmust, az étellel való elégedettséget, hatással van a depresszív tünetekre (PIKÓ – KERESZTES, 2006; KOVÁCS ET AL., 2014). A felsorolt hatások jelenléte összességében hozzájárulhat a jobb mentális egészséghez.

A testmozgás pozitív hatással van a szubjektív jóllétre. A rendszeres testmozgást végzők jóval kedvezőbben ítélik meg saját egészségi állapotukat, jobb pszichés közérzetről és kevesebb

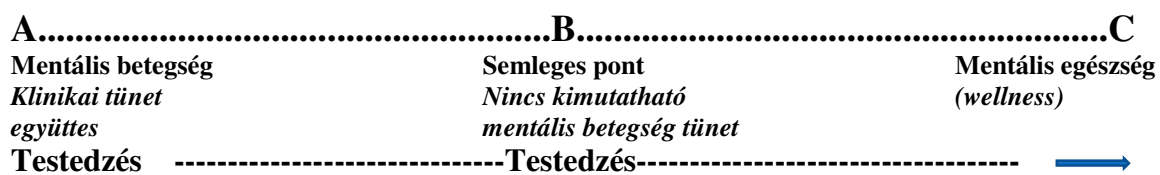
fizikai betegségtünetről számolnak be, mint a mozgásszegény életmódot folytatók vagy az elégtelen testmozgást végzők (PIKÓ, 2002).

A mérsékelt vagy a jelentős mértékű testmozgás viszont egyértelműen kedvez a jó közérzetnek és életminőségnek (ASZMANN, 2003).

PETRIKA (2012) ábrázolta a mentális egészség és a testedzés viszonyát (7. ábra).

Prevenációs modell

Terápiás modell



7. ábra: A testedzés és mentális egészség kontinuum. A testedzés terápiás és prevenációs eszköz is.

Forrás: PETRIKA, 2012

Az 7. ábrából jól látható, hogy a rendszeres sportolás folyamatosan a mentális egészség (wellness) felé vezet, a kontinuum bármelyik pontjáról induljunk is. Az eredmény általában a kiindulási ponttól, valamint attól függ, hogy milyen hosszú ideig végzünk testedzést. Ez még akkor is igaz, ha nincsenek éppen kimutatható mentális tünetek, vagy a javulást érzékeltető jelek (B és C közötti szakasz). Vagyis a rendszeres sportolással folyamatosan előrébb jutunk a harmonikus és szilárd mentális egészség felé vezető úton (PETRIKA, 2012). Ebben az értelemben a rendszeres testedzés az egészségmegőrzés szolgálja a mentális egészségét (KOPP, 1995; PETRIKA, 2002, 2003, 2007).

KOPP már a 90-es években úgy írt a testedzésről és a sportról, mint önálló prevenációs eszközről (KOPP, 1995), valamint stresszmodelljében pszichofiziológiai védőfaktornak tekinti, az egyik legjobb stresszoldó módszernek nevezi.

PIKÓ (2000) osztja ezt a véleményt, a serdülő fiatalokkal folytatott életmód és életminőség vizsgálataiban.

A mozgás kedélyjavító hatásának érvényesüléséhez fontos a rendszeresség, illetve az, hogy az adott mozgásforma elvégzése kellemes érzéseket ébresszen, szívesen végezzük. Nem a versenyszintű sporttevékenység elérése a cél, hanem a mozgás rekreációs hatásának érvényesülése. Valamely szabadidős sporttevékenység rendszeres űzése a lelki egészség

számos aspektusában érezhető javulást hoz (TALALA ET AL., 2008; NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTÉS, 2004).

Viszont a túlzásba vitt sport negatívan hat a mentális egészségre (WRISBERG – JOHNSON 2002). A gyakorlati tapasztalat azt mutatja, hogy manapság a versenysport rendkívül teljesítményorientált, a megmérettetésről szól és ez a tendencia már a gyermekkortól fennáll. A versenyeztetés általában korán kezdődik és leggyakrabban azon az elven működik, hogy a győzelem nem az első cél, hanem tulajdonképpen az egyetlen cél (KECZELI – KURITÁRNÉ, 2015).

A versenysport lehet a siker forrása, ugyanakkor a kudarc veszélyét is magában hordozza. A sportolókkal szembeni túl magas elvárások szorongáshoz, sérüléshez, motivációvesztéshez, kiégéshez vagy a sport abbahagyásához is vezethetnek.

Ennek ellenére a disszertáció célja bebizonyítani azt, hogy a rendszeresen sportoló és rendszeresen versenyző fiatalok mentális egészsége jobb, mint azoké, akik nem sportolnak.

2.7.2. A sport és a depresszió kapcsolata a korábbi kutatások tükrében

Kutatások bizonyítják, hogy rendszeres testmozgással az enyhe és közepes depressziót ugyanolyan hatékonyan lehet kezelni, mint antidepresszáns gyógyszerekkel — csak mellékhatások nélkül, természetesen. Azon kívül, hogy a depresszió tüneteit enyhíti, a kutatások szerint egy testmozgási menetrend kidolgozásával megelőzhető a visszaesés is.

A testmozgás több okból is sikeresen veszi fel a harcot a depresszió ellen. A legfontosabb, hogy a mozgás hatására endorfin termelődik, ami az agyban többféle változást elősegít: beleértve az idegi növekedést, gyulladáscsökkentést, és az olyan új tevékenységi mintákat, amelyek a nyugalom és jóllét érzését segítik elő (I04).

A testedzés és a depresszió közötti kapcsolat kutatása igen régre nyúlik vissza; az első kutatások ebben a témában az 1900-as évek első negyedében jelentek meg. Ezek és a későbbi vizsgálatok kimutatták azt, hogy a testedzés jelentős mértékben csökkenti a depresszió érzését azoknál, akik enyhe vagy közepes mértékű depresszióban szenvednek és azoknál is, akik nem szenvednek ebben a betegségben (depresszív érzést, rossz közérzetet olykor az egészséges emberek is megtapasztalnak). Mindezek után nyugodtan mondhatjuk azt, hogy a testedzés antidepresszív hatással bír, de nyilvánvalóan súlyos depresszió esetén nem helyettesítheti a terápiát.

A sport fontos prevencióeszköz lehet a depresszió kialakulásának megelőzésében, köszönhető ez a kedvező pszichológiai beállítódások kialakításának, stressz kezelő és csökkentő hatásának

és társas kapcsolatok kialakításában játszott szerepének. Elmondható tehát, hogy napjainkra a sport hatékony terápiás eszközzé vált a depresszió kezelése során (BABYAK ET AL., 2000). Sport gyógyszerekhez hasonló érzelmi, szorongásoldó és antidepresszáns hatással bír (EKLUND – CRESSWELL, 2007).

Bármilyen testmozgás (aerob és anaerob is) csökkenti depresszió és szorongás mértékét, nemtől és kortól, mentális és fizikai állapottól függetlenül (EKLUND – CRESSWELL, 2007).

BLUMENTHAL 1999-ben már bebizonyította, hogy a sport gyógyszerként alkalmazható a depresszióban szenvedő betegek esetében. Kísérletében a betegeket két csoportra osztva, az egyik résznek aerob órát, míg a másik részüknek antidepresszánsokat írt fel. Tizenhat hét eltelte után a betegek megvizsgálásával azt a következtetést vontta le, hogy a mozgás ugyanolyan eredményesnek bizonyul, mint a rendszeres gyógyszeres kezelés. Bár, a sport később fejti ki hatását, mint a pirulák, eredménye hosszútávon mégis tartósabb (BABYAK ET AL., 2000).

A Mental Health Foundation brit szakemberei felmérést készítettek kétszáz házi orvos bevonásával, melynek eredménye szerint egyre több orvos ajánlja a depressziós páciensei részére a tünetek enyhítése érdekében a testmozgást. A doktorok 22 százaléka ajánlja ezen betegség enyhébb formáival küzdő betegeinek a testmozgást, míg ez a szám pár évvel ezelőtt csupán öt százalék volt. A tanulmány szerint a testmozgás segíti a depresszió enyhébb eseteinek legyőzését. (I06).

Testmozgást követően depressziósoknál és szorongásos betegeknél még jobban csökken a depresszió és a szorongás mértéke, mint ilyen betegséggel nem rendelkezőknél (BROOCKS ET AL., 1998).

Növeli az önbizalmat, pozitív énképhez és pszichológiai jólétthez vezet (FOX, 2000). Pozitív hangulatváltozás háttérében a hatékonyság és magabiztosság érzése állhat (LANDERS – ARENT, 2001).

A sport a legjelentősebb flow élmény (PRIVETTE – BUNDRICK, 1997).

PETRIKA (2004, 2005, 2006, 2007) a főiskolai hallgatóknál vizsgálta testedzés és depressziós tünetek, valamint testedzés és stressz összefüggéseit. Megállapítja, hogy a depresszió és stressz gyógyszerrel történő kezelése helyett célszerűbb a rendszeres testmozgást beépíteni a mindennapokba, hiszen míg előbbi passzív, függő szerepbe kényszeríti az egyént, utóbbi során a személy aktívan küzd a negatív hatások ellen, mely tartósan jobb mentális egészségi állapotot eredményez, emellett nem kell számolni a nem várt mellékhatásokkal, mely a tünetek gyógyszeres kezelésével járnak, illetve a visszaesés aránya is alacsonyabb. A negatív mentális folyamatokkal szemben az egészséges életmód egyfajta adaptív (hatékony, sikeres, előre vivő)

védőfaktoroként szolgál, ezért a prevenció szempontjából is fontosak az egészséges életmódot és rendszeres testedzést népszerűsítő programok és rendezvények. A testedzés hatására az emberi szervezetben olyan komplex neurokémiai, fizikális, fiziológiai és pszichológiai folyamatok játszódnak le, melyek együttesen javítják az egyén életminőségét, vagyis az egyén lelki állapota testi egészsége szoros kölcsönhatásban állnak egymással. Felmérések bizonyítják, hogy a fizikailag aktív életmódot folytató egyének között lényegesen kisebb a mentális betegségekben szenvedők aránya.

2.8. MOTIVÁCIÓ

A motiváció szó a pszichológiában gyűjtőfogalom; minden cselekvésre, viselkedésre készítő belső tényezőt magában foglal. Jelöli valamennyi belső folyamatot, amely az embert és az állatot mozgásra indítja, és előidézi az élőlény aktivitását. A motivációtól függően megváltozhat az aktivitás mértéke, a viselkedés szervezettsége, célirányultsága és hatékonysága.

Az emberi motiváció tárgyalásánál általában a motiváció két típusát kell elkülönítenünk. Az ún. extrinzik (eszköz jellegű v. külső) és az ún. intrinzik (önjutalmazó v. belső) motivációt. Az extrinzik jelző arra utal, hogy a viselkedés motivációjában valamilyen cél elérése vagy külső tényező játszik szerepet. A cél itt változatos, lehet pénz vagy más anyagi erőforrás, de lehet szeretet is, vagy mások általi megbecsülés, bármi, ami a cselekvésen túlmutat és a cselekvő számára többé-kevésbé külső tényező. Ezzel szemben az intrinzik motiváció esetén a cselekvés motivációja a cselekvésben rejlő élvezet maga (I07).

3. Táblázat: A motiváció egy kontinuum mentén. Az egyén öndeterminációs működés.

		Kontrolláltmotiváció			Autonóm motiváció	
Motiváció	Motivációhiány	Külső motiváció				Belső motiváció
Kontroll típusa	Kontroll nélküli viselkedések	Külső kontroll	Introjektált kontroll	Identifikált kontroll	Integrált kontroll	Belső kontroll

Jellemző	Kontroll nélkülség, tehetetlenség, szándéknélkülség	Külső megerősítések vagy büntetés, manipuláció	A megerősítés és büntetés introjektált, belsővé tett	A személyes célok és értékek nagyobb szerepe	Az énképpel és identitással való kongruencia	Intrinzik megelégedettség, öröm és élvezet
Példa	„Nem értem, miért kell edzenem.”	„Vissza kell térnem, mert az edző megfenyegetett, hogy mással fog helyettesíteni.” vagy betegség, elhízás elkerülése miatt	„Azért kell visszatérnem, mert nem szeretném, hogy a csapattársaim csalódjanak bennem.” vagy „szeretném megfelelni a közvetlen környezetem elvárásainak.”	„Azért akarok visszatérni, hogy jó formában maradjak.” vagy „egészségesebb és csinosabb leszek, ami megkönnyíti az életemet.”	„Azért akarok visszatérni, mert a sport az életem része.”	„Szeretek sportolni.”

Forrás: Saját szerkesztés, KECZELI – KURITÁRNÉ (2015) nyomán

A motiváció nem minden vagy semmi jellegű, hanem RYAN – DECI (2000) elmélete alapján egy kontinuum mentén képzelhető el. A kontinuum egyik vége a motiváció hiányát, a másik vége a legkedvezőbb belső (intrinzik) motivációt jelöli. A középső tartományban a külső (extrinsic) motiváció, valamint mások befolyásoló hatásának a személyiségbe történő beépülése, de nem tökéletes szervülése helyezkedik el (3. Táblázat).

A motiváció típusainak bemutatását sportoláshoz kapcsolódó példákkal szemléltetem:

Motivációhiány vagy amotiváció: olyan pszichológiai állapot, amely esetében a sportoló nem tesz erőfeszítéseket, nem szabályozza a viselkedését a cél elérése érdekében, vagyis hiányzik a hatékonyság és az irányítás érzése.

A *külső motiváció* esetében valamilyen külső hatás hozza létre a motivált állapotot. A felnőtt sportolóknál sok esetben az anyagi előnyök jelentik a külső motivációt. A sportoló belülről fakadó elkötelezettsége nagyon alacsony, így a környezete (edző, rehabilitációs szakember, családtagok stb.) különböző büntető és jutalmazó reakciói veszik rá arra, hogy erőfeszítéseket tegyen akár az edzések során, akár a rehabilitációs folyamatban. A sportoló például azért tér vissza a sporthoz, mert az edző megfenyegeti, hogy egy másik játékosal helyettesíti a versenyen. A kedvezőtlen következményekkel való fenyegetés („ha nem csinálja, akkor nem fog meggyógyulni”) rövidtávon ugyan eredményezhet behódolást, de ez a büntetés jellegű beavatkozással elért motiváció hosszú távon nem tartható. Az edzőnek és a rehabilitációs szakembernek is az az érdeke, hogy ne pusztán

a jutalmak elnyerése és a büntetések elkerülése motiválja a sportolót, hanem a kitűzött célokat ő maga akarja elérni (KECZELI – KURITÁRNÉ, 2015).

A középső tartományba azok a személyek sorolhatók, akik belülről szabályozottak, s nem a külső kontrolltól, jutalmazástól és büntetéstől függenek, de a sportban és a rehabilitáció során inkább csak mások kedvéért, vagy a büntetés és büntudat elkerülése érdekében tesznek erőfeszítéseket.

A valódi *belső motiváció* felé haladva a személy egyre inkább azonosul azzal a tevékenységgel, jelen esetben a sporttal, amely nagy teret tölt be az életében. A viselkedése belülről fakad. VALLERAND és ROUSSEAU (2001) szerint a sportban való részvétellel kapcsolatosan háromféle belső motiváció is megjelenhet: a megélt élmények ösztönző hatása, az ismeretek megszerzése és a cselekvések megvalósítása. A sportolói lét jelentős teret foglal el énképében, része az önmeghatározásának. A személy viselkedése a személyes értékekkel és célokkal egybeesik, belülről szabályozott.

A legmagasabb szint belső elégedettséggel és a cselekvésben lelt élvezettel jellemezhető. Erre a típusú motivációra példa az, amikor a sérült sportoló egyszerűen azért szeretne visszatérni a sporthoz, mert szereti magát a sportot (KECZELI – KURITÁRNÉ, 2015), továbbá élvezi a csapattársak jelenlétét, vagy azt, hogy képes a szükséges feladatok végrehajtására.

Az öndeterminációs elmélet (SDT) szerint az embereknek három alapvető szükséglete van, amelyeket egy adott társadalmi kontextusban kell kielégíteni. Az első igény az autonómia érzése (önállóság egy tevékenység végrehajtása során). Az autonómia magában foglalja az ember integrált szelfjét, igényét, hogy önálló legyen (DECI - RYAN, 2000). A második igény az, hogy érzékeljük a másokkal való rokonságot azt, hogy egy adott közösséghez tartozunk. A harmadik alapvető szükséglet a kompetencia érzése egy tevékenységgel kapcsolatosan. A sportkörnyezetben a kompetencia érzése széles körben alapvető szempont a motiváció kifejezésében (DUDA, 2005; REINBOTH ÉS DUDA, 2006). DECI - RYAN (2000) kutatása alátámasztja azt a nézetet, hogy azok az egyének, akik a három alapvető szükséglet magasabb szintű kielégítését tapasztalják, önszabályozóbb formákat fejeznek ki

TRZASKOMA – BICSERDY (2007) értekezésében említést tesz arról, hogy számos hazai és nemzetközi kutató foglalkozott a fiatalok sportolási értékrendjével, illetve az ehhez kapcsolódó pszichés összetevőkkel (BICSERDY, 2002; HARSÁNYI, 2004; LINDNER – KERR, 2001; MURÁNYI – HAMAR, 2005; PÁL ET AL., 2005; PÁPAI – SZABÓ, 2003; PLUHÁR ET AL., 2003). Az első kutatások a versenysportban résztvevők sportolási motivációjával foglalkoztak (GILL ET AL., 1983; KLINT – WEISS, 1987), később a szabadidősportot űzőket kérdezték

arról, hogy mi motiválja őket a választott sporttevékenység folytatására (KERR ET AL., 2004). Sok kutatásban (CARROLL – ALEXANDRIS, 1999; LINDNER – SIT, 1999) olvashatunk arról is, hogy a nem sportolók miért nem mozognak.

SALLIS ET AL. (2000) 48 különböző faktort soroltak fel a serdülők sportolási motivációinak jellemzésére. Ezek tartalmaztak demográfiai, biológiai, pszichológiai, viselkedési, szociális és kulturális, valamint sportkörnyezeti változókat. A pszichológiai változók közül a teljesítményorientáció, a szándék és a depresszió léte és szintje mutatott összefüggést a fizikai aktivitással (TRZASKOMA – BICSERDY, 2007).

Korábbi kutatások szerint az öndeterminációs elmélet nagyon jól alkalmazható keretrendszer a perzisztencia és a lemorzsolódás tanulmányozására a sport és a testmozgás összefüggésében (FREDERICK- RECASCINO & RYAN, 1995; RYAN & DECI, 2000; VALLERAND & ROUSSEAU, 2000 IN GARCÍA AT ALL., 2010).

VALLERAND ÉS BISSONNETTE (1992) végezték az első vizsgálatokat, melyek az öndeterminációs elméletet alkalmazták a kitartó és a visszahúzódó viselkedés megértéséhez teljesítménykontextusban. Ezek a kutatók 1042 kanadai főiskolai hallgató motivációját értékelték annak megállapítására, hogy a különböző típusú motivációk milyen mértékben befolyásolták a hallgatók kitartását vagy iskolából való kivonulását. Az eredmények azt mutatták, hogy a lemorzsolódásoknál szignifikánsan alacsonyabb volt az identifikált, integrált és belső szabályozás, mint azoknál, akik az iskolában maradtak (IN GARCÍA AT ALL., 2010). MULLAN ÉS MARKLAND (1997) megállapították, hogy azoknak az egyéneknek, akik arról számoltak be, hogy ritkán edzenek, lényegesen alacsonyabb volt a belső motivációjuk a testmozgásra, mint azoknak, akik jelezték, hogy rendszeresen, kevesebb, illetve több, mint hat egymást követő hónapig edzettek.

FREDERICK-RECASCINO, LEPES, RUBIO ÉS SHELDEN (1997) két prospektív vizsgálatot végzett annak a hipotézisnek a tesztelésére, hogy a fizikai aktivitáshoz belső motiváció szükséges-e. Az első vizsgálatban a vizsgálati minta 40 főből állt, akik Tae Kwon Do-t és aerobikot gyakoroltak. Az eredmények alátámasztották azt a feltételezést, hogy a belső motiváció összefügg a sporttevékenység végzésével. A fitnessprogramokban részt vevő 155 személy bevonásával végzett vizsgálatukban azt is megállapították, hogy a belső motiváció pozitívan hat a sporttevékenység folytatására.

A későbbi munkában FREDERICK-RECASCINO ÉS SCHUSTER-SMITH (2003) a versenyzési képesség és a belső motiváció jellemzőit vizsgálták a versenykerékpárosok és fitness edzésre járók körében. Azt találták, hogy a kerékpárosok esetében a versenyzési

képességük magasabb szintje pozitívan korrelált az érdeklődéssel és az élvezet motivációjával, valamint az edzés gyakoriságával. A fitness csoport esetében a versenyzési képesség pozitívan korrelált az érdeklődés/élvezet, a kompetencia és a megjelenés motívumaival, de nem volt összefüggésben a heti testmozgással. Mindkét csoport számára a versenyzési képesség pozitívan kapcsolódott a magasabb belső motivációs szinthez.

PELLETIER, VALLERAND ÉS BRIÈRE (2001) kétéves prospektív vizsgálatban 360 serdülőkorú versenyző kitarását vizsgálták. Az adatgyűjtést három szakaszban hajtották végre, 22 hónapon át. Összesítve az eredményeiket elmondható, hogy a kitaró és a lemorzsolódó úszók között alapvető különbség van a belső motivációban és az identifikált szabályozásban a kitarók javára.

RYAN ET AL. (2002) 281 ausztrál tornászról készített kutatásukban azt tapasztalták, hogy a tornát elhagyókra a kezdetektől fogva inkább külső, míg a tornát folytatókra a tornászás kezdetétől inkább belső motívumok voltak jellemzőek.

GUILLET ET AL. (2002) vizsgálatukban női kézilabdázók élvezeti szintjét vizsgálták a sport folytatásával és abbahagyásával összefüggésben. Eredményeik azt mutatták, hogy a játékosoknak a kézilabda sporttal kapcsolatos élvezeti szintje összefügg a kompetenciával, az autonómiával, a valahová tartozás érzésével, az észlelt fejlődéssel, az edző támogatásával és a játékidő mennyiségével. Azok a játékosok, akik abbahagyták a kézilabdázást lényegesen kevésbé kompetensnek ítélték meg magukat, alacsonyabb csapathoz tartozás érzésről számoltak be, kevésbé észlelték a személyes fejlődést, és kevésbé érezték az edző támogatását, mint kitaró játékosok. Hasonló kutatásban SARRAZIN ET AL. (2002) 335 kézilabdázóból álló mintát használt fel, és megállapította, hogy a három pszichológiai szükséglet előrejelzi az önmeghatározás motivációját. Ebben a tekintetben különösen fontos volt az autonómia érzése. Viszont az önrendelkezés motivációja negatívan kapcsolódott a kézilabdából való kiesés viselkedési szándékához.

Kutatásomban a motiváció vizsgálatának elsődleges célja annak feltárása volt, hogy a fiatal felnőtt korú sportolók sportolásának mértéke mennyire prognosztizálható az öndeterminációs elmélet alapján. Ezenkívül meg akartam vizsgálni a három alapvető pszichológiai szükséglet független hatását a sport folytatására, illetve abbahagyására. Ebben a tekintetben arra számítottam, hogy a belső motiváció pozitívan kapcsolódik a sportolás fenntartásához. A másik oldalról szemlélve pedig arra számítottam, hogy a belső motiváció hiánya inaktivitást eredményez.

2.9. SPORT A MUNKA VILÁGÁBAN

Bár a kutatásom a fiatal generációt érinti, szükségesnek tartom a kitekintést a felnőttek sportolására is. Mivel a felnőtt lakosság életének jelentős része a munkahelyén zajlik, a munkahelyi sport-, illetve egészségprogramokat vizsgálom meg.

Kopp és kutatótársainak vizsgálatai (KOPP – RÉTHELYI, 2004; KOPP – SKRABSKI, 2007) azt mutatják, hogy az 1960-as évektől kezdődően kialakuló idő előtti halálozás sem genetikai okokkal, sem a lakosság elszegényedésével, sem az egészségügyi ellátás rosszabbodásával nem magyarázható. Ezt a jelenséget nevezi a szakirodalom középkelet-európai egészségparadoxonnak, mivel az egészségi állapot sokkal rosszabb ebben a régióban, mint azt a gazdasági teljesítmény indokolná. Egészség- és magatartástudományi kutatások szerint a középkelet-európai országokra jellemző morbiditási és mortalitási krízis megértéséhez nem elégséges a kóros alkoholfogyasztás, a dohányzás és az egészségtelen táplálkozás vizsgálata; elismert nemzetközi kutatások a lelki, magatartási tényezők alapvető szerepét mutatták ki (CORNIA – PANICCIÁ, 2000; MARMOT, 1996, 2004).

A középkelet-európai régió országainak negatív egészségi állapota hátterében inkább lelki tényezők állnak (KOPP – RÉTHELYI, 2004; KOPP – SKRABSKI, 2007).

MARMOT ET AL. (1991) kutatásai rámutattak arra, hogy az egészségkárosító magatartás egyre jellemzőbb, ahogy haladunk lefelé a társadalmi ranglétrán. Minél lejjebb ereszkedünk a társadalmi ranglétrán, annál nagyobb az esély az egészség megromlására, valamint ezen eredmények szerint a veszély a magas beosztásban dolgozóakra is leselkedik.

A kutatásokat az öregedésre is kiterjesztették, ahol kimutatták, hogy az életkor előrehaladtával romlik az egészségi állapot és az életkor mellett számos egyéni tényező is közrejátszik az egészség-romlási folyamatban, úgymint a táplálkozási szokások, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testtömeg, a vérnyomás, a fizikai aktivitás, stb.

Ezekkel az adatokkal szemben a másik oldalon Magyarország lakossága körében végzett követéses vizsgálatok eredményei szerint a sportolás pozitív hatással van az élettartamra, miszerint háromszor nagyobb a valószínűsége a nem sportoló férfiaknak az idő előtti halálozásra, mint a rendszeres testmozgást végzőknek. Ugyanez az összefüggés még erősebben jelentkezik a nőknél: több mint négyszer nagyobb a valószínűsége a sportoló nőknek a „túlélésre” (KOPP – SKRABSKI, 2009).

Számos kutatási eredmény szerint az egészségbiztosításának egyik záloga a mozgás, a fizikai aktivitás.

A rendszeres fizikai aktivitás kedvezően hat az egyén munkaképességére, így munkaképes napok magas számban vannak, a munkavégzés is hatékonyabb, a munkában töltött aktív évek

meghosszabbításában is jelentősen segít. A rendszeres fizikai aktivitás emellett javítja a testi és lelki egészséget, a pszichoszociális jóllétet, a stresszel történő megküzdést (GÉMES, 2008).

A sport már társadalmi alrendszernek tekinthető és a benne lévő egyén egészségét VITRAI – VAKÓ (2006) szerint annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tudja a társadalmilag kívánatos szerepeit, feladatait teljesíteni, azaz mennyire tud részt venni a társadalom életében, annak kisebb-nagyobb közösségeiben, illetve mennyire képes harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez (LACZKÓ, 2015).

Ennek ellenére, hogy a sport, mint társadalmi alrendszer egyre fejlődő tendenciát mutat és több más alrendszerrel kapcsolatban van, nem lehet nem észrevenni azt az utóbbi időben kialakult tendenciát miszerint egyre több ember küzd valamilyen mentális zavarral, ezzel szemben egyre kevesebb felnőtt végez bármilyen típusú testedzést.

Az Európai Lakossági Egészség (ELEF) 2009 kutatás adatai szerint a magyar felnőtt lakosság fele (49,7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada (33,4%) még mérsékelt mozgást sem, egy ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percet sem (LAMPEK – KIVÉS, 2014).

A 2014-ben végre hajtott ELEF felmérés eredményei szerint a WHO által ajánlott fizikai aktivitás mértékét Magyarországon csak minden nyolcadik ember teljesíti (PFAU ET AL., 2019).

A sportról és a testmozgásról szóló 2014-es Eurobarométer felmérés szerint az európai uniós polgárok 59%-a sosem, vagy csak ritkán sportol, míg 41%-uk legalább hetente egyszer végez testmozgást. A felmérés szerint Európa északi részén az emberek fizikailag aktívabbak, mint a déli vagy a keleti országokban. Svédországban a válaszolók 70%-a állította, hogy hetente legalább egyszer sportol (I02). A rangsor felső sávjában tartózkodik még Dánia (68%), Finnország (66%), Hollandia (58%) és Luxemburg (54%). A lista legalján Bulgária szerepel, ott a megkérdezettek 78%-a sosem végzett testmozgást. Máltán (75%), Portugáliában (64%), Romániában (60%) és Olaszországban (60%) sem sokkal jobb a helyzet. Magyarország (44%) alig marad el az EU átlagától (42%) (BÁCSNÉ BÁBA ET AL., 2017).

A sportról és a testmozgásról szóló 2018-es Eurobarométer felmérés szerint az európai uniós polgárok 60%-a sosem, vagy csak ritkán sportol, míg 40%-uk legalább hetente egyszer végez testmozgást. Továbbá a felmérés szerint a magyar soha nem sportolók aránya 42%-ról 46%-ra emelkedett. A nem sportolók arányának növekedése folyamatos 2009 óta, akkor még 39% volt az arány. A heti 5-ször sportolók aránya pedig 6%-ot csökkent, 15%-ról 9%-re (PFAU ET AL., 2019).

A sportolás és nem sportolás hatásaival számos nemzetközi és hazai kutató foglalkozott (EDWARDS – TSOUROS, 2006; FISHER ET AL., 2015; WEISS ET AL., 2000; KATZMARZYK ET AL., 2000; FELDERER ET AL., 2006; CHENOWETH, 2005; BHF, 2007; ACKERMANN ET AL., 2008, idézi PFAU, 2017). Ezen felmérési eredmények alapján arra lehet következtetni, hogy olyan intézkedésekre van szükség, amelyek segítségével több felnőtt állampolgárt lehet rávenni a rendszeresebb sportolásra, vagy valamilyen fizikai aktivitásra.

Az egészséges állampolgárok kérdése állami szinten is reprezentálódik. A magyar kormány törvényben fogadta el Magyarország Sportstratégiáját, melynek célja, hogy hazánk sportoló nemzeté váljon. Ettől nemzetgazdasági szinten pozitív, milliárdokban mérhető hatást remélnek.

ÁCS ET AL. (2011) vizsgálatukban megállapították, hogy a fizikai aktivitás növelésével Magyarországon a lakosság egészségmutatói bizonyíthatóan javulnak, ami pozitívan hat a gazdasági termelékenységre és csökkenti a szociális típusú kiadásokat, amelyek az egészségi állapottal kapcsolatosak. Ez pedig segíti az ország pénzügyi helyzetét, erősíti versenyképességét (ÁCS ET AL., 2011).

Az egészséges munkavállalóktól vállalati szinten is teljesítménynövekedés várható.

Az alkalmazottak jó egészsége és jóllét-érzete szervesen hozzájárul a jó teljesítményhez, a produktiváshoz, a szervezet profitjához, sikeréhez és hatékonyságához. A dolgozók szubjektív jóllétének támogatása, elősegítése tehát gazdasági előnnyel jár, hiszen kisebb lesz a hiányzás, a fluktuáció, a kilépettek aránya (BÁCSNÉ BÁBA ET AL., 2017).

Nyilvánvaló, hogy a munkáltatók számára alkalmazottaik egészsége és jólléte olyan érték, amibe investálni kell. Elmondható, hogy mára a dolgozóbarát cégek kultúra megvalósítása mind a kisebb, mind a nagyobb, multinacionális cégek HR stratégiájának egyik célterületévé válik. Természetesen a jó a munkakörnyezet és a munkahelyi légkör, a személyes, és szervezeti jólét előfeltétele az egészséges munkaerő. Az egészséges munkaerő biztosítása és megtartása mind egyéni, azaz munkavállalói, mind szervezeti, azaz céges érdeké vált (BÁCSNÉ BÁBA ET AL., 2017).

A 2018-as Eurobarométer eredményei szerint tizenöt ország számolt be arról, hogy munkahelyi testmozgást támogató programokat alakított ki, és 19 ország jelezte, hogy a munkahelyre való eljutás fizikai aktivitással járó módjait támogató programokat vezetett be (I09).

Mivel egyértelműen megállapítható, hogy az egészségi állapot befolyásolja a béreket, a jövedelmet, a ledolgozott munkaórák számát, a munkaerő-piaci részvételt, a nyugdíjazás időpontját, stb., a betegség pedig kiesést jelent a munkaerő-piacról, vagyis az egyén jövedelme

csökken, PAÁR (2015) szerint fontos lenne ráfordításokat eszközölni az egyén sportolására, annak ellenére, hogy nehéz felmérni a ráfordítások és a nyereségek mértékét.

PAÁR (2015) egy tanulmányban foglalta össze milyen kiadásokkal, illetve bevétel kieséssel jár, ha nyugdíjkorhatár előtt valaki meghal vagy a munkaerőpiacról az indokoltnál korábban kénytelen kilépni. A felmerülő megbetegedési vagy egészségügyi költségek a vállalati szektort erősen megterhelik.

Bár a munkavállalók sportolásában eszközölt ráfordítások nehezen hozhatók párhuzamba az abból eredő nyereséggel fontos lenne, hogy a munkaadók figyelembe vegyék ezen kutatások eredményeit, melyek a fizikai aktivitás pozitív hatásait tárgyalják.

4. Táblázat: A fizikai aktivitás pozitív hatásai a munkaadók és a munkavállalók számára

Az előny élvezője	Mérséklődés	Javulás
<i>Munkaadók</i>		Nagyobb produktivitás
<i>Munkaadók és munkavállalók együttesen</i>	Betegállományban töltött napok számának csökkenése	Teljesítőképesség növekedése
		Koncentráció javulása
<i>Munkavállalók</i>	Krónikus megbetegedések kialakulási valószínűségének csökkenése	Hangulatjavulás
	Szívinfarktusra való hajlam csökkenése	Stressz-toleranciaszint és a stressztűrő képesség javulása
	Félelemre és depresszióra való hajlamosság csökkenése	Jobb közérzet
	Feszültségérzés csökkenése	Önértékelés javulása
	Mozgató szervrendszer megbetegedéseinek kialakulási valószínűségének csökkenése	

Forrás: BLEYER – SALITERER (2007) in PAÁR, 2015

A 4. táblázat szemlélteti a fizikai aktivitás pozitív hatásait (mérséklődés és javulás) a munkaadók és a munkavállalók számára.

Ebből kiindulva egy vállalat stratégiai céljai közé kellene, hogy beépítse a munkavállalók fizikai aktivitását, sportolását, átmozgatását. Jobb egészségi állapotú munkavállaló egyrészt jobb termelőerőnek minősül, amivel hozzájárul a vállalata jobb produktivitásához, másrészt kevesebb munkahelyi hiányzása lesz, amivel csökkennének a betegszabadság kiadásai.

A vállalati egészségprogramok népszerűségét és egyben szükségességét talán legjobban a Xerox (2016) kutatás adatai mutatják, ahol egyértelműen a részvételt illetően növekvő tendencia tapasztalható multinacionális vállalatok esetében. Míg a 2008-as évben a vállalatok 34 %-a vett részt egészségfejlesztő programokban, addig 2016-ra ez a részvétel 69%-ra ugrott (5. Táblázat).

5. Táblázat: A vállalati egészségprogramok népszerűsége multinacionális vállalatoknál

	Multinacionális vállalatok részvételi aránya
2008-ban	34%
2014-ben	56%
2016-ban	69%

Forrás: Saját szerkesztés SZABÓ – JUHÁSZ (2019) nyomán

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) 1997-es definíció szerint: „Az egészségprogramok a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan közös tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jóllét javítására irányul.

Három eszközrendszer együttes alkalmazása szükséges e folyamatban: a munkaszervezet javítása, az aktív dolgozói részvétel biztosítása és támogatása, és az egyéni kompetencia erősítése (ENWHP, 1997, p.2.). E megfogalmazás ellenére az első- (dohányzásellenes programok), a második- (a kockázati tényezők felmérése), végül a harmadikgenerációs egészségfejlesztő programok (teljes testi-lelki jóllét) is csak egyéni szinten gondolkodtak. Manapság a „negyedikgenerációs” programok már szervezetek szintjén kell, hogy működjenek, ahol magában a vállalati kultúrában egyik központi kérdés az egészség (dohányzás, táplálkozás, mozgás, lelki egészségfejlesztő vagy stressz csökkentő programelemek vagy ezek kombinációja).

Ebből kifolyólag az egészségfejlesztő programok jellege és létrejöttük oka is folyamatosan változik. Míg 2015-ben az egészségfejlesztő programoknál a szervezett mozgás, a táplálkozás és a lelki egészség, a morál és az elkötelezettség fejlesztése volt a cél, a 2016-os évben a tehetség vonzása és megtartása, végül 2017-ben a mentális egészséggel kapcsolatos programok a vállalat iránti elköteleződést voltak hivatottak fejleszteni (SZABÓ - JUHÁSZ, 2019).

A munkahelyi egészségfejlesztésről, annak hatásáról és a hatások méréséről rendkívül kevés vizsgálat született (SZABÓ, 2018).

Az egészségfejlesztő programok sikeressége nehezen mérhető. Szabó (2019) nemzetközi szakirodalom kutatásával az egészségprogramok hatásainak mérési lehetőségeit tekinti át. Ennek során három szemléletet, illetve módszertant különböztet meg:

ROI - szemlélet (pénzben jól mérhető vállalati előnyök).

VOI - szemlélet (dolgozókra gyakorolt hatás)

SROI – módszertan (társadalmi hatásokat is lefedő, de pénzben mérhető hatás)

Számos nemzetközi kutatás szerint az egészségfejlesztő programoknak rövid és hosszú távú hatásai, eredményei figyelhetők meg. Már rövid távon is jobb a fizikai és szellemi teljesítmény, a munkavállalók hatékonyabbak, elégedettebbek, motiváltabbak és ezek által

termelékenyebbek és lojálisabbak. HACKBART ET AL. (2015) kutatása szerint az a munkavállaló, aki érzi, hogy a munkaadója törődik az egészségével és a jóllétével 38 %-kal elkötelezettebb lesz, mint az, aki nem érzékeli a törődést.

Összegezve számos kutatás eredményeit (ALDANA, 2018b; ALDANA, 2018c; TASMANIA, 2012), ha egy vállalat elindít egy mozgás programot, amely keretében a kollégák együtt sportolhatnak a következő eredmények vehetőek észre (6. Táblázat):

6. Táblázat: A mozgás programok hatásai

Néhány hónapon belül	1 – 2 év alatt	3 – 5 év után
<ul style="list-style-type: none"> - javul a munkahelyi légkör - javul a morál - emelkedik az elköteleződés - a csapat összetartóbb lesz 	<ul style="list-style-type: none"> - magasabb teljesítmény - nagyobb termelékenység - változik a vállalati imidzs - csökken a fluktuáció 	<ul style="list-style-type: none"> - csökkenek a munkahelyi betegségek sérülések - csökkenek a hiányzások - csökken a nem teljes értékű munkahelyi jelenlét - megtérülnek a kiadások

Forrás: TASMANIA (2012, p.15.) nyomán SZABÓ - JUHÁSZ (2019)

SZABÓ - JUHÁSZ (2019) szerint annak ellenére, hogy néhány multinacionális vállalat (Coca-Cola, Univer) szervez különböző futó programokat, az egészségfejlesztő programok bevezetése és alkalmazása vállalati szinten komoly fejlesztésre szorul Magyarországon. A MGYOSZ-kutatása (2010) szerint a munkahelyi egészségvédelem területén ergonómiai fejlesztések jelentek meg 32%-ban, miközben a vállalatok több mint 40%-a semmilyen munkahelyi egészségfejlesztési programot nem működtet. Egy Szinapszis (2103) kutatás eredményei szerint a megkérdezett 400 munkavállaló közül mindössze 17%-uk vett részt rendszeres és kötelező egészségfejlesztő programokban, azonban arról, hogy mennyire voltak ezek hatásosak, nincs adat.

3. A KUTATÁS MÓDSZERE ÉS ANYAGA

Ebben a fejezetben bemutatom a kutatás során használt mérőeszközöket, az összegyűjtött adatok feldolgozási módszereit, ismertetem a vizsgálati folyamatot, annak idejét, helyét, körülményeit, továbbá bemutatom a vizsgálati mintát.

3.1. VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

Kutatásomat két részre bontom. Az első részben a sport és a mentális egészség kapcsolatát vizsgálom kérdőív segítségével. A második részben a sportot munkahelyi körülmények között elemzem szakértői interjú segítségével.

A kutatás első szakaszában használt kérdőívem összeállításakor önállóan megfogalmazott kérdéseket tettem fel, illetve standardizált és validált mérőeszközöket használtam fel.

Rákérdeztem a válaszadók szociodemográfiai jellemzőire, úgymint lakóhely, iskolai végzettség, foglalkozás, anyagi háttér, valamint felmértem dohányzási és alkoholfogyasztási szokásaikat, továbbá saját és közvetlen környezetük sportolási szokásait.

A kérdőív összeállításához használt standardizált és megbízható mérőeszközök (Mentális Egészség Kontinuum Skála, Megküzdési MódoK Kérdőív, Tennessee Énkép Skála, Beck-féle Depresszió Kérdőív, Észlelt stressz, Reziliencia kérdőív) (7. táblázat) részletes bemutatása a következő alfejezetben történik.

7. Táblázat: Az alkalmazott pszichológiai tesztek (The used psychological tests)

sorszám	Magyar név	Alskálák	English name	Subscales
1.	Keyes-féle Mentális Egészség Kontinuum Skála	Emocionális jóllét	Keyes' Mental Healthy Continuum Scala	Emotional wellbeing
		Pszichológiai jóllét		Psychology wellbeing
		Szociális jóllét		Social wellbeing
2.	Megküzdési MódoK Kérdőív rövidített változata	Probléma-centrikus	Ways of coping	Emotional ways of coping
		Érzelempontú		
3.	Tennessee énkép skála	Testkép	Tennessee self scale	Body image
4.	Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata	Szociális visszahúzóds		Social retreat
		Döntésképtelenség		Indecisiveness
		Alvászavar		Sleep disorders
		Fáradékonyság		Exhaustible
		Testi tünetek		Physical symptoms
		Munkaképtelenség		Incapacity
		Elégedetlenség		Dissatisfaction
		Örömképesség hiánya		Lack of joy ability
		Pesszimizmus		Pessimism
		Önvádolás		Self-accusation
5.	Észlelt Stressz		Perceived Stress Scale PSS	
6.	10 ítemes Reziliencia Kérdőív magyar változata		Reziliencia Scala	

Forrás: Saját szerkesztés

A munkahelyi egészségfejlesztéshez kapcsolódó kutatásomban szakértői interjút vettem fel cégvezetőkkel. A feltett kérdéssor főleg zárt kérdésekből állt, de néhány ponton, például a munkahelyi jóllét témaköréhez tartozó kérdésnél és a munkáltatói intézkedéseknél, a válaszadók szabadon is megfogalmazhatták elképzeléseiket. Alkalmaztam továbbá Likert-skálákat a különböző állítások egyetértésmértékének mérése céljából.

3.1.1. Vizsgálati mérőeszközök bemutatása

Ebben az alfejezetben tájékoztatást nyújtok azokról a mérőeszközről (I-II. melléklet), amelyeket a hipotézisek igazolására, valamint a kutatási kérdések megválaszolására használtam fel. A mérőeszközöknek a mintán mutatott megbízhatósági mutatóit is megjelenítettem ott, ahol az releváns.

1. Szociodemográfiai kérdőív

A szociodemográfiai kérdőív első részében a válaszadó nemére, életkorára, iskolai végzettségére, foglalkozására (a kérdőív kitöltésekor) lakhelyére, kérdezek rá. Második részében a kitöltők egészségmagatartására kérdeztem rá: a szerfogyasztási (alkohol, dohányzás) és a sportolási szokásaira, valamint a megkérdezettek közvetlen környezetének a sporthoz való viszonyulására. Végül a válaszadó sportolási motivációjára voltam kíváncsi.

2. Mentális Egészség Kontinuum Skála rövidített változat

A mentális egészségnek, illetve komponenseinek (emocionális, pszichológiai és társas jóllét) felmérésére a Keyes-féle Mentális Egészség Kontinuum Skálát alkalmaztam (KEYES ET AL., 2008), amelyet REINHARDT (2013) magyar mintán validált, és igazolta a skála érvényességét és mérési megbízhatóságát.

A skála 14 tétele három szubjektív jóllét területet fed le, a korábbi 40 tétéles változat legprototipikusabb itemeit megőrizve:

3 tétel (1-3-ig) az emocionális jóllétet (mennyire boldog, mennyire megelégedett és mennyire elégedett az életével a kitöltő), 6 item (9-14-ig) a pszichológiai jóllétet (a Ryff-féle 6 pszichológiai jóllét területet 1-1 tétellel leképezve: önelfogadás, másokkal való pozitív kapcsolat, autonómia, környezettel kapcsolatos hatékonyságérzés, célok megléte, személyes növekedés (RYFF, 1995), 5 tétel (4-8-ig) a szociális jóllét területét (a Keyes-féle 5 társas jóllét területet szintén 1-1 tétellel megragadva: társas integráció, társas elfogadás, társas részvétel, társas aktualizáció, társas koherencia (KEYES, 1998 in REINHARDT, 2013) térképezi fel.

Az hatfokú skálán a válaszadóknak arra a kérdésre kellett választ adniuk, hogy hogyan érezték magukat az elmúlt egy hónapban, azaz milyen gyakran élték át azt az érzést vagy jelenséget, folyamatot, amit az egyes tételek megfogalmaznak. (Például milyen gyakran érezte azt, hogy

boldog volt, vagy azt, hogy valami fontossal járul hozzá a társadalom működéséhez, akár azt, hogy az élete határozott iránnyal vagy értelemmel bír.) A válaszok egy 6 lehetőséget felkínáló Likert-skálán a „soha”-tól (0), a mindennap (5) kategóriáig terjedtek. A kérdőív azt méri fel, hogy a válaszadók a pozitív mentális egészség tüneteit megítélésük szerint milyen gyakran tapasztalták az elmúlt hónapban.

A teszt megbízhatóságának vizsgálata során a három mentális egészség faktor (érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) meglétét sikerült megerősíteni, mint számos más vizsgálatban (pl. ROBITSCHEK – KEYES, 2009; KEYES ET AL., 2008; LAMERS ET AL., 2011 in REINHARDT, 2013). Saját kutatásomban a kérdőív Cronbach-alfa mutatója az érzelmi jóllét esetében $\alpha=0,847$, a pszichológiai jóllét esetében $\alpha=0,853$, végül a szociális jóllét esetében $\alpha=0,722$ lett.

2. Megküzdési MódoK Kérdőív rövidített változata

A konfliktusmegoldó vagyis megküzdési stratégiák vizsgálatára az epidemiológiai felmérésekben (HUNGAROSTUDY, 1988, 1995, 2002) is használt FOLKMAN – LAZARUS féle (1980) (Ways of coping) rövidített verziójú kérdőívet használtam.

A válaszadóknak egy számukra különösen nehéznek tűnő élethelyzetrel kapcsolatban egy ötfokú skálán jelölni kellett, hogy a listában szereplő egyes megküzdési módok jellemezték-e, és ha igen, milyen mértékben jellemezték a viselkedésüket az eseményt követő hetekben. A megküzdési stratégiák leírására a szakirodalomban többféle csoportosítás is található (FOLKMAN – LAZARUS, 1980; ALDWIN – REVENSON, 1987; SCHWARZER - SCHWARZER, 1996). Az elemzésre, majd a megoldásra irányuló tevékenységet a probléma-centrikus, míg a stressz-helyzetben keletkezett feszültségek levezetésére, a probléma minimalizálására vagy hártására irányuló törekvéseket az érzelemközpontú típusba sorolják (FOLKMAN – LAZARUS, 1980; KOPP – SKRABSKI, 1992; RÓZSA ET AL., 2003).

A kérdőív válaszainak a feldolgozása során a megküzdés során produkált viselkedési reakciók négy faktorba sorolhatóak és a Cronbach-alfa értékek a következő képpen alakultak ki: Kognitív átstrukturálódás $\alpha= 0,624$, Feszültségredukció $\alpha=0,518$, Problémaelemzés $\alpha=0,279$ és Passzív megküzdés $\alpha=0,233$, amelyek hasonló értékek, mint a konfliktusmegoldó kérdőívet validáló tanulmányban kapott értékek ($\alpha=0,74$; $\alpha=0,41$; $\alpha=0,50$; $\alpha=0,30$) RÓZSA ET AL., 2008).

3. A Tennessee énkép skála

DÉVAI – SIPOS (1986) az énkép dimenzióinak mérésére alkalmazható önjellemző kérdőíve összesen 100 állítást tartalmaz. A válaszadóknak 5-fokú skálán kell jelölniük, hogy milyen

mértékben tartják az állításokat önmagukra nézve igaznak. A skála egyik dimenziója a testkép (18 kérdés): azt mutatja, hogy a válaszadó hogyan viszonyul saját testéhez, milyen véleménnyel van testalkatáról, fizikai megjelenéséről, egészségi és erőállapotáról. A skála egyenes (1,2,3,7,8,9,13,14,15) és fordított (4,5,6,10,11,12,16,17,18) tételekből áll.

Saját kutatásomban a kérdőív Cronbach-alfa mutatója $\alpha=0,852$.

A Tennessee énkép skála további (morális, individuális, családi, szociális) alskáláit kutatásomban nem használtam.

4. Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata

Az esetleges hangulatzavar (depresszió) feltárásához a kutatók (BECK – BECK, 1972; KOPP ET AL., 1990; RÓZSA ET AL., 2001) számos epidemiológiai vizsgálat során a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített (9 tétel) változatát alkalmazták, ahogy én is. A mérőeszköz a válaszadók önjellemzésén alapul, amelynek egyes tételei: a szociális visszahúzóds (közönyösség), döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetek miatti túlzott aggodás (hipochondria), munkaképtelenség, az elégedetlenség és az örömképesség hiánya, a pesszimizmus és az önvádás. A válaszadók egy négyfokú skálán fejezték ki az egyes állapotjellemzőkre vonatkozó önértékelésüket; a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozottabb előfordulását jelzi. A skálán elérhető maximális pontszám 36.

A skála szerint:

0-9 pont - nincs depressziós tünetegyüttes,

10-18 pont - enyhe depressziós tünetegyüttes,

19-25 pont - közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes,

25 pont fölött – súlyos depressziós tünetegyüttes. A súlyos depressziós tünetegyüttes kritériumai a major depresszió klinikai kritériumainak felelnek meg.

Saját kutatásomban a kérdőív Cronbach-alfa mutatója $\alpha=0,867$.

5. Észlelt stressz kérdőív

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale PSS) (COHEN ET AL., 1983) azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnek a mindennapjait. A kérdőívnek három változata van (PSS14, PSS10, PSS4), mindegyik szorosan korrelál ($r = 0,99$ és $0,93$), mindhárom belső megbízhatósága igen jó (a Cronbach-alfa rendre $0,88$; $0,85$; $0,79$), és a teszt-re-teszt megbízhatósága is kiváló ($r = 0,90$).

A kutatásomban mindössze a 4 tételű kérdőív verziót (PSS4) (COHEN – WILLIAMSON, 1988) használtam, amelyben az 1-es és 4-es tétel egyenes irányú, ahol a magasabb pontszámok

a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikeresebb megküzdést jelzik, míg a 2-es és a 3-as itemek fordítottak. Válaszlehetőségek: 0 – Soha; 1 – Szinte soha; 2 – Néha; 3 – Elég gyakran; 4 – Nagyon gyakran.

Saját kutatásomban a kérdőív Cronbach-alfa mutatója $\alpha=0,730$

6. A 10 ítemes Reziliencia Kérdőív magyar változata

A reziliencia mérésére a 10 tételes Reziliencia Kérdőívet, a lelki ellenállóképesség mérésére kidolgozott eszközt használtam. A 10 tételes CD-RISC kérdőív rövidített változata a reziliencia mérésének megbízható (Cronbach-alfa: 0,85, mind az eredeti angol, mind a spanyol változat esetében) és érvényes eszköze (NOTARIO – PACHECO ET AL., 2011).

A nemzetközi szakirodalomban számos, a reziliencia mérésére kidolgozott kérdőív létezik (AHERN ET AL., 2006; WINDLE ET AL., 2011). CONNOR – DAVIDSON két tanulmányában (CONNOR – DAVIDSON, 2003; CONNOR ET AL., 2003) a rezilienciát mérő skála kidolgozásáról számol be. Az első kutatásban 25 itemből álló Connor–Davidson Reziliencia (CD-RISC) Skálából lett a 10 tételes Reziliencia Kérdőív a lelki ellenálló képesség mérésére kidolgozott eszköz (JÁRAI ET AL., 2015).

A 10 ítemes kérdőív magyar adaptációja is megtörtént, valamint reliabilitás és validitás vizsgálata 1459 fős magyar mintán. A kutatás eredményei megerősítették, hogy a kérdőív megfelelő mérőeszköznek bizonyul klinikai és kutatási területeken egyaránt. Fordított tételek nincsenek. Válaszlehetőségek: 0 – Egyáltalán nem igaz; 1 – Ritkán igaz; 2 – Néha igaz; 3 – Gyakran igaz; 4 – Szinte mindig igaz.

A kérdőív Cronbach-alfa mutatója a saját vizsgálatomban $\alpha=0,885$ lett.

7. Munkáltatói szakértői interjú

Szakértői interjúban számos kérdés mellett kifejeztem arra voltam kíváncsi:

- a. A munkaáltatók tisztában vannak-e az egészségfejlesztő programok és a sport programok fontosságával?
- b. A munkáltatók számára fontos-e, hogy a munkavállalók sportoljanak és kiegyensúlyozottak legyenek?
- c. Alkalmaznak-e egészségfejlesztő programokat?
- d. Alkalmaznak-e sport programokat?
- e. Ezen programok használata hozzájárul-e a jobb teljesítményhez, jobb légkörhöz és kevesebb megbetegedéshez?
- f. Egészség vagy sport programok használata szerepet játszik-e a munkavállaló megnyerésében és/vagy megtartásában?

g. Fordítanak-e és ha igen milyen összeget fordítanak a munkavállaló egészségének megőrzésére?

h. Munkáltatók rendelkeznek-e konkrét stressz vagy depresszió elleni intézkedésekkel?

A feltett kérdéssor a könnyebb feldolgozás végett főleg zárt kérdésekből állt, de néhány ponton, például a munkahelyi jól-lét témaköréhez tartozó kérdésnél és a munkáltatói intézkedéseknél, a válaszadók szabadon is megfogalmazhatták elképzeléseiket. Alkalmaztam továbbá Likert-skálákat a különböző állítások egyetértés-mértékének mérése céljából.

3.1.2. Feldolgozási módszerek

Az adatok statisztikai elemzése SPSS 25.0 statisztikai szoftverrel történt. Először a leíró statisztikát használtam a vizsgálati minta elemzéséhez. A kategorikus változók gyakorisági értékeit függetlenségi vizsgálattal hasonlítottam össze.

A folytonos eloszlású változókat két független csoport esetén Student féle t-teszttel hasonlítottam össze, több független csoport esetén pedig varianciaanalízist alkalmaztam.

A folytonos változók közötti kapcsolatok feltárásához Pearson- féle korrelációs vizsgálatot alkalmaztam. Azokban az esetekben, amikor a cél egy függő változó független változók segítségével történő bejósolása volt, lineáris és bináris logisztikus regressziót használtam.

Ez utóbbi esetében a függő változót befolyásoló független változókat kizárásos lépésenkénti regresszióval (backward stepwise logistic (regression) választottam ki. A modellbe léptetett tényezők egymásra hatásának vizsgálata érdekében a változók közötti esetleges multikollinearitás kizárása érdekében ellenőriztem a változók variancia növekedési tényezőjét (variance inflation factor, VIF), amely minden változó esetében 5 alatt volt.

A hiányzó értékeket az elemzésből minden esetben kizártam.

A statisztikai próbák eredményeit $p < 0,05$ esetén tekintettem szignifikánsnak.

3.2. VIZSGÁLATI FOLYAMAT

A kutatásom elsődleges célja a versenysportolók mentális egészségének a felmérése volt, ezért internet segítségével, illetve személyes megkereséssel először az aktív sportolókat kerestem fel. A versenyszerűen sportolók csoportjába mindazok tartoznak, akik az jelölték be, hogy heti 4-5 alkalomnál is többet sportolnak.

Második lépésként, szem előtt tartva a felnőtt versenysportolók korát igyekeztem keresni szabadidő sportolókat, illetve olyan fiatalokat, akik egyáltalán nem sportolnak. A szabadidő sportolók csoportjába tartoznak azok, akik bevallásuk szerint heti egyszer, kétszer vagy

háromszor sportolnak, míg a nem sportolók csoportjába tartoznak azok, akik elmondásuk alapján nem szoktak, vagy csak ritkán, pl. havonta 1 alkalommal sportolnak.

Mivel a kutatásom elsődleges célcsoportja a felnőtt versenysportolók voltak ennek megfelelően alakítottam ki a korosztályos kategóriákat. A kategóriák kialakításánál a gyakorlati tapasztalatomra támaszkodtam miszerint, az aktív versenysport sportág függően 18 éves kor körül kezdődik és 30 éves kor után is tarthat. A vizsgálati mintában a 18 év alattiak létszáma 140 fő, 18-20 év közöttieké 179, a 21-23 közöttieké 243 fő, 24-29 éveseké 136 fő, valamint 30 év fölöttieké 115 fő.

A munkahelyi egészségfejlesztéshez kapcsolódó kutatásomban szakértői interjút vettem fel cégvezetőkkel azzal a céllal, hogy felmérjem, hogyan zajlik az egészségfejlesztés azokon a szintereken, ahol a felnőtt egyén az idejének nagy részét tölti, a munkahelyen. Mindegyik interjút személyesen folytattam le, ami alkalmanként átlagosan félórát vett igénybe. Az elhangzott válaszokat írásban feljegyeztem, majd elemeztem.

A következő két alfejezetben részletesen mutatom be a vizsgálat körülményeit, valamint a vizsgálati mintát.

3.2.1. Vizsgálat helye, ideje, körülményei

A kutatásom első része az általam készített on-line kérdőív segítségével történt.

Az adatgyűjtés, azaz a kérdőív felvétele első körben internetes hálózatok útján (108), második körben pedig a különböző iskolák és sportszervezetek megkeresésével történt. A kérdőív kitöltésében összesen 842 felnőttkorú egyén vett részt. Az interneten keresztül csak a szabályosan kitöltött kérdőívet fogadta be a rendszer, míg papír ceruza alapon kitöltöttek között 29 kérdőív kitöltése szabálytalan, vagy hiányos volt. Tehát a kitöltött 842 kérdőívből 813 lett értékelhető, így a válaszadási arány 96,5%-os volt. A teljes kérdőív kitöltése 12-14 percet vett igénybe. A kérdőív névtelen válaszadást tett lehetővé.

A munkahelyi egészségfejlesztéshez kapcsolódó kutatásom egyrésze az interneten folytatott kutató munka, másik része a szakértői interjú volt, amelyet hét cégvezetővel személyesen vettem fel az adott cég területén. Az interjúk időtartama átlagosan félóra volt. Az elhangzott válaszokat írásban feljegyeztem.

3.3. VIZSGÁLATI MINTA

3.3.1. A minta szocio – demográfiai jellemzése

A minta nagysága 813 fő (N=813). A válaszadók 54,37%-a (442 fő) nő és 45,63%-a (371 fő) férfi, tehát a nemi megoszlás majdnem kiegyenlített volt a mintában (8. Táblázat).

8. Táblázat: A minta megoszlása nem és sportolási szint szerint (%)

Minta	Férfi	Nő	Összes	%
Versenysportolók	168	173	341	41, 94%
Szabadidő sportolók	126	166	292	35, 92%
Nem sportolók	77	103	180	22, 14%
Összes	371	442	813	
Minta eloszlása %-ban	45, 63%	54, 37%		100%

Forrás: Saját szerkesztés

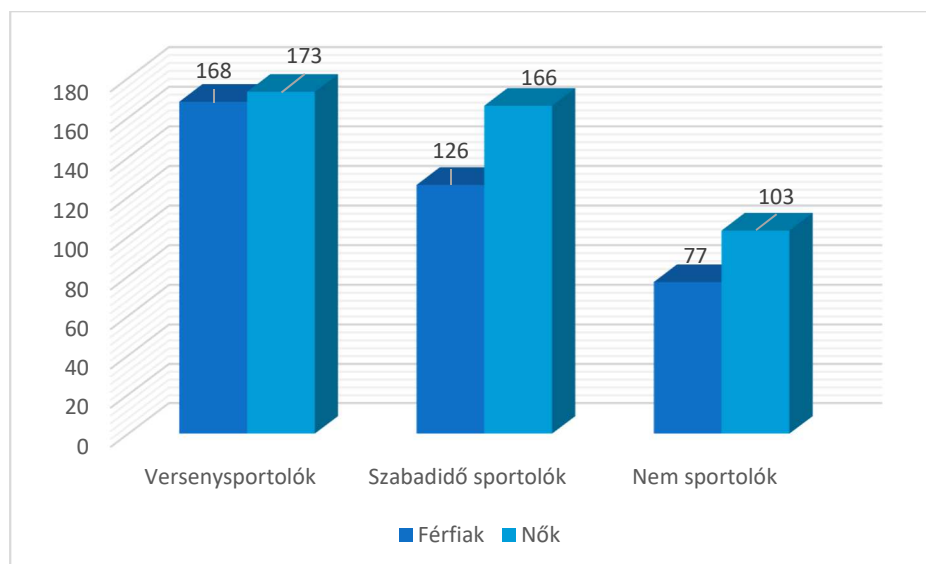
Az összesített adatok alapján a teljes minta 41,94%-a (341 fő) versenysportoló, 35,92%-a (292 fő) szabadidő sportoló és 22,14%-a (180 fő) nem sportolónak nevezte magát.

A sportolási szokásokat felmérő kérdésre adható lehetséges válaszokat (nem szoktam sportolni, csak ritkán (havonta egy-kétszer), hetente egyszer, hetente két-háromszor, hetente négy-öt alkalomnál is többet sportolok) három kategóriába rendeztem:

- Versenysportolók: „hetente 4-5 alkalomnál is többet sportolok”;
- Szabadidő sportolók: „hetente egyszer, hetente két-háromszor” sportolok;
- Nem sportolók: „nem szoktam sportolni”, „csak ritkán (havonta egy-kétszer)” sportolok.

Fontosnak tartom megjegyezni, hogy a versenysportolók közül 194 fő (56,89%) hivatásos sportoló (jövedelemszerzési céllal foglalkozásszerűen folytat sporttevékenységet).

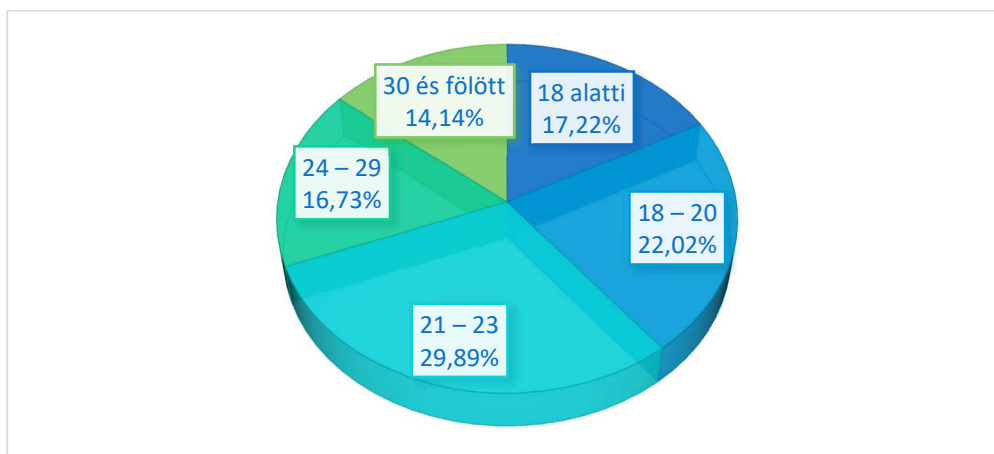
Az 8. táblázatban látható a nemek és a sportolási szokások aránya, amit 8. ábra is jól szemléltet.



8. ábra: Nemek megoszlása sportolási kategóriák szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A válaszadók korosztály szerinti megoszlása a következőképpen alakult: a minta 17,22%-a 18 év alatti, 22,02%-a 18-20 év közötti, 29,89%-a 21-23 év közötti, 16,73%-a 24-29 év közötti és 14,14%-a 30 éves vagy a fölötti (9. ábra).



9. ábra: Teljes minta megoszlása életkori kategóriák szerint

Forrás: Saját szerkesztés

A foglalkozás esetében arra kérdeztem rá, hogy a válaszadó tanul-e vagy dolgozik, illetve ha dolgozik, akkor főállásban, részmunka időben vagy diákmunkában teszi ezt. A válasz lehetőségek között az egyéb kategória is szerepelt. A kapott válaszokat 9. táblázat szemléli, ahol lehet látni, hogy 376 fő tanul, 178 fő dolgozik, 218 tanul és dolgozik egyidőben és 41 fő az egyéb kategóriát jelölte meg, vagyis nem is tanul és nem is dolgozik (pl. gyes, gyed, stb.) (9. Táblázat).

9. Táblázat: A minta foglalkozás és tanulási szokások szerinti megoszlása

		Dolgozik-e?				Összes
		Nem	Igen, főállásban	Igen, csak részmunka időben	Igen, diák munkában	
Tanul-e?	NEM	41	161	17	0	219
	IGEN	376	89	59	70	594
Összes		417	250	71	75	813

Forrás: Saját szerkesztés

A minta 25,46%-a (207 fő) alapkörű, 52,03%-a (423 fő) középkörű és 22,51%-a (183 fő) felsőkörű végzettséggel bír (10. Táblázat).

Anyagi helyzet tekintetében a kitöltők bevallása szerint a vizsgálati minta 78,11%-a átlagos anyagi helyzettel bír, a minta 17,71%-a átlag feletti, valamint 4,18%-a átlag alatti anyagi helyzettel rendelkezik (10. Táblázat).

A lakóhely tekintetében a válaszadók elmondása alapján 21,89%-uk kistelepülésen (tanya, falú, kistelepülés), 40,22%-uk városban, 28,91%-uk megyei jogú városban, míg mindössze 8,98%-uk fővárosban él (10. Táblázat).

A vizsgálati mintával kapcsolatos összes eredményt a 10. táblázat foglalja össze.

10. Táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (%)

Szociodemográfiai változók		N	%
Nem	Férfi	371	45,63
	Nő	442	54,37
Sportolási szint	Versenysportolók	341	41,94
	Szabadidő sportolók	292	35,92
	Nem sportolók	180	22,14
Életkor	18 alatti	140	17,22
	18 – 20	179	22,02
	21 – 23	243	29,89
	24 – 29	136	16,73
	30 és fölött	115	14,14
Végzettség	Alapfokú	207	25,46
	Középfokú	423	52,03
	Felsőfokú	183	22,51
Foglalkozás	Dolgozó	178	21,89
	Tanuló	376	46,25
	Tanuló és dolgozó is	218	26,82
	Egyéb	41	5,04
Anyagi helyzet	Átlag alatti	34	4,18
	Átlagos	635	78,11
	Átlag feletti	144	17,71
Lakhely	Kis település	178	21,89
	Város	327	40,22
	Megyei jogú város	235	28,91
	Főváros	73	8,98

Forrás: Saját szerkesztés

3.3.2. A minta egészség magatartásának és sportolási motivációjának jellemzése

Ebben az alfejezetben bemutatom a minta egészségkárosító magatartási szokásait a dohányzás és az alkoholfogyasztás tekintetében, valamint a motivációját a sportolás iránt.

A dohányzási szokásokkal kapcsolatosan a válaszadó a következő lehetőségek között választhatott: soha, már kipróbáltam, hetente, naponta, egyéb. A beérkezett válaszokat három kategóriába rendeztem: nem dohányzók, alkalmanként dohányzók, dohányzók.

A dohányzás esetében a válaszadók 79,34%-a (645fő) nem dohányzónak, 7,13%-a (58 fő) alkalmanként (havi 1-2-szer) dohányzónak és 13,5%-a (110 fő) dohányzónak jelölte magát (11. Táblázat).

11. Táblázat: Dohányzási kategóriák szerinti megoszlás a mintában

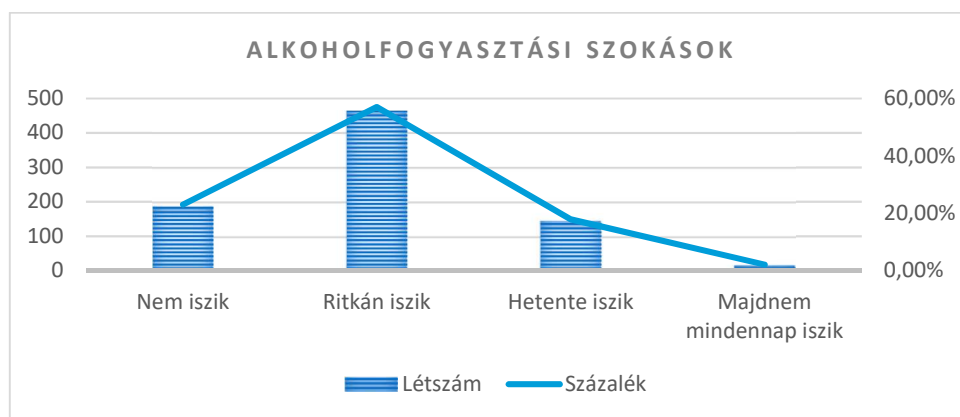
	Nem dohányzók	Alkalmanként dohányzók	Dohányzók
Teljes minta (N=813)	645	58	110
Teljes minta %-ban	79,34%	7,13%	13,53%

Forrás: Saját szerkesztés

A dohányzás szempontjából inkább egészséges életformát preferálják a válaszadók, hisz a teljes minta 86,47%-áról elmondható, hogy nem dohányzó és csak 13,53%-a nevezte dohányzónak magát (11. Táblázat).

Az alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatosan a válaszadó a következő lehetőségek között választhatott: soha, már kipróbáltam, csak ritkán (havonta egyszer), hetente egyszer-kétszer, majdnem mindennap, egyéb. A beérkezett válaszokat négy kategóriában rendeztem: nem iszik, ritkán, hetente, gyakran.

Az alkoholfogyasztás esetében a válaszadók 23,00%-a (187 fő) soha nem iszik alkoholt, 57,07%-a (464 fő) csak ritkán (havi 1X-szer ivott, további 17,83%-a (145 fő) hetente egy-két alkalommal fogyaszt alkoholt, végül mindössze 2,09%-a (17 fő) majdnem mindennapi alkohol fogyasztónak jelölte magát.



10. ábra: Alkoholfogyasztási szokások a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A 10. ábra jól szemlélteti, hogy az alkoholfogyasztás szempontjából is a válaszadók inkább az egészséges életformát preferálják, hisz a teljes minta 80,07%-a inkább ritkán vagy soha nem iszik, míg a teljes minta csupán 2,09%-a (17 fő) a majdnem mindennap alkoholt fogyasztó.

Végül a sportolásra való motivációt elemeztem (Sportolás során mi motiválja?). A kérdés elemzéséhez a lehetséges válaszokat (Csak annyit sportolok, amennyit muszáj; Ha nem edzek,

más jobb lesz nálam; Betegség, elhízás elkerülése miatt; Ha nem edzek gyenge és fáradt leszek; Szeretnék megfelelni a közvetlen környezetem elvárásainak; Jó formában jobban tudok teljesíteni; Egészségesebb és csinosabb leszek, ami megkönnyíti a helyzetemet; A sport az életem része; Élvezem, szeretek sportolni) három kategóriába rendeztem:

- Büntetés elkerülése (Csak annyit sportolok, amennyit muszáj; Ha nem edzek, más jobb lesz nálam; Betegség, elhízás elkerülése miatt; Ha nem edzek gyenge és fáradt leszek);
- Jutalom keresése (Jó formában jobban tudok teljesíteni; Egészségesebb és csinosabb leszek, ami megkönnyíti a helyzetemet);
- Belső motiváció (A sport az életem része; Élvezem, szeretek sportolni).

A kérdés válaszait összesítve a következő eredményeket kaptam: a teljes minta 5,78%-a (47 fő) adott nem értékelhető választ.

A fennmaradt 94,22%-a (766 fő) a következő képpen oszlik meg: 18,14% (139 fő) büntetés elkerülő, 28,46% (218 fő) jutalom kereső és végül 53,39% (409 fő) belső motiváció által vezérelt (12. Táblázat). A 12. táblázatban lévő eredmények alapján elmondható, hogy a rendszeres sportoláshoz a belső motiváció működik a mintában.

12. Táblázat: A motivációk megoszlása a teljes mintában

	Büntetés elkerülése	Jutalom keresése	Belső motiváció
Teljes minta (N=766)	139	218	409
Teljes minta %-ban	18,14%	28,46%	53,39%

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdésre, hogy a közvetlen környezete ösztönözte-e a sportolásra a megkérdezettek 67,77%-a (551 fő) azt válaszolta, hogy igen, míg a minta 32,23 %-a (262 fő) azt válaszolta, hogy nem (13. Táblázat).

13. Táblázat: Család ösztönző magatartása a sportolási szokások kialakításában a mintában

Család ösztönözte-e a sportolásra?		
	N	%
Nem	262	32,23
Igen	551	67,77
Összes	813	100%

Forrás: Saját szerkesztés

A 13. táblázat által szemleltetett eredmények alapján elmondható, hogy a család szerepe meghatározó lehet a sportolási szokások kialakításában.

3.3.3. Szakértői interjú alanyainak bemutatása

A 14. táblázatban látható, hogy a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatban megkérdezett vállalatvezetők összesen 1544 munkavállalóval dolgoznak, akik közül 654 fő (42%) szellemi és 890 fő (58%) fizikai munkát végez (14. Táblázat). *(A fizikai munkaerő alatt azokat értettem, akik fizikailag aktívabb feladatokat látnak el, míg a szellemi munkaerő közé mindazokat soroltam, akikre az egyhelyben ülő munkavégzés jellemzőbb.)*

14. Táblázat: A válaszadó cégvezetők által irányított munkavállalók létszáma

	Létszám	%
Szellemi munkavállalók	654	42%
Fizikai munkavállalók	890	58%
Hét vállalat teljes létszáma	1544 Fő	100%

Forrás: Saját forrás

15. Táblázat: A szakértői interjúban résztvevő vállalatok és munkavállalók megoszlása

Vállalat	Teljes létszám		Szellemi munkavállalók		Fizikai munkavállalók	
	Fő	Fő	%	Fő	%	
1. számú	220	40	19%	180	81%	
2. számú	200	100	50%	100	50%	
3. számú	200	130	65%	70	35%	
4. számú	80	15	19%	65	81%	
5. számú	78	19	24%	59	76%	
6. számú	444	236	53%	208	47%	
7. számú	322	114	35%	208	65%	
Összes létszám	1544	654	42%	890	58%	

Forrás: Saját forrás

A 15. táblázatban látható a megkeresett vállalatvezetők által irányított vállalatok mérete, ahol a méretet kifejeztem a foglalkoztatottak száma alapján csoportosítottam. *(A megkérdezett vállalatok árbevétele és a vagyon nagysága a kérdőívem szempontjából nem releváns, így ezeket nem azonosítottam.)* A tevékenység jellege alapján elmondható, hogy három vállalkozás termelő és kereskedelmi, további kettő csak kereskedelmi és a fennmaradt kettő csak szolgáltató tevékenységet folytat. A foglalkoztatottak létszáma alapján elmondható, hogy a megkérdezett hét vállalatvezető közül 6 középvállalkozásnak és 1 nagyvállalatnak nevezett gazdálkodó szervezeti formával rendelkező céget irányít.

4. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK ÉS AZOK ÉRTÉKELÉSE

Ebben a fejezetben a kutatási eredményeket mutatom be a megfogalmazott hipotéziseimet követve. A kérdőívek pszichometriai jellemzőit részletesen ismertetem először a teljes mintán, ezután sportolási kategóriák közötti különbségekre világítok rá, majd nemekre és korosztályokra bontva is ismertetem a kapott eredményeket.

4.1. A SPORT, MINT A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÉDŐFAKTORA

I. HIPOTÉZIS – *Feltételezem, hogy azok, akik többet sportolnak mentálisan egészségesebbek azoktól, akik nem sportolnak, továbbá feltételezem, hogy a sportolás, intenzitásától függetlenül védőfaktorként működik a mentális egészség viszonylatában; feltételezem, hogy a védelmi hatása az intenzitással nő, valamint hogy a sportolás belső motivációból fakad.*

A kutatásom első hipotézise a sport szerepére mutat rá a mentális egészséggel kapcsolatban, illetve a motiváció szerepére a sportolásban. A kérdést megvizsgálom a nemek, az életkori csoportok, valamint a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokhoz viszonyítva is.

A mentális egészség felmérésére a korábban (3. 1. 1. alfejezet) részletesen bemutatott Keyes-féle Mentális Egészség Kontinuum Skála rövidített változata szolgált. A mentális egészséget mérő kérdőív pszichometriai jellemzőit kétféleképpen összegeztem. Egyrészt meghatároztam a kérdőívben elért maximális és minimális értéket; másodszer a mentális egészség faktorának (emocionális, pszichológiai és szociális jóllét) a minimum, maximum, átlag és szórás értékét; harmadszor a mentális egészség kategóriáit szemléltetem is.

A teljes mintán a mentális kérdőív értékei a következő képpen alakultak: A 16. táblázatban látható a mentális egészség kérdőívben elérhető maximális és minimális érték, aminek az átlag értéke 42,88 az egész mintára (N=813) nézve.

16. Táblázat: Mentális egészség leíró statisztikai eredménye a mintában

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Mentális egészség	813	0,00	70,00	42,88	12,04
Érzelmi jóllét	813	0,00	5,00	3,22	1,07
Pszichológiai jóllét	813	0,00	5,00	3,41	0,97
Szociális jóllét	813	0,00	5,00	2,69	0,97

Forrás: Saját szerkesztés

A 16. táblázatban láthatóak a mentális egészség kérdőív alskáláinak (a szubjektív jóllét egyes területei: érzelmi, pszichológiai és társas jóllét) elért minimum, maximum és átlag értéke minden egyes alskálához külön-külön is.

A disszertációmban a három skála egymással magas korrelációs értékeket mutat, az érzelmi és a pszichológiai jóllét korrelációs értéke 0,608, az érzelmi és a szociális jóllét korrelációja 0,585, míg a pszichológiai és a szociális jóllét korrelációja 0,685 (17. Táblázat).

17. Táblázat: A mentális egészség három faktorának korrelációs értékei a mintában

Pearson-féle korreláció	Érzelmi jóllét	Pszichológiai jóllét	Szociális jóllét
Érzelmi jóllét	1	0,608	0,585
Pszichológiai jóllét		1	0,685
Szociális jóllét			1

* :A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

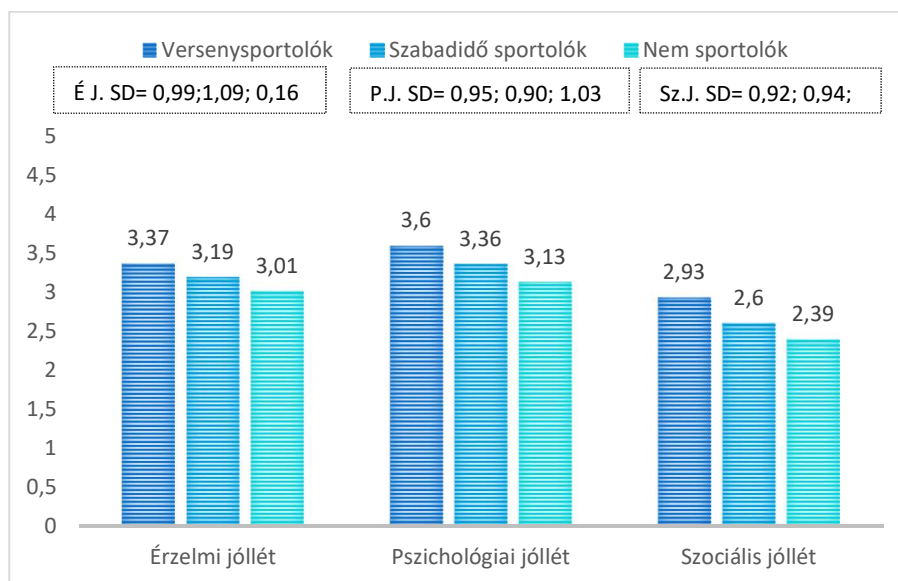
** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

Az első hipotézisem első része szerint különbség van a három vizsgálati csoport között a mentális egészség tekintetében. Ezt a hipotézist miután a vizsgált változók egyik esetben sem mutattak normál eloszlást ((Kolmogorov-Smirnov) $p < 0,05$ minden esetben) Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. A három vizsgált csoport szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség összes dimenziójában ($p = 0,003$; $p < 0,001$; $p < 0,001$).

A különbségeket a 11. ábra is alátámasztja. A megkérdezettek 41,94%-a (341 fő) versenysportoló. A mentális egészség alszámainak az értékei esetükben a következőképpen alakultak: érzelmi jóllét 3,37, pszichológiai jóllét 3,60 és a szociális jóllét átlag értéke 2,93.

A válaszadók 35,91%-a (292 fő) szabadidő sportoló. Az általuk elért átlagos értékek: érzelmi jóllét 3,19, pszichológiai jóllét 3,36 és a szociális jóllét átlag értéke 2,60. Végül a teljes minta 22,14%-a (180 fő) a nem sportolók csoportját képezi és az általuk elért átlagos értékek: érzelmi jóllét 3,01; pszichológiai jóllét 3,13; szociális jóllét 2,39.



11. ábra: Mentális egészség dimenziók átlag értékei sportolási csoportok szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

Az alábbi ábra jól szemlélteti azt, hogy a versenysportolók minden dimenzió esetében jobb átlagot értek el a szabadidő sportolóknál és a nem sportolóknál.

A hipotézis további bizonyításához fontosnak tartottam megvizsgálni, hogyan alakulnak a mentális kérdőív segítségével létrehozott mentális kategóriák. A mentális egészség kategóriák meghatározásánál a mentális egészség tüneteinek megélési gyakoriságát vettem alapul (REINHARDT, 2013). Ily módon 3 kategóriát határoztam meg: virágzók, mentálisan mérsékelt egészségűek és a hervadók kategóriája.

Virágzónak akkor diagnosztizáltam valakit, ha az érzelmi (hedonikus) jóllét 3 tünete közül legalább egyet majdnem mindennap, vagy mindennap átél, és ha a pozitív működés (azaz a pszichológiai és a társas jóllét) 11 tünetéből legalább hatot szintén majdnem minden nap, vagy minden nap megtapasztal. **Hervadónak** – éppen ellenkezőleg – azokat tarthatjuk, akik az érzelmi jóllét 3 tünete közül az egyiket az elmúlt egy hónapban soha, vagy csak egyszer-kétszer tapasztalták és a 11 pozitív funkcionálás szimptomából minimum hatot szintén soha, vagy csak egyszer-kétszer élték át. Akik nem sorolhatók be sem a virágzók, sem a hervadók közé, azok a modell szerint **a mentálisan mérsékelt egészségűek** kategóriába tartoznak (REINHARDT, 2013). Ennek mentén elindulva elmondható, hogy a teljesminta 38,38%-a (312 fő) virágzó, további 56,21%-a (457 fő) a mentálisan mérsékelt egészségű csoportjában van és végül 5,41%-a (44 fő) hervadó (18. Táblázat).

18. Táblázat: A mentális egészség kategóriális eloszlása a mintában (N=813)

	N	%
Virágzók	312	38,38
Mérsékelt	457	56,21
Hervadók	44	5,41
N	813	100,00%

Forrás: Saját szerkesztés

19. Táblázat: A mentális egészség kategóriái és a sportolás összefüggései a mintában

MENTÁLIS EGÉSZSÉG KATEGÓRIÁK				
	Virágzók	Mérsékelt	Hervadók	Összes
Versenysportolók	153	183	5	341
	44, 87 %	53,66%	1, 47%	100%
Szabadidő sportolók	103	170	19	292
	35, 27 %	58, 22%	6,51%	100%
Nem sportolók	56	104	20	180
	31,11%	57,78%	11,11%	100%
ÖSSZESEN	312	457	44	813
Mentális kategóriák %-os eloszlása a mintában	38, 38%	56, 21%	5, 41%	

Forrás: Saját szerkesztés

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a három vizsgált csoportot a mentális egészség kategóriáiban. Az eredményeket a 19. táblázat tartalmazza.

Az eredmények alapján elmondható, hogy szignifikánsan összefüggnek a sportolási szokások és a mentális egészség ($\chi^2=28,83^a$ szf.:4 p=0,00).

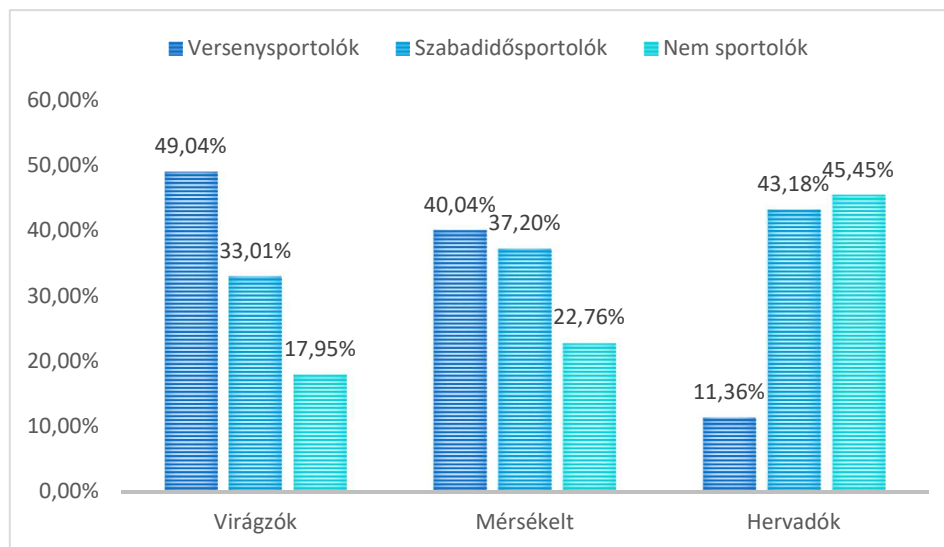
A fenti keresztábrában látható, hogy a versenysportolók közül 44,87% (153 fő) virágzó, 53,66% (183 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és mindössze 1,47% (5 fő) hervadó.

A szabadidő sportolók 35,27%-a (103 fő) virágzó, 58,22%-a (170 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 6,51% (19 fő) hervadó.

Végül a nem sportolók csoportjából 31,11% (56 fő) virágzó, 57,78% (104 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 11,11%-a (20 fő) pedig hervadó (19. Táblázat).

A 12. ábra kiválóan szemlélteti, a sport szerepét a mentális egészség tekintetében.

Látható, hogy a hervadók csoportjában a legtöbben (45,45%) a nem sportolók közül, ezzel szemben legkevesebben (11,36%) a versenysportolók közül kerültek ki. A virágzók csoportjában pont fordított arány van: legtöbben versenysportolók (49,04%) és legkevesebben nem sportolók (17,95%) közül kerültek ide.



12. ábra: A sportolási csoportok a mentális kategóriák tekintetében a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdőív eredményeit nemek szerint is elemeztem azzal a céllal, hogy megvizsgáljam, hogy a mentális dimenziókban és a mentális kategóriákban van-e különbség a nemek között.

A kutatási kérdésemet, hogy van-e eltérés a nemek között a mentális egészség tekintetében Mann-Whitney próbával elemeztem és az tudtam kimutatni, hogy három dimenzió közül csak

a szociális jóllét esetében tapasztalható tendencia szintű eltérés (Szf: érzelmi jóllét: $p=0,131$; pszichológiai jóllét: $p=0,132$; szociális jóllét: $p=0,081$).

A 20. táblázat mutatja, hogy a nők esetében a mentális egészség alsóskálainak az átlag értékei a következőképpen alakultak: érzelmi jóllét 3,19, pszichológiai jóllét 3,45 és a szociális jóllét átlag értéke 2,64. A férfiak által elért átlag értékek: érzelmi jóllét 3,26, pszichológiai jóllét 3,36 és a szociális jóllét átlag értéke 2,75.

20. Táblázat: Mentális egészség leíró statisztikái nemek szerint a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
Nők (N=442 fő)	Érzelmi jóllét	0,00	5,00	3,19	1,05
	Pszichológiai jóllét	0,50	5,00	3,45	0,97
	Szociális jóllét	0,33	5,00	2,64	0,97
Férfiak (N=371)	Érzelmi jóllét	0,00	5,00	3,26	1,11
	Pszichológiai jóllét	0,00	5,00	3,36	0,97
	Szociális jóllét	0,33	5,00	2,75	0,97

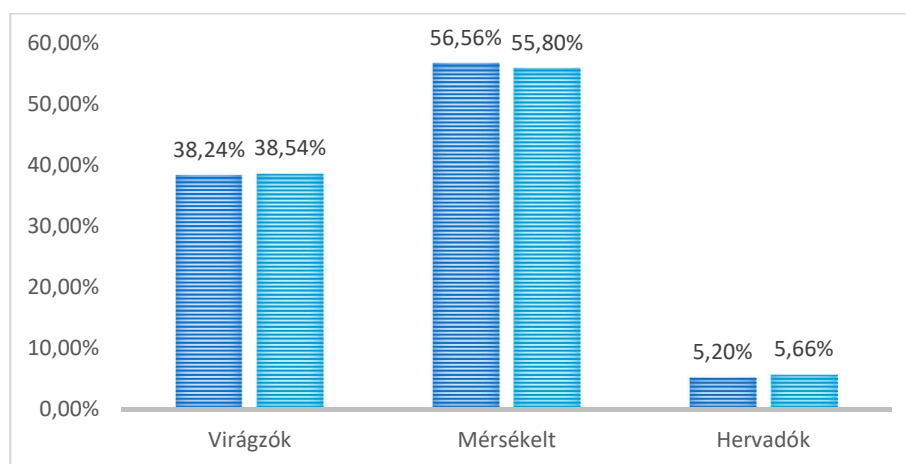
Forrás: Saját szerkesztés

A mentális kategóriák tekintetében a nemek szerinti eloszlás a következőképpen alakult: a nők 38,24%-a (169 fő) a virágzók kategóriájában van, 56,56%-a (250 fő) a mentálisan mérsékeltén egészséges és a női minta 5,20%-a (23 fő) a hervadók csoportjába tartozik. A férfi minta 38,54%-a (143 fő) a virágzók, 55,80%-a (207 fő) a mentálisan mérsékeltén egészséges és 5,66%-a (21 fő) a hervadók csoportjában van (21. Táblázat).

21. Táblázat: A mentális egészség kategóriák nemek szerinti eloszlása a mintában

	Virágzó		Mérsékelt		Hervadó		Összesen
Nő	169	38,24%	250	56,56%	23	5,20%	442
Férfi	143	38,54%	207	55,80%	21	5,66%	371
Összesen	312	38,38%	457	56,21%	44	5,41%	813

Forrás: Saját szerkesztés



13. ábra: Nemek eloszlása mentális egészség kategóriái szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

13. ábrából láthatók, hogy a mentális kategóriák tekintetében nincs lényeges különbség a nemek között. A három kategóriában a férfiak és a nők eloszlása majdnem teljesen azonos. Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a női mintán a három vizsgált csoportot a mentális egészség kategóriákban. Az eredményeket a 22. táblázat tartalmazza.

22. Táblázat: Női minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint

MENTÁLIS EGÉSZSÉG KATEGÓRIÁK				
		Virágzók	Mérsékelt	Hervadók
NŐ (442 fő)	Versenysportolók (173 fő)	80	92	1
		46,24%	53,18%	0,58%
	Szabadidő sportolók (166 fő)	55	99	12
		33,13%	59,64%	7,23%
	Nem sportolók (103 fő)	34	59	10
		33,01%	57,28%	9,71%
ÖSSZESEN (N)		169	250	23
ÖSSZESEN %		38,24%	56,56%	5,20%

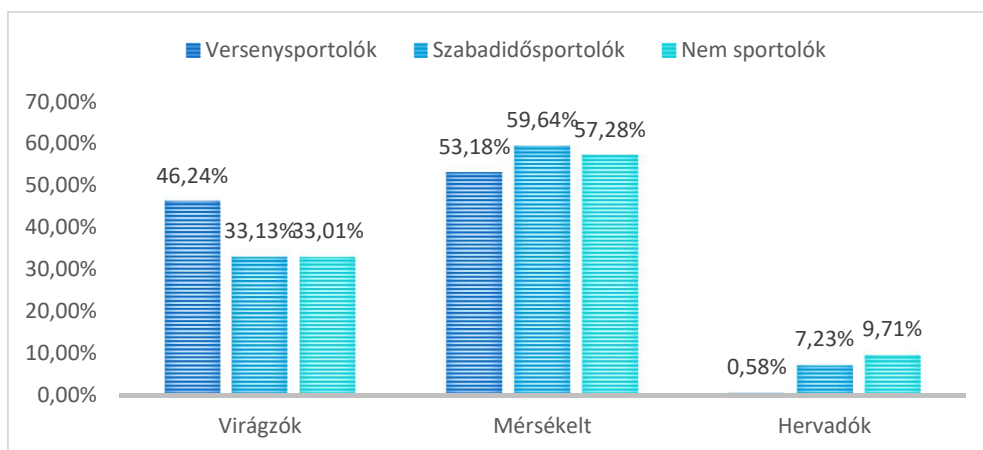
Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy a női minta esetében a mentális egészség kategóriái szignifikáns összefüggést mutatnak a sportolási kategóriákkal ($\chi^2= 17,844^a$ szf.:4 $p=0,01$). A fenti kereszt táblázatban látható, hogy a női versenysportolók közül 46,24% (80 fő) virágzó, 53,18% (92 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és mindössze 0,58% (1 fő) hervadó.

A szabadidő sportolók esetében 33,13% (55 fő) virágzó, 59,64% (99 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 7,23% (12 fő) hervadó.

Végül a nem sportolók csoportjában lévő nők 33,01%-a (34 fő) virágzó, 57,28%-a (59 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 9,71%-a (10 fő) a hervadó (22. Táblázat).

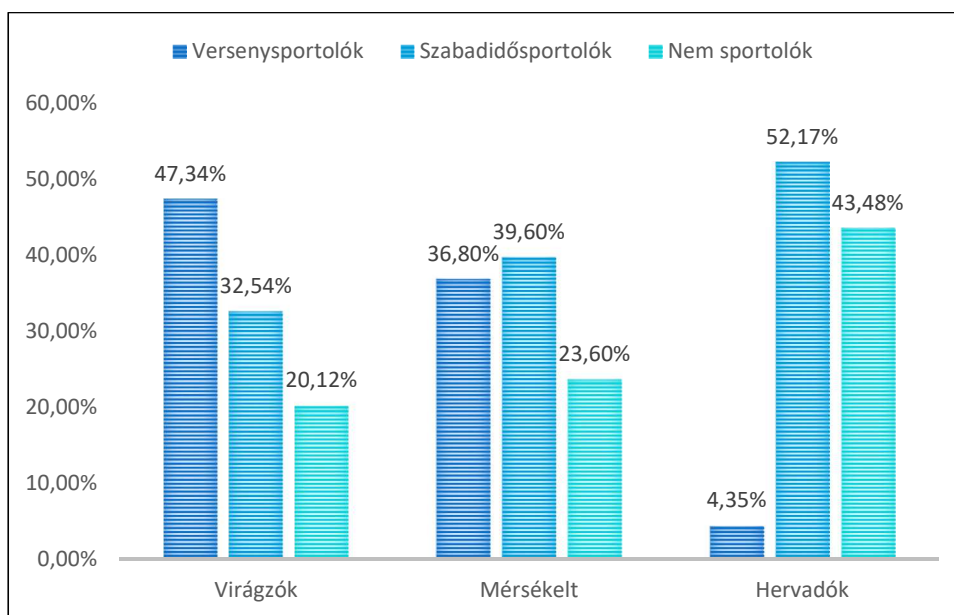
A táblázatban tapasztalható tendenciát a 14. ábra is jól ábrázolja.



14. ábra: Női minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A 15. ábra segítségével szemléltetem, hogy a hervadó nők legnagyobb százaléka (43,48%) a nem sportolók között van, míg a virágzó nők a legkisebb arányban (4,35%) a nem sportolók közül kerülnek ki.



15. ábra: Női minta sportolási csoportjainak eloszlása mentális kategóriák szerint

Forrás: Saját szerkesztés

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a férfi mintán a három vizsgált csoportot a mentális egészség kategóriákban. Az eredményeket a 23. táblázat tartalmazza.

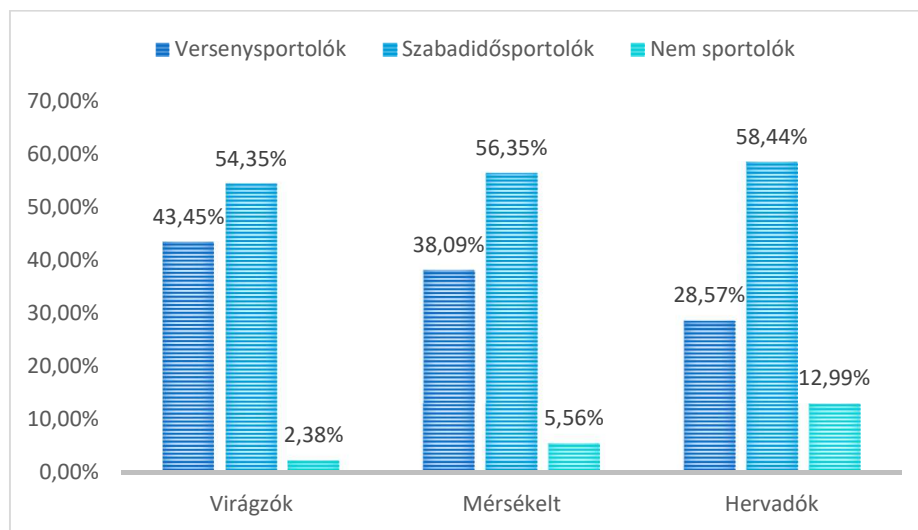
23. Táblázat: Férfi minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint

MENTÁLIS EGÉSZSÉG KATEGÓRIÁK				
		Virágzók	Mérsékelt	Hervadók
FÉRFI (371 fő)	Versenysportolók (168 fő)	73 43,45%	91 54,17%	4 2,38%
	Szabadidő sportolók (126 fő)	48 38,09%	71 56,35%	7 5,56%
	Nem sportolók (77 fő)	22 28,57%	45 58,44%	10 12,99%
ÖSSZESEN (N)		143	207	21
ÖSSZESEN (%)		38,54%	55,80%	5,66%

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy a férfi minta esetében a mentális egészség és a sportolási kategóriák összefüggése tendencia-szintű ($\chi^2=13,723^b$ szf.:4 p=0,08). A fenti kereszttáblázatban látható, hogy a férfi versenysportolók 43,45%-a (73 fő) virágzó, 54,17%-a (91 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 2,38%-a (4 fő) hervadó. A szabadidő sportoló férfiak körében 38,09%-uk (48 fő) virágzó, 56,35%-uk (71 fő) mentálisan mérsékeltén

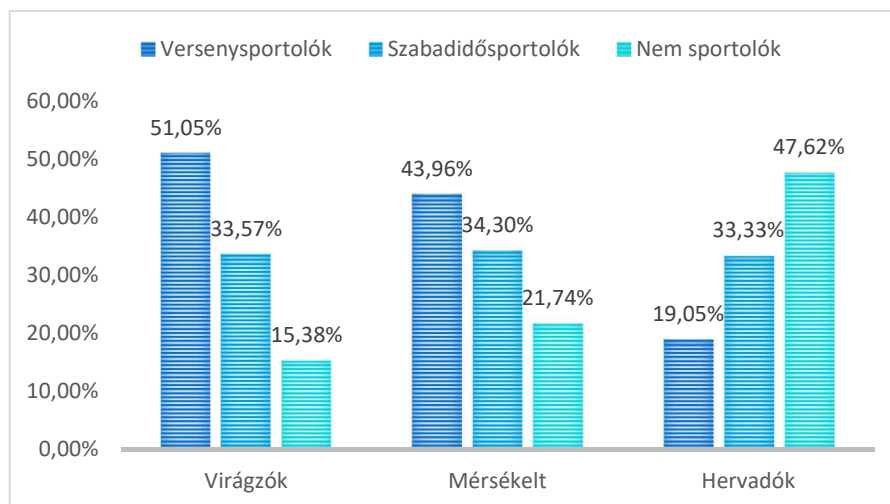
egészséges és 5,56%-uk (7 fő) hervadó. Végül a nem sportoló férfiak 28,57%-a (22 fő) virágzó, 58,44%-a (45 fő) mentális mérsékeltén egészséges és 12,99%-a (10 fő) hervadó. (23. Táblázat). A táblázatban tapasztalható tendenciát a következő ábra is jól ábrázolja (16. ábra).



16. ábra: Férfi minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A következő ábra kiválóan szemlélteti, hogy a hervadó férfiak legnagyobb százaléka (47,62%) a nem sportolók csoportjában van, míg a virágzó férfiak a legkisebb százalékban (15,38%) megint csak a nem sportolók között vannak (17. ábra).



17. ábra: Férfi minta sportolási csoportjainak eloszlása mentális kategóriák szerint

Forrás: Saját szerkesztés

Sportolási szinttől és nemtől függetlenül a kutatásom során arra is kerestem a választ, hogy az életkor előrehaladtával hogyan alakul a mentális egészség.

Feltételezésem, hogy nincs különbség az életkori csoportok között a mentális egészség tekintetében. Ezt Kruskal-Wallis H próbával teszteltem. A megvizsgált életkori csoportok csak

a pszichológiai jóllét esetében mutattak tendencia szintű különbséget (Szf: érzelmi jóllét: $p=0,263$; pszichológiai jóllét: $p=0,086$; szociális jóllét: $p=0,700$).

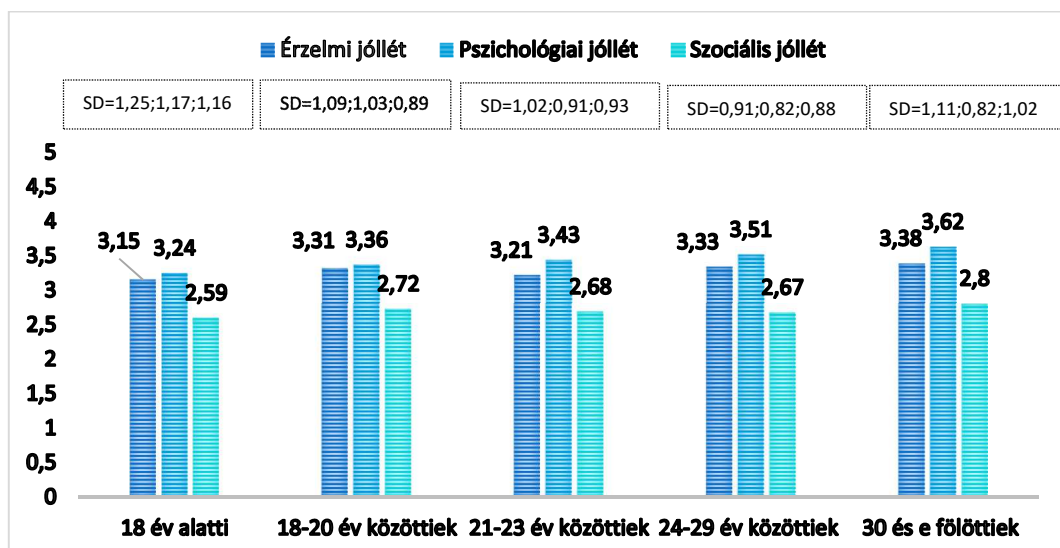
A 24. táblázatban megjelenítettem a mentális egészség alskálainak az átlag és szórás értékeit korosztályonként.

24. Táblázat: A mentális egészség alskálainak leíró statisztikai életkor szerint a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
18 év alatti (N=140)	Érzelmi jóllét	0,00	5,00	3,15	1,26
	Pszichológiai jóllét	0,00	5,00	3,24	1,18
	Szociális jóllét	0,00	5,00	2,59	1,16
18-20 év közöttiek (N=179)	Érzelmi jóllét	0,67	5,00	3,31	1,03
	Pszichológiai jóllét	0,00	5,00	3,36	1,02
	Szociális jóllét	0,50	5,00	2,72	0,89
21-23 év közöttiek (N=243)	Érzelmi jóllét	0,33	5,00	3,21	1,02
	Pszichológiai jóllét	0,67	5,00	3,43	0,91
	Szociális jóllét	0,33	5,00	2,68	0,93
24-29 év közöttiek (N=136 fő)	Érzelmi jóllét	1,00	5,00	3,33	0,91
	Pszichológiai jóllét	1,00	5,00	3,51	0,82
	Szociális jóllét	0,83	5,00	2,67	0,88
30 és e fölöttiek (N=115 fő)	Érzelmi jóllét	0,00	5,00	3,38	1,11
	Pszichológiai jóllét	0,67	5,00	3,62	0,82
	Szociális jóllét	0,83	5,00	2,80	1,02

Forrás: Saját szerkesztés

18. ábra jól szemlélteti azt, hogy az életkor előrehaladtával emelkednek az átlag értékek mindhárom dimenzió esetében, azonban az emelkedés nem szignifikáns.



18. ábra: A mentális egészség dimenziói életkori csoportok szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A teljes kép kialakításához, hogy az életkor előrehaladtával, hogyan alakul a mentális egészség fontosnak tartottam megvizsgálni, hogyan alakulnak a mentális kérdőív segítségével létrehozott mentális kategóriák az egyes életkori csoportokban.

A teljes mintán a virágzók létszáma 312 fő, a mentálisan mérsékeltén egészségesek száma 457 fő és a hervadók száma 44 fő. Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a vizsgált életkori csoportokat a mentális egészség kategóriákban. A három mentális kategória eloszlását az életkori csoportok szerint az 25. táblázat mutatja.

25. Táblázat: A mentális egészség kategóriák és az életkor összefüggései a mintában

MENTÁLIS EGÉSZSÉG KATEGÓRIÁK				
	Virágzók	Mérsékelt	Hervadók	Összes
18 év alatti (N=140)	55	70	15	140
	39,29 %	50,00%	10,71%	100%
18-20 év közöttiek (N=179)	62	107	10	179
	34,64%	59,78%	5,59%	100%
21-23 év közöttiek (N=243)	89	141	13	243
	36,63%	58,02%	5,35%	100%
24-29 év közöttiek (N=136 fő)	50	84	2	136
	36,77 %	61,76%	1,47%	100%
30 és e fölöttiek (N=115 fő)	56	55	4	115
	48,69%	47,83%	3,48%	100%
ÖSSZESEN	312	457	44	813
Mentális kategóriák %-os eloszlása a mintában	38,38%	56,21%	5,41%	

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy a vizsgált életkori csoportok és a mentális egészség kategóriák szignifikánsan összefüggnek ($\chi^2=19,835^a$ szf.:8 p=0,015). A fenti keresztábrában látható, hogy a 18 év alattiak közül 39,29% (55 fő) virágzó, 50,00% (70 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 10,71% (15 fő) hervadó.

A 18-20 év közöttiek esetében 34,64% (62 fő) virágzó, 59,78% (107 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 5,59% (10 fő) hervadó.

A 21-23 év közöttiek 36,63% (89 fő) virágzó, 58,02% (141 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 5,35% (13 fő) hervadó.

Az 24 - 29 év közöttiek 36,77%-a (50 fő) virágzó, 61,76%-a (84 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 1,47%-a (2 fő) pedig a hervadó.

30 és e fölöttiek 48,69%-a (56 fő) virágzó, 47,83%-a (55 fő) mentálisan mérsékeltén egészséges és 3,48%-a (4 fő) pedig a hervadó (25. Táblázat).

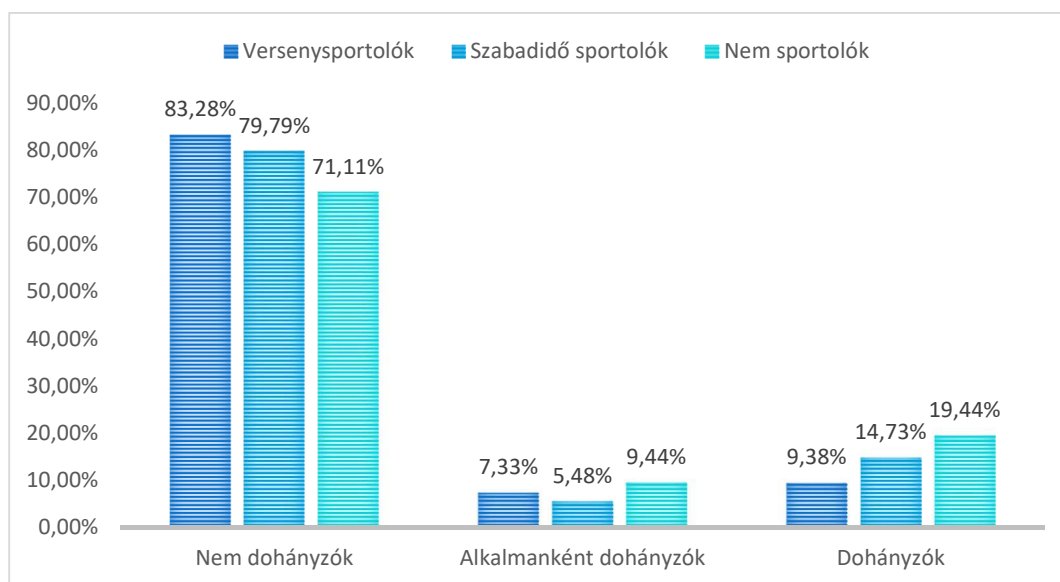
Abból a feltételezésből kiindulva, hogy az egyén egészségmagatartása nagymértékben befolyásolja az illető egészségi állapotát a szociodemográfiai kérdőívben rákérdeztem a szerfogyasztási szokásokra (Előfordul-e, hogy alkoholt iszik? és Előfordul-e, hogy dohányzik?). Arra kerestem a választ, hogy ha a vizsgált minta egészségmagatartását és a sportolási szokásait összevetve, megjelenik-e a sport védő szerepe? Továbbá, hogy a szerek fogyasztása összefüggésben van-e a mentális egészséggel?

26. Táblázat: Dohányzási szokások verseny-, szabadidő és nem sportolók körében a mintában

	Nem dohányzók	Alkalmanként dohányzók	Dohányzók
Versenysportolók	284	25	32
	83,28%	7,33%	9,38%
Szabadidő sportolók	233	16	43
	79,79%	5,48%	14,73%
Nem sportolók	128	17	35
	71,11%	9,44%	19,44%
Létszám (N)	645	58	110
Összesen %-ban	79,34%	7,13%	13,53%

Forrás: Saját szerkesztés

A 26. táblázatban látható tendenciát a sportolás védő szerepéről a dohányzással szemben a 19. ábra egyértelműen szemlélteti.



19. ábra: A sport szerepe a dohányzással szemben a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

Az 19. ábrán látható, hogy amíg a versenysportolók 83,28%-a nem dohányzik és csak 9,38%-a vallja magát dohányzónak, ez az arány a szabadidő sportolók körében romló tendenciát mutat (79,79%-uk nem dohányzik és 14,73%-uk dohányzik), végül a nem sportolók esetében a

legrosszabb az eredmény, a nem dohányzók aránya 71,11%-ra csökken és 19,44%-ra emelkedik azoknak a száma, akik dohányzónak jelölték magukat.

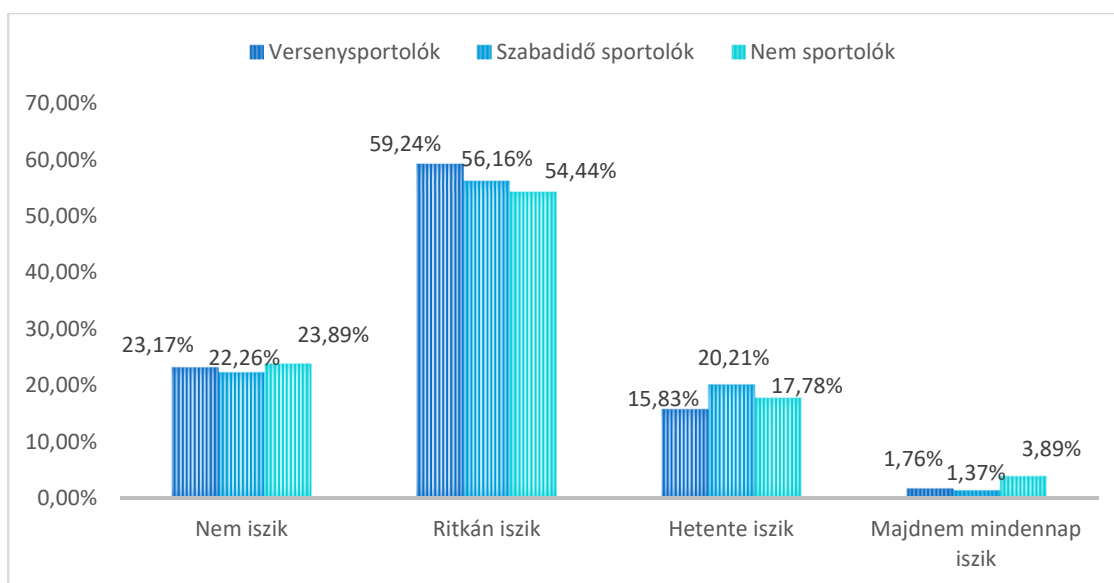
Amennyiben összevetjük a vizsgálati minta sportolási szokásait az alkoholfogyasztási szokásokkal, látható az, hogy a versenysportolók 82,41%-a egyáltalán nem, vagy csak ritkán iszik alkoholt, míg a szabadidő sportolóknál ez a szám 78,42% és a nem sportolók esetében 78,33% (27. Táblázat).

27. Táblázat: Alkoholfogyasztási szokások a mintában

	Soha	Ritkán	Hetente	Majdnem
Versenysportolók	79	202	54	6
	23,17%	59,24%	15,83%	1,76%
Szabadidő sportolók	65	164	59	4
	22,26%	56,16%	20,21%	1,37%
Nem sportolók	43	98	32	7
	23,89%	54,44%	17,78%	3,89%
ÖSSZESEN (N)	187	464	145	17
ÖSSZESEN %	23,00%	57,07%	17,84%	2,09%

Forrás: Saját szerkesztés

Bár a vizsgálati minta 23,00 %-a nem fogyaszt alkoholt a 20. ábra jól szemlélteti, hogy a vizsgálati mintában a versenysportolók inkább azok, akik a legnagyobb százalékban ritkán (havonta legyszer) fogyasztanak alkoholt, továbbá ők azok, akik a legkisebb százalékban isznak hetente. Ezzel szemben a szabadidősportolók és a nem sportolók magasabb százalékban isznak hetente alkoholt, míg a mindennapi alkohol fogyasztásban a nem sportolók érték el a legmagasabb értéket (3,89 %).



20. ábra: A sport szerepe az alkoholfogyasztási szokások tekintetében a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdésemet, hogy a pszichoaktív szerek, az esetben dohányzás és alkoholfogyasztás milyen hatással van a vizsgált minta mentális egészségére Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. A három dohányzó csoport szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség érzelmi és szociális jóllét dimenziójában (Szf: érzelmi jóllét: $p=0,005$; pszichológiai jóllét: $p=0,349$; szociális jóllét: $p=0,002$).

Az eredményeket az alábbi táblázat is alá támasztja, ahol láthatóak a mentális dimenziók átlag értékei dohányzási csoportok szerint. A táblázat jól szemlélteti, hogy a nem dohányzók átlagos értékei mindegyik jóllét kategória esetében magasabb értéket mutatnak, mint az alkalmanként dohányzóké vagy a dohányzóké (28. Táblázat).

28. Táblázat: Teljes minta mentális jóllétjének leíró statisztikái a dohányzási kategóriák szerint

	Érzelmi jóllét		Pszichológiai jóllét		Szociális jóllét	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Nem dohányzók (645 fő)	3,29	1,04	3,44	0,94	2,75	0,94
Alkalmanként dohányzók (58 fő)	3,01	1,16	3,34	1,01	2,59	0,97
Dohányzók (110 fő)	2,94	1,20	3,27	1,11	2,41	1,10

Forrás: Saját szerkesztés

Az alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított négy vizsgálati csoport szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség érzelmi ($p=0,014$) és pszichológiai jóllét ($p=0,028$) dimenziójában.

29. táblázatban látható, hogy az érzelmi és a pszichológiai jóllét esetében a ritkán ívóknál van a legmagasabb átlag érték, míg a szociális jóllét esetében a legmagasabb átlag érték a heti rendszerességgel ívóknál van.

29. Táblázat: Teljes minta mentális jóllétjének leíró statisztikái alkoholfogyasztási szokások szerint

	Érzelmi jóllét		Pszichológiai jóllét		Szociális jóllét	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Nem iszik (187 fő)	3,22	1,14	3,38	0,98	2,74	0,96
Ritkán (464 fő)	3,26	1,01	3,44	0,95	2,67	0,96
Hetente (145 fő)	3,23	1,12	3,43	0,97	2,75	1,02
Majdnem mindennap (17fő)	2,22	1,33	2,67	1,05	2,25	0,98

Forrás: Saját szerkesztés

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a sportolási csoportokat a motiváció tekintetében azt feltételezve, hogy a versenysportolóknál leginkább a belső motiváció dominál.

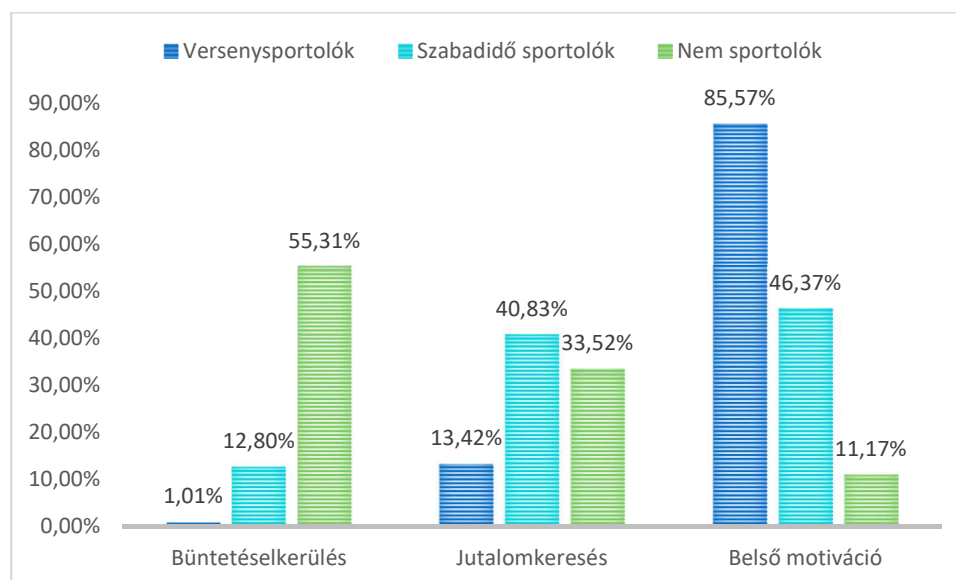
Ehhez a motivációt sportolási kategóriák szerint is bontottam. A táblázatban látható, hogy nem adott értékelhető választ a versenysportolók közül 47 fő, a szabadidő sportolóknál 3 fő és a nem sportolók esetében 1 fő (30. Táblázat).

30. Táblázat: Motiváció eloszlása sportolási kategóriák szerint a mintában

	Büntetés elkerülése		Jutalom keresése		Belső motiváció	
	N	%	N	%	N	%
Versenysportolók (N=298)	3	1,01%	40	13,42%	255	85,57%
Szabadidő sportolók (N=289)	37	12,80%	118	40,83%	134	46,37%
Nem sportolók (N=179)	99	55,31%	60	33,52%	20	11,17%

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy lényeges összefüggés tapasztalható a sportolási szokások és a motiváció között ($\chi^2=407,626^a$ szf.:8 $p<0,001$). Látható, hogy a versenysportolókra sokkal jellemzőbb a belső motiváció. A fenti keresztáblázatban látható, hogy a versenysportolók körében legnagyobb mértékben (85,57%-ban) a belső motiváció működik, 13,42%-nál jutalomkeresés és 1,01% esetében a büntetés elkerülése motivál. A szabadidő sportolók körében a 46,37%-ánál belső motiváció, míg a 40,83%-ánál jutalomkeresés a sportolásra mozgató erő. Nem sportolók 55,31%-nál a büntetéselkerülés, mint külső motiváció működik, míg a jutalom keresés 33,52%-ánál és csak 11,17%-ánál jelenik meg a belső motiváció (30. Táblázat). A fenti eredményeket a 21. ábra kiválóan szemlélteti.



21. ábra: Motiváció %-os eloszlása sportolási kategóriák szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a motiváció típusait a mentális egészség kategóriákkal azt feltételezve, hogy a virágzók inkább belső motivációval rendelkeznek.

31. Táblázat: A mentális egészség kategóriák és a motiváció összefüggései a mintában

	Belső motiváció	Jutalom keresés	Büntetés elkerülés	Nem értékelhető	Összes
Virágzók	176	80	41	15	312
	56,41%	25,64%	13,14%	4,81%	100%
Mentálisan mérsékeltén egészségesek	220	127	79	31	457
	48,14%	27,79%	17,29%	6,78%	100%
Hervadók	13	11	19	1	44
	29,45%	25,00%	43,18%	2,27%	100%
ÖSSZESEN	409	218	139	47	813

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy lényeges eltérés tapasztalható a motivációban a három mentális kategória tekintetében ($\chi^2=29,992^a$ szf.:8 $p<0,001$). A fenti keresztábrában látható, hogy a virágzók 56,41%-a belső motivációval rendelkezik, további 25,64%-a jutalomkereső és 13,14%-uk büntetés elkerülő. Ezzel szemben a hervadók csoportjában 43,18%-uk büntetés elkerülő motivációval bír. Látható, hogy minél rosszabb a mentális egészség szintje annál inkább a büntetés elkerülés működik, valamint ahogy csökken a mentális egészség, úgy csökken a belső motiváció (31. Táblázat).

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem a vizsgált csoportokat a család ösztönző magatartása szerint. A szülők ösztönző magatartásának az eloszlását sportolási kategóriák szerint a 32. táblázat mutatja, ahol egyértelműen látszik, hogy a versenysportolók körében a szülői támogatás 72,14%-os, a szabadidő sportolók körében ez 70,55%-ra csökken, míg a nem sportolók körében az ösztönzés a sportolásra a legkisebb, csupán 55%-os.

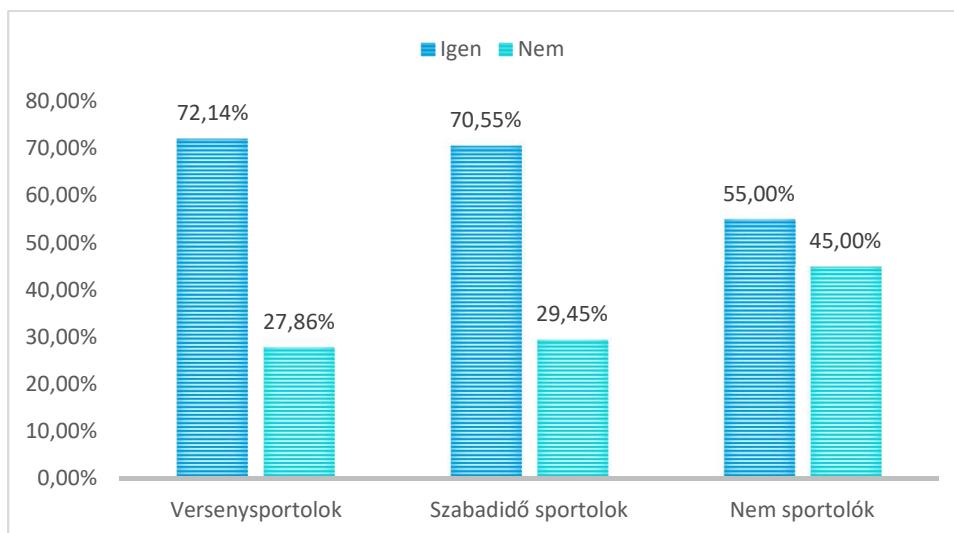
32. Táblázat: Család ösztönző magatartása sportolási kategóriákra bontva a mintában

		N	Összesen %
Versenysportolók (N=341)	Igen	246	72,14%
	Nem	95	27,86%
Szabadidő sportolók (N=292)	Igen	206	70,55%
	Nem	86	29,45%
Nem sportolók (N=180)	Igen	99	55,00%
	Nem	81	45,00%

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján elmondható, hogy szignifikánsan összefügg a két vizsgált kategória ($\chi^2=17,454^a$ szf.:2 $p<0,001$).

Az 22. ábrán látható, hogy a válaszadók azt is megjelölhették, hogy nem voltak ösztönözve a sportolásra családjuk részéről. A versenysportolók körében 27,86%-uk úgy érezte, hogy a családja nem ösztönözte a sportolásra, a szabadidő sportolóknál 29,45%-uk érezte ezt, míg a nem sportolók 45,00%-a nem érezte a szülők támogató magatartását.



22. ábra: Szülők ösztönző magatartása a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A kérdőív összeállítása során kíváncsi voltam arra is, hogy egy szülő támogató magatartása a gyermeke sportolását illetően együtt jár-e a saját elköteleződésével a sport iránt, vagyis milyen sportolási szokásai vannak a megkérdezettek szüleinek. A kérdés (milyenek a szülők (anya, apa külön-külön) sportolási szokásai?) elemzéséhez a lehetséges válaszokat (nem szokott sportolni, csak ritkán (havonta 1-2), hetente 1, hetente 2-3, hetente 4-5 alkalommal is többet sportol) három kategóriába rendeztem:

Aktív sportolók: hetente 4-5 alkalomnál is többet sportol;

Időnként sportolók: hetente 1-szer, hetente 2-3-szor sportol;

Nem sportolók: (nem szokott sportolni, csak ritkán (havonta 1-szer - 2-szer sportol)).

A kérdés válaszait összesítve a következő eredményeket kaptam: A válaszadók szerint az anyák 2,21%-a (18 fő) aktív sportoló, 26,08%-a (212 fő) időnként sportol, míg 71,71%-a (583 fő) nem sportol (33. Táblázat).

33. Táblázat: Anyák sportolási aktivitása a mintában

Anyák aktivitása		
	N	%
Aktív sportolók	18	2,21%
Időnként sportolók	212	26,08%
Nem sportolók	583	71,71%

Forrás: Saját szerkesztés

Apák esetében is hasonló a helyzet: apák 3,94%-a (32 fő) aktívan sportol, 24,11%-a (196 fő) időnként sportol, míg 71,95%-a (585 fő) egyáltalán nem sportol (34. Táblázat).

34. Táblázat: Apák sportolási aktivitása a mintában

Apa aktivitása		
	N	%
Aktívan sportolók	32	3,94%
Időnként sportolók	196	24,11%
Nem sportolók	585	71,95%

Forrás: Saját szerkesztés

Összefoglalva látható, hogy nincs lényeges eltérés a sportolási szokásokban a szülőpárok esetében (35. Táblázat).

35. Táblázat: Szülők sportolási aktivitása sportolási kategóriákra bontva a mintában

		Aktív sportolók		Időnként sportoló szülők		Nem sportolók	
		N	%	N	%	N	%
Versenysportolók	<i>Anya</i>	10	2,93%	109	31,97%	222	65,10%
	<i>Apa</i>	20	5,87%	102	29,91%	219	64,22%
Szabadidő sportolók	<i>Anya</i>	5	1,71%	79	27,06%	208	71,23%
	<i>Apa</i>	6	2,05%	73	25,00%	213	72,95%
Nem sportolók	<i>Anya</i>	3	1,67%	24	13,33%	153	85,00%
	<i>Apa</i>	6	3,33%	21	11,67%	153	85,00%
Összesen anya (N=813)		18	2,21%	212	26,08%	583	71,71%
Összesen apa (N=813)		32	3,94%	196	24,11%	585	71,95%
Összesen (N=1626)		50	3,08%	408	25,09%	1168	71,83%

Forrás: Saját szerkesztés

Függetlenség-vizsgálat segítségével összevettem azt, hogy a versenysportolók szülei sportban aktívabbak -e, mint a nem sportolóké. Az eredmények alapján elmondható, hogy szignifikáns összefüggés tapasztalható a három sportolási csoportban az anyák ($\chi^2=23,740^a$ szf.:4 $p<0,001$) és az apák ($\chi^2=29,564^a$ szf.:4 $p<0,001$) sportolási szokásai tekintetében.

A következő táblázat is jól szemlélteti az eredményeket, ahol látható, hogy összesen 50 szülő sportol aktívan és 60,00%-uk (30 fő) éppen a versenysportolók szülei; az aktívan sportoló szülőknek 22,00%-a (11 fő) szabadidősportolók és 18,00%-a (9 fő) a nem sportolók szülei. Továbbá látható, hogy az alkalmanként sportoló szülők 51,72%-ának versenysportoló lett gyermeke, további 37,25%-ának a szabadidő sportoló és csak 11,03%-ának nem sportolnak a gyermekei (36. Táblázat).

36. Táblázat: Szülők sportolási aktivitása a gyermekeik sportolási kategóriái szerint a mintában

	Versenysportolók szülei		Szabadidő sportolók szülei		Nem sportolók szülei		Összes
	N	%	N	%	N	%	
Aktívan sportoló szülők	30	60,00%	11	22,00%	9	18,00%	50
Időnként sportoló szülők	211	51,72%	152	37,25%	45	11,03%	408
Nem sportoló szülők	441	37,76%	421	36,04%	306	26,20%	1168

Forrás: Saját szerkesztés

4.2. A SPORT ÉS A MEGKÜZDÉS KAPCSOLATA

II. HIPOTÉZIS – Feltételezem, hogy az aktív megküzdési formák jobban jellemzőek sportolókra, mint a nem sportolókra.

Kutatásom második hipotézisében a megküzdési stratégiák alkalmazását mértem fel a vizsgálati minta esetében. Azt feltételeztem, hogy a versenysportolók inkább aktív megküzdési stratégiákat alkalmaznak, mint a passzív megküzdést.

A megküzdési stratégiák felmérésére a korábban (3. 1. 1. alfejezet) részletesen bemutatott Megküzdési MódoK Kérdőív rövidített változata szolgált. A megküzdési stratégiákat mérő kérdőív négy faktort tartalmaz: kognitív átstrukturálódás, feszültségredukció, problémaelemzés és passzív megküzdés. Az első három faktort aktív megküzdésként, míg a negyedik faktort (passzív megküzdés) passzív megküzdésként értelmeztem.

A teljes minta tekintetében a 37. táblázatban a konfliktusmegoldó stratégiák négy faktorának a minimum és a maximum értékei, továbbá faktoronként az átlag és a szórás értékei láthatóak.

37. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikái a mintában

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Kognitív átstrukturálódás	813	0,00	4,00	2,61	0,50
Feszültségredukció	813	0,00	4,00	1,80	0,63
Problémaelemzés	813	0,00	4,00	2,81	0,46
Passzív megküzdés	813	0,00	4,00	1,62	0,65

Forrás: Saját szerkesztés

A Pearson-féle korrelációs értékeket tartalmazó táblázat (38. Táblázat) bemutatja a kapcsolat erősségét a változók között. A kognitív átstrukturálódás és a feszültségredukció esetében enyhe korrelációs kapcsolat van, a problémaelemzés esetében közepes, míg a passzív megküzdés esetében gyenge kapcsolat van. A problémaelemzés gyenge kapcsolatban van a passzív

megküzdéssel és a feszültségredukcióval. A feszültségredukció és a passzív megküzdés között közepes kapcsolat van.

38. Táblázat: A megküzdési stratégiák Pearson-féle korrelációs értékei a mintában

Pearson-féle korreláció	Kognitív átstrukturálódás	Feszültség redukció	Probléma elemzés	Passzív megküzdés
Kognitív átstrukturálódás	1	0,077*	0,380**	0,160**
Feszültségredukció		1	0,175**	0,334**
Problémaelemzés			1	0,118**
Passzív megküzdés				1

* : A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** : A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

A hipotézisem igazolásához először megvizsgáltam, hogyan működnek a megküzdési stratégiák a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében. Feltételezésemet, hogy a versenysportolók inkább aktív megküzdési stratégiákat alkalmaznak, mint passzív stratégiát, Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. A három vizsgált csoport csak a kognitív átstrukturálódásban mutatott (Szf: $p=0,007$) szignifikáns különbséget.

A megküzdési stratégiák átlag értékeit és szórásait mutatja a 39. táblázat a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében, ahol látható, hogy a kognitív átstrukturálódás esetében a verseny- és a szabadidő sportolók nagyobb átlagértékeket értek el, mint az inaktívak. Továbbá a feszültségredukcióban, problémaelemzésben is enyhe eltérés látható a két sportoló csoport javára, míg a passzív megküzdésben a nem sportolók értek el nagyobb értéket.

39. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikái verseny-, szabadidő és a nem sportolók körében a mintában

	Versenysportolók (N=341)		Szabadidő sportolók (N=292)		Nem sportolók (N=180)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Kognitív átstrukturálódás	2,64	0,47	2,64	0,49	2,48	0,54
Feszültségredukció	1,77	0,62	1,79	0,62	1,89	0,67
Problémaelemzés	2,82	0,46	2,83	0,40	2,76	0,53
Passzív megküzdés	1,59	0,65	1,64	0,62	1,65	0,72

Forrás: Saját szerkesztés

A hipotézis további bizonyításához megvizsgáltam a nemek közötti különbségeket a megküzdési stratégiák tekintetében a Mann-Whitney próba segítségével és azt tudtam kimutatni, hogy a nők szignifikánsan (Szf: $p=0,017$) passzívabb megküzdéssel bírnak, mint a férfiak, továbbá szignifikáns eltérést találtam (Szf: $p<0,001$) a problémaelemzés tekintetében is.

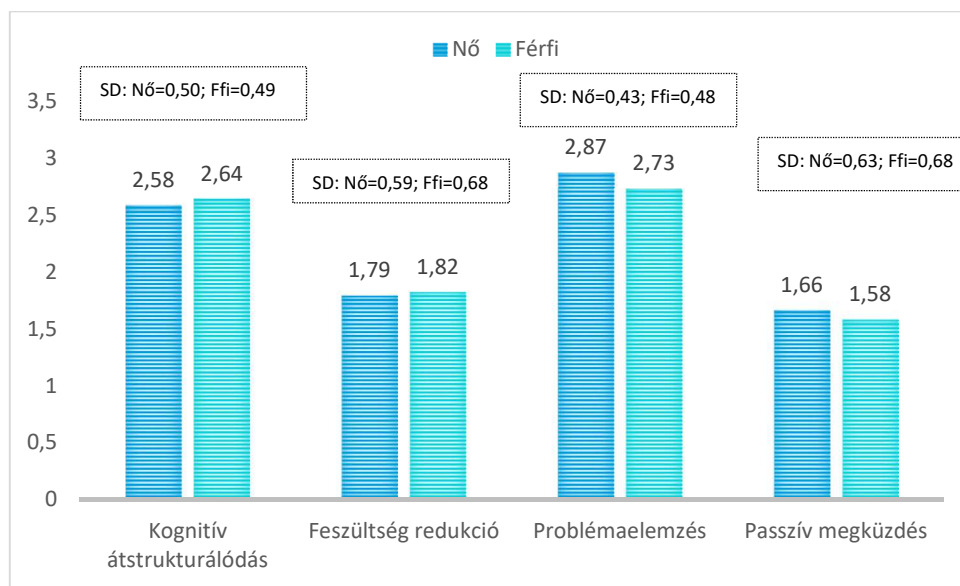
A 40. táblázat mutatja a nemek közötti eltéréseket a megküzdési stratégiák tekintetében, ahol látható, hogy a kognitív átstrukturálódásban és a feszültségredukcióban férfiak, míg a problémaelemzésben és a passzív megküzdésben a nők érték el magasabb átlag értékeket.

40. Táblázat: Nemek közötti leíró statisztikák a megküzdés tekintetében a mintában

		Kognitív átstrukturálódás	Feszültség redukció	Problémaelemzés	Passzív megküzdés
Nő N=442fő	Átlag	2,58	1,79	2,87	1,66
	Szórás	0,50	0,59	0,43	0,63
Férfi N=371	Átlag	2,64	1,82	2,73	1,58
	Szórás	0,49	0,68	0,48	0,68

Forrás: Saját szerkesztés

A kapott átlagokat a 23. ábra is szemlélteti.



23. ábra: Nemek szerinti átlag értékek a megküzdési stratégiák tekintetében a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

Kruskal-Wallis H-próbával megvizsgáltam, hogyan alakulnak a megküzdési stratégiák életkori kategóriákban és látható, hogy a feszültség redukcióban (Szf: $p < 0,001$), a probléma elemzésben (Szf: $p < 0,001$) és a kognitív átstrukturálódásban (Szf: $p = 0,045$) van szignifikáns különbség az életkori kategóriák szerint.

A megküzdési stratégiák átlag értékeit és szórásait, az életkori kategóriák tekintetében, mutatja az 41. táblázat. Látható, hogy a kognitív átstrukturálódás legkisebb átlag értéke a 18 év alattiaknak van (2,51) és a legmagasabb (2,67) a 30 év és a fölöttiekénél. A feszültségredukció esetében fordított tendencia jelentkezett, a 18 év alattiak átlag értéke a legmagasabb (1,91), míg a 30 éves és a fölöttieké a legalacsonyabb (1,55). A problémaelemzés a vizsgálati minta legfiatalabb és legidősebb csoportjaiban mutatja a legalacsonyabb átlag értéket, míg a 21-23, illetve 24-29 év közöttiekénél a legmagasabb átlag értéket. A passzív megküzdési stratégia átlag

értékei a 18 év alattiaknál, illetve a 30 éves és a fölöttiekénél mutatták a legalacsonyabb értéket, míg a többi életkori kategóriában hasonlóan magasak az értékek (41. Táblázat).

41. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikák életkori kategóriák szerint a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
18 év alatti (N=140)	Kognitív átstrukturálódás	1,00	4,00	2,51	0,60
	Feszültség redukció	1,00	4,00	1,91	0,74
	Problémaelemzés	1,00	3,75	2,66	0,46
	Passzív megküzdés	1,00	4,00	1,55	0,63
18-20 év közöttiek (N=179)	Kognitív átstrukturálódás	1,00	4,00	2,64	0,52
	Feszültség redukció	1,00	4,00	1,84	0,65
	Problémaelemzés	1,00	4,00	2,82	0,53
	Passzív megküzdés	1,00	3,50	1,64	0,64
21-23 év közöttiek (N=243)	Kognitív átstrukturálódás	1,29	4,00	2,59	0,46
	Feszültség redukció	1,00	3,67	1,87	0,62
	Problémaelemzés	1,75	4,00	2,87	0,43
	Passzív megküzdés	1,00	4,00	1,69	0,71
24-29 év közöttiek (N=136 fő)	Kognitív átstrukturálódás	1,29	4,00	2,66	0,41
	Feszültség redukció	1,00	4,00	1,75	0,58
	Problémaelemzés	2,00	4,00	2,87	0,38
	Passzív megküzdés	1,00	3,00	1,62	0,65
30 éves és a fölöttiek (N=115 fő)	Kognitív átstrukturálódás	1,14	3,86	2,67	0,48
	Feszültség redukció	1,00	4,00	1,55	0,47
	Problémaelemzés	1,50	3,75	2,79	0,45
	Passzív megküzdés	1,00	3,50	1,54	0,61

Forrás: Saját szerkesztés

A teljes mintát dohányzási szokások alapján csoportosítottam és megvizsgáltam, hogy van-e különbség a dohányzó csoportok között a megküzdési stratégiák használatában. A kérdést Kruskal-Wallis H-próbával vizsgáltam és az eredmények azt mutatták, hogy csak a feszültségredukció dimenzióban szignifikáns eltérés tapasztalható (Szf: $p < 0,001$).

A különbségeket az alábbi táblázat is alátámasztja, ahol látható, hogy a feszültségredukció esetében lényeges különbségek tapasztalhatóak az átlag értékek között. A dohányzók szignifikánsan magasabb átlag értéket értek el a nem dohányzókkal szemben (42. Táblázat).

42. Táblázat: A megküzdést leíró statisztikák a dohányzás tekintetében a mintában

N		Kognitív átstrukturálódás	Feszültség redukció	Probléma elemzés	Passzív megküzdés
Nem dohányzók (N=645)	Átlag	2,60	1,72	2,81	1,62
	Szórás	0,46	0,58	0,44	0,65
Alkalmanként dohányzók (N=58)	Átlag	2,64	2,05	2,76	1,71
	Szórás	0,59	0,68	0,53	0,64
Dohányzók (N=110)	Átlag	2,62	2,16	2,81	1,61
	Szórás	0,66	0,76	0,52	0,70

Forrás: Saját szerkesztés

Az alkoholfogyasztási szokások alapján kialakított csoportok között különbséget Kruskal-Wallis H-próbával vizsgáltam a megküzdési stratégiák használatában és szignifikáns eltérést találtam a feszültségredukció (Szf: $p=0,014$), problémaelemzés (Szf: $p=0,009$) és a passzív megküzdés esetében (Szf: $p=0,006$).

A fent látható eredményeket az alábbi táblázat is megjeleníti (43. Táblázat).

43. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikák az alkoholfogyasztási szokások tekintetében a mintában

N		Kognitív átstrukturálódás	Feszültség redukció	Probléma elemzés	Passzív megküzdés
Soha (N=187)	Átlag	2,57	1,75	2,72	1,71
	Szórás	0,51	0,63	0,44	0,70
Ritkán (N=464)	Átlag	2,62	1,78	2,84	1,61
	Szórás	0,47	0,61	0,44	0,63
Hetente (N=145)	Átlag	2,63	1,88	2,82	1,50
	Szórás	0,55	0,63	0,48	0,62
Majdnem mindennap (N=17)	Átlag	2,49	2,33	2,73	1,94
	Szórás	0,60	0,96	0,71	0,77

Forrás: Saját szerkesztés

4.3. A DEPRESSZIÓ, A TESTKÉP, A REZILIENCIA, A STRESSZ ÉS A SPORT KAPCSOLATA A MENTÁLIS EGÉSZSÉGGEL

III. HIPOTÉZIS – *Feltételezem, hogy a sportolók kevésbé depresszívebbek, mint a nem sportolók, jobb testképük és jobb ellenállóképességük van, viszont a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív hatását.*

A harmadik hipotézisem bebizonyításához négy kérdőívet vettem alapul. A depresszióval kapcsolatos feltevéseimet a depresszió szint felmérésére a korábban (3.1.1. alfejezet) részletesen bemutatott Beck-féle depresszió kérdőív rövidített változata szolgált. A testkép felmérésére a korábban (3.1.1. alfejezet) részletesen bemutatott Tennessé Énkép Skála testkép alszálkáját használtam fel. Az ellenállóképesség felmérésére pedig a korábban (3.1.1. alfejezet) részletesen bemutatott 10 itemes Reziliencia Kérdőív magyar változatát használtam. Végül a harmadik hipotézisem utolsó részének bebizonyításához az észlelt stressz felmérésére a korábban (3.1.1. alfejezet) részletesen bemutatott Észlelt stressz kérdőív szolgált, amely mindössze négy kérdésből áll.

Először ismertetem mind a négy kérdőív átlag értékeit és szórásait, ezután sportolási kategóriák közötti különbségekre világítok rá, majd nemekre és korosztályokra bontva is ismertetem a kapott eredményeket, végül bemutatom, hogy a szerhasználat milyen hatással van a depresszióra, a testképre, a reziliencia képességére, valamint az észlelt stresszre.

A *depresszió* esetében a 44. táblázatban láthatóak a minimum, a maximum értékek. 12,90 az átlag értéke a teljes mintára nézve.

44. Táblázat: A depresszió, testkép, reziliencia és az észlelt stressz leíró statisztikái a mintában

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Depresszió	813	9,00	36,00	12,90	4,76
Testkép	813	1,61	5,00	3,67	0,60
Reziliencia	813	1,00	5,00	3,80	0,71
Észlelt stressz	813	0,50	5,00	2,44	0,77

Forrás: Saját szerkesztés

A depresszió tekintetében a különbségek megvizsgálásához a Kruskal-Wallis H-próbát használtam és a három vizsgált csoport (verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók) között depresszió esetében szignifikáns különbséget találtam (szf: $p < 0,001$).

A fenti eredményt a 45. táblázat megerősíti, ami a depresszió átlag értékeit és szórásait mutatja a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében. A versenysportolók depresszió átlag értéke enyhén meghaladja a szabadidő sportolók átlag értékét, azonban mindkét sportolási csoport átlag értékei lényegesen kisebbek, mint a nem sportolók átlag értékei.

45. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái sportolási csoportok szerint a mintában

	Versenysportolók (N=341)		Szabadidő sportolók (N=292)		Nem sportolók (N=180)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Depresszió	12,54	4,70	12,45	4,33	14,32	5,28

Forrás: Saját szerkesztés

Mann-Whitney próbával elemeztem a nemek közötti különbségeket a depresszió tekintetében és az tudtam kimutatni, hogy a férfiak szignifikánsan depresszívebbek, mint a nők (szf: $p = 0,039$).

46. Táblázat: Nemek közötti leíró statisztikák a depresszió tekintetében a mintában

Depresszió - Statisztika		
Nő (N =442 fő)	Átlag	12,58
	Szórás	4,53
Férfi (N=371 fő)	Átlag	13,28
	Szórás	5,01

Forrás: Saját szerkesztés

A 46. táblázatban látható, hogy a férfi minta által elért átlag érték 13,28, míg a nők 12,58 átlag értéket értek el.

Kruskal-Wallis H-próbával megvizsgáltam, hogyan alakul a depresszió az életkori kategóriákban és szignifikáns eltérést tapasztaltam (Szf: $p < 0,001$).

Tovább elemezve az adatokat, látható, hogy a mintában a legfiatalabb csoportnak van legmagasabb depresszió átlag értéke, míg a legidősebbek érték el a legalacsonyabb értéket (47. Táblázat).

47. Táblázat: Korosztályok szerinti leíró statisztikák a depresszió tekintetében a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
Depresszió	18 év alatti (N=140)	9,00	36,00	14,30	5,54
	18-20 év közöttiek (N=179)	9,00	32,00	13,28	5,16
	21-23 év közöttiek (N=243)	9,00	32,00	12,99	4,48
	24-29 év közöttiek (N=136 fő)	9,00	31,00	12,07	4,32
	30 éves és a fölöttiek (N=115 fő)	9,00	28,00	11,40	3,49

Forrás: Saját szerkesztés

Hasonlóan az előzően vizsgált változókhoz arra is kerestem a választ, hogy a pszichoaktív szerek, esetünkben a dohányzás és az alkoholfogyasztás milyen hatással vannak az depresszióra. Kruskal-Wallis H-próba segítségével megállapítottam, hogy a dohányzás esetében nincs szignifikáns eltérés ($p=0,218$) a depresszió viszonylatában. A dohányzási szokások alapján kialakított csoportok depresszió átlag értékeit figyelve látható, hogy a nem dohányzó csoport átlag értéke 12,73, alkalmi dohányzóké 13,86 és a dohányzóké 13,42 (48. Táblázat).

48. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái a dohányzási szokások tekintetében a mintában

Depresszió				
	Min	Max	Átlag	Szórás
Nem dohányzók (N=645)	9,00	33,00	12,73	4,60
Alkalmanként dohányzók (N=58)	9,00	27,00	13,86	5,24
Dohányzók (N=110)	9,00	36,00	13,42	5,40

Forrás: Saját szerkesztés

Az alkoholfogyasztási szokások esetében viszont szignifikáns eltérés tapasztalható ($p=0,010$). Az alkoholfogyasztás szerint kialakított csoportok átlag értékeit figyelve látható, hogy azoknál, akik soha nem isznak a depresszió átlag értéke 13,45, azoknál, akik ritkán fogyasztanak alkoholt 12,45, azoknál, akik heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt 11,00 és végül azoknál, akik majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt 15,00 (49. Táblázat).

49. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái az alkoholfogyasztás tekintetében a mintában

Depresszió	Min	Max	Átlag	Szórás
Soha (N=187)	9,00	32,00	13,45	5,11
Ritkán (N=464)	9,00	33,00	12,45	4,29
Hetente (N=145)	9,00	33,00	11,00	4,90
Majdnem mindennap (N=17)	9,00	36,00	15,00	8,31

Forrás: Saját szerkesztés

A 49. táblázatból látható az, hogy a depresszió esetében azok, akik egyáltalán nem, illetve majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt magasabb átlag értéket értek el azokhoz képest, akik ritkán vagy hetente fogyasztanak alkoholt.

Azt, hogy a sportolás intenzitása szerint kialakított három vizsgálati csoport esetében hogyan alakul a *testkép* és van-e különbség a három vizsgált csoport között a Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. A három csoport (verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók) esetében a testkép tekintetében szignifikáns különbséget találtam (szf: $p < 0,001$) a versenysportolók javára szabadidő sportolókkal és a nem sportolókkal szemben.

A 50. táblázatban láthatóak a vizsgált minta testkép átlag értékei és szórásai a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében. A táblázatban látható, hogy a versenysportolók testkép átlag értéke lényegesen meghaladja a szabadidő sportolók vagy a nem sportolók által elért értékeket.

50. Táblázat: A testkép leíró statisztikai sportolási csoportok szerint a mintában

	Versenysportolók (N=341)		Szabadidő sportolók (N=292)		Nem sportolók (N=180)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Testkép	3,90	0,56	3,63	0,58	3,32	0,53

Forrás: Saját szerkesztés

Mann-Whitney próba segítségével elemeztem a nemek közötti különbségeket, ahol tendencia szintű eltérés tapasztalható (szf: $p = 0,098$), a férfiak értek el magasabb átlag értéket.

Sportolási intenzitástól és a vizsgálati minta nemétől függetlenül a kutatásom során arra is kerestem a választ, hogy az életkor előrehaladtával hogyan alakul a testkép. Az életkor szerint kialakított vizsgálati csoportok esetében azt, hogy van-e különbség az öt vizsgált csoport között a Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. Az öt korcsoport esetében a testkép tekintetében nem találtam szignifikáns különbséget (szf: $p=0,156$).

Az egyén egészségmagatartása nagymértékben befolyásolhatja az egyén magáról alkotott képét, így arra is kíváncsi voltam, hogy van-e szignifikáns eltérés a dohányzási vagy alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított csoportokban? Feltételezésemet, miszerint van különbség a dohányzási csoportok között a testkép tekintetében Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. Azt az eredményt kaptam, hogy a megvizsgált csoportok esetében tendencia szintű különbség tapasztalható (szf: $p=0,073$). A dohányzási szokások szerint kialakított csoportok testkép átlag értékeit figyelve látható, hogy a nem dohányzó csoport átlag értéke 3,70, alkalmi dohányzóknál az átlag érték 3,61 és a dohányzó csoport átlag értéke 3,58. Elmondható, hogy

minél többet dohányzik valaki, annál inkább rosszabb a testképe.

Az alkoholfogyasztási szokások szerinti csoportok esetében is tendencia szintű eltérés tapasztalható a testkép tekintetében (szf: $p=0,090$). Az alkoholfogyasztás szerint kialakított csoportok a testkép átlag értékeit figyelve látható, hogy azoknak, akik soha nem isznak az átlag értéke 3,62, azoknak, akik ritkán fogyasztanak alkoholt 3,70, továbbá azoknak, akik heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt 3,66 az átlag értékük és végül azoknak, akik majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt 3,36 az átlag értékük.

A kapott eredmények alapján, elmondható, hogy a sport pozitív hatással van a testképre, illetve a testkép tekintetében megjelenik a sport védő szerepe a káros szenvedélyekkel szemben, az esetemben a dohányzás és az alkoholfogyasztással szemben. Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy minél inkább sportol valaki, annál kevesebbet dohányzik és fogyaszt alkoholt, valamint minél inkább sportol valaki, annál inkább lesz jobb a testképe.

Azt, hogy milyen szerepe van a sportnak a *reziliencia* esetében Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem. A három vizsgált csoport között szignifikáns eltérés van (szf: $p<0,001$).

A 51. táblázat a reziliencia átlag értékeit és szórásait mutatja a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében, ahol lehet látni, hogy a versenysportolók érték el a legmagasabb átlag értéket 3,91, míg a nem sportolók a legalacsonyabbat (3,57).

51. Táblázat: Reziliencia leíró statisztikák sportolási csoportok szerint a mintában

	Versenysportolók (N=341)		Szabadidő sportolók (N=292)		Nem sportolók (N=180)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Reziliencia	3,91	0,70	3,83	0,69	3,57	0,75

Forrás: Saját szerkesztés

Mann-Whitney próbával elemeztem a nemek közötti különbséget a reziliencia tekintetében és az tudtam kimutatni, hogy a nők szignifikánsan reziliensebbek, mint a férfiak ($p=0,005$).

A nemek vizsgálata alapján a reziliencia esetében a férfiak átlag értéke 3,73, míg a nőké 3,86.

Azt, hogy hogyan alakul a reziliens képesség életkor elteltével Kruskal-Wallis H-próbával vizsgáltam és a kapott eredmények szerint van szignifikáns különbség az életkori korosztályok között ($p<0,001$).

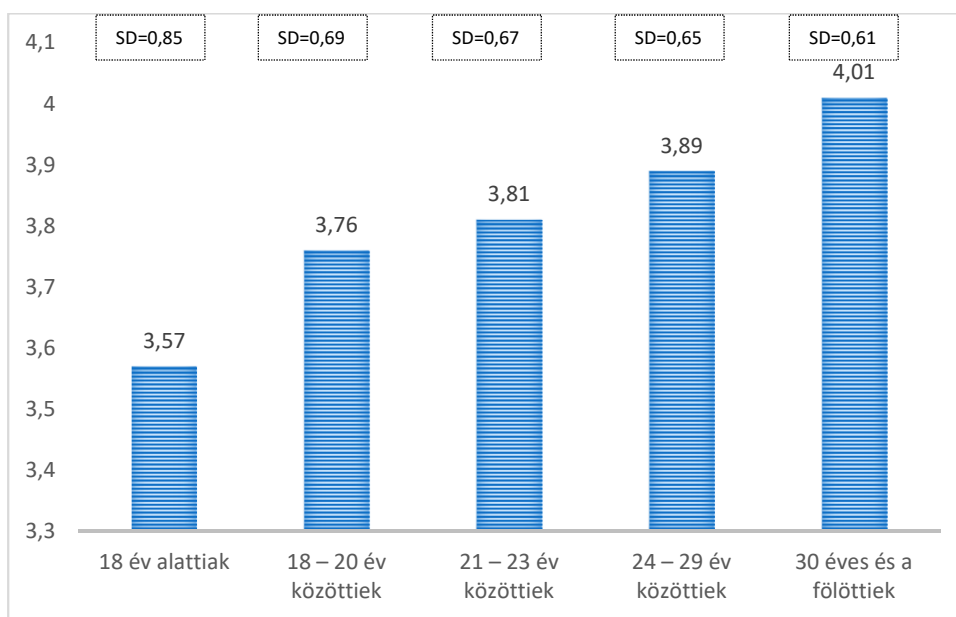
A fenti eredményt a 52. táblázat alátámasztja, ahol látható, hogy életkor előrehaladtával nő az ellenálló képesség a vizsgált mintán.

52. Táblázat: Életkori csoportok közötti leíró statisztikák a reziliencia tekintetében a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
Reziliencia	18 év alatti (N=140)	1,00	5,00	3,57	0,85
	18-20 év közöttiek (N=179)	1,40	5,00	3,76	0,69
	21-23 év közöttiek (N=243)	1,60	5,00	3,81	0,67
	24-29 év közöttiek (N=136 fő)	2,00	5,00	3,89	0,65
	30 éves és a fölöttiek (N=115 fő)	1,90	5,00	4,01	0,61

Forrás: Saját szerkesztés

Az ellenállóképesség fejlődését az életkor előrehaladtával a 24. ábra is jól mutatja.



24. ábra: Reziliencia átlag értékei életkori csoportok szerint a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

A kutatásban arra is kerestem a választ, hogy a pszichoaktív szerek, ez esetben a dohányzás és az alkoholfogyasztás milyen hatással vannak a vizsgált minta ellenálló képességére. A dohányzási szokások esetében tendencia szintű eltérés tapasztalható ($p=0,068$). A dohányzási szokások szerint kialakított csoportok reziliencia átlag értékeit figyelve látható, hogy a nem dohányzó csoport átlag értéke 3,83, alkalmi dohányzóknál az átlag érték 3,65 és a dohányzó csoport átlag értéke 3,69.

Az alkoholfogyasztási szokásokban nem találtam szignifikáns eltérést ($p=0,197$). Az alkoholfogyasztás szerint kialakított csoportok átlag értékeit figyelve látható, hogy azoknál, akik soha nem isznak, illetve ritkán fogyasztanak alkoholt a reziliencia átlag értéke 3,82, azoknál, akik heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt 3,74, végül azoknál, akik majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt 3,45.

Az észlelt stressz tekintetében a hipotézisem bebizonyításához először is Kruskal-Wallis H-próbával teszteltem, hogy a megélt stressz tekintetében van-e különbség a három sportolási csoport között. A három vizsgálati csoport (verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók) között az észlelt stresszt tekintetében tendencia jellegű különbséget találtam ($p=0,069$).

A 53. táblázat, amely az észlelt stressz átlag értékeit és szórásait mutatja a verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében tovább igazolja a kapott eredményeket.

53. Táblázat: Az észlelt stressz leíró statisztikák sportolási csoportok szerint a mintában

	Versenysportolók (N=341)		Szabadidő sportolók (N=292)		Nem sportolók (N=180)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Észlelt stressz	2,38	0,77	2,46	0,77	2,53	0,78

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények további tisztázása érdekében megvizsgáltam, hogy a nemek közötti különbségek kirajzolódnak-e az észlelt stressznél. Mann-Whitney próbával elemeztem a nemek közötti különbségeket az észlelt stressz tekintetében, azonban a szignifikáns eltérés nem tudtam kimutatni ($p=0,474$). Nemek közötti eltérés az észlelt stressz tekintetében minimális, a férfiak által elért átlag érték 2,41 és a nők átlag értéke 2,47.

Kruskal-Wallis H-próbával hasonlítottam össze az életkori csoportokat és látható, hogy van szignifikáns eltérés az életkori csoportok között ($p<0,001$).

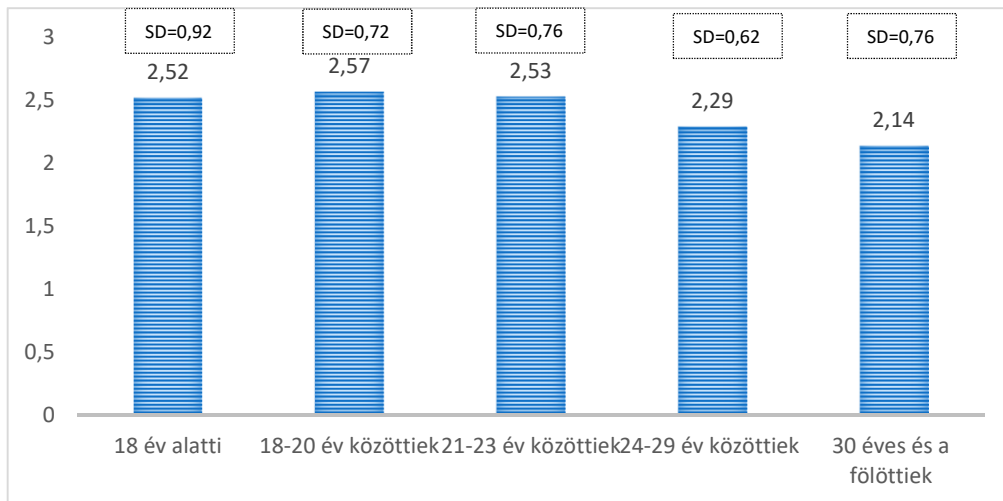
A fenti eredményt a 54. táblázat is alátámasztja, ahol lehet látni, hogy az észlelt stressz tekintetében van egy hirtelen ugrás az ifjú és a fiatal felnőtt kor között, vagyis a 24 évesek és az ettől idősebbek lényegesen kisebb átlag értéket értek el, mint a 24 éves kor alattiak.

54. Táblázat: Életkor közötti leíró statisztikák az észlelt stressz tekintetében a mintában

N		Min.	Max.	Átlag	Szórás
Észlelt stressz	18 év alatti (N=140)	1,00	5,00	2,52	0,92
	18-20 év közöttiek (N=179)	1,00	5,00	2,57	0,72
	21-23 év közöttiek (N=243)	0,50	5,00	2,53	0,76
	24-29 év közöttiek (N=136 fő)	1,00	3,75	2,29	0,62
	30 éves és a fölöttiek (N=115)	1,00	4,50	2,14	0,76

Forrás: Saját szerkesztés

A 54. táblázatban látható eredményeket a 25. ábra is jól szemlélteti.



25. ábra: Az átlag értékek életkor szerint az észlelt stressz tekintetében a mintában

Forrás: Saját szerkesztés

Vizsgálatom során arra is kerestem a választ, hogy a pszichoaktív szerek, esetünkben a dohányzás és az alkoholfogyasztás milyen hatással vannak az észlelt stresszre. A dohányzás esetében nincs szignifikáns eltérés ($p=0,104$). A dohányzási szokások alapján kialakított csoportok az észlelt stressz esetében elért átlag értékeit figyelve megállapítható, hogy a nem dohányzó csoport átlag értéke 2,42, alkalmi dohányzóknál az átlag érték 2,66 és a dohányzó csoport átlag értéke 2,48.

Hasonló eredmény volt az alkoholfogyasztás esetében is ($p=0,820$). Az alkoholfogyasztás szerint kialakított csoportok átlag értékeit figyelve látható, hogy azoknál, akik soha nem isznak az észlelt stressz átlag értéke 2,45, azoknál akik ritkán fogyasztanak alkoholt 2,44, azoknál akik heti rendszerességgel fogyasztanak alkoholt 2,42 és végül azoknál akik majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt 2,60.

4.4. MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS VIZSGÁLATA

IV. HIPOTÉZIS - *Feltételezem, hogy a munkáltatók számára nyilvánvaló, hogy az egészséges (mentálisan is egészséges) munkavállaló hatékonyabb, ezért egészségfejlesztő és sport tevékenységüket támogatják.*

A munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatásban szakértői interjúval hét cégvezetőt kerestem meg, akik összesen 1544 munkavállalót irányítanak.

A szakértői interjúban lévő kérdéseket hat fő csoportba csoportosítottam. Egy felől kíváncsi voltam arra, hogy egy-egy vállalatvezető hogyan viszonyul a sporthoz, milyenek az ő sportolási szokásai (Ön sportol? Milyen rendszerességgel? Mit? Egyéni vagy csapatsport?).

Más felől kíváncsi voltam arra, hogy a cégvezetők ismerik e a sport jótékony hatásait a fizikai és a mentális egészségre egyaránt.

A harmadik kérdéscsoportban a vállalatvezetők dolgozóikkal kapcsolatos ismereteit mértem fel, valamint azt, hogy mennyire tartják fontosnak, hogy a dolgozók sportoljanak, kiegyensúlyozottak legyenek.

Negyedik kérdéscsoportba tartoznak azok a kérdések, ahol a vállalatvezetőnek beszélnie kellett az egészségfejlesztő programok fontosságáról, jelentőségéről, valamint arról, hogy ezek milyen szerepet játszanak a munkavállaló megnyerésében és megtartásában.

Az ötödik kérdéscsoportban azokat a kérdésekre kapott válaszokat összesítettem, ahol a vállalatvezetők beszámolnak arról, hogy milyen a munkavállalók egészségi állapota, milyen egészségügyi problémákkal találkoznak leginkább. Külön kérdeztem rá a stressz és a depresszió jelenlétére a munkavállalók körében, illetve arra, hogy milyen intézkedések vannak a cégvezetők részéről ezzel kapcsolatban. Kíváncsi voltam arra is, hogy milyen tényezők jelennek meg egy-egy vállalat esetében a munkahelyi jóllét elemeiként.

Végül, a hatodik kérdéscsoport olyan ismert hazai vagy nemzetközi vállalati jó gyakorlatra vonatkozott, melyet a vállalatvezető ismer és szívesen bevezetne cégénél a munkavállaló mozgásának fejlesztése érdekében, vagy a munkavállaló mentális egészségének megőrzése érdekében.

Az összesített válaszok első csoportjában a vállalatvezetők sporthoz való viszonyulást mutatom be. A vállalatvezetők közül 6-an (1344 fő vezetője) sportolnak és 1 fő (200 fő vezetője) nem sportol. A sportoló vezetők mindegyike 3-4 alkalommal mozog hetente. 2 fő az egyénileg szervezett sportolást preferálja (konditerembe jár, saját testsúlyos edzésekre), 3 fő a páros sportolást (tenisz és thaibox), végül a 1 fő a csapat sportot (teremfoci heti 2 alkalommal, mellette konditerem szintem heti 2 alkalommal).

A megkérdezett vezetők a sportot saját maguk szempontjából egy 1-től 5-ig terjedő (1- egyáltalán nem fontos; 2 - kicsit fontos; 3 –közepesen fontos; 4 – inkább fontos; 5 – nagyon fontos) skálán inkább fontosnak vélik, az értékelés 4,57-es átlagot hozott.

Az összesített válaszok második csoportja a vállalatvezetők ismereteit mérte fel azzal kapcsolatban, hogy tisztában vannak-e a következő kutatási eredményekkel:

- a sportolás hatására nő a munkavállaló teljesítő képessége/produktivitása;
- a sportolás hatására a betegállományban töltött napok száma csökken;

- sportolás hatására a szorongásra és a depresszióra való hajlam csökken (véd a depresszióval szemben);
- a sportolás fejleszti az ellenállóképességet a stresszel és a nehézségekkel szemben;
- a sportnak védő szerepe van a mentális egészség esetében.

Az összes vállalatvezető (100%-uk) ismerte a sportolás jótékony hatásait a teljesítőképesség növelésében, az ellenállóképesség fejlesztésében, valamint a sport védő szerepét a mentális állapot tekintetében. Ezzel szemben a megkérdezett vezetők közül 5 fő (akik összesen 1266 munkavállalót irányítanak) tudta azt, hogy a sportolással a betegállományban töltött napok száma csökken és 2 fő (akik összesen 278 munkavállalót irányítanak) nem tudta ezt. Továbbá a megkérdezett vezetők közül 6 fő (akik összesen 1466 munkavállalót irányítanak) tudta, hogy sportolással csökken a szorongás és a depresszió és 1 fő (aki összesen 78 munkavállalót irányít) nem tudta ezt.

Az összesített válaszok harmadik csoportjában a vállalatvezetők dolgozóikkal kapcsolatos ismereteit mértem fel azzal kapcsolatban, hogy mennyire tartják fontosnak, hogy a dolgozók sportoljanak, kiegyensúlyozottak legyenek.

A megkérdezett vállalatvezetők közül legtöbben 10 % körülire becsülték a dolgozók sportolási arányát, de akadt egy vállalatvezető, aki 40 %-ra becsülte.

Kérdésemre, hogy mennyire tartja fontosnak egy 1-től 5-ig terjedő skálán a vállalatvezetők 3,8-as átlag értéket érték el az általuk foglalkoztatottak sportolását minősítve. Ez arra utal, hogy igen fontos a vállalatvezetők számára, hogy a dolgozók sportoljanak, de ez kevésbé fontos, mint a saját sporttevékenységük. Azonban a kérdésemre, hogy mennyire tartja fontosnak egy 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az általa foglalkoztatottak kiegyensúlyozottak legyenek az elért átlag érték 5, ami arra mutat, hogy a vállalatvezetők nagyon fontosnak tartják a munkavállalók kiegyensúlyozott mentális állapotát.

Az összesített válaszok negyedik csoportjában a vállalatvezetők véleménye jelenik meg az egészségfejlesztő programok fontosságáról és hatásáról, sportolási programok jelenőségéről, valamint arról, hogy az egészségfejlesztő programok milyen szerepet játszanak a munkavállaló megnyerésében, valamint a megtartásában.

A vállalatvezetők egészségfejlesztő programokról alkotott véleményét a 55. táblázat mutatja be. A táblázatból látható, hogy a megkérdezett hét vállalat esetében 3 vállalatnál nincs semmilyen egészségfejlesztő program, további 4-nél van. A táblázatban lévő válaszokat összesítve elmondható, hogy 558 munkavállaló számára rendelkezésre állnak egészségfejlesztő

programok, míg 986 fő számára semmilyen egészségfejlesztő program nem áll rendelkezésre. Két vállalat esetében az egészségfejlesztő intézkedések a kockázati tényezők kiküszöbölésére irányulnak (különböző orvosi szűrések és vizsgálatok), míg további két vállalat esetében harmadik generációs program jelenléte tapasztalható, céljuk feszültségoldás, fizikai és lelki egészség fenntartása, monotonitás megtörése.

55. Táblázat: Az egészségfejlesztő programok jelenléte a vizsgált vállalatoknál

Vállalat	Teljes létszám	Önök alkalmaznak-e valamilyen egészségfejlesztő programot?
1. számú	220 fő	Nem , de tervezzük, most az új munka körülményeink lehetőséget nyújtanak erre.
2. számú	200 fő	Igen , második generációs programot: Vezetők részére kötelező menedzser szűrések, valamint sportolási lehetőség biztosítása 50 db sportolási bérlet formájában (sajnos max.20-30-an veszik igénybe, munka jellegéből adódóan nem veszik igénybe (<i>fizikai, felszolgálói munka</i>)).
3. számú	200 fő	Igen , harmadik generációs program: Egyrészt gumilabda biztosítása az ülőmunkát végző kollégák számára, másrészt rugalmas munkaidő, több rövid szünettel.
4. számú	80 fő	Igen , második generációs program: vérnyomás mérő készülékek biztosítása, orvosi vizsgálatok biztosítás és azokon való kötelező részvétel.
5. számú	78 fő	Igen első generációs program: azok a dolgozók, akik nem cigarettáznak több fizetést kapnak. Valamint harmadik generációs program: lehetőség van munkaidőben darts-ozni, pingpongozni vagy sétálni a természetben, esetleg horgászni a vállalat területén lévő tóban, esti órákban heti egy alkalommal fociterem bérlés a dolgozók számára.
6. számú	444 fő	Nem
7. számú	322 fő	Nem

Forrás: Saját szerkesztés

A megkérdezettek esetében látható, hogy az egészségfejlesztő programok alkalmazásának fontossága egy 1-től 5-ig terjedő skálán 4,4-es átlag értéket ért el. A vállalatvezetők egészség programok hatásait tekintve a következőket tapasztaltak:

- a harmadik generációs egészségprogram esetében nincs konkrét statisztikai adata, de a vállalatvezető megítélése szerint
 - jobb a hangulat, a munkamorál;
 - a munkával töltött idő alatt a dolgozó hatékonyabban dolgozik.

A megkérdezett vállalatvezetők a munkavállalók rendelkezésére biztosított sportolási lehetőségeiről a 56. táblázatban láthatóak az eredmények: 2 cég esetében jelenleg nem foglalkoznak a munkavállalók sportolásával, míg 5 esetében igen, amelyből 3 vállalat bérletet biztosít fitneszterem használatához, egy vállalat a munkahelyen szervez átmozgató tornát a nap végén és egy cég hetente egy közös futballozást támogat. Azonban a beszélgetés során az is egyértelművé vált, hogy ezek a mozgás lehetőségek nem a szervezet minden dolgozója számára érhetőek el, hanem csak egy-egy adott részleg (vagy pl. középvezetők) számára.

56. Táblázat: A sport programok jelenléte a vizsgált vállalatoknál

Vállalat	Teljes létszám	A munkavállalók számára rendelkezésre áll-e mozgáslehetőség?
1. számú	220 fő	Nem , de a közel jövőben tervezünk edzés óra szervezését a munkahelyen.
2. számú	200 fő	Igen , a dolgozók számára rendelkezésre áll 50 db sportolási bérlet (sajnos max.20-30-an veszik igénybe, munka jellegéből adódóan nem veszik igénybe (<i>fizikai, felszolgáló munka</i>)).
3. számú	200 fő	Igen , gumilabda torna napi 15 perc (nap végén)
4. számú	80 fő	Nem.
5. számú	78 fő	Igen , heti egy alkalom sportpálya bérletét cégdolgozói számára, céges sporteszközök biztosítása (darts , pingpong eszközök, horgász felszerelés)
6. számú	444 fő	Igen , fitneszterem
7. számú	322 fő	Igen , saját fitneszterem.,

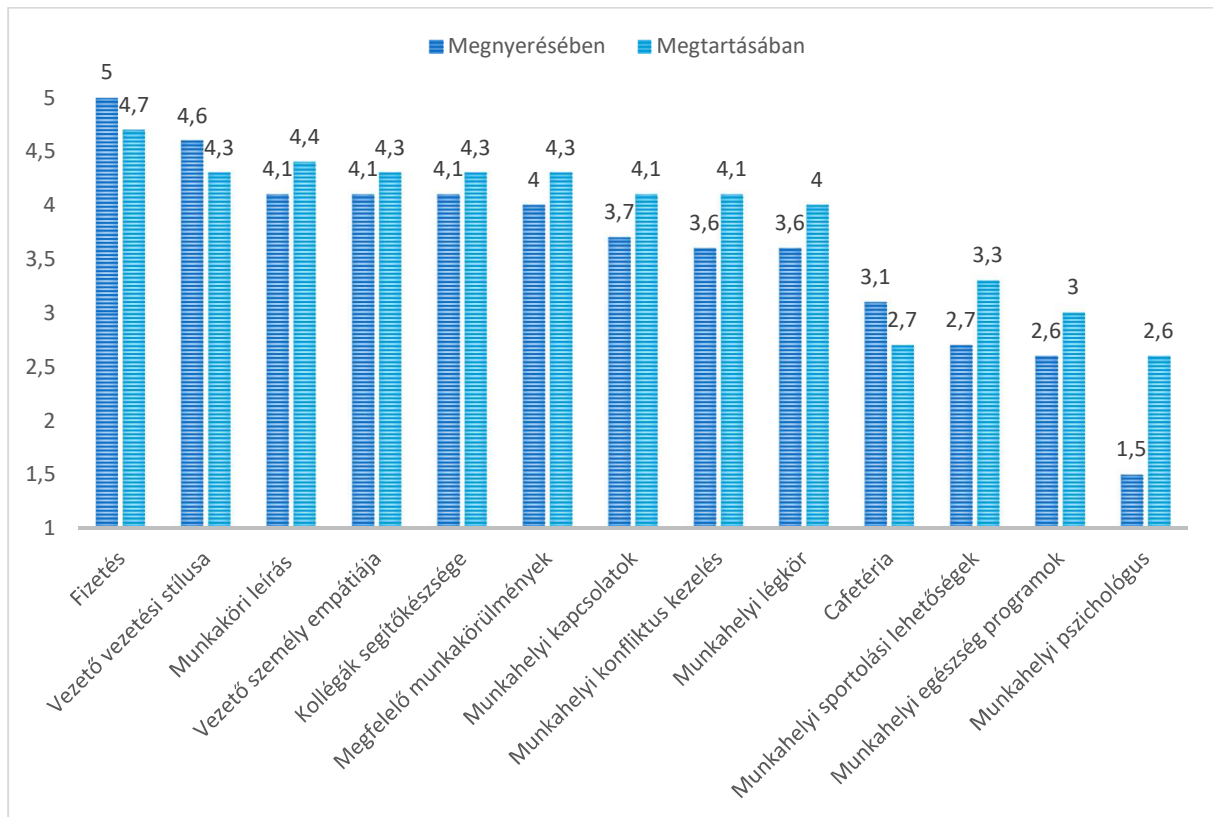
Forrás: Saját szerkesztés

A táblázatban lévő válaszokat összesítve elmondható, hogy a 1244 munkavállaló számára rendelkezésre állnak sportolási lehetőségek, míg 300 fő számára semmilyen munkáltató által szervezett sportolási lehetőség nem áll rendelkezésre.

A szakértői interjúban arra is kerestem a választ, hogy a vállalatvezető véleménye szerint mely tényezők milyen mértékben játszanak szerepet egy munkavállaló megnyerésében és a megtartásában.

A vállalatvezetőknek egy 1-től 5-ig terjedő skálán kellett értékelni a következő tényezők fontosságát: fizetés, munkaköri leírás, megfelelő munkakörülmények, cafetéria, munkahelyi egészségprogramok, munkahelyi sportolási lehetőségek, munkahelyi pszichológus,

munkahelyi légkör, munkahelyi kapcsolatok, vezető vezetési stílusa, vezetőszemély empátiája, kollégák segítőkészsége, munkahelyi konfliktus kezelés. A 27. ábra mutatja a kapott válaszok átlag értékeit.



27. ábra: A munkavállaló megnyerésében és megtartásában szerepet játszó tényezők átlag értékei

Forrás: Saját szerkesztés

Látszik, hogy a munkavállaló megnyerésekor a legmagasabb pontértéket a fizetés (5 pont) és a vezető személy vezetési stílusa (4,6 pont) kapta. A legalacsonyabb pontokat a munkahelyi egészség programok (2,6 átlag érték), a munkahelyi sportolási lehetőség (2,7 átlag érték) és végül a munkahelyi pszichológus biztosítása (1,5 átlag érték) érte el.

Ezzel szemben a munkavállalók megtartásában különbség tapasztalható néhány tényezőben az előbbiekhöz képest. A fizetés esetében csökkent az átlag érték (4,7 pont), valamint a vezető személy vezetési stílusa is enyhén csökkenő tendenciát mutat (4,6-ről 4,3-as átlag érték). Ezen kívül minden más mért tényezőben emelkedő tendencia tapasztalható (27. ábra).

A vállalatvezetők által kapott, majd ezután összesített, adatok alapján a következő következtetéseket vonhattam le:

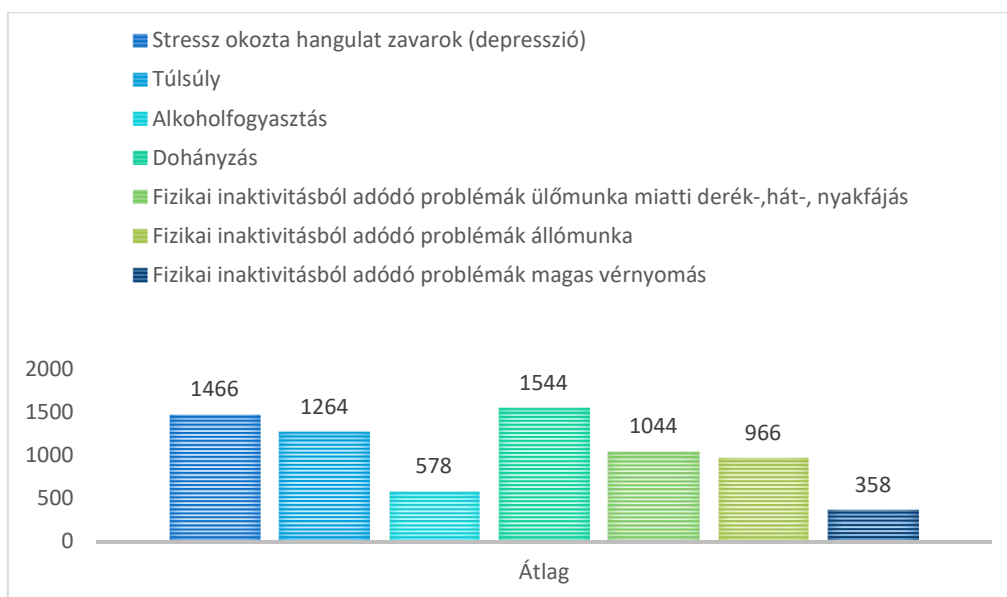
- egy munkavállaló megnyerésében és a megtartásában is a legfontosabb szerepe az anyagi ösztönzőnek, a fizetésnek van jelen vizsgálat szerint, mely eredménnyel több

korábbi kutatás eredménye is egyezik. Vizsgálatomban azonban miután a munkavállaló megkapta az elvárt anyagi juttatást, az idő múlásával, úgy tűnik, enyhén csökken ennek a tényezőnek a fontossága, míg ezzel szemben más tényezők kezdenek egyre fontosabb szerepet játszani abban, hogy az adott munkahelyen tartósan ott maradjon. Ezt a tendenciát a cafétériával kapcsolatos adatok is igazolják.

- cafétériának, mint kereset kiegészítő eszköznek, közepesen fontos szerepe van a munkavállaló megnyerésében és az időmúlásával egyre csökken a jelentősége.
- a munkakörülmények és a munkakör pontos leírása igen fontos tényezők közé tartozik és a jelentősége idővel emelkedik, így kijelenthetem, hogy a fluktuáció elkerülésében nagyon fontos szerepe van.
- testi-lelki egészséget védő tényezők (munkahelyi egészségprogramok, munkahelyi sportolási lehetőségek, munkahelyi pszichológus) a munkavállaló megnyerésében szinte egyáltalán nem játszanak szerepet. Azonban, a dolgozó megtartásában úgy tűnik, hogy vállalatvezetők enyhén nagyobb jelentőséget tulajdonítanak ennek, annak ellenére, hogy a legtöbb vállalatnál nincsenek egészségprogramok, valamint egyik vállalatnál sincs munkahelyi pszichológus. Továbbá az összes mért tényező közül a munkahelyi pszichológus esetében tapasztalható a legnagyobb különbség (1,1 pont) a munkavállaló megnyerése és megtartása között.
- a szociális tényezők szerepe is emelkedik az idő múlásával. A munkahelyi kapcsolatok, a munkahelyi légkör, a kollégák segítőkészsége jelentős szerepet játszik abban, hogy egy munkavállaló az adott munkahelyen maradjon. Érdekes, hogy a vállalatvezetők tapasztalatai szerint a munkavállaló megnyerésében nagyon fontos tényező a vezető stílusa, azonban ennek jelentősége enyhén csökken a megtartás tekintetében. Ez azzal magyarázható, hogy napi szinten, a munkavégzés során a dolgozó viszonylag kevés alkalommal kerül interakcióba a legfelsőbb vezetővel.

A munkavállalók egészségi állapotának megítélésével kapcsolatban a következő eredményeket kaptam: Az elmúlt 2-3 évben a különböző krónikus betegségek miatti egészségügyi kiadások hat szervezetnél nem emelkedtek (1344 fő munkavállaló), míg egy vezető jelezte, hogy a vállalatánál emelkedett a daganatos megbetegedések száma 4 főre (200 fős létszámmal), ami 2%-os emelkedés mutat.

A 28. ábrán látható, hogy milyen betegségek, illetve rizikófaktorok fordulnak elő a vizsgált szervezeteknél a vállalatvezetők becslései és tapasztalatai szerint.



28. ábra: Betegségek, illetve rizikófaktorok a megkérdezett vállalatvezetők becslései alapján

Forrás: Saját szerkesztés

A megkérdezett vállalatok esetében a dohányzás veszélyeztető szerepe jelenik meg, mind a hét vállalatvezető ezt jelölte az egyik vezető problémának. Hat vállalatvezető (1466 fő munkavállaló) jelölte meg a túlzott stresszt, mint rizikófaktorot. Öt vállalatvezető (1264 fő munkavállaló) jelölte meg a túlsúlyból adódó problémát, mint rizikófaktorot. A fizikai inaktivitásból adódó problémák közül az ülőmunka miatti derék-, hát-, nyakfájás hat vállalat esetében van jelen (1044 fő munkavállaló), ez követi a fizikai inaktivitásból adódó állómunka, (966 fő munkavállaló). Az alkoholfogyasztást négy vezető jelölte meg (ami 578 fő munkavállaló), végül a vérnyomás problémát három vezető jelölte meg, ami 358 munkavállaló egészségét veszélyezteti.

Vállalatvezetők szerint a legnagyobb stresszforrás az általuk irányított cégeknél a túlzott teljesítmény elvárás (6 cég esetében 1344 fő munkavállaló érintett a stresszel). Ide tartoznak az irreális határidők betartása, a szezonális munkamennyiség teljesítése, a megfelelés az ügyfelek nagyon magas elvárásainak. Három vállalatvezető a vezetőkkel való kapcsolatot tartotta a legnagyobb stressz forrásának (966 fő munkavállaló) és kettő vezető (278 fő munkavállaló) a kollegiális kapcsolatokat nevezte meg stresszforrásként.

Munkáltatói intézkedések közül a mindennapi stressz ellen alkalmazottakként a következőket sorolták fel a megkérdezett vezetők:

- ideiglenes létszám növekedés nehéz pillanatokban,
- modern gépek biztosítása, melyek segítik a hatékony munkavégzést,

- munka közbeni kikapcsolódást részlegenként szervezett formában (közös torna vagy kávézás),
- nehéz napok végén közös főzés,
- semmilyen (3 válasz, ami 846 munkavállalót érint).

Ezek az intézkedések elmondásuk alapján inkább a hatékony munkavégzésre összpontosulnak, a munkaerő teljesítőképességének a fenntartására irányulnak és általában csak nagyon nehéz időszakokban fordulnak elő. Konkrét stressz oldó gyakorlatok, mint jóga, relaxáció, átmozgató torna szervezett formában, szervezeti szinten egyik vállalatnál sincs.

Hasonló eredmények vannak depresszió tekintetében is. Egyik vállalatvezető sem foglalkozik a munkavállaló depresszió elleni védelmével.

Továbbá annak ellenére, hogy minden vállalatvezető nagyon fontosnak tartja sportot, az egészségfejlesztő programokat, valamint a dolgozók kiegyensúlyozottságát a munkavállalók testi - lelki egészségére minimális összeget fordítanak. Kiderült, hogy az egy főre eső anyagi ráfordítás éves szinten nagyon alacsony.

Kiderült, hogy a megkérdezett 7 vállalat esetében 6 vállalat (1464 fő munkavállaló) évi 10.000 Ft-nál kevesebbet fordít egy munkavállalója testi-lelki egészségére, míg a maradék 1 vállalat (80 fő munkavállaló) egyáltalán nem költ rá semmit.

Ezzel szemben a munkahelyi jóllét fontosságát a munkavállalók megtartásában az egy 1-től 5-ig terjedő skálán 5-re, a maximális értékre minősítették.

A megkérdezett vezetők a munkahelyi jóllét témaköréhez a következő tényezőket sorolták:

- az adott cég működéséhez szükséges infrastruktúra;
- jó, modern munkahelyi körülmények;
- egyéni bánásmód (minden dolgozóra figyelni próbálunk, így előfordult már többször egyéni bánásmód (orvos, kezelések kifizetése); („úgy gondolom, hogy ez egyfajta biztonságot jelent a dolgozók számára, továbbá erősíti az elköteleződésüket a cégünk iránt. Nálunk nincs fluktuáció, folyamatosan nő a cég, így folyamatosan felvesszünk új embereket. Kifejezetten figyelünk a belső hangulatra, klikkesedést nem engedélyezzük);
- szükséges orvosi vizsgálatok megszervezése;
- rendszeres pihenő idő (reggeli – ebéd – uzsonna);
- munkatörvénykönyvnek való megfelelés alapkövetelmény, a szükséges mennyiségű védő eszköz (munkaruha, kesztyű) biztosítása;

- pihenő idő (munkakör függő: 10 perc/óra vagy 15perc/2óra vagy 1óra, amikor akár el is mehet a cégterületéről);
- folyamatosan biztosítva van folyadék (víz, kávé, kakaó, cappuccino);
- munkavállaló képzési igényének támogatása (óraszámban, nem kell szabadságot kivenni), a tanulás költségeinek a kifizetése, amennyiben a munka jobb elvégzése érdekében vállal tovább tanulást;
- stressz mentes légkör;
- megfelelően képzett emberek;
- fizikai munkások számára tárgyi, műszaki eszközök biztosítás;
- vezetővel bármikor lehet beszélni;
- prémium biztosítás;
- rugalmas munkaidő;
- megterhelő időszakokban (szezonális munka, időjárás körülmények) plusz juttatások;
- évi három céges rendezvény (közös vacsora, közös főzés);
- csapatépítő tréningek középvezetők számára.

A felsorolásban a sport meg sem jelenik. A mentális tényezők közül a stressz oldást és a jó légkört említették a vezetők, miközben korábban kiderült, hogy ennek érdekében csupán minimális erőfeszítést tesznek.

Végül az utolsó kérdéscsoport olyan ismert hazai vagy nemzetközi vállalati jó gyakorlatra vonatkozott, amelyet a vállalat vezető ismer és szívesen bevezetne cégénél a munkavállaló mozgásának fejlesztése érdekében vagy a munkavállaló mentális egészségének megőrzése érdekében.

57. Táblázat: Ismert hazai vagy nemzetközi jó gyakorlat használata

	Teljes létszám	Sportolás	Mentális egészség megőrzése
1.sz	220 fő	Sport-, masszázsbérlet	Csapatépítő tréningek
2. sz	200 fő	Nem ismerem	Nem ismerem
3. sz	200 fő	Jóga torna	Jóga
4. sz	80 fő	Nincs	Nincs
5. sz	78 fő	Nincs	Nincs
6. sz	444 fő	Futball	Jóga
7.sz	322 fő	Triatlon	Jóga

Forrás: Saját szerkesztés

A 57. táblázatból látható, hogy hét vezetőből négy vezető (1186 fő munkavállaló) szívesen bevezetne valamilyen hazai vagy nemzetközi jól bevált gyakorlatot a munkavállalók sportolása és mentális egészsége megőrzés céljából és három vezető (358 fő munkavállaló) nem ismeri és nem is tervezi ilyen gyakorlat bevezetését a saját vállalatánál (munkavállaló elfoglaltságára, érdektelenségére és túlterhelésére hivatkozva).

Összefoglalva a kapott eredményeket egyértelműnek tűnik, hogy a vezetők tisztában vannak az egészségfejlesztő programok és a sport programok fontosságával. Továbbá fontosnak tartják, hogy a munkavállalók sportoljanak és kiegyensúlyozottak legyenek. Azonban 986 fő munkavállaló esetében (ami a 63,86%-a a munkavállalói mintának) egészségfejlesztő programot nem alkalmaznak. A kutatásomban szereplő vállalatok által alkalmazott egészségfejlesztő programokról elmondható, hogy az első helyen a mozgás programok vannak, valamint a dohányzás elleni harc is megjelenik. Míg a munkavállaló megnyerésében a testi-lelki egészséget védő tényezők szinte egyáltalán nem játszanak szerepet, addig a dolgozó megtartásában úgy tűnik, hogy vállalatvezetők némileg nagyobb jelentőséget tulajdonítanak ennek, a munkahelyi pszichológus” tényezőre kapott értékek esetében tapasztalható a legnagyobb különbség. A szociális tényezők szerepe is emelkedik a vállalatnál eltöltött idővel. A megkérdezett vállalatvezetők közül mindenki maximálisan fontosnak tartja a munkahelyi jóllétet. Azonban a dolgozók testi lelki egészségének megőrzésére minimális összeget invesztálnak (átlagban 10.000 Ft/ fő/ év). A vizsgált vállalatoknál semmilyen konkrét stressz oldó gyakorlat nincs. Hasonló eredményeket kaptam a depresszió tekintetében is.

Az egyes betegségek előfordulási arányát tekintve, a vállalatvezetők becslései és tapasztalatai szerint a legnagyobb rizikóforrás a dohányzás, a második helyen a stressz és a túlsúlyból adódó problémák, harmadik helyen a fizikai inaktivitásból adódó problémák állnak.

5. KÖVETKEZTETÉSEK, JAVASLATOK

Kutatásom fő célja, a mentális egészség felmérése a sportolási szokások tükrében a fiatal felnőttek körében.

A másik kutatási területem az volt, hogyan jelennek az egészségfejlesztési és a sportprogramok a munkavilágában.

5.1. JELEN KUTATÁS FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSAI, ÉS EZEKHEZ KAPCSOLÓDÓ JAVASLATAIM

5.1.1. Az első hipotézis vizsgálata

A mentális egészség felmérését Keyes-féle Mentális Egészség kérdőív segítségével végeztem. Kutatásomban egyértelműen kirajzolódik a mentális egészség három dimenziója (pszichológiai, érzelmi és szociális), valamint a mentális egészség három kategóriája is (virágzók, mérsékelt és hervadók).

Az első hipotézisem - miszerint *azok, akik többet sportolnak mentálisan egészségesebbek mint, akik nem sportolnak, illetve, hogy a sportolás, intenzitásától függetlenül védőfaktorként működik a mentális egészség viszonylatában, és a védelmi hatása az intenzitással nő, valamint, hogy a sportolás belső motivációból fakad* - **beigazolódott**.

Érvényesül a sport védő szerepe a mentális egészség tekintetében, továbbá ahogy nő a sport intenzitása, úgy nő a sportvédő hatása is.

Az eredmények szemléltetik, hogy a versenysportolók és a szabadidő sportolók a mentális egészség mindhárom dimenziója esetében szignifikánsan jobb értékeket produkáltak a nem sportolókkal szemben. A hipotézisemet az a tény is felerősítette, hogy a versenysportolók a szabadidő sportolókkal szemben is jobb átlag értékeket értek el a mentális egészség dimenzióiban. A mentális kategóriák esetében is szignifikáns különbséget találtam a három vizsgált csoport között.

Az eredmények jól szemléltetik azt, hogy ahogy csökken a sportolás intenzitása a hervadók száma növekszik és a virágzók száma csökken, így elmondható az, hogy a sportolási intenzitás csökkenésével csökken a mentális jóllét. Ez egybeesik a PLUHÁR ET AL. (2004) vizsgálati eredményeivel miszerint a rendszeresen sportolók általános közérzete és életminősége kedvezőbb, mint a nem sportoló társaiké.

Elmondható, hogy minél több időt szán valaki testmozgásra, annál előbb, és intenzívebben jelentkeznek a sport pozitív hatásai a mentális egészségre. Megfigyelhető a szorongásoldás, stressz levezetés – és enyhítés, a depresszió csökkenése, megelőzése, általános hangulatjavulás,

az önértékelés erősödése, az önbizalom növekedése, jobb tanulási képesség, a memória javulása, nagyobb koncentrációképesség, munkakedv növekedése, a kreativitás javulása, jobb pihentetőbb alvás (KECZELI, 2019).

A vizsgált minta esetében nemek közötti különbségeket is kerestem, azonban csak tendencia szintű eltérést tapasztalható a szociális jóllét esetében a férfiak javára. A nemek aránya a mentális egészség kategóriái között szinte azonos mértékben oszlott meg, ami még inkább a sport hatását mutatja nemtől függetlenül.

Vizsgálati eredmények szerint a sport egyértelműen segíti a pozitív érzések keletkezését és FREDRICKSON – JOINER (2002) szerint a pozitív érzések nem csak a jelenben segítenek jól érezni magunkat, hanem megnövelik a jövőbeni jóérzés valószínűségét. Az enyhe depressziós tünetek hátterében a pozitív érzelmek hiánya tapasztalható (WOOD – JOSEPH, 2009), míg a pozitív érzelmek jelenléte kitágítja a figyelmi és kognitív kapacitást, utat nyit a kreatív flexibilis gondolkodásnak, elősegíti a stresszhelyzetekkel való megküzdést, valamint hosszú távú tervek, célok kialakításához is hozzásegít (ASPINWALL, 1998).

Keyes-féle mentális egészség kérdőívet a sportolók körében két kutatásban használták: egy egyiptomi (SALAMA – YONUNES, 2011) és egy ausztrál (VENNING ET AL., 2013) nemzeti felmérés készült korábban. Egyik esetben sem volt a saját országban lévő nem sportolókból álló kontroll csoport, valamint semmilyen betegség tünetet nem mérték. Mindkét vizsgálat esetében a kutatási eredmények szerint a fizikailag aktívabb egyének jobb mentális egészség mutatókkal bírtak, mint nem sportoló társaik (BENEDETTI ET AL., 2008).

A sportolással kapcsolatos korábbi kutatások is bizonyítják, hogy a sportolás pozitívan hat az önhatékonyságra, az önbizalomra, az önbecsülésre vagy a pozitív gondolkodásra (BAKER ET AL., 2003; KOVÁCS – PERÉNYI, 2012; MONGE – ROJAS ET AL., 2002), továbbá a sport befolyásolja az önértékelést, az optimizmust, az élettel való elégedettséget, hatással van a depresszív tünetekre (PIKÓ – KERESZTES, 2006; KOVÁCS ET AL., 2014). A felsorolt hatások jelenléte hozzájárulhat a jobb mentális egészséghez.

A kutatási eredmények fényében elmondható, hogy a fiatal korosztályok életében kiemelt szerepe van a sportnak, mely a mentális egészségfejlesztés egyik fontos eszköze. A sport, az egészséges életmód eszközeként, a testi egészség mellett, erősen hozzájárul a mentális egészség megőrzéséhez, ami megegyezik a VILHJALMSSON – KRISTJANSDOTTIR (2003) kutatási eredményeivel, miszerint a sportolás hozzájárul egy egészséges, aktív társadalom felneveléséhez. Ez magába foglalhatja a felmerülő élethelyzetek hatékony kezelését, mely hatással lehet az életminőségre (VUILLEMIN ET AL., 2005).

A mentális egészség dimenziói mentén történő vizsgálataim szerint a pszichológiai jóllét esetében a nők értek el jobb átlag értékeket, mint férfiak. Az érzelmi jóllét esetében a férfiak mutattak jobb eredményeket. Végül csak a szociális jóllét esetében volt tendencia szintű eltérés nemek között a férfiak javára. Ez ellentmond a RYFF (1989) vizsgálatában kapott eredménynek, ahol a nők szignifikánsan jobb értékeket értek el a másokkal való pozitív kapcsolatok kialakítása és a személyes növekedésérzés terén, mint a férfiak. A kapott eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a férfiak lelki egészsége a másokkal kialakított pozitív kapcsolatokon és visszajelzéseken alapszik.

Azonban amikor összevettem a nemeket a sportolási intenzitás esetében, látható, hogy a vizsgált női és férfi minta esetében is érvényesül a sport egészségvédő szerepe, ahol mindkét nem esetében elmondható, hogy a virágzók száma csökken, ahogy csökken a sportolás intenzitása és a másik oldalon a hervadók száma növekszik, ahogy csökken a sportolás intenzitása. A nők esetében az összefüggés szignifikáns, míg a férfiak esetében tendencia szintű. Tehát elmondható, hogy a sportolási intenzitás csökkenésével csökken a mentális jóllét mindkét nem esetében.

Függetlenül a sportolás intenzitásától és a vizsgáltak nemétől a kutatásom során arra is kerestem a választ, hogy az életkor előrehaladtával hogyan alakul a mentális egészség. Bár mindegyik mentális dimenzióban az életkor előrehaladtával emelkednek az átlag értékek, az öt vizsgált életkori kategória között a pszichológiai jóllét tekintetében tendencia szintű különbség jelent meg. Elmondható, hogy az életkor előrehaladtával javul a pszichológiai jóllét, amiben a kialakított társadalmi pozíció is szerepet játszhat, ami az életkor előrehaladtával növekvő, személyes kapcsolatokkal és szakmai fejlődéssel magyarázható.

A mentális kategóriák tekintetében szignifikáns különbség tapasztalható. Egyértelműnek látszik, hogy a fiatalabb korosztályoknál (18 év alattiaknál) szignifikánsan magas százalék tartozik a hervadókhoz, amihez hozzájárulhat a bizonytalan jövőkép, a pályaválasztás kérdése stb.

Ezen megállapítások alapján a mentális egészség megőrzése, javítása tekintetében egyértelműen javasolható minden korosztály számára a sporttevékenység megkezdése, folytatása, illetve intenzitásának egészséges mértékű fokozása.

Egy egyén egészségmagatartása nagymértékben befolyásolja az egészségi állapotát, így a kutatásomban rákérdeztem a szerfogyasztási szokásokra is.

A vizsgált mintánál összevettem az egészségmagatartást és a sportolási szokásokat és a dohányzás esetében egyértelműen megjelenik a sport védő szerepe. Az egyik oldalról a versenysportolók esetében a legnagyobb százalékuk nem dohányzónak és a legkisebb

százalékuk dohányzónak vallja magát. Ez egybecseng azokkal a kutatásokkal, ahol a sportról, mint egészségmegtartó tevékenységről írnak, arról, hogy a rendszeresen sportoló fiatalok életmódja egészségtudatosabb (pl. kevesebbet dohányoznak) (BURKE ET AL., 1997). A nem sportolók közül kerülnek ki legkisebb százalékban a nem dohányzók, míg a legnagyobb részük dohányzik. Amerikai eredmények is igazolták, hogy a sportolás jótékony hatással van az egészségtudatos magatartásra. PATE ET AL. (1999) középiskolások körében végzett kutatása szerint a férfisportolók szignifikánsan kevesebbet dohányoztak, nem sportoló társaikhoz képest.

A sport protektív szerepére a dohányzással szemben több vizsgálat is utal. SIMANTOV ET AL. (2000) az amerikai tinédzserek körében vizsgálták a dohányozás és alkoholfogyasztás kérdését és a dohányzással szemben megjelent a sport védős szerepe, míg az alkoholfogyasztással esetében nem találtak szignifikáns kapcsolatot.

Hasonlóképpen egy hazai, serdülő és fiatal felnőtt sportolói minta dohányzási és alkoholfogyasztási szokásait vizsgáló kutatás során is azt az eredményt kapták, hogy a dohányzás esetében a sportnak van protektív hatása, de az alkoholfogyasztás tekintetében nincs szignifikáns különbség a sportolók és nem sportolók között (MIKULÁN, 2007b).

A sportolási szokások és az alkoholfogyasztás rendszeressége közötti kapcsolatot vizsgálva azt tapasztaltam, hogy hasonló gyakorisággal fogyasztanak alkoholt a verseny-, a szabadidő sportolók és a nem sportolók, bár a legnagyobb százalékban a versenysportolók soha, vagy csak ritkán fogyasztanak alkoholt, ami megint csak ellentmond a korábbi vizsgálatoknak (GROSSBARD ET AL., 2007; VELIZ ET AL., 2015, in KECZELI, 2020c). Ezzel szemben a szabadidősportolók és a nem sportolók magasabb százalékban isznak hetente alkoholt, míg a majdnem mindennapi alkohol fogyasztásban a nem sportolók érték el a legmagasabb értéket.

Elmondható, hogy a legális szerek fogyasztásában, mind a dohányzás, mind az alkohol tekintetében a verseny sportolók egészségesebb magatartást tanúsítottak. Bár akadnak olyan vizsgálatok is, amelyek nem találtak egyértelműen pozitív összefüggést a sport és a legális szerek (alkohol, dohányzás) fogyasztása (FAURIE ET AL., 2004), illetve a sport és az egészséges életmód között (KERESZTES – PIKÓ, 2008a), ez jelen vizsgálatban kimutatható volt.

A dohányzás és mentális egészség összefüggését vizsgálva a három dohányzó csoport szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség érzelmi és szociális jóllét dimenzióiban. A nem dohányzók szignifikánsan jobb érzelmi és szociális jóllétnek örvendtek a dohányzókkal szemben. Az alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított négy vizsgálati csoport

szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség érzelmi és pszichológiai jóllét dimenziójában. Ezen dimenziókban a legjobb átlag értékeket azok érték el, akik ritkán fogyasztottak alkoholt. Természetesen a pszichoaktív szerhasználatot a sportolási szokásokon kívül, más háttér tényezők is befolyásolhatják, amelyek egyrészt sport specifikus tényezők (foglalkozás jellege, légkör, amelyben él, különböző teljesítményhelyzetek, stb.), másrészt pedig különböző pszichoszociális (stressz, szorongás, depresszió, anyagi-, társadalmi helyzet, stb.) tényezők is lehetnek. *Az eredmények fényében elmondható, hogy mivel a sportolók a szerhasználat tekintetében is az egészség megőrzését előre jelző magatartást, a szerektől való távolmaradást, vagy minimális szerhasználatot választották, hogy a sport a szerhasználat csökkentése érdekében is használható, azaz javasolható sporttevékenység bevezetése, fenntartása a legális szereket használók egészségesebb magatartásának kialakításában is. Reményeim szerint helytálló, ha így fogalmazok: a legális szerek sportra cserélhetők.*

Az első hipotézisem utolsó részében, ahol feltételeztem, hogy az aktív sportban a belső motiváció hat, **beigazolódott.** Az eredmények kiválóan szemléltetik, hogy a versenysportolóknál nem a büntetés elkerülése vagy a jutalomkeresés motiváló, hanem náluk a belső motiváció jelenik meg, ami mindenképpen szükséges a nagy erőfeszítések megtételéért. A szabadidősportolók esetében a belső motiváció és a jutalomkeresés motiváló, de alacsony számban a büntetés elkerülés is megjelenik.

Végül a nem sportolóknál értelemszerűen a sportolási motivációnál a belső motiváció nagyon alacsony, ebben a csoportban a büntetéselkerülése dominál.

Mentális egészség tekintetében a sportolásra invitáló belső motiváció kialakításának a fontosságát az a tény is megerősíti, hogy a virágzók több mint fele belső motivációval rendelkezik, míg a hervadók esetében majdnem a felük büntetés elkerülő magatartással rendelkezik, tehát a mentálisan virágzók és a mentálisan hervadók között szignifikáns különbség tapasztalható a motiváció fajtái között. Ezekből következik az, hogy ha az egyén sportolás iránti belső motivációja kialakul, akkor az végső soron egészségesebb magatartáshoz vezethet. *Javasolható, hogy olyan helyzetet alakítsunk ki, amelyben az egyén megtapasztalhatja a mozgásból fakadó élményt, amely a fizikai aktivitás iránti belső motivációjának kialakulását idézheti elő.*

Fontos részeredményem, hogy kutatási eredmények szerint szignifikánsan meghatározó a szülők támogató magatartása a sportolási szokások kialakítása tekintetében és mindenképpen jó alapot szolgáltat az egészségmagatartás kialakításában. Azok a gyermekek, akik szülői támogató magatartásban részesülnek nagyobb önbizalommal, magabiztossággal rendelkeznek, (FAGEN – COWEN, 1996), csökken az agresszió szintjük, erősödik az önkontrolljuk és a

tiszteletük a másik iránt (DUBOIS - EITEL, 1994), azaz egészséges viselkedés elsajátítása történik (FREDRICKS – ECCLES, 2004; PÁL ET AL., 2005). Míg a támogató hozzáállás a szülők részéről erősíti a motivációt, addig a nem támogató magatartás és a magas követelmények támasztása negatívan hat a sportteljesítményre, gyakran lemorzsolódáshoz vezet (FREDRICKS – ECCLES, 2004; HELLSTEDT, 1987; KAMM, 1998; SMILKSTEIN, 1980; WILLIAMS – LESTER, 2000).

Továbbá az eredmények azt is mutatták, hogy nemcsak a szülők támogató magatartása hat pozitívan a gyermekük sportolására, hanem a szülők (anya és apa külön-külön) saját elkötelezettsége a sport iránt, vagyis szülők sportolási aktivitása szintén szignifikánsan hat a gyermekük sportolási szokásainak kialakítására. A vizsgálatban részt vett versenysportolók szülői, anya és apa egyaránt, szignifikánsan aktívabbak, mint a szabadidő sportolók vagy a nem sportolók szülei.

Bár annak ellenére, hogy a szülői magatartás mellett más tényezők is (az iskolai rendszer, baráti kapcsolatok, belső mozgásigény stb.) befolyásoló hatással lehetnek a sportolási szokások kialakítására, *eredményeim alapján azt javaslom, hogy a szülők, munkahelyi és családi teendőik mellett, saját maguk számára igyekezzenek sportolási lehetőséget biztosítani, ami jó példaként hozzájárulhat a gyermekük aktívabb életformára neveléséhez, illetve a saját és a gyermekük mentális egészségéhez is.*

5.1.2. A második hipotézis vizsgálata

Kutatásom második hipotézise miszerint *a sport, mint pozitív coping (KOPP, 1995) segíti az aktív megküzdési stratégiák alkalmazását a nehéz élet helyzetekben, a passzív megküzdési stratégiákkal szemben, részben beigazolódott.* Egy-egy frusztrált, konfliktussal teli helyzet megfelelő kezelése nagymértékben befolyásolja az interperszonális kapcsolataink alakulását, továbbá hatással van a szakmai eredményességünkre és a pszichés és egészségi állapotunkra (McMURRAN – McGUIRE, 2005).

Az alkalmazott megküzdési mechanizmusok meghatározzák magatartási döntéseinket, így az egészségmagatartásunkat is befolyásolják (PLUHÁR ET AL., 2003).

A kutatásban négy megküzdési kategóriát különítettem el: kognitív átstrukturálódás, feszültség redukció, problémamegoldó és passzív megküzdés. Az első három inkább aktív megküzdési stratégiának, míg az utolsót passzív megküzdési stratégiának tekintetem.

A három vizsgált csoport esetében a verseny- és a szabadidő sportolók a kognitív átstrukturálódás használatát preferálják a nehéz élethelyzetekben, a nem sportolókkal szemben. Tekintettel arra, hogy az erőfeszítés a nehézségek leküzdésére nem feltétlenül valamilyen

cselekvésben jelenik meg, hanem jelenthet gondolati-érzelmi viszonyulást is, a szituáció terhelő voltának a kognitív felismerése nélkülözhetetlen feltétele a megküzdési magatartás megjelenésének. A kapott eredmény arra utal, hogy a sport, mint pozitív megküzdés segíti a nehéz élethelyzetek megfelelő átgondolását, megértését, ami azok megfelelő kezeléséhez és pozitív megoldásához vezethet. Ezt más kutatások is igazolják miszerint a megküzdési folyamatban kulcsszerepet játszik a kognitív értékelés, vagyis a válasz nem az érzelmekből keletkezik, hanem maga az érzelem is, továbbá a megküzdési stratégiák is a kognitív értékelés eredményei (OLÁH, 2005).

Az eredmények alapján elmondható az is, hogy a sportban aktív egyének a nehéz élethelyzetekben a kognitív átstrukturálódást használják, mint megküzdési stratégiát. Amikor arra kerestem a választ, hogy mi lehet a magyarázata ennek a különbségnek, arra a következtetésre jutottam, ahogy Lazarus is leírta, hogy a „befolyásolhatom az eseményeket” szemlélet játszik szerepet. A sportoló egyének, véleményem szerint, a sportolási aktivitás során a folyamatosan változó, időnként nehéz versenyhelyzeteket kezelni kényszerülnek, így kialakul bennük az az érzet, hogy az eseményeket befolyásolhatják és ezért az érzésért hajlamosabbak aktív erőfeszítéseket is tenni a megküzdés során. Mivel a sport rengeteg kihívást hordoz magában érthető, hogy a sportoló személyek megtanulják kihívásként kezelni a nehéz helyzeteket, ami egyezik Lazarus kutatási eredményeivel, miszerint a problémafókuszú, aktív megküzdés gyakoribb olyan helyzetekben, amelyeket kihívásként értelmez az egyén (OLÁH, 2005).

A megküzdési stratégiák tanulmányozása és megismerése segítheti a kiválasztási folyamat fejlesztését, de a sportoló képzése során is támpontokat adhat a minél eredményesebb munkához, hiszen a versenysport egyik célja, az eredményesség mellett, az egészséges felnőtt civil életre való felkészítés is (KECZELI, 2020c). Tekintettel arra is, hogy a vizsgálati eredmények szerint a kognitív átstrukturálódás, mint megküzdési stratégia és a mentális egészség összes dimenziója között közepesen erős kapcsolat van, arra a következtetésre jutottam, hogy a sport az aktív megküzdési stratégiák használatát előtérbe helyezi, és ez hozzájárulhat a jobb mentális egészséghez. Mivel más vizsgálatok is kiemelik a megküzdés készségének fejlesztését (ITO – BROTHERIDGE, 2003; STAUDER, 2007, 2008), fontosnak tartanám a megküzdési hatékonyság növelő tréningek megszervezését.

A megküzdési stratégiák nemek szerinti vizsgálatánál szignifikáns különbség tapasztalható a problémaelemzésben és a passzív megküzdésben a nők javára a férfiakkal szemben.

A dohányzás feszültség redukáló hatása a teljes mintánál megjelenik, mint megküzdési stratégia. KOPP (1995) szerint a dohányzás a negatív megküzdési stratégiák csoportjába

tartozik, így a kapott eredményekből kiindulva, miszerint az aktívan sportolók közül dohányoznak a legkevesebben, megoldásnak tekintem a sportolás előtérbe helyezését pozitív copingként és egészségvédő tevékenységként a mindennapi életben.

Az alkoholfogyasztás esetében a megküzdési stratégiák közül a feszültségredukciónál, problémaelemzésnél és a passzív megküzdésnél szignifikáns eltérést találtam. A megküzdési folyamatban a gyakori alkoholfogyasztásnak feszültségredukáló szerepe van, valamint passzív megküzdés jellemző rá, míg a mérsékelt alkoholfogyasztással szignifikánsan emelkedik a problémaelemzési képesség.

Pozitív megküzdés során (pl. sportolás) nem jelentkeznek mellékhatások, míg a negatív megküzdési stratégiák esetében - bár időnként vagy alkalmanként hasznosak lehetnek a megküzdési folyamat során - egyfajta kockázat is jelentkezhet, például a dohányzás vagy az alkoholfogyasztás egészségügyi problémák okozója lehet. Megfelelő mértékben űzött sporttevékenység képes csökkenteni a feszültséget, helyreállíthatja a szervezet egyensúlyát és nem okoz káros mellékhatásokat. A sportolás fontos szerepet játszik a káros szenvedélyek kialakulásának megelőzésében (PIKÓ, 2000; MIKULÁN ET AL., 2010), azonban vannak olyan kutatások, amelyek megkérdőjelezik a sport, azon belül a versenysport védőfaktor szerepét az alkoholfogyasztással és a dohányzással szemben (VINGENDER, 2003; LISHA – SUSSMAN, 2010; COTTLER ET AL., 2011; PINCZÉS - PIKÓ, 2013a; GRACE ET AL., 2017 in MÁRVÁNYKÖVI ET AL., 2018). Jelen vizsgálatban azonban igazolódott a sport védőfaktor szerepe a legális szerfogyasztás tekintetében is. ***Javaslom a sportot, mint kiváló eszközt, a pozitív megküzdés vagy a „befolyásolhatom az eseményeket” szemlélet kialakításához is.***

5.1.3. A harmadik hipotézis vizsgálata

Harmadik hipotézisem, miszerint *a sportolók kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók, jobb testképük és jobb ellenállóképességük van, viszont a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív faktor hatását – beigazolódott.*

A három vizsgált csoport esetében azok, akik sportolnak kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók, ami egybeesik számos kutatási eredménnyel. Dél-afrikai egyetemista sportolók ugyancsak szignifikánsan kevesebb pszichoszomatikus és depresszív tünetről, s nagyobb mértékű pozitív élményről, illetve koherenciaérzésről számoltak be nem sportoló társaiknál (MALEBO ET AL., 2007).

PETRIKA (2007) szerint különösen előnyös hatással bír a rendszeres sportolás a depressziós állapotokra és tünetekre, valamint prevenció és életminőség-védő és megőrző eszközként is

működik. Az egészséges populációban a futók általában kevésbé depressziósak, mint a nem futók (FEIST – BRANNON, 1988); az aerobikus testedzés terápiás eszközként sikeresen alkalmazható klinikai depresszióban szenvedő egyének kezelésében (pl. SACHS – BUFFONE, 1984; HANNAFORD ET AL., 1988, idézi DETRE, 2007). Továbbá a rendszeres testmozgás befolyásolja az önbizalmat, vagy a pozitív gondolkodást (BAKER ET AL., 2003; KOVÁCS – PERÉNYI, 2012; MONGE – ROJAS ET AL., 2002), illetve hat a depressziós tünetre (PIKÓ – KERESZTES, 2006; KOVÁCS ET AL., 2014). Mindez összekapcsolható a sportolás közbeni endorfin szint növekedésével és a noradrenalin szint szabályozásával (PIKÓ ET AL., 1996; SIEVER – DAVIS, 1985; idézi BARABÁSNÉ – KERESZTES, 2017).

Azonban aktív sportolói pályafutásom során, és később sportpszichológusi munkásságom során számos olyan versenysportolóval találkoztam, akiken időként észrevehetőek depressziós tünetek. A folyamatos eredménykényszer komoly stressz forrása lehet a sportolók életében és ebből kifolyólag a várható eredmény elmaradása jelentős mértékben befolyásolhatja a sportoló hangulatát, elterelheti a figyelmét a teljesítményről az érzelmi állapotára, ami a teljesítmény romlását okozhatja, ami újabb kudarcok forrása lehet. Ezen mechanizmus mentén, ha nem kap megfelelő segítséget, a versenysportoló akár hosszabb ideig produkálhat különböző depresszív tüneteket (KECZELI, 2020a).

Az, hogy a versenysportolók fokozottan veszélyeztetve lehetnek a depresszióval szemben két oldalról is alátámasztható: egyrészt a WHO (World Health Organization) közleményében olvasható, miszerint 2020-ra a szív- és érrendszeri megbetegedések után a depresszió válik majd a második munkaképesség-csökkenést okozó betegséggé (I02); másrészt a versenysportban megjelenő fizikai, társadalmi és pszichológiai terhelés következtében, a versenysport összefonódik a krónikus stressz jelenségével, ami köztudottan veszélyezteti az egészséget.

Így kutatásomban megvizsgáltam, hogyan alakul a depresszió mértéke a két sportoló csoport között. Az eredmények az mutattak, hogy a versenysportolók enyhén magasabb átlagértéket produkáltak a szabadidő sportolókkal szemben a depresszió tekintetében, ami megegyezik egy korábbi tanulmányomban (KECZELI, 2020a) kapott eredményekkel. Ezzel részben meg tudtam erősíteni HAMMOND ET AL., 2013; MARKSER, 2011 állításait, miszerint mai versenysportolók hatalmas fizikai, társadalmi és pszichológiai nyomás alatt állnak. Ezek szerint a versenysport olyan stresszel jár együtt, ami a depressziós tünetek fokozottabb jelenlétét idézheti elő a versenysportolóknál (KECZELI, 2020a). A folyamatos kihívások, mint például a gyakori versenyhelyzet, a teljesítménnyel járó nyomás, a média állandó figyelme és a

bekövetkező kudarctól való félelem kétségtelenül pszichopatológiai formában jelentkezhetnek (HAMMOND ET AL., 2013).

BARABÁSNÉ és KERESZTES (2017) szerint a rendszeres edzések védő faktorként jelennek meg személyiségfejlődésnél, emelkedik a pozitív énkép kialakulásának a valószínűsége, valamint növekszik az önbizalom, az étellel való elégedettség, a nyitottság és az optimizmus. Azok körében, akik nem sportolnak nagyobb az esélye a negatív énkép kialakulásának és olyan depressziós tünetek megjelenésének, mint unalom, céltalanság, szorongás és reménytelenség (BARABÁSNÉ – KERESZTES, 2017).

Kutatásomban vizsgáltam, a korábbi hasonló kutatások eredményeivel (JANG ET AL., 2007; STORCH ET AL., 2005; SILVERSTEIN, 1999; HAMMOND ET AL., 2013) összevetve, hogy a nők több depressziós tünetet produkálnak, mint a férfiak. A kutatásom eredményei szerint a férfiak depresszívebbek, mint a nők, ami egy korábbi kutatásom eredményeit (KECZELI, 2020a) alátámasztja, azonban nem egyezik meg más kutatásokban kapott eredményekkel (HAMMOND ET AL., 2013). Korábbi (KECZELI, 2020a) kutatásomban megállapítottam, hogy szignifikánsan több sportban aktív férfi találkozik a depressziós betegség diagnosztikai kritériumaival, mint sportban aktív nő. Hasonló következtetés vonható le most is, ami arra enged következtetni, hogy a teljesítménybeli elvárás a versenyző férfiak számára nagyobb terhelést jelenthet, míg a nők esetében, amint MARKSER (2011) megállapítja vannak olyan tényezők, amelyek fokozottan csökkenthetik a depressziót: például a női sportolók általában könnyebben kérnek segítséget és hamarabb jelzik negatív tüneteiket szakembernek. A nemek közti eltérések kapcsolatba hozhatók a fiúk és a lányok eltérő sportmotivációjával (PIKÓ ET AL., 2004) is, miszerint a lányokra sokkal inkább jellemző, hogy azért sportolnak, hogy csinosak, egészségesek legyenek, míg a fiúk gyakran a versenyzés kedvéért, az erejük demonstrálásáért, illetve a győzelemre való törekvés kedvéért sportolnak (FINKENBERG, 1991; KOIVULA, 1999; KECZELI, 2020a).

Megállapítható, hogy további kutatások szükségesek ahhoz, hogy megértsük, hogy a férfi, illetve női sportolók esetében mi az, ami fokozza a depresszió kockázatát. Egyre fontosabbá válnak a szubjektív, saját értékelésen alapuló mutatók, a saját fizikai és mentális egészségi állapot jellemzése, illetve az egészség megtartásának módja is egyre fontosabb. Ezen ismeretek alapján a szűrési eljárásokat és a támogatási rendszereket is fejleszteni kellene.

A teljes minta tekintetében a fiatalabb korosztály szignifikánsan depresszívebb, mint a 30 évesek és efölöttiek, ami magyarázható a fiatalabb korosztály életszakaszához illeszkedő problémáival. A 18-23 évesek éppen az „élet legfontosabb kérdéseivel” vannak elfoglalva, azaz azzal, hogy sportolói, vagy „civil” karriert válasszanak, hogyan alakítsanak ki párkapcsolatot,

családot, milyen lesz felnőtt életük. Míg a 30 évesek és efölöttiek nagyobb részt már döntöttek ezekben a kérdésekben, már választottak lehetséges életutat (KECZELI, 2020a).

A legális pszichoaktív szerek (alkoholfogyasztás és dohányzás) és depresszió összefüggésének tekintetében az összes megkérdezett esetében csak az alkohol fogyasztásnál találtam szignifikáns eltérést. Azok, akik egyáltalán nem, illetve majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt magasabb átlag értéket értek el azokhoz képest, akik ritkán vagy hetente fogyasztanak alkoholt.

Mivel a sport általában társaságban űzhető tevékenység és a személyiségre feltöltő hatással bír, különböző sportjátékokat terápiás módszerként alkalmaznak számos kórházi osztályon a depresszió elleni küzdelemben. Bizonyítottan csökkenhetők az antidepresszáns gyógyszerek dózisa, esetleg el is hagyhatók ezen programok alkalmazásával. ***Függetlenül a sportág jellegétől (egyéni, csoportos, aerob, anaerob testedzés) javaslom a rendszeres sportolás nemcsak terápiás módszerként való alkalmazását, hanem legfontosabb preventív eszközként való alkalmazását is a mentális és fizikai egészség megőrzésében.*** A sport egészségmegőrző hatása abban is érvényesül, hogy számos betegség megelőzhető a sport segítségével, mint szívizom infarktus, magas vérnyomás betegség, elhízás, stressz okozta bélrendszeri betegség, cukorbetegség stb. (HONFI ET AL. 2009). Köztudott és vizsgálatokkal bizonyított, hogy ezek a testi betegségek közvetlen vagy közvetett módon szerepet játszhatnak a depresszió kialakulásánál.

Végül a rendszeres testmozgás hozzájárulhat a társas kapcsolatok kialakításához és fenntartásához, amivel elkerülhető a szociális izoláció, mint rizikó faktor, és gyakran a csapattárs erős motivációként hathat a testmozgás folytatásában.

A harmadik hipotézisem második része, miszerint az egyén mentális egészségét erősen befolyásolhatja a saját magáról kialakított testkép - **beigazolódott**. A vizsgálatomban közepesen erős korrelációs kapcsolat tapasztalható a mentális egészség és a testkép között. További feltételezésem miszerint a versenysportolók jobb testképpel rendelkeznek, mint a többiek szintén igazolásra talált. A versenysportolók jobb testképpel rendelkeznek, mint a szabadidő sportolók, vagy mint a nem sportolók. Az eredmények megegyeznek a PERÉNYI (2013) által leírtakkal miszerint a sportolás és a rendszeres fizikai aktivitás a fizikummal való nagyobb elégedettséggel, így nagyobb önbizalommal jár együtt. A magasabb önbizalomszinten keresztül érvényesül a sportolás támogató szerepe, így hozzájárul az étellel való elégedettség és boldogság növekedéséhez, melyek a szubjektív jóllét alapvető elemeinek is tekinthetők (FROST – McKELVIE, 2005).

A rendszeres fizikai aktivitás, a rendszeres edzés döntő jelentőségű a testsúlyszabályozás szempontjából felnőtt és gyermekkorban is (DUE ET AL., 2001; LOPEZ – HYNES, 2006; JANSSEN ET AL., 2005; BA – OR, 2000; FRANK ET AL., 2004), emellett hatással van a fiatalok én és testképére (VARGA, 2002).

Hasonló kutatási eredményekről írnak HARRISON – NARAYAN (2003), szerintük is azok a fiatalok, akik valamilyen sporttevékenységben vesznek részt, egészségesebb testképpel rendelkeznek.

A sport hatását megerősíti a nemek közötti tendencia szintű eltérés a férfiak javára, valamint a tény, hogy a vizsgálatomban nem találtam összefüggést az életkor és a testkép között.

A kutatásban a dohányzási, vagy alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított csoportok testképe, a dohányzási és az alkoholfogyasztási csoportok esetében is tendencia szintű különbséget mutat. Megfigyelhető, hogy minél többet dohányzik valaki, annál rosszabb a testképe, valamint azok rendelkeznek a legjobb értékekkel a testkép tekintetében, akik ritkán isznak alkoholt. Tekintettel arra, hogy a sportolók közül a legkevesebben dohányoznak és fogyasztanak alkoholt, ezek az eredmények együttesen még inkább megerősítik a sport jelentőségét a mentális egészség megőrzésében.

Az egyén működését, fizikai tényezőkön kívül más tényezők is befolyásolják, mint például az egyén pszichológiai jellemzői. Az eredmények azt jelzik, hogy a sport számos próbatételen keresztül segíti az egyén pszichológiai, érzelmi és szociális jóllétének kialakulását, vagyis biztosítja a mentális egészséghez szükséges feltételeket. A mentális egészség olyan érzelmeket foglal magában, mint megelégedettség, boldogság, nyitottság, érdeklődés az élet iránt (DELLE ET AL., 2011). MANDERSCHIED ET AL. (2010) szerint az egészség mértéke attól függ, hogy valaki mennyire táplál pozitív érzéseket saját magával és az életével kapcsolatosan, és a kutatási eredmények szerint a sportnak komoly szerepe van ebben.

Természetesen ebben a folyamatban más tényezők is fontos szerepet játszanak, például a családi és társas támogatás, a gazdasági erőforrások, az oktatási háttér, a szociálpolitika vagy a kulturális reprezentációk (LINDEN, 2012).

PAUPERIO ET AL. (2012) felhívják a figyelmet az otthoni és az iskolai közeg vizsgálatának fontosságára annak érdekében, hogy megfelelő támogatást kapjanak a fiatalok az egészséges életmódhoz kapcsolódó döntések meghozatalakor.

A mai stresszel teli világban (különösen a versenysportban, ahol a stressz, a teljesítmény centrikusság, a sérülés veszélye miatt állandóan jelen van) szükséges megismernünk azokat az intraperszonális megküzdési módokat, amelyekkel az ember képes reagálni a külső-belső behatásokra (KECZELI, 2020c).

A harmadik hipotézisem harmadik része a reziliencia (resilience) képességre vonatkozott, amely befolyásolja a stresszel szembeni érzékenységet. A rezilienciát protektív faktorként kell értelmezni, amely olyan személyiségjellemzőket foglal magában, amelyek elősegítik a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodást, enyhítik a stressz negatív hatásait és lehetővé teszik a változásokkal szembeni adaptív megküzdést. Egyfajta lelki rugalmasságot jelent (MASTEN, 2001), a kedvezőtlen környezet ellenére bekövetkező pozitív adaptációt (KECZELI, 2019).

A rugalmasság kutatása, mint megfelelő megküzdési stratégia, a sportban is elterjedt (DONNELLAN ET AL., 2009; ONG ET AL., 2009; PHILIPPE ET AL., 2009). Kutatásomban feltételeztem, hogy azok, akik sportolnak jobb ellenállóképességgel bírnak. A hipotézisem **beigazolódt**. A három csoport (verseny-, szabadidő sportolók és az inaktívok) reziliencia mértéke szignifikáns különbséget mutatott a versenysportolók javára.

A vizsgálatom eredményei megerősítették azon feltételezésemet, miszerint a reziliencia pozitív kapcsolatban van a mentális egészséggel és ez megjósolhatóvá teszi ezen változó fontosságát sportteljesítmény tekintetében is.

Kimutattam a vizsgálatomban, hogy a reziliencia pozitív hatással van a szociális jólétre, ami megegyezik más sportolókkal végzett kutatásokkal, ahol azt találták, hogy a reziliencia hat a másokkal való jobb kapcsolatok minőségére (BONANNO ET AL., 2005), a szubjektív jólétre (BURNS ET AL., 2010), továbbá a reziliencia pozitívan hat a fizikai és pszichológiai egészségre és jólétre (DAVIS ET AL., 2009; FAVA – TOMBA, 2009), valamint meggyorsítja a rehabilitációt is (YI – FRAZIER ET AL., 2009).

A korábbi kutatások során a rugalmasságot inkább a negatív és kellemetlen tapasztalatokhoz történő alkalmazkodás folyamatában vizsgálták (LUTHAR – CICCETTI, 2000; MASTEN, 2001), YI – FRAZIER ET AL. (2009) stresszes eseménnyel szembeni egyéni reakcióként értelmezték. Más definíciókban stresszellenállásnak (GARMEZY, 1985) vagy poszttraumatikus növekedésnek (TEDESCHI ET AL., 1998) nevezik. A kutatásomban a korreláció értékek szerint erős fordított kapcsolat van az észlelt stressz és a reziliencia között. Minél magasabb a reziliencia képesség, annál alacsonyabb az észlelt stressz és fordítva. BONANNO (2004) szerint a rugalmasság több mint túlélés és nem szinonimája a sebezhetetlenségnek (PHILIPPE ET AL., 2009), bár megfelel a sikeres beállítottságnak (DONNELLAN ET AL., 2009).

Az alacsony ellenállóképesség a sebezhetőséggel, az alacsony szintű jóléttel, a pszichológiai zavarokkal, a rosszul alkalmazkodó megbirkózási magatartással és a negatív védekezéssel

hozható összefüggésbe (CAMPBELL ET AL., 2006; FAVA – TOMBA, 2009; PHILIPPE ET AL., 2009; YI – FRAZIER ET AL., 2009). A jelenleg alkalmazott elméleteket szerint a reziliencia multidimenzionális felépítettségű, egyrészt a belső változók, mint a temperamentum és a személyiségből fakadó különbségek (MANCINI – BONANNO, 2009; CAMPBELL ET AL., 2006), másrészt külső tényezők, mint például a szociális környezet, amely közvetítő szerepet tölt be az egyén működésében, jellemzik (LEVE ET AL., 2009; DAVIS ET AL., 2009). A kutatási eredmények szerint minél több időt szán valaki testmozgásra, annál jobb reziliens képességgel bír és intenzívebben jelentkeznek a sport pozitív hatásai. Korábbi kutatások szerint a reziliencia segíthet az érzelmek szabályozásában és a pozitív érzelmek kialakításában a stresszt és szorongást kiváltó helyzetekben is, ami a versenysportolóknál jobb teljesítményhez vezethet (ONG ET AL., 2009; PHILIPPE ET AL., 2009; DONNELLAN ET AL., 2009). Beigazolódott, hogy a sportolás támogató faktorként hozzájárul a reziliencia fejlődéséhez, ezen keresztül pedig a mentális és pszichológiai jólléthez. A lelki rugalmasság egyfajta pozitív érzelemnek is tekinthető (annak érzése, hogy képesek vagyunk alkalmazkodni a megváltozó körülményekhez), így hozzájárul az önbizalomhoz és pszichikai jólléthez, egészségesebbnek érezhetjük magunkat a hatékonyabb megküzdésnek (coping) köszönhetően (TUGADE – FREDRICKSON, 2004; FOX, 2000).

Megvizsgáltam a nemek közötti különbségeket a reziliencia tekintetében és kimutattam, hogy a vizsgált minta esetében a nők szignifikánsan reziliensebbek, mint a férfiak.

A pszichoaktív szerek közül a dohányzás negatívan hat a reziliencia képességre, a nem dohányzók jobb ellenállóképességgel bírnak, mint a másik két csoport. Az alkoholfogyasztás esetében nem találtam szignifikáns eltérést, bár látható a tendencia, hogy minél többet iszik valaki, annál kisebb a reziliencia átlag értéke.

A mentális egészség megőrzése céljából különösen *javaslom a sportolók saját, belső erőforrásainak a felfedezését és fejlesztését, továbbá az önbecsülés fejlesztését, ami magában foglalja a reziliencia képesség fejlesztését, a stressz és az ebből adódó szorongás, esetleges a depresszió és egyéb mentális problémák elkerülése céljából.*

A sportban előforduló stresszorokkal - mint a társas kapcsolatok, a munkahelyi stressz, az állandó teljesítménykényszer, - kapcsolatos vizsgálatok megállapításai szerint a sporttal kapcsolatos stressz nem hatékony kezelése káros hatással van a sportoló teljesítményére és ez által a személyes elégedettségére. A hipotézisem utolsó részeként feltételeztem, hogy a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív faktor hatását. A hipotézisem **részben beigazolódott**, az észlelt stressz és a sportolási intenzitás

között tendencia szintű eltérést tapasztaltam. A kapott eredmény egyszerre arra mutatott, hogy a sport segít a stresszel való megküzdésben, ami egybecseng más kutatási eredményekkel miszerint a stressz kezelés egyik legegyszerűbb és könnyen elérhető eszköze a sport (URBÁN – HANN, 2003; ASZTALOS ET AL., 2012; BOND ET AL., 2002; BALOGH ET AL., 2008). Azonban az állandó megmérettetések, versenyek, rejtett veszélyek a stressz forrásai is lehetnek. Az észlelt stressz tekintetében a nemek között nincs különbség, valamint szignifikánsan fejlődő tendencia tapasztalható az életkor előrehaladtával, a 24 év fölöttiek jobban küzdenek meg a stresszel, mint 24 év alattiak.

Pszichoaktív szerek az esetünkben semmilyen hatást nem gyakoroltak az észlelt stressz szintjére.

További eredmények azt is mutatták, hogy egyértelmű a kapcsolat az észlelt stressz és a mentális egészség között. Elmondható, hogy minél kisebb az észlelt stressz annál magasabb a mentális egészség, illetve minél magasabb a mentális egészség annál alacsonyabb az észlelt stressz.

5.1.4. A negyedik hipotézis vizsgálata

Negyedik hipotézisem *miszerint, hogy a munkáltatók számára nyilvánvaló, hogy az egészséges (mentálisan is egészséges) munkavállaló hatékonyabb, ezért egészségfejlesztő és sport tevékenységüket támogatják - részben beigazolódott.*

Összefoglalva a kapott eredményeket egyértelműnek tűnik, hogy a vezetők tisztában vannak az egészségfejlesztő programok és a sport programok fontosságával. Továbbá fontosnak tartják, hogy a munkavállalók sportoljanak és kiegyensúlyozottak legyenek. Azonban a megkérdezett hét vállalat esetében 3 vállalatban nincs semmilyen egészségfejlesztő program (ez a munkavállalói minta 64%-át érinti). Ez hasonló eredmény egy korábbi kutatáshoz viszonyítva, miszerint a vállalatok több mint 40%-a semmilyen egészségfejlesztő programot nem alkalmaz (SZABÓ – JUHÁSZ, 2019). A vizsgálatban vont vállalkozások KKV-k voltak. A nagyvállalatok esetében jobb a helyzet, hiszen a XEROX (2016) adatai szerint globálisan 2008-ban a multinacionális vállalatok 34 %, 2014-ben már 56%, 2016-ban 69 %-uk indított egészség programokat (SZABÓ – JUHÁSZ, 2019).

A kutatásomban szereplő vállalatok által alkalmazott egészségfejlesztő programokról elmondható, hogy az első helyen a mozgás programok vannak. Ez hasonlít a THORPE (2015) eredményéhez, miszerint a „44 legegészségesebb amerikai vállalat” programjait áttekintve az első helyen a mozgás van. A VIRGIN (2016) kutatásához is illeszkedik eredményem, miszerint a dohányzás elleni harc is megjelenik a vállalati egészségprogramok részeként.

A munkavállaló megnyerésében a kutatási eredményeim szerint a testi-lelki egészséget védő tényezők (munkahelyi egészségprogramok, munkahelyi sportolási lehetőségek, munkahelyi pszichológus) szinte egyáltalán nem játszanak szerepet. Azonban, a dolgozó megtartásában úgy tűnik, hogy vállalatvezetők enyhén nagyobb jelentőséget tulajdonítanak ennek, annak ellenére, hogy a vállalatok egy részénél nincsenek egészségprogramok, valamint egyik vállalatnál sincs munkahelyi pszichológus. Mégis a munkavállaló megnyerésében és a megtartásában mért tizenhárom tényező közül „a munkahelyi pszichológus” tényezőre kapott értékek esetében tapasztalható a legnagyobb különbség (1,1 pont). Úgy tűnik a vállalatvezetők látják a hasznát és szükségességét, azonban intézkedéseket nem tesznek ebben az irányban. Idézem: „Nagyon jó lenne, nagyon sok problémától megszabadítana engem”; „Hasznos lehetne, azonban félek attól, hogy működne”.

A szociális tényezők szerepe is emelkedik a munkahelyen eltöltött idő függvényében. Az, hogy milyenek a munkahelyi kapcsolatok, a munkahelyi légkör, a kollégák segítőkészsége jelentős szerepet játszik abban, hogy egy munkavállaló marad-e az adott munkahelyen. Eltérően MERETEI (2017) kutatásaitól, miszerint a magyar dolgozók számára a munka és a magánélet egyensúlya, valamint a kollégákkal való jó kapcsolat a legfőbb, amikor új munkahelyet választanak, kutatási eredményeim szerint a munkavállaló megnyerésében a fizetés és a vállalatvezető vezetési stílusa volt a legfontosabb. Érdekes azonban, hogy ezen tényezők jelentősége idővel enyhén csökken és erősödik a munkahelyi légkör és a munkahelyi kapcsolatok szerepe, ami viszont egybecseng a BCG kutatásaival, ahol a dolgozók számára a tíz legfontosabb pontból hat a munkahelyi légkörhöz, a közérzetükhöz kapcsolódik (SZABÓ – JUHÁSZ, 2019). Ebből kiindulva, elmondható, hogy különböző munkahelyi egészségfejlesztő és a munkahelyi sport programok segítségével tovább fejlődhetnek a munkahelyi kapcsolatok, javulhat a munkahelyi légkör és ezzel a munka morál és a teljesítőképesség is.

A megkérdezett vállalatvezetők 100%-a maximálisan fontosnak tartja a munkahelyi jóllétet. Ez jobb hozzáállásra utal, mint amit SZABÓ – JUHÁSZ (2019) leírtak, ahol a megkérdezett cégvezetőknek 74%-a gondolta úgy, hogy a munkahelyi jóllét kulcsfontosságú elem a munkavállalók megtartásában, teljesítményében (SZABÓ – JUHÁSZ, 2019).

A megvizsgált vállalatok esetében az anyagi ráfordítások a dolgozók testi lelki egészségének megőrzésére nagyon alacsony szinten vannak. Annak ellenére, hogy ALDANA (2018a) szerint a vállalatok egészségfejlesztési költségei 2018-ban nemzetközi szinten fejenként évi 150- 1200 dollár között mozognak, az én kutatásom esetében az a szám átlagban 10.000 Ft/ fő/ év körüli.

A kérdésre, hogy milyen konkrét intézkedések vannak a stressz vagy a depresszió ellen, azt a választ kaptam, hogy semmilyen konkrét stresszoldó gyakorlat sincs egyik vállalatnál sem. Hasonló eredményeket kaptam a depresszió tekintetében is.

Az egyes betegségek előfordulási arányát nézve, a vállalatvezetők becslései és tapasztalatai szerint, első helyen a dohányzás fordul elő, a második helyen a stressz és a túlsúlyból adódó problémák. Harmadik helyen van a fizikai inaktivitásból adódó problémák közül az ülőmunka miatti derék-, hát-, nyakfájás (hat vállalat esetében jelen van), majd ez követi a fizikai inaktivitásból adódó állómunka. Ez a tendencia megegyezik a BOLES ET AL. (2004) eredményeivel miszerint fizikailag inaktívak és az egészségtelenül táplálkozók több mint másfélszer nagyobb eséllyel hiányoznak vagy dolgoznak betegen. Ezt követi az alkoholfogyasztás, majd fizikai inaktivitás következményeként megjelenő vérnyomás probléma.

Úgy tűnik a jelenlegi munkahelyi kultúra a munkavállalók fizikai és mentális egészségével tudatosan még kevésbé foglalkozik, annak ellenére, hogy a PFEFFER (2018) szerint a munkavállalók számára a munkahelyi környezet okozza a stressz legnagyobb részét.

Végül elmondható, hogy a vállalati gyakorlat kevésbé kezeli befektetésként az egészségfejlesztést, annak ellenére, hogy nemzetközi és hazai kutatások arra utalnak, hogy munkavállaló egészségének javulásával javul a vállalat teljesítménye és ezzel a versenyképessége. *Kutatási eredményeim fényében javaslatként megfogalmazom azt, hogy a vállalatvezetők fektessenek minél nagyobb hangsúlyt a vállalati sportprogramok szervezésére, rendszeressé tételére. Ezek a sportolási lehetőségek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy fizikailag és mentálisan(!) is egészségesebb társadalom alakuljon ki. A sportoló munkavállaló egészségesebb, ami egyrészt jobb munka teljesítményhez vezethet, ami mind munkáltatói, mind nemzetgazdasági szinten pozitív hatást jelent. Másrészt a sportoló munkavállaló, mint szülő motiválóan hathat gyermeke aktívabb életmódjára, és ez hozzájárulhat az egészségesebb és ezzel együtt jobban teljesítő jövőbeli munkavállalói nemzedék és társadalom kialakulásához is. Ez a folyamat a sport szinergetikai hatását jeleníti meg, mind társadalmi, mind nemzetgazdasági szinten.*

5.2. A MENTÁLIS EGÉSZSÉGET MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK ÖSSZEGZŐ VIZSGÁLATA, 3+1 DME (3+1- Dimenziójú Mentális Egészség Modell)

Lineáris regresszióval elemeztem, hogy a kutatásomban mért összes változó (reziliencia, észlelt stressz, megküzdési stratégiák, testkép és a depresszió) hogyan hat az érzelmi, a pszichológiai

és a szociális jóllétre. Mindegyik alkálát külön-külön vizsgáltam meg és a független változó mindegyik esetben az összes változó volt.

Az emocionális jóllétet ($R^2 = 0,359$, $F=57,869$, $p < 0,001$), szignifikáns módon meghatározza az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a problémaelemzés, a passzív megküzdés, a testkép és a depresszió. A 58. táblázatból az is látható, hogy:

- minél nagyobb a stressz annál alacsonyabb az érzelmi jóllét ($\beta = -0,381$), továbbá
- minél nagyobb a kognitív átstrukturálódás annál magasabb az érzelmi jóllét ($\beta = 0,169$), végül
- minél jobb a testkép annál magasabb az érzelmi jóllét ($\beta = 0,138$) (58. Táblázat).

58. Táblázat: Az érzelmi jóllétet befolyásoló változók

	Nem standardizált együtthatók		Standardizált együtthatók Béta	t	p
	B	Std. hiba			
Konstans	2,913	0,362		8,035	<0,000
Reziliencia	0,093	0,058	0,061	1,635	0,102
Észlelt Stressz	-0,530	0,047	-0,381	-11,350	<0,000
Kognitív átstrukturál.	0,366	0,070	0,169	5,219	<0,000
Feszültségredukció	-0,097	0,54	-0,057	-1,790	0,074
Problémaelemzés	-0,138	0,072	-0,059	-1,912	0,056
Passzív megküzdés	0,154	0,050	0,094	3,057	0,002
Testkép	0,246	0,060	0,138	4,084	<0,000
Depresszió	-0,018	0,008	-0,079	-2,249	0,025

a. Független változó az Érzelmi jóllét

Forrás: Saját szerkesztés

59. Táblázat: A pszichológiai jóllétet befolyásoló változók

	Nem standardizált együtthatók		Standardizált együtthatók Béta	t	p
	B	Std. hiba			
Konstans	-0,201	0,290		-0,693	0,489
Reziliencia	0,485	0,045	0,355	10,768	0,000
Észlelt Stressz	-0,229	0,038	-0,183	-6,002	<0,000
Kognitív átstrukturálódás	0,155	0,058	0,079	2,689	0,007
Feszültségredukció	-0,132	0,043	-0,087	-3,080	0,002
Problémaelemzés	0,215	0,059	0,102	3,657	0,000
Passzív megküzdés	0,113	0,040	0,077	2,834	0,005
Testkép	0,322	0,048	0,201	6,706	0,000

a. Független változó a Pszichológiai jóllét

Forrás: Saját szerkesztés

A pszichológia jóllétet ($R^2 = 0,489$, $F=98,214$, $p<0,001$), szignifikáns módon meghatározza a reziliencia, az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a feszültségredukció, a problémaelemzés, a passzív megküzdés és a testkép.

A 59. táblázatból az is látható, hogy:

- minél nagyobb a reziliencia annál magasabb a pszichológiai jóllét ($\beta=0,355$),
- minél nagyobb a stressz annál alacsonyabb a pszichológiai jóllét ($\beta=-0,183$), továbbá
- minél nagyobb a problémaelemzés annál magasabb a pszichológiai jóllét ($\beta=0,102$), végül
- minél jobb a testkép annál magasabb a pszichológiai jóllét ($\beta=0,201$) (59. Táblázat).

A szociális jóllétet ($R^2=0,303$, $F=40,285$, $p<0,001$), szignifikáns módon meghatározza a reziliencia, az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a feszültségredukció, a passzív megküzdés és a testkép. A 60. táblázatból az is látható, hogy:

- minél nagyobb a reziliencia annál magasabb a szociális jóllét ($\beta=0,187$),
- minél magasabb az észlelt stressz annál alacsonyabb a szociális jóllét ($\beta= - 0,133$), továbbá
- minél nagyobb a kognitív átstrukturálódás annál magasabb a szociális jóllét ($\beta=0,150$),
- minél nagyobb a passzív megküzdés annál magasabb a szociális jóllét ($\beta=0,118$), végül
- minél jobb a testkép annál magasabb a szociális jóllét ($\beta=0,204$) (60. Táblázat).

60. Táblázat: A szociális jóllétet befolyásoló változók

	Nem standardizált együtthatók		Standardizált együtthatók Béta	t	p
	B	Std. hiba			
Konstans	-0,248	0,330		-0,753	0,452
Reziliencia	0,257	0,052	0,187	4,913	0,000
Észlelt Stressz	-0,167	0,045	-,133	-3,754	0,000
Kognitív átstrukturál.	0,292	0,064	0,150	4,541	0,000
Feszültségredukció	-0,091	0,050	-0,059	-1,826	0,068
Problémaelemzés	-0,098	0,069	-0,046	-1,409	0,159
Passzív megküzdés	0,175	0,048	0,118	3,670	0,000
Testkép	0,328	0,056	0,204	5,833	0,000

a. Független változó a Szociális jóllét

Forrás: Saját szerkesztés

Kutatásomban arra is kerestem a választ, hogy milyen jellegű kapcsolat van a mért változók és a mentális jóllét között. A Pearson-féle korrelációs együtthatókat segítségével megnéztem a kapcsolat erejét, tendenciáját és irányát a mért pszichológiai tényezők és a mentális egészség között. A 61. táblázatból leolvasható, hogy egyedül a kognitív átstrukturálódás áll közepesen

erős kapcsolatban a mentális egészség három dimenziójával. A feszültségredukció gyenge kapcsolatban van a mentális egészség három dimenziójával. A problémaelemzés esetén enyhe kapcsolat tapasztalható az érzelmi és a szociális jólléttel, míg a pszichológiai jólléttel gyenge kapcsolat figyelhető meg. A passzív megküzdés és a mentális egészség dimenziói között is enyhe kapcsolat van.

61. Táblázat: Pearson-féle korreláció a megküzdési stratégiák és a mentális jóllét között

Pearson-féle korreláció	Kognitív átstrukturálódás	Feszültség redukció	Probléma elemzés	Passzív megküzdés
Érzelmi jóllét	0,303**	-0,179**	0,026	0,024
Pszichológiai jóllét	0,361**	-0,195**	0,221**	0,017
Szociális jóllét	0,338**	-0,124**	0,080*	0,094**

* :A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

A Pearson-féle korrelációs értékeket bemutató táblázat (62. Táblázat) szerint a depresszió és a mentális egészség dimenzió között fordított közepes korreláció tapasztalható, ami azt jelenti, hogy minél alacsonyabb a depresszió, annál magasabb a mentális egészség és fordítva.

62. Táblázat: A depresszió és a mentális egészség Pearson-féle korrelációs értékei

Pearson-féle korreláció	Érzelmi jóllét	Pszichológiai jóllét	Szociális jóllét	Mentális egészség
Depresszió	-0,347**	-0,396**	-0,247**	0,368**

* :A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

A Pearson-féle korrelációs értékeket bemutató táblázat (63. Táblázat) szerint a testkép és a mentális egészség három dimenziója között közepesen erős korreláció tapasztalható.

63. Táblázat: A Pearson-féle korrelációs érték a testkép és a mentális egészség között

Pearson-féle korreláció	Érzelmi jóllét	Pszichológiai jóllét	Szociális jóllét	Mentális egészség
Testkép	0,388**	0,497**	0,397**	0,483**

* :A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények alapján azt a következtetést vontam le, hogy minél inkább sportol valaki, annál inkább jobb lesz a testképe és minél jobb a testképe annál jobb a mentális egészsége.

64. Táblázat: Reziliencia Pearson-féle korrelációs értékei

Pearson-féle korreláció	Érzelmi jóllét	Pszichológiai jóllét	Szociális jóllét	Mentális egészség
Reziliencia	0,404**	0,621**	0,428**	0,565**

*: A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

A Pearson-féle értékeket bemutató táblázat (64. Táblázat) jelképezi a reziliencia kapcsolatát a mentális egészség dimenzióival, ahol látható, hogy közepesen erős korreláció tapasztalható ezen változók között.

A Pearson-féle korrelációs értékeket tartalmazó 65. táblázat bemutatja, hogy milyen kapcsolat van a mentális egészség dimenziói és az észlelt stressz között. Fordított irányú közepesen erős korreláció tapasztalható ezen változók között, ami annyit jelent minél alacsonyabb az észlelt stressz annál magasabb a mentális egészség, illetve minél magasabb a mentális egészség annál alacsonyabb az észlelt stressz.

65. Táblázat: Az észlelt stressz és a mentális egészség Pearson-féle korrelációs értékei

Pearson-féle korreláció	Érzelmi jóllét	Pszichológiai jóllét	Szociális jóllét	Mentális egészség
Észlelt stressz	-0,530**	-0,488**	-0,360**	0,505**

*: A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

Kutatásomban arra is kerestem a választ, hogy hogyan korrelál a depresszió a testképpel, a megélt stresszel és a rezilienciával. A Pearson-féle korrelációs értékeket tartalmazó 66. táblázat bemutatja a depresszió kapcsolatát a testképpel, észlelt stresszel és rezilienciával. Mindhárom változó esetében közepesen erős korrelációs kapcsolat van, csak a testkép és a reziliencia esetében ez a kapcsolat fordított irányú.

66. Táblázat: A depresszió Pearson-féle korrelációs értékei az észlelt stressz, testkép és reziliencia esetében

Pearson-féle korreláció	Észlelt stressz	Testkép	Reziliencia
Depresszió	0,470**	-0,482**	-0,449**

*: A korreláció 0,05 szinten szignifikáns

** :A korreláció 0,01 szinten szignifikáns

Forrás: Saját szerkesztés

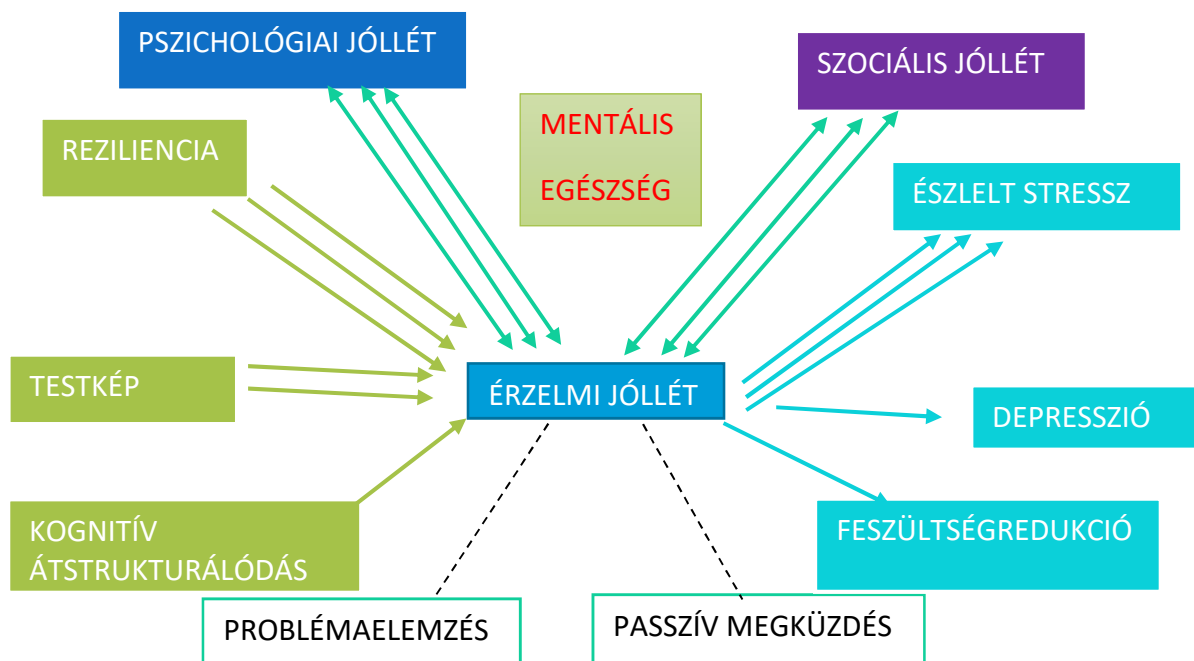
Kutatásom eredményeire támaszkodva **3+1-DME (3+1- dimenziójú mentális egészség) modellt** hoztam létre. A 3+1-DME modell jelképezi a kapcsolatot a kutatásomban mért változók és a mentális egészség között. A modell bemutatja hogyan hatnak a mért pszichológiai

változók a mentális egészség dimenzióira külön-külön és hogyan hatnak a mentális egészségre összességében. A 3 dimenziós modell a kapcsolat erejét, tendenciáját és irányát is reprezentálja. A kapcsolat erejét a mért változók között és a mentális egészség között a vonalak száma és típusa jelzi. Az enyhe kapcsolatot a szaggatott vonal, a gyengét egy, a közepeset kettő és végül az erős kapcsolatot három egybefüggő vonal jelképezi.

A kapcsolat tendenciája lehet csökkenő vagy növekvő, ami annyit jelent, minél inkább csökken/nő, annál inkább csökken/nő. A tendenciát a vonalak színe jelzi. Zöld színű vonal esetében növekvő, szürke vonal esetében csökkenő tendencia tapasztalható.

A kapcsolat lehet egy vagy két irányú. Egy irányú kapcsolat esetében csak az egyik változó van hatással a másik változó mértékére. Két irányú kapcsolat esetében a kapcsolatban lévő két változó kölcsönösen hat egymásra. Ezt a nyilak iránya mutatja.

Ennek fényében a 29. ábra mutatja, hogy az érzelmi jóllét, a pszichológiai és a szociális jóllét között erős és kölcsönös (azonos tendenciájú és irányú) kapcsolat van, vagyis, ahogy javul a pszichológiai vagy a szociális jóllét úgy javul az érzelmi jóllét is, és fordítva.



29. ábra: Érzelmi jóllét és a mért változók kapcsolata

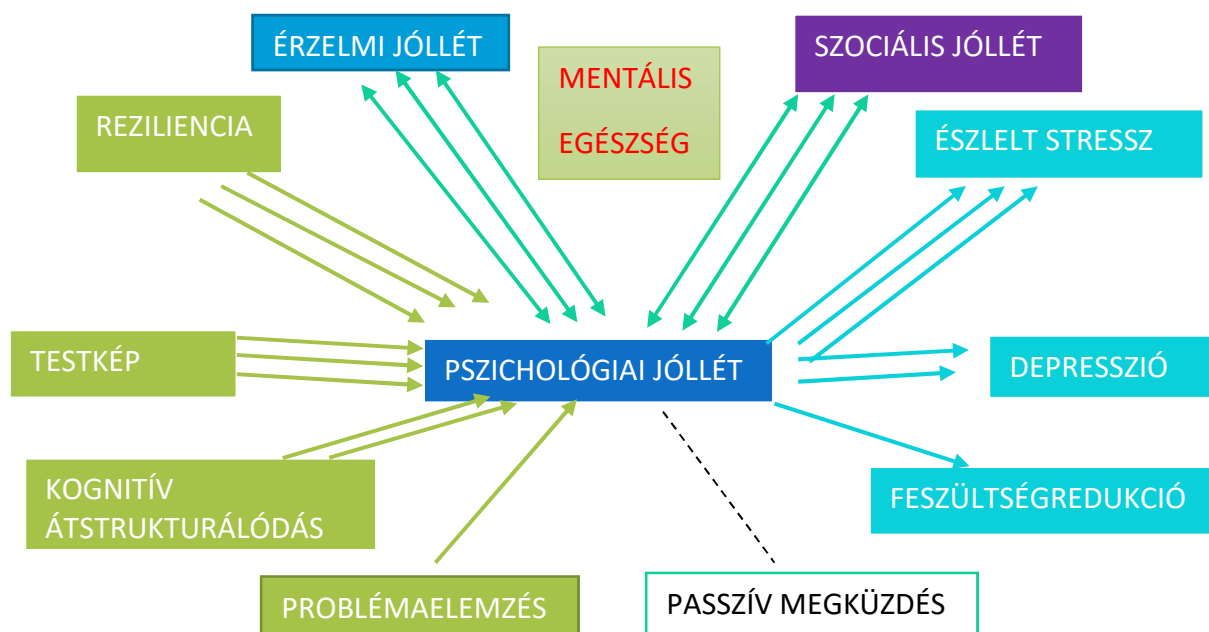
Forrás: Saját szerkesztés

Továbbá az érzelmi jóllét erős kapcsolatban van a rezilienciával és az észlelt stresszel, azonban a kapcsolat tendenciája és iránya eltérést mutat. Amíg a reziliencia esetében javul az érzelmi jóllét, ahogy növekszik a reziliencia képessége, az észlelt stressz növekedésével csökken az érzelmi jóllét. Tehát az érzelmi jóllét és az észlelt stressz között fordított irányú csökkentő tendenciájú kapcsolat van, vagyis az érzelmi jóllét, akkor javul, ha az észlelt stressz csökken.

Az érzelmi jóllét közepesen erős kapcsolatban van a testképpel és gyenge kapcsolatban a kognitív átstrukturálódással, depresszióval és a feszültség redukcióval. A kapcsolatok tendenciája és iránya eltérést mutat. Amíg a testkép esetében javul az érzelmi jóllét, ahogy javul a testkép vagy a kognitív átstrukturálódás képessége, a depresszió vagy a feszültség redukció növekedésével csökken az érzelmi jóllét. Tehát az érzelmi jóllét és a depresszió, valamint az érzelmi jóllét és a feszültség redukció között fordított irányú, csökkenő tendenciájú kapcsolat van, vagyis az érzelmi jóllét, akkor javul, ha ezek csökkennek.

Az érzelmi jóllét és a másik két megküzdési technika (problémaelemzés és passzív megküzdés) között nincs, vagy csak nagyon enyhe kapcsolat van (29. ábra).

A 30. ábra mutatja, hogy a pszichológiai jóllét, az érzelmi és a szociális jóllét között erős és kölcsönös (azonos tendenciájú és irányú) kapcsolat van, vagyis, ahogy javul az érzelmi vagy a szociális jóllét, úgy javul a pszichológiai jóllét is, és fordítva (30. ábra).



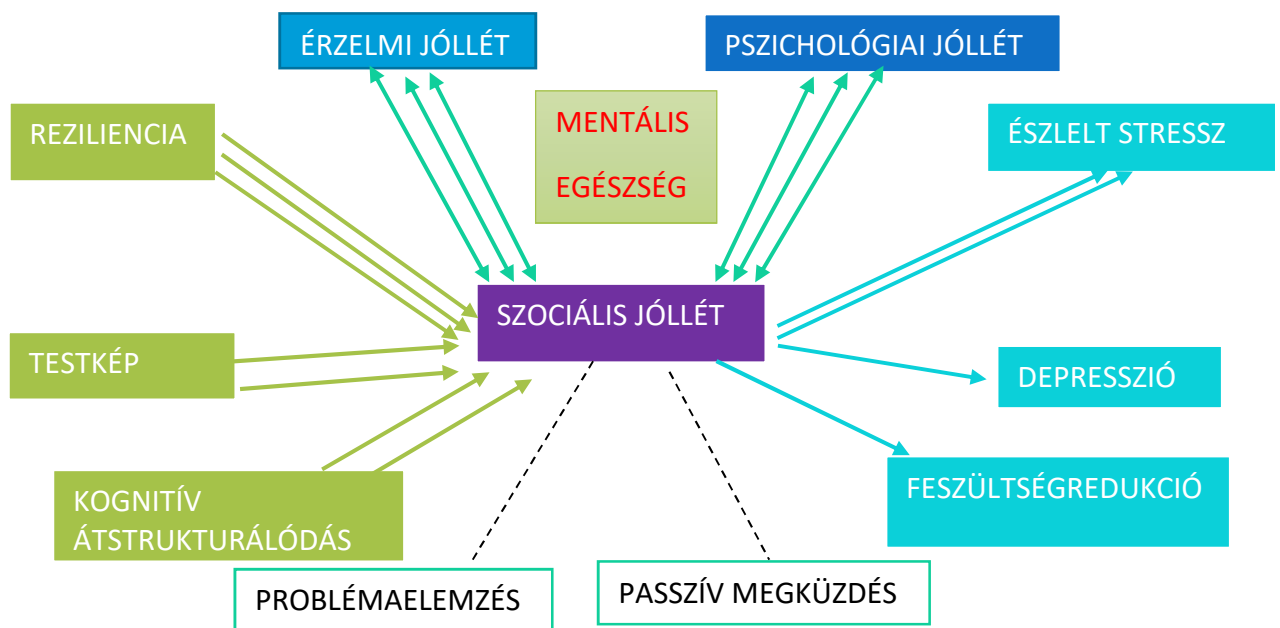
30. ábra: Pszichológiai jóllét és a mért változók kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés

Továbbá a pszichológiai jóllét erős kapcsolatban van a rezilienciával, a testképpel és az észlelt stresszel, azonban a kapcsolat tendenciája és iránya eltérést mutat. Amíg a reziliencia és a testkép esetében javul a pszichológiai jóllét, ahogy növekszik a reziliencia képessége vagy javul a testkép, addig az észlelt stressz növekedésével csökken a pszichológiai jóllét. Tehát a pszichológiai jóllét és az észlelt stressz között fordított irányú csökkenő tendenciájú kapcsolat van, vagyis a pszichológiai jóllét akkor javul, ha az észlelt stressz csökken.

A pszichológiai jóllét közepesen erős kapcsolatban van a kognitív átstrukturálódással és depresszióval, azonban a kapcsolat tendenciája és iránya eltérést mutat. Amíg a kognitív átstrukturálódás esetében javul a pszichológiai jóllét, ahogy fejlődik a kognitív átstrukturálódás képessége, a depresszió növekedésével csökken a pszichológiai jóllét. Tehát a pszichológiai jóllét és a depresszió között fordított irányú, csökkenő tendenciájú kapcsolat van, vagyis a pszichológiai jóllét akkor javul, ha a depresszió csökken. A pszichológiai jóllét és a problémaelemzés gyenge, egy irányú, növekvő, míg a feszültség redukcióval gyenge, egy irányú, csökkenő tendenciájú kapcsolatban van. Végül a pszichológiai jóllét és a passzív megküzdés között nincs, vagy csak nagyon enyhe kapcsolat van (30. ábra).

A 31. ábra mutatja, hogy a szociális jóllét és az érzelmi és a pszichológiai jóllét között erős és kölcsönös (azonos tendenciájú és irányú) kapcsolat van, vagyis, ahogy javul az érzelmi vagy a pszichológiai jóllét, így javul a szociális jóllét is, és fordítva (31. ábra).



31. ábra: Szociális jóllét és a mért változók kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés

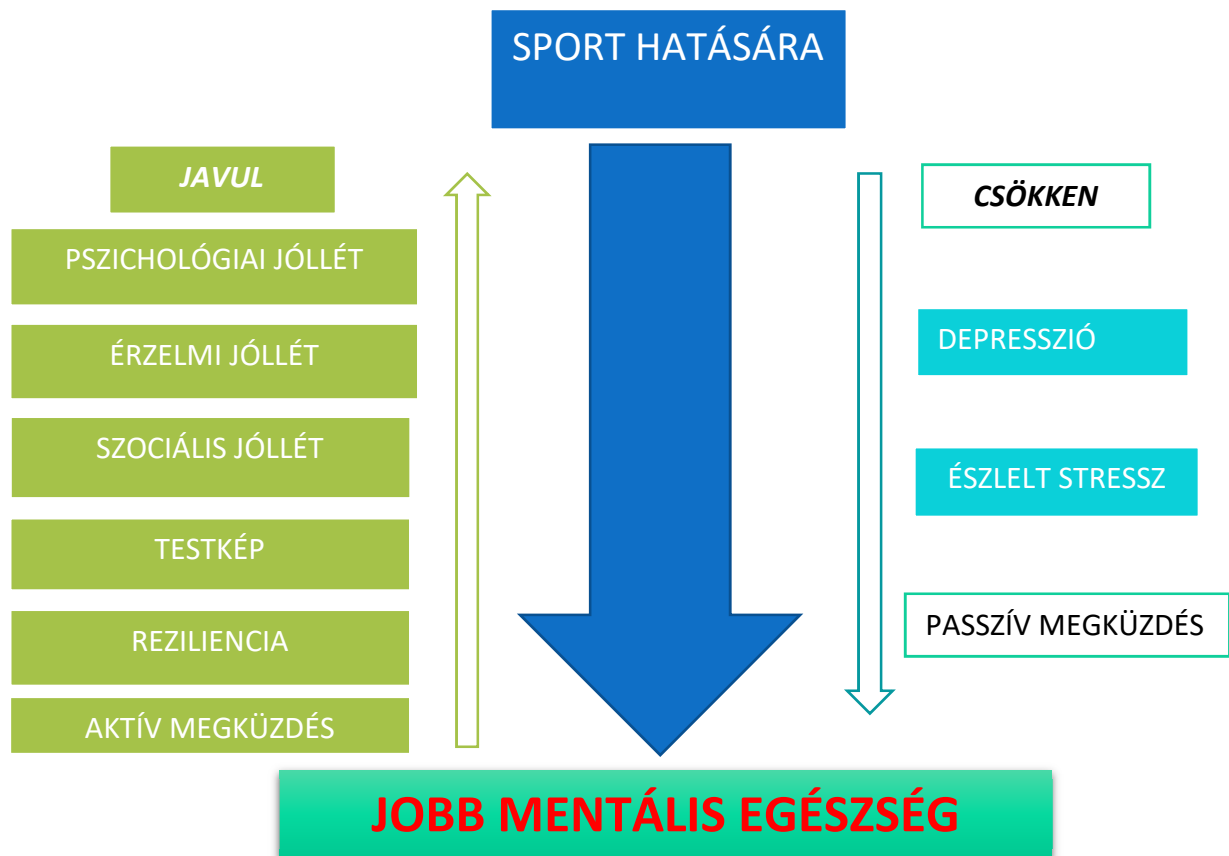
Továbbá a szociális jóllét erős kapcsolatban van a rezilienciával, ahogy növekszik a reziliencia képessége javul a szociális jóllét.

A szociális jóllét közepesen erős kapcsolatban van a kognitív átstrukturálódással és az észlelt stresszel, azonban a kapcsolat tendenciája és iránya eltérést mutat. Ahogy fejlődik a kognitív átstrukturálódás képessége javul a szociális jóllét, az észlelt stressz növekedésével viszont csökken a szociális jóllét. Tehát a szociális jóllét és az észlelt stressz között fordított irányú

csökkenő tendenciájú kapcsolat van, vagyis a szociális jóllét akkor javul, ha az észlelt stressz csökken.

A szociális jóllét gyenge kapcsolatban van a testképpel, a depresszióval és a feszültség redukcióval. A testkép növekedésével javul a szociális jóllét, míg a depresszió és a feszültség redukció esetében fordított irányú, csökkenő tendenciájú kapcsolat van, vagyis a szociális jóllét akkor javul, ha ezek csökkennek.

A szociális jóllét és a másik két megküzdési technika (problémaelemzés és passzív megküzdés) nincs, vagy csak nagyon enyhe kapcsolat van.



32. ábra: A sport és a mentális egészség kapcsolata

Forrás: Saját szerkesztés

Összefoglalva az összes eredményt a mentális egészség dimenzióit a mért változók (az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a problémaelemzés, a passzív megküzdés, a testkép és a depresszió) szignifikáns módon meghatározzák.

Az emocionális jóllét esetében elmondható, hogy minél alacsonyabb az észlelt stressz, továbbá minél magasabb a kognitív átstrukturálódás és végül minél jobb a testkép annál magasabb az érzelmi jóllét.

A pszichológia jóllétet szignifikáns módon meghatározza a reziliencia, az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a feszültségredukció, a problémaelemzés, a passzív megküzdés és a testkép. Az eredményekből látható, hogy minél nagyobb a reziliencia, a problémaelemzés és minél jobb a testkép annál magasabb a pszichológiai jóllét, továbbá minél nagyobb a stressz annál alacsonyabb a pszichológiai jóllét.

A szociális jóllétet szignifikáns módon meghatározza a reziliencia, az észlelt stressz, a kognitív átstrukturálódás, a feszültségredukció, a passzív megküzdés és a testkép. Minél nagyobb a reziliencia, jobb a testkép, nagyobb a kognitív átstrukturálódás és passzív megküzdés, annál magasabb a szociális jóllét, valamint minél magasabb az észlelt stressz annál alacsonyabb a szociális jóllét.

A kutatási eredmények fényében összességében elmondható, hogy a sport a sportolás intenzitásától függetlenül védő- és támogatófaktoroként jelenik meg a vizsgált mintán. Felnőttkori egészségi állapotunk az egészség-magatartásunk függvénye, amit a rendszeres sportolás meghatározhat. Az eredményekből azt is elmondható, hogy a sportoló fiatal felnőttek közül kevesebben dohányoznak, kevésbé depresszívek, jobb testképpel rendelkeznek, jobban kezelik a stresszhelyzeteket, jobb reziliencia képességgel bírnak, továbbá inkább aktív megküzdési stratégiákat preferálnak. Ennek fényében elmondható, hogy a sport jobb mentális egészséget eredményez (32. ábra).

6. AZ ÉRTEKEZÉS FONTOSABB MEGÁLLAPÍTÁSAI, ÚJ ILLETVE ÚJSZERŰ EREDMÉNYEI

Kutatásom eredményei közül a következőket új, illetve újszerű eredménynek tartom:

Új eredményeim:

- A kutatásom újdonságát adja, hogy a mentális egészséget verseny-, szabadidő sportolók és a nem sportolók körében vizsgálom, ilyen jellegű összehasonlító elemzések nem születtek korábban;
- Új eredménynek tartom, a 3+1-DME (3+1- dimenziójú mentális egészség) modell megalkotását, amely mutatja a sport jelentőségét a mentális egészség és a vizsgálatban mért pszichológiai tényezők (reziliencia, testkép, depresszió, észlelt stressz, megküzdési stratégiák) tekintetében;
- Új eredménynek tartom, hogy igazoltam, hogy a sportolás intenzitásának növekedésével a mentális egészségre gyakorolt hatása is nő;
- Új eredményem a munkahelyi mentális egészséget javító programok létjogosultságának feltárása;

Újszerű eredményeim:

- Újszerű eredményem, hogy bár a versenyzéssel a sportolók által észlelt stressz növekszik, mégis igazoltam, hogy a versenysportolók mentálisan egészségesebbek, mint a szabadidős sportolók, vagy a nem sportolók.
- Eredményeim nemek szerinti vizsgálata azt mutatja, hogy nincs különbség a mentális egészség tekintetében a nemek között, ami még inkább kiemeli a sport jelentőségét.
- Igazoltam, hogy a sportoló férfiak kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók;
- Igazoltam, hogy a sport fejleszti a reziliencia képességét, minél többet sportol valaki annál nagyobb a reziliencia mértéke;
- A sport a megküzdési stratégiák közül a kognitív átstrukturálódás használatát erősíti;
- Újszerű eredménynek tartom az egészségprogramok, sportprogramok jelentőségének, feltárását.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az empirikus kutatásom fő irányvonala a mentális egészség és a sport kapcsolatának vizsgálata volt, vagyis annak bemutatása, hogy milyen hatással van a sport a megkérdezettek mentális egészségére. A témakörhöz kapcsolódó feltételezéseim kiinduló pontja az volt, hogy a sport védő szerepe megjelenik a mentális egészség tekintetében, valamint az, hogy a sport védő szerepe érvényesül az egészség károsító magatartásokkal szemben.

Továbbá a kutatásban felmért pszichés képességek esetében hogyan érvényesül a sport hatása, valamint ezen képességek milyen módon befolyásolják a mentális egészséget.

Vizsgálatomat fiatal felnőttek közt végeztem el, így azzal kapcsolatban is végeztem kutatást, hogy a felnőtt lét egyik legdominánsabb életterében, a munka világában figyelembe veszik-e a sport jótékony hatásait, amely egészségesebb és elégedettebb, kiegyensúlyozottabb és nagyobb teljesítményű munkavállalókat biztosíthat a munkáltatóknak.

A mentális egészség és a sport kapcsolatát kérdőíves módszerrel vizsgáltam, amely során validált kérdőíveket is alkalmaztam. A vizsgálati mintám 813 fős volt.

A sport és az egészség szerepét a munkavilágában szakértői interjú segítségével elemeztem. 7 vállalatvezetőt kérdeztem meg, akik 1544 munkavállalót irányítanak.

Az első hipotézisem miszerint – *azok, akik többet sportolnak mentálisan egészségesebbek azoknál, akik nem sportolnak, illetve, hogy a sportolás, intenzitásától függetlenül védőfaktorként működik a mentális egészség viszonylatában, és a védelmi hatása az intenzitással nő, valamint a sportolás belső motivációból fakad* – **beigazolódott.**

Az eredmények fényében elmondható, hogy a sport kifejezetten védő szerepet játszik a mentális egészség tekintetében. Kutatásomban egyértelműen kirajzolódik a mentális egészség három dimenziója (pszichológiai, érzelmi és szociális), valamint a mentális egészség három kategóriája is (virágzók, mérsékelt és hervadók).

Érvényesül a sport védő szerepe a mentális egészség tekintetében, továbbá ahogy nő a sport intenzitása, úgy nő a sportvédő hatása is.

Az eredmények alapján elmondható, hogy a sportolási intenzitás csökkenésével csökken a mentális jóllét. Látható, hogy ahogy csökken a sportolás intenzitása a hervadók száma növekszik és a virágzók száma csökken.

A vizsgálatban a nemek között nincs eltérés a mentális egészség kategóriáiban, ami még inkább a sport hatását erősíti meg. Azonban a tendencia miszerint a sportolási intenzitás csökkenésével csökken a mentális jóllét mindkét nem esetében érvényesül.

Kutatási eredmények fényében elmondható, hogy a fiatal korosztályok életében kiemelt szerepe van a sportnak, mely a mentális egészségfejlesztés egyik fontos eszköze. Bár mindegyik mentális dimenzióban az életkor előrehaladtával emelkednek az átlag értékek, az öt vizsgált életkori kategória között a pszichológiai jóllét tekintetében tendencia szintű különbség jelent meg. Elmondható, hogy az életkor előrehaladtával javul a pszichológiai jóllét.

Kutatásomban rákérdeztem a szerfogyasztási szokásokra is, ahol a vizsgált mintánál összevetettem az egészségmagatartást és a sportolási szokásokat. A dohányzás esetében egyértelműen megjelenik a sport védő szerepe. A versenysportolók esetében a legnagyobb százalékuk nem dohányzónak és a legkisebb százalékuk dohányzónak vallja magát. A nem sportolók közül kerülnek ki legkisebb százalékban a nem dohányzók, míg a legnagyobb részük dohányzik.

A sportolási szokások és az alkoholfogyasztás gyakorisága között azt tapasztaltam, hogy hasonló gyakorisággal fogyasztanak alkoholt a verseny-, a szabadidő sportolók és az inaktívak, bár a legnagyobb százalékban a versenysportolók soha, vagy csak ritkán fogyasztanak alkoholt. A dohányzás és mentális egészség összefüggését vizsgálva a nem dohányzók szignifikánsan jobb érzelmi és szociális jóllétnek örvendtek a dohányzókkal szemben. Az alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított négy vizsgálati csoport szignifikáns eltérést mutatott a mentális egészség érzelmi és pszichológiai jóllét dimenziójában. Ezen dimenziókban a legjobb átlag értékeket azok érték el, akik ritkán fogyasztottak alkoholt.

Az a feltételezésem, hogy az aktív sportban a belső motiváció hat, **beigazolódott**. Az eredmények kiválóan szemléltetik, hogy a versenysportolóknál nem a büntetés elkerülése vagy a jutalomkeresés motiváló, hanem náluk a belső motiváció jelenik meg, ami mindenképpen szükséges a nagy erőfeszítések megtételéért. A szabadidő sportolók esetében a belső motiváció és a jutalomkeresés a motiváló, de igen alacsony számban a büntetéselkerülés is megjelenik. Végül a nem sportolóknál értelemszerűen a sportolási motivációnál a belső motiváció nagyon alacsony, valamint ebben a csoportban a büntetés elkerülése dominál.

Mentális egészség tekintetében a sportolásra invitáló belső motiváció kialakításának a fontosságát az a tény is megerősíti, hogy a virágzók több mint fele belső motivációval rendelkezik, míg a hervadók esetében majdnem a felük büntetés elkerülő magatartással rendelkezik, tehát a mentálisan virágzók és a mentálisan hervadók között szignifikáns különbség tapasztalható a motiváció fajtái között.

Ezen belül részeredményként fontos adat, hogy kutatási eredmények szerint szignifikánsan meghatározó a szülők támogató magatartása a sportolási szokások kialakítása tekintetében és mindenképpen jó alapot szolgálhat az egészségmagatartás kialakításában. Továbbá az

eredmények azt is mutatták, hogy nemcsak a szülők támogató magatartása hat pozitívan a gyermekük sportolására, hanem a szülők (anya és apa külön-külön) saját elkötelezettsége a sport iránt, vagyis szülők sportolási aktivitása szintén szignifikánsan hat a gyermekük sportolási szokásainak kialakítására. A vizsgálatban részt vett versenysportolók szülei, anya és apa egyaránt, szignifikánsan aktívabbak, mint a szabadidő sportolók vagy a nem sportolók szülei.

Kutatásom második hipotézise miszerint – *a sport, mint pozitív coping segíti az aktív megküzdési stratégiák alkalmazását a nehéz élet helyzetekben, a passzív megküzdési stratégiákkal szemben* – **részben beigazolódt.**

A kutatásban négy megküzdési kategóriát különítettem el: kognitív átstrukturálódás, feszültség redukció, problémamegoldó és passzív megküzdés. Az első három inkább aktív megküzdési stratégiának, míg az utolsót passzív megküzdési stratégiának tekintettem.

A három vizsgált csoport esetében a verseny- és a szabadidő sportolók a kognitív átstrukturálódás használatát preferálják a nehéz élethelyzetekben, a nem sportolókkal szemben. Tekintettel arra, hogy az erőfeszítés a nehézségek leküzdésére nem feltétlenül valamilyen cselekvésben jelenik meg, hanem jelenthet gondolati-érzelmi viszonyulást is, a szituáció terhelő voltának a kognitív felismerése nélkülözhetetlen feltétele a megküzdési magatartás megjelenésének. A kapott eredmény arra utal, hogy a sport, mint pozitív megküzdés segíti a nehéz élethelyzetek megfelelő átgondolását, megértését, ami azok megfelelő kezeléséhez és pozitív megoldásához vezethet.

Az eredmények alapján elmondható az is, hogy a sportban aktív egyének a nehéz élethelyzetekben a kognitív átstrukturálódást használják, mint megküzdési stratégiát, vagyis a sport komoly szerepet játszhat a „befolyásolhatom az eseményeket” szemlélet fejlődésében.

A megküzdési stratégiák nemek szerinti vizsgálata szerint szignifikáns különbség tapasztalható a problémaelemzésben és a passzív megküzdésben a nők javára a férfiakkal szemben.

A dohányzás feszültség redukáló hatása a teljes mintánál megjelenik, mint megküzdési stratégia.

Az alkoholfogyasztás esetében a megküzdési stratégiák közül a feszültségredukciónál, problémaelemzésnél és a passzív megküzdésnél szignifikáns eltérést találtam. A megküzdési folyamatban a gyakori alkoholfogyasztásnak feszültségredukáló szerepe van, valamint passzív megküzdés jellemző rá, míg a mérsékelt alkoholfogyasztással szignifikánsan emelkedik a problémaelemzési képesség.

Harmadik hipotézisem miszerint – *a sportolók kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók, jobb testképük és jobb ellenállóképességük van, azonban a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív faktor hatását* – **beigazolódott**.

A feltételezésem miszerint a három vizsgált csoport esetében azok, akik sportolnak kevésbé depresszívek, mint a nem sportolók beigazolódott. Azonban a kutatásomban megvizsgáltam azt is, hogyan alakul a depresszió mértéke a két sportoló csoport között. Az eredmények az mutattak, hogy a versenysportolók enyhén magasabb átlagértéket produkáltak a szabadidő sportolókkal szemben a depresszió tekintetében és ezzel részben meg tudtam erősíteni a feltételezésemet miszerint mai versenysportolók hatalmas fizikai, társadalmi és pszichológiai nyomás alatt állnak. Ezek szerint a versenysport olyan stresszel jár együtt, ami a depressziós tünetek fokozottabb jelenlétét idézheti elő a versenysportolóknál (KECZELI, 2020a).

A kutatásom eredményei szerint a férfiak depresszívebbek, mint a nők, ami arra enged következtetni, hogy a teljesítménybeli elvárás a versenyző férfiak számára nagyobb terhelést jelenthet, míg a nők esetében.

A teljes minta tekintetében a fiatalabb korosztály szignifikánsan depresszívebb, mint a 30 évesek.

A legális pszichoaktív szerek (alkoholfogyasztás és dohányzás) és depresszió összefüggésének tekintetében az összes megkérdezett esetében csak az alkohol fogyasztásnál találtam szignifikáns eltérést. Azok, akik egyáltalán nem, illetve majdnem mindennap fogyasztanak alkoholt magasabb átlag értéket értek el azokhoz képest, akik ritkán vagy hetente fogyasztanak alkoholt.

A versenysportolók jobb testképpel rendelkeznek.

A sport hatását megerősíti a nemek közötti tendencia szintű eltérés a férfiak javára, valamint a tény, hogy a vizsgálatomban nem találtam összefüggést az életkor és a testkép között.

A kutatásban a dohányzási, vagy alkoholfogyasztási szokások szerint kialakított csoportok testképe, a dohányzási és az alkoholfogyasztási csoportok esetében is tendencia szintű különbséget mutat. Megfigyelhető, hogy minél többet dohányzik valaki, annál alacsonyabb a testképe, valamint azok rendelkeznek a legjobb értékekkel a testkép tekintetében, akik ritkán isznak alkoholt. Ezek az eredmények még inkább megerősítik a sport jelentőségét a mentális egészség megőrzésében.

A reziliencia (resilience) képességre vonatkozó hipotézisem **beigazolódott**, azok, akik sportolnak jobb ellenállóképességgel bírnak. A három csoport (verseny-, szabadidő sportolók és az inaktívak) reziliencia mértéke szignifikáns különbséget mutatott, versenysportolók javára.

A kutatási eredmények szerint minél több időt szán valaki testmozgásra, annál jobb reziliens képességgel bír és intenzívebben jelentkeznek a sport pozitív hatásai.

Megvizsgáltam a nemek közötti különbségeket a reziliencia tekintetében és kimutattam, hogy a vizsgált minta esetében a nők szignifikánsan reziliensebbek, mint a férfiak.

A pszichoaktív szerek közül a dohányzás negatívan hat a reziliencia képességre, a nem dohányzók jobb ellenálló képességgel bírnak, mint a másik két csoport. Az alkoholfogyasztás esetében nem találtam szignifikáns eltérést, bár látható a tendencia, hogy minél többet iszik valaki, annál kisebb a reziliencia átlag értéke.

A feltételezésem, hogy a versenysportban megélt stressz (állandó teljesítmény kényszer) semlegesíti a sport pozitív hatását **részben beigazolódott**, az észlelt stressz és a sportolási intenzitás között tendencia szintű eltérést tapasztaltam. A kapott eredmény egyszerre mutatott arra, hogy a sport segít a stresszel való megküzdésben, azonban az állandó megmérettetések, versenyek, rejtett veszélyek a stressz forrásai is lehetnek.

Az észlelt stressz tekintetében a nemek között nincs különbség, valamint szignifikánsan fejlődő tendencia tapasztalható az életkor előrehaladtával, a 24 év fölöttiek jobban küzdenek meg a stresszel, mint 24 év alattiak.

Pszichoaktív szerek jelen kutatásban semmilyen hatást nem gyakoroltak az észlelt stressz szintjére.

Végül összesítve elmondható, hogy a mentális egészség:

- közepesen erős kapcsolatban áll a kognitív átstrukturálódással,
- közepesen erős, fordított kapcsolatban áll a depresszióval,
- közepesen erős kapcsolatban áll a testképpel,
- közepesen erős kapcsolatban áll a rezilienciával,
- erős fordított kapcsolatban áll az észlelt stresszel.

Ezek alapján kidolgoztam a 3+1 DME (3 dimenziós mentális egészség) modellt.

Negyedik hipotézisem miszerint – *a munkáltatók számára nyilvánvaló, hogy az egészséges (mentálisan is egészséges) munkavállaló hatékonyabb, ezért egészségfejlesztő és sport tevékenységüket támogatják* – **részben beigazolódott**.

A vállalatvezetők tisztában vannak az egészségfejlesztő programok és a sport programok fontosságával, továbbá fontosnak tartják, hogy a munkavállalók sportoljanak és kiegyensúlyozottak legyenek, azonban jelentős részük semmilyen egészségfejlesztő programot nem alkalmaz. Azoknál a vállalatoknál, ahol vannak egészségprogramok az első helyen a

mozgás programok állnak, valamint a dohányzás elleni harc is megjelenik a vállalati egészségprogramok részeként.

A munkavállaló megnyerésében a testi-lelki egészséget védő tényezők szinte egyáltalán nem játszanak szerepet, addig a dolgozó megtartásában úgy tűnik, hogy a vállalatvezetők enyhén nagyobb jelentőséget tulajdonítanak ennek, például a munkahelyi pszichológus” esetében figyelhető meg a legnagyobb különbség a munkavállalók megnyerésében, illetve megtartása között. Szociális tényezők szerepe is emelkedik a munkahelyen töltött idő előre haladásával.

A megkérdezett vállalatvezetők közül mindenki maximálisan fontosnak tartja a munkahelyi jóllétet, azonban az anyagi ráfordítások ezt nem tükrözik, minimálisak, továbbá semmilyen konkrét intézkedés nincs a stressz vagy a depresszió ellen.

Végül elmondható, hogy a vállalati gyakorlat kevésbé kezeli befektetésként az egészségfejlesztést, annak ellenére, hogy nemzetközi és hazai kutatások arra utalnak, hogy munkavállaló egészség javulásával javul a vállalat teljesítménye és ezzel a versenyképessége. Megállapításaim alapján javaslom a „sport használatát” a mentális egészség megőrzése, kialakítása és fejlesztése tekintetében. Javaslom, hogy a vállalatvezetők fektessenek minél nagyobb hangsúlyt a vállalati sportprogramok szervezésére, rendszeressé tételére. Ezek a sportolási lehetőségek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy fizikailag és mentálisan(!) is egészségesebb társadalom alakuljon ki. A sportoló munkavállaló egészségesebb, ami egyrészt jobb munka teljesítményhez vezethet, ami mind munkáltatói, mind nemzetgazdasági szinten pozitív hatást jelent. Másrészt a sportoló munkavállaló, mint szülő motiválón hat a gyermeke aktívabb életmódjára, és ez hozzájárulhat az egészségesebb és ezzel együtt jobban teljesítő jövőbeli munkavállalói nemzedék és társadalom kialakulásához is. Ez a folyamat a sport szinergikus hatását jeleníti meg, mind társadalmi, mind nemzetgazdasági szinten.

SUMMARY

The main pathway of my empirical research was the study of the relationship between mental health and sports, i.e. the introduction of the effect of sports on the mental health of the respondents. The initial points of my assumption in this topic were that the protective role of sports appears regarding mental health and that the protective role of sports prevails over the health deteriorating conducts as well.

Furthermore, in my research I studied the effect of sports on the psychic skills and the way these skills influence mental health.

The subjects of my studies were young adults and additionally, I made a research whether the benefits of sports are considered in the most dominant part of adulthood, in work, which may ensure healthier, more satisfied, more balanced and more powerful employees for employers.

The relationship between mental health and sports was analysed by questionnaires, during which I applied validated questionnaires as well. In the test, 813 respondents were involved.

The role of sports and health in work was analysed by interviewing an expert. I asked 7 general managers having altogether 1544 employees.

My first hypothesis, i.e. *people who do more sports have better mental health than the ones who not and sports independently of intensity act as a protective factor regarding mental health, the protective effect of sports increases with intensity and doing sports roots in internal motivation*, **was proven**.

As regards the findings it can be said that sports play an expressed protective role regarding mental health. In my research, the three dimensions of mental health (psychological, emotional and social) and the three categories of mental health (blooming, moderate and withering) are clearly visible.

The protective role of sports in respect of mental health applies and with the increase of the intensity of sports, the protective effect thereof increases.

Based on the findings it can be said that with the decrease of doing sports, mental well-being decreases. It is seen that with the decrease of the intensity of doing sports, the number of the withering people increases and that of blooming ones decreases.

In my research, there is no difference between the sexes regarding the categories of mental health, which reinforces on the effect of sports. The trend that with the decrease of the intensity of doing sports the mental well-being decreases is applicable for both sexes.

Based on the findings of the research it can be stated that sports play an outstanding role in the lives of the young, which is an important tool for the mental health promotion. Although, the

mean values increase in every mental dimension with the increasing age, systematic differences appeared in the trend among the five test age groups in terms of psychological well-being. It can be stated that with the increase of age, psychological well-being improves.

In my research, I asked for information regarding consumption of substances as well and for the sample analysed, I compared these data with health behaviour and sports habits. In case of smoking, the protective role of sports is clearly visible. On the one hand, the large percentage of competition athletes consider themselves as non-smoker and a tiny part thereof claim that they are smokers. The lowest percentage of non-smokers is among people not doing sports and they have the highest proportion of smokers.

As regards sports habits and alcohol consumption I experienced that the alcohol consumption frequency of competition athletes, leisure athletes and non-athletes is similar, however, the percentage of competition athletes who never or rarely consume alcohol is the highest.

By analysing the relationship of smoking and mental health it was found that the emotional and social well-being of non-smokers were significantly higher than those of smokers. The four test groups in terms of alcohol consumption habits showed significant differences in terms of emotional and psychological well-being of mental health. In terms of these dimensions, the best average was achieved by the people who rarely consume alcohol.

My hypothesis that in active sports internal motivation has an effect, **was proven**. The findings clearly show that in case of competition athletes, not the avoidance of penalty or the search for reward are motivating, but they have internal motivation, which is by all means necessary for the huge efforts. As regards leisure athletes, the motivating factors are the internal motivation and the search for reward, however, the avoidance of penalty also appear in a low number. Finally, in case of people not doing sports, the internal motivation of doing sports is logically very low and in this group, the avoidance of penalty is dominant.

As regards mental health, the importance of the establishment of internal motivation to do sports is reinforced by the fact that more than the half of the blooming have internal motivation and almost the half of the withering have a behaviour on the avoidance of penalty. Therefore, there is a significant difference in the type of motivation between the mentally blooming and the mentally withering people.

As an intermediate result it is an important information that according to the findings of the research, the supporting behaviour of the parents plays a dominant role in the formation of sporting behaviour, which may by all means give a good foundation for the formation of health behaviour. Furthermore, the findings show also that not only the supporting behaviour of parents is beneficial for doing sports by the child, but the own commitment of the parents

(separately father and mother) to sports as well, i.e. the sports activity of the parents also has a significant effect on the establishment of sports habits of their child. The parents, both the father and the mother of the competition athletes having taken part in the test were more active than the parents of the leisure athletes or the non-athletes.

The second hypothesis of my research, *that sports as a positive coping helps the application of active coping strategies in difficult situations instead of the passive coping strategies*, was **partially proven**.

In my study, four coping strategies were determined: cognitive restructuring, stress reduction, problem solving and passive coping. The first three were considered rather active strategies, while the last was considered as a passive coping strategy.

In case of the three analysed groups, the competition athletes and the leisure athletes prefer the use of cognitive restructuring in case of difficulties compared to the non-athletes. Considering that the overcoming of difficulties does not necessarily manifest in any activity, but it can mean a mental-emotional interaction as well, the cognitive recognition of the difficulty of the situation is an essential precondition of the appearance of the coping behaviour. The result received shows that sports, as positive coping, help the appropriate consideration and understanding of the difficulties, which may lead to their appropriate treatment and positive solution.

Based on the findings it can also be stated that the active athletes use the cognitive restructuring as coping strategy in case of difficulties, i.e. sports may play a significant role in the development of the “I can influence the events” attitude.

As a result of the tests of the coping strategies based on sex, there is a significant difference in the problem management and in the passive coping for the benefit of women over men.

The stress reduction effect of smoking as coping strategy is seen for the whole sample.

In case of alcohol consumption, I found significant differences in the coping strategies regarding stress reduction, problem analysis and passive coping. The frequent alcohol consumption plays a stress reduction role in the coping process and it is characterised by passive coping, while the ability to analyse problems is significantly increased in case of moderate consumption of alcohol.

My third hypothesis, *that athletes are less depressive than non-athletes, they have better body self-image and their resilience is better, however, the stress (constant pressure to perform) experienced in the competitive sport neutralises the positive factor effect of sports*, was **proven**.

My assumption that in case of the three analysed groups, the athletes are less depressive than the non-athletes, was proven. However, in my research I analysed how the extent of depression is formed in case of the two athlete groups. The findings showed that the competition athletes exhibited slightly higher average value than the leisure athletes in terms of depression and with this, I was partially able to confirm my hypothesis that today's competition athletes are subject to a huge physical, social and psychological pressure. According to this, competitive sports accompany with a stress which may trigger increased presence of the symptoms of depression in case of competition athletes (KECZELI, 2020a).

Based on the findings of my research, men are more depressive than women, which suggests that the expectations on performance is higher in case of men than women.

As regards the whole sample, the younger age groups are significantly more depressive than people in their 30's.

As regards the relationship between legal psychoactive substances (alcohol consumption and smoking) and depression, significant difference was found only in case of alcohol consumption for the whole sample. People who do not consume alcohol at all or who consume alcohol every day achieved a higher average compared to the ones drinking alcohol rarely or weekly.

Competition athletes have better body self-image.

The effect of sports is supported by the trend level difference between sexes for the benefit of men and by the fact that no relationship was found between age and body self-image.

In my research, the body self-image of groups formed on the basis of smoking or alcohol consumption habits shows a trend level difference for the smoking and the alcohol consumption groups as well. It can be observed that the more one smokes, the worse one's body self-image is and the people drinking alcohol rarely have the best values in terms of self-image. These findings reinforce on the significance of sports in the preservation of mental health.

My hypothesis on resilience was **proven**: athletes have better resilience. The extent of resilience of the three groups (competition athletes, leisure athletes, non-athletes) showed significant differences for the benefit of competition athletes. According to the findings of my research, the more time one spends to do physical exercises, the better resilience one has and the positive effects of sports are more intense to appear.

I analysed the difference between the two sexes in terms of resilience and it was shown that the resilience of women is significantly higher than that of men for the analysed sample.

Out of the psychoactive substances, smoking has a negative effect on resilience: non-smokers have better resilience than the other two groups. In case of alcohol consumption, no significant

difference was found, however, the trend is seen: the more alcohol one drinks, the lower the mean resilience is.

My assumption that the stress (constant pressure to perform) experienced in the competitive sport neutralises the positive factor effect of sports, was partially proven, there is a trend level difference between the noticed stress and the intensity of doing sports. The findings obtained simultaneously showed that sports help in coping with stress, however, the constant challenges, competitions and hidden dangers may be even the sources of stress.

As regards the realised stress, there is no difference between the two sexes and there is a significantly increasing trend with the increase of age: people over 24 are better to cope with stress than people below it.

In our case, psychoactive substances do not have any effects on the level or realised stress.

Finally, to summarise the above it can be stated that mental health:

- has a moderately strong relationship with cognitive restructuring,
- has a moderately strong inverse relationship with depression,
- has a moderately strong relationship with body self-image,
- has a moderately strong relationship with resilience,
- has a strong inverse relationship with the realised stress.

Based on this, I elaborated the 3+1 DME (three-dimensional mental health) model.

My fourth hypothesis that *it is clear for employers that the healthy (also mentally healthy) employees are more efficient, therefore, they support the health promotion and sports activity of the employees*, was **partially proven**.

The general managers of companies are aware of the importance of health promotion and sports programmes and they consider it important for the employees to do sports and be balanced, however, the majority of the employers does not apply any health promotion programmes. In case of companies having health promotion programmes, the most important are the programmes with physical exercises and the fight against smoking is also present as a part of the health programmes.

In the attraction of employees, the factors protecting physical and mental health hardly play any role, however, the managers find it a slightly more important tool to keep the employee at the company. For instance, the largest difference between attracting and keeping the employees is visible in case of the application of a psychologist in the workplace. The role of social factors is increasing with the increase of the time spent in the workplace.

Every manager considers well-being at the workplace of maximum importance, however, spending on such well-being does not reflect this. Such expenses are very low and there are no specific measures in case of stress or depression.

Finally, it can be stated that the corporate practice does not consider health promotion as an investment contrary to that the international and Hungarian researches show that with the improvement of the health of the employee, the performance and the competitiveness of the company also improves.

Based on these observations, in order to protect and improve mental health, it is strongly recommended for all age groups to start or to continue to take part in sport activities, as well as increasing the intensity of exercise to a healthy extent.

- ***In light of the results it can be established that sport can also help to reduce the use of substances, evinced by the fact that athletes opted for health-conscious behaviour over the use of substances or were in favour of minimal usage of such substances, consequently, the introduction and continuation of exercise is also recommended in the development of a healthier behaviour among those using legal substances. I hope it is accurate to put it this way: legal substances can be replaced by sport activities.***
- ***Regardless of the type of sport (individual, team, aerobic or anaerobic physical activities), I recommend regular sport activities not only as therapeutic methods, but also as the most important tools of prevention when it comes to maintaining mental and physical health.***
- ***In the case of athletes, intrinsic motivation is the driving force behind sport activities; consequently, if intrinsic motivation evolves in individuals, it can help them improve their health-consciousness. It is recommended to create situations where individuals can gain positive experience from physical exercises which may trigger the development of intrinsic motivation for physical activities.***
- ***Despite the fact that other factors (education system, friendships, need for exercise, etc.) can also affect the development of sporting habits in addition to parents' attitude, based on my results I suggest that parents try to spare some time for sport activities, thus setting a good example that may not only help in teaching their children how to live an active life, but also improves their own and their children's mental health.***
- ***In light of my research findings I suggest that company executives increase the emphasis on organising workplace sporting events regularly. These opportunities of physical activity can promote the improvement of society's physical and mental (!)***

health. Employees who exercise regularly are healthier, which can improve their performance, a positive outcome both in the employer's and the national economy's point of view. In addition, an employee who exercises regularly even as a parent may foster the development of his/her child's active lifestyle and may also contribute to a healthier and, at the same time, better performing future generation of workers and society. This process introduces the synergetic impact of sport both from the aspect of society and national economy.

IRODALOMJEGYZÉK

1. Adler, N. E. – Boyce, T. – Chesney, M. A. – Cohen, S. – Folkman, S. – Kahn, R. L. – Syme, S. L. (1994): Socioeconomic Status and Health. The Challenge of the Gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
2. Agaibi, C. E. – Wilson, J. P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma Violence Abuse*, 6(3), 195–216.
3. Ahern, N. R. - Kiehl, E. M. - Sole, M. L. - Byers, J. (2006): A review of instruments measuring resilience. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29(2), 103–125.
4. Aldana, S. G. (2018a): How much does an employee wellness program cost? <https://www.wellsteps.com/blog/2018/01/07/employee-wellness-program-cost> (letöltve: 2018. február 8.)
5. Aldana, S. G. (2018b): 5 Workplace Wellness Statistics Every Employer Should Know. <https://www.wellsteps.com/blog/2018/01/06/workplace-wellness-statistics-wellness-stats/> (letöltve: 2018. február 8.)
6. Aldana, S. G. (2018c): 7 Reasons Workplace Health Promotion Programs Work. <https://www.wellsteps.com/blog/2018/01/12/workplace-health-promotion-programs/> (letöltve: 2018. február 8.)
7. Aldwin, C. – Revenson, T. A. (1987): Does coping help? A reexamination of the relationship between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53: 337-348.
8. Aspinwall, L. G. (1998): Rethinking the Role of Positive Affect in Self-Regulation. *Motivation and Emotion*, 22(1), 1-32.
9. Aszmann, A. (szerk.) (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. „Nemzeti Jelentés” 2002. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, Budapest.
10. Aszmann, A. (2007): Népegészségügy, prevenció, SZIE, Gödöllő, elektronikus egyetemi jegyzet, 1-52. oldal
11. Asztalos, M. – Wijndaele, K. – De Bourdeaudhuij, I. – Philippaerts, R. – Matton, L. – Duvigneaud, N. – Thomis, M. – Lefevre, J. – Cardon, G. (2012): Sport participation and stress among women and men. *Psychology of Sport and Exercise*. 2012, 13, pp. 466-483.
12. Atkinson, R. L. – Hilgard, E. R. (2005). *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
13. Ábrahám, J. (2010): *Rekreációs alapok. Jegyzet az OKJ-s rekreációs sportszakemberképzés számára*. Nemzeti Erőforrás Minisztérium Sportért felelős Államtitkárság. ISBN 978-963-06-9839-9.
14. Ács, P. – Hécz, R. – Paár, D. – Stocker, M. (2011): A fitness (m)értéke. A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei Magyarországon. *Közgazdasági Szemle*, LVIII évfolyam. 2011 júl-aug. Pp. 689-708.
15. Babyak, M. – Blumenthal, J. A. et. al. (2000): Exercise Treatment for major Depression: Maintenance of Therapeutic Benefit at 10 Month. *Psychosomatic Medicine* 6: pp. 633-638.
16. Bacanac, Lj. – Radovanovic, I. (2005): *Vaspitanje kroz sport*. Press Kosmajturist. Beograd, 2005

17. Baker, C.W. – Little, T.D. – Brownell, K.D. (2003): Predicting adolescent eating and activity behaviors: the role of social norms and personal agency. *Health Psychology*, 22: 189-198.
18. Balog, P. (2008): A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M (szerk.), Magyar lelkiállapot, 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 240-253.
19. Balogh, L. – Szabó, A. – Gáspár, Z. – Bösze, J. – Váczi, M. – Kelemen, E. (2008): An Analysis of the Components of the 'Psychological Contract' in Interactive Hungarian Team Sports. Current Issues and New Ideas in Sport Science, 2nd International Scientific Conference, cd-kiadvány, Kaunas, Litvánia, 19. p.
20. Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, 191-215.
21. Bandura, A. (1994): Self-efficacy. In: Ramachaudran, V. S. (Ed.): *Encyclopedia of human behavior*, Vol. 4., 71-81. Academic Press, New York.
22. Bandura, A. (1995): Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: Bandura, A. (ed.): *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge University Press, New York
23. Baumann, F. - Schüle, K. (2008): *Bewegungstherapie und Sport bei Krebs*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
24. Bábosik, I. (1994): A nevelés folyamata és módszerei. Leopárd Könyvkiadó Kft., Budapest 18. Bábosik, I. és Mezei, Gy. (1994): Neveléstan. Telosz Kiadó, Budapest.
25. Bácsné Bába, É. – Szabados, Gy. – Madarasz, T. (2017): Munkavállalók fizikai állapot felmérésnek tapasztalatai a KKV szektorban. *Taylor*. 9 (2), 179-187, 2017.
26. Bácsné Bába, É.: Magyar futballtársaságok szervezeti kérdései. TAYLOR: GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT: A VIRTUÁLIS INTÉZET KÖZÉP-EURÓPA KUTATÁSÁRA KÖZLEMÉNYEI IX. : 2 (28) pp. 5-13. , 7 p. (2017)
27. Bácsné Bába, É. – Pfau, C. – Gabonai, Z. – Pető, K. (2019): A munkahelyi jóllét feltételei. In: In: Bácsné, Bába É. – Müller, A. (szerk.): „Mozgással az egészségért“. A fizikai aktivitás jelentősége a jövő munkavállalóinak egészségmegőrzésében. Debrecen, Debreceni Egyetem, (2019) pp. 139-148., 10 p.
28. Beck, A. T. – Beck, R. W. (1972): Shortened version of BDI. *Post Grad Med*; 52:81-85.
29. Beck, A. T. – Rush, A. J. – Shaw, B. F. – Emery, G. (2001): A depresszió kognitív terápiája. Animula, Budapest.
30. Benedetti, T. R. B. – Borges, L. J. – Petroski, E. L. – Goncalves, L. H. T. (2008): Physical activity and mental health status among elderly people. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 302-307. http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/en_6482.pdf (letöltve: 2018. január 18.)
31. Biddle, S.J.H. - Wang, C.K. J. (2003): Motivation and self-perception profiles and links with physical activity in adolescent girls. *Journal of Adolescence*. 26: 687-701.
32. Bicsérdy, G. (2002): Performance tendencies of female competitors in cyclical sportbranches. *Children and Youth at the Beginning of the 21st Century*. Budapest, 235-240.

33. BHF National Centre (2007): Economic Costs of Physical Inactivity. <http://www.bhfactive.org.uk/userfiles/Documents/economiccosts.pdf> (letöltve: 2018.július 10-én).
34. Blumenthal, J. (2000): Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*. 62. 633-638
35. BNO-10 zsebkönyv. *DSM-IV-TR meghatározásokkal*. Animula. ISBN 9639410616. Budapest, 2004.
36. Boles, M. – Pelletier, B. – Lynch, W. (2004): The relationship between health risks and work productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), p. 737-745. DOI: 10.1097/01.jom.0000131830.45744.97
37. Bonanno, G.A. (2004): *Loss, trauma, and human resilience*. *American Psychologist*, 59, 20-28.
38. Bonanno, G.A. – Moskowitz, J.T. - Papa, A. – Folkman, S. (2005): *Resilience to loss in bereaved spouses, bereaved parents, and bereaved gay men*, *J Pers Soc Psychol.*;88(5):827-43
39. Bond, D. – Lyle, R. – Tappe, M. – Seehafer, R. - D’Zurilla, T. (2002): Moderate Aerobic Exercise, T’ai Chi, and Social Problem-Solving Ability in Relation to Psychological Stress. *International Journal of Stress Management*, Vol. 9. No. 4, pp. 329-343.
40. Boone, J. L. - Christensen, J. F. (1998): Stress and disease. In Feldman, M. D. - Christensen, J. F. (eds.): *Behavioural Medicine in Primary Care. A Practical Guide*. Appleton and Lange, Stamford, 265.276.
41. Broocks, A. - Bandelow, B. - Pekrun, G. - George, A. - Meyer, T. - Bartmann, U., et al. (1998): Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 603–609.
42. Burke, V. – Milligan, R. - Beilin, LJ. – Dunbar, D. – Spencer, M. – Balde, E. – Gracey, M.P. (1997): *Clustering of Health-Related Behaviors among 18-Year-Old Australians*. *Prev Med*, 26: 724-733.
43. Burns, R.A. – Anstey, K.J. – Windsor, T.D. (2010): *Subjective well-being mediates the effects of resilience and mastery on depression and anxiety in a large community sample of young and middle-aged adult*, *Aust N Z J Psychiatry*.45(3):240-8. doi: 10.3109/00048674.2010.529604
44. Calderon K.S. – Yucha, C.B. – Schaffer, S.D. (2005): Obesity–Related Cardiovascular Risk Factors: Intervention recommendations to decrease adolescent obesity. *Journal of Pediatric Nursing*. 20 (1): 3-14.
45. Campbell-Sills, L. – Cohan, S. L. – Stein, M. B. (2006): *Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults*. *Behaviour Research and Therapy*, 44(4), 585–599.
46. Carroll, B. – Alexandris, K. (1999): Perception of constraints and strength of motivation: Their relationship to recreational sport participation in Greece. *Journal of Leisure Research*. 29: 279-299.
47. Csicsely, F. – Melczer, Cs. (2020): A mozgásos rekreáció mentális hatásai. *Sport- és Egészségtudományi füzetek Sport- és Egészségtudományi füzetek2020 IV. Évfolyam 2. szám / 2020*. 56-71.

48. Csíkszentmihályi, M. – Jackson, S. A. (2001): Sport és flow. Az optimális élmény. Vince Kiadó Kft., Budapest.
49. Cohen, S. – Kamarck, T. – Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385-396.
50. Cohen, S. – Williamson, G. M. (1988): Perceived stress in a probability sample of the United States. In Spacapan, S. - Oskamp, S. (eds.): *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 31-67.
51. Connor, K. M. – Davidson, J. R. T. (2003): Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CDRISC): *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82.
52. Connor, K. M. – Davidson, J. R. T. – Lee, L. C. (2003): Spirituality, Resilience, and Anger in Survivors of Violent Trauma: A Community Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 16(5), 487–494.
53. Cornia, G. A. – Paniccià, R. (eds.) (2000): *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford University Press, Oxford Council of Europe, European Sports Charter, 1993.
54. Cottler, L.B. – Abdallah, A.B. – Cummings, S.M. – Barr, J. – Banks, R. – Forchheimer, R. (2011): Injury, pain, and prescription opioid use among former National Football League (NFL) players. *Drug and Alcohol Dependence*, 116: 188-194.
55. Czeglédi K. – Balajti, N. (2005): Mozgásszervi betegségek és a sport. *Hippocrates VII.évf./5.szám* 2005/11-12.
56. Davidson, J. – Baldwin, D. S. – Stein, D. J. – Pedersen, R. – Ahmed, S. – Musgnung, J. – Bennattia, I. – Rothbaum, B. O. (2008): Effects of venlafaxine extended release on resilience in posttraumatic stress disorder: an item analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 23(5), 299–303.
57. Davis, M. C. – Luecken, L. – Lemery-Chalfant, K. (2009): *Resilience in common life: Introduction to the special issue*. *Journal of Personality*, 77, 1637-1644.
58. Dávid, I. – Fülöp, M. – Pataky, N. – Rudas, J. (2014): Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok ISSN 2062-5936 Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége
59. Deci, E. L. – Ryan, R. M. (1985): *Intrinsic motivation and selfdetermination in human behavior*. New York: Plenum Press.
60. Delle Fave, A. (2006): The Impact of Subjective Experience on the Quality of Life. A Central Issue for Health Professionals. In: Csíkszentmihályi, M. - Csíkszentmihályi, I. S. (Eds.). *A Life Worth Living. Contributions to Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 165-181.
61. Delle Fave, A. – Massimini, F. – Bassi, M. (2011): Hedonism and Eudaimonism in Positive Psychology. In: Delle Fave, A. – Massimini, F. – Bassi, M. (Eds.). *Psychological Selection and Optimal Experience Across Cultures. Social Empowerment through Personal Growth*. New York: Springer, 3-18.
62. Detre, Z. (2007): Sporttal a stressz, a szorongás és a depresszió ellen. *Oktatás, Nevelés*, 29–49.
63. Dévai, M. – Sipos, M. (1986): A Tennessee énkép skála. Módszertani füzetek. Budapest.
64. Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
65. Diener, E. – Larsen, R. J. (1993). The experience of emotional well-being. In: Lewis, M. - Haviland, J. M. (Eds.). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford Press, 405-415.

66. Donnellan, M. B. – Conger, K. J. – McAdams, K. K. – Neppel, T. K. (2009): *Personal characteristics and resilience to economic hardship and its consequences*, J Pers. 2009 Dec; 77(6): 1645–1676.
67. DSM-IV text revision. *A módosított DSM-IV*. Animula. ISBN9638611545. Budapest, 2001
68. DuBois D. – Eitel, S. (1994): Effects of family environment and parent-child relationships on school adjustment. *Journal of Marriage and Family*. 56 (2): 405-415.
69. Duda, J. L. (2005). Motivation in sport: The relevance of competence and achievement goals. In A. J. Elliot, & C. S. Dweck (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 273-308). New York: Guilford Publications.
70. Due, P. – Hickman, M. – Komkov, A. (2001): Physical activity. In Currie C. – Samdal, O. – Boyce, W. - Smith R. (Eds.): *Health behavior in school-aged children: A WHO Cross National study (HBSC). Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh, pp. 59-70.
71. Durayappah, A. (2011): The 3P Model. A General Theory of Subjective Well-Being. *Journal of Happiness Studies*, 12, 681-716.
72. Durkheim, E. (1967): *Az öngyilkosság*. Budapest. Közgazdasági és Jogi Kiadó.
73. Eklund, R. C. – Cresswell, S. L. (2007): Athlete Burnout. In: Tenenbaum, G. - Eklund, R. C. (szerk.): *Handbook of Sport Psychology* 621-645.
74. ENWHP (1997): Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union. http://www.workrelax.it/content.172.enwhp_luxembourg_declaration_on_workplace_health_promotion_in_the_european_union.html (letöltve: 2018. január 10.)
75. Eurobarométer (2015): A sportról készült Eurobarométer felmérés nagyfokú mozgáshiányt állapított meg az EU-ban. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-14-300_hu.htm (letöltve: 2018. október 24.)
76. Eurobarométer (2018): New Eurobarometer on sport and physical activity. https://ec.europa.eu/sport/news/2018/new-eurobarometer-sport-and-physical-activity_en (letöltve: 2019. szeptember 23.)
77. Fagen, D. – Cowen, E. (1996): Relationships between parent-child relational variables and child test variables. *Child Study Journal*. 26(2): 87-94.
78. Fava, G. A. – Tomba, E. (2009): *Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods*. *Journal of Personality*, 77, 1903-1934.
79. Faurie, C. – Pontier, D. – Raymond, M. (2004): *Student athletes claim to have more sexual partners than other students*. *Evol Hum Behav*, 25: 1-8.
80. Folkman, S. – Lazarus, R. S. (1980): An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behaviour*, 21: 219-239.
81. Folkman, S. – Lazarus, R. S. – Gruen, R. J. – DeLongis, A. (1986): Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
82. Fox, K. R. (2000): Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228–240.

83. Fox, K. R. (2000): The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. In S. J. H. Biddle, K. R. Fox, & S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological wellbeing* (pp. 88–117). London: Routledge.
84. Frederick-Recascino, C. M. – Schuster-Smith, H. (2003). Competition and intrinsic motivation in physical activity: A comparison of two groups. *Journal of Sport Behavior*, 26(3), 240-254.
85. Frederick-Recascino, C. M. – Ryan, R. M. (1995). Self- determination in sport: A review using cognitive evaluation theory. *International Journal of Sport Psychology*, 26, 5-23.
86. Frederick, C. M. – Ryan, R. M. (1993): Differences in motivation for sport and exercise and their relations with participation and mental health. *Journal of Sport Behavior*, 16, 124-146.
87. Fredricks J.A. – Eccles, J.S. (2004): Parental influences on youth involvement in sports. In: Weiss M.R. (ed.) *Developmental Sport and Exercise Psychology: A Lifespan Perspective*. Morgantown, Fitness Information Technology Inc: 145-164.
88. Fredrickson, B. L. – Joiner, T. (2002): Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychological Science*, 13(2), 172-175.
89. Fredrickson, B. L. – Cohn, M. A. - Coffey, K. A. - Pek, J. - Finkel, S. M. (2008): Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
90. Fürediné, K. A. (2008): A fogyasztók egészségügyi kockázateszlelése és kockázatkezelési magatartásának vizsgálata. Doktori értekezés. Szent István Egyetem. Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola. Gödöllő, 2008. https://szie.hu/file/tti/archivum/Furedine_phd.pdf (letöltve: 2018. szeptember 12.)
91. Gabnai, Z. – Müller, A. – Bács, Z. – Bácsné Bába, É. (2019): *A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei*. Egészségfejlesztés 60:1 pp. 20 . 30., 11p.
92. García Calvo, T. - Cervello, E. – Jiménez, R. – Iglesias, D. – Mureno Murcia, A. (2010): Using Self-Determination Theory to Explain Sport Persistence and Dropout in Adolescent Athletes. *The Spanish Journal of Psychology*, 2010, Vol. 13 No. 2, 677-684 ISSN 1138-7416
93. García Calvo, T. – Leo, F. M. – Martín, E. – Sánchez Miguel, P. A. (2008). El compromiso deportivo y su relación con factores disposicionales y situacionales contextuales de la motivación. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 12(4), 45-58.
94. Garmezy, N. (1985): *Stress-resistant children: The search for protective factors*. In J. E. Stevenson (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*.
95. Gémes, K. (2008): *Sport, mint esély*. In: Kopp, M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008*, Semmelweis Kiadó, Budapest, 529-537.
96. Gill, D.L. – Gross, J.G. – Huddleston, S. (1983): Participation motivation in youth sports. *International Journal of Sport Psychology*. 14: 1-14.
97. Goldman, H. H. – Skodol, A. E. – Lave, T. R. (1992): Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148-1156.

98. Gould, D. – Petlichkoff, L. – Simons, J. – Veera, M. (1987): Relationship between competitive state anxiety inventory-2 subscale scores and pistol shooting performance. *Journal of Sport Psychology*, 9, 33-42.
99. Grace, L.A. – Knight, C.J. – Rodgers, W.M. – Clark, A.M. (2017): Exploring the role of sport in the development of substance addiction. *Psychology of Sport and Exercise*, 28: 46-57.
100. Grossbard, E.B. – Geisner, I.M. – Nighbors, C. – Kilmer, J.R. – Larimer, M.E. (2007): Are drinking games sport? College athlete participation in drinking games and alcohol-related problems. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68: 97-105
101. Guillet, E. – Sarrazin, P. – Carpenter, P. J. – Trouilloud, D. – Cury, F. (2002). Predicting persistence or withdrawal in female handballers with social exchange theory. *International Journal of Psychology*, 37(2), 92-104.
102. Gyömbér, N. – Kovács, K. (2012): Pici lábak a pályán, avagy a fiataalkori sport pszichológiája. In: Gyömbér, N. – Kovács, K. (2012). Fejben dől el. Sportpszichológia mindenkinek. NORAN LIBRO, Budapest, 2012. 191-220.
103. Hackbarth, N. – Brown, A. – Albrecht, H. (2015): The whole employee matters. <https://www.limeade.com/2015/04/the-whole-employee> (letöltve: 2017. január 10.)
104. Harsányi L. (2004): Követelményprofil, értékelés, kiválasztás. Magyar Edző. 3: 26
105. Hansen, D. (2006): Conceptual categories of organized youth activities: Refining categories. Presented at the Biennial meeting of the Society for Research in Adolescence. San Francisco, CA.
106. Hellstedt, J.C. (1987): The coach-parent-athlete relation. *The Sport Psychologist*. 1: 151-160.
107. Honfi, L. (2009): A sport és a hétköznapi kapcsolata. Sport, életmód, egészség, (szerk.: Szatmári, Z.), Budapest, Akadémiai Kiadó, 926-937. o.
108. Horn, T. S. – Hasbrook, C. A. (1987). Psychological characteristics and the criteria children use for self-evaluation. *Journal of Sport Psychology*, 9, 208–221.
109. Horváth, L. – Prisztóka, Gy. (2005): A sportpedagógia és a sportpszichológia alapkérdései. Bessenyei György Könyvkiadó. Nyíregyháza.
110. Horx, M. (2000): Konsument 2010, Zukunftsinstitut, Bonn, 3-10. oldal
111. Ito, J. K. – Brotheridge, C. M. (2003): Resources, coping strategies and emotional exhaustion: A Conservation of resources perspective. *J Vocat Behav*, 63: 490-509.
112. Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
113. Janssen, I. – Katzmarzyk, P. T. – Boyce, W. F. – Vereecken, C. – Mulvihill, C. – Roberts, C – Currie, C. – Pickett, W. (2005): Comparison of overweight and obesity prevalence in school-aged youth from 34 countries and their relationship with physical activity and dietary patterns. *Obesity Reviews*, Vol.6. Issue 2, pp. 123-132.
114. Jákó, P. (2012): Sport, egészség, társadalom. In: Magyar tudomány 2012/9. 1080-1089o. http://epa.oszk.hu/00600/00691/00105/pdf/EPA00691_mtud_2012_09_1081-1089.pdf (letöltve: 2018. 10.18.)
115. Járai, R. – Vajda, D. – Hargitai, R. – Nagy, L. – Csókási, K. – Kiss, E. Cs. (2015): A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia* 2015, 15(1):129-136.

116. Joshanloo, M. – Nosratabadi, M. (2009): Levels of Mental Health Continuum and Personality Traits. *Social Indicators Research*, 90(2), 211-224.
117. Juhász, J. – Szőke, I. – O. Nagy, G. – Kovalovszky, M. (1989, szerk.): Magyar értelmező kéziszótár. A - K. Akadémiai kiadó. Budapest. 183., 255., 277.
118. Kállai, J. – Varga, J. – Oláh, A. (2007, szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest, 2007: 177-197.
119. Kamm, R. L. (1998): A developmental and psychoeducational approach to reducing conflict and abuse in Little League and youth sports. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 7: 891-918.
120. Katona, P. M. (2019): „Egy rögs út a csillagokig” A szegénység, mint motivációs tényező a sport világában. In: VÁLOGATOTT TANULMÁNYOK A SPORTTUDOMÁNY KÖRÉBŐL 3. kötet (Szerk.: Balogh, L.). Debreceni Egyetem, Sporttudományi Koordinációs Intézet, Debrecen 59-70
121. Kawa, S. – Giordano, J. (2012): A brief historicity of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Issues and implications for the future of psychiatric canon and practice. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 7(2). <http://www.peh-med.com/content/pdf/1747-5341-7-2.pdf> (letöltve: 2018. december 18.)
122. Keczei, D. – Kuritárné, Sz. I. (2015): A sport és a sportsérülések okozta mentális problémák menedzselése. Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar Magatartástudományi Intézet. Debrecen
123. Keczei, D. (2019): Sport, mint a stressz ellenszere (Sport, the remedy of stress). *Menedzsmenttudományok 4. évfolyam*. <https://ojs.lib.unideb.hu/IJEMS/article/view/5299> (letöltve: 2020. március 21.)
124. Keczei, D. (2020a): A sport, mint a depresszióval szembeni védőfaktor. *Acta Medicinæ et UNIVERSITATIS OF Acta Medicina et Sociologica – Vol. 11., Különszám. 2020 5 Sociologica (2020) DEBRECEN Vol. 11., Különszám. (5-17)* <https://ojs.lib.unideb.hu/ams/article/view/5030> (letöltve: 2020. március 21.)
125. Keczei, D. (2020b): A sport hatása a mentális egészségre sportolók és nem sportolók összehasonlító vizsgálata alapján. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 21 évf. 83.szám 2020/1
126. Keczei, D. (2020c, megjelenés alatt): Relationships between coping strategies and psychoactive substance use. *Applied Studies in Agribusiness and Commerce – APSTRACT Agriinform Publishing House, Budapest*.
127. Keresztes, N. – Pikó, B. (2008a): *Fiatalok sportolási és táplálkozási szokásainak összefüggései*. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 9: 14-19.
128. Kerr, J.M. – Au C.K.F. – Linder, K. J. (2004): Motivation and level of risk in male and female recreational sport participation. *Personality and Individual Differences*. 37(6): 1245-1253.
129. Keyes, C. L. M. (é.n.). Mental Health in the CDS Youth: Is America’s Youth Flourishing? <http://psidonline.isr.umich.edu/Publications/Workshops/CDS2ER/Papers/Keyes.pdf> (letöltve: 2017. február 16.)
130. Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140.
131. Keyes, C. L. M. (2002a). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207-222.

132. Keyes, C. L. M. (2002b). Complete Mental Health: An Agenda for the 21st Century. In: Keyes, C. L. M. – Haidt, J. (Eds.). *Flourishing. Positive Psychology and the Life Well-lived*. Washington DC: American Psychological Association, 293-312.
133. Keyes, C. L. M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, 8(3), 266-274.
134. Keyes, C. L. M. (2005a). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
135. Keyes, C. L. M. (2005b). Chronic Physical Conditions and Aging: Is Mental Health a Potential Protective Factor? *Ageing International*, 30(1), 88-104.
136. Keyes, C. L. M. (2006). Mental Health in Adolescence: Is America's Youth Flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.
137. Keyes, C. L. M. (2009a). The Nature and Importance of Positive Mental Health in America's Adolescents. In: Gilman, R., Huebner, E. S., Furlong, M. J. (Eds.). *Handbook of Positive Psychology in Schools*. New York: Routledge, 9-23.
138. Keyes, C. L. M. (2013a). Promoting and Protecting Positive Mental Health: Early and Often Throughout the Lifespan. In: Keyes, C. L. M. (Ed.). *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health*. New York: Springer, 3-28.
139. Keyes, C. L. M. – Dhingra, S. S. – Simoes, E. J. (2010): Change in Level of Positive Mental Health as a Predictor of Future Risk of Mental Illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.
140. Keyes, C. L. M. – Haidt, J. (2002). Introduction: Human Flourishing – The Study of That Which Makes Life Worthwhile. In: Keyes, C. L. M. – Haidt, J. (Eds.). *Flourishing. Positive Psychology and the Life Well-lived*. Washington DC: American Psychological Association, 3-12.
141. Keyes, C. L. M. – Lopez, S. J. (2002). Toward a Science of Mental Health: Positive Directions in Diagnosis and Interventions. In: Snyder, C. R. – Lopez, S. J. (Eds.). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press, 45-59.
142. Keyes, C. L. M. – Ryff, C. D. (2003): Somatization and mental health: A comparative study of the idiom of distress hypothesis. *Social Science and Medicine*, 57(10), 1833-1845.
143. Keyes, C. L. M. – Shmotkin, D. – Ryff, C. D. (2002): Optimizing Well-Being: The Empirical Encounter of Two Traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 1007-1022.
144. Keyes, C. L. M. – Waterman, M. B. (2003): Dimensions of Well-Being and Mental Health in Adulthood. In: Bornstein, M., Davidson, L., Keyes, C. L. M., Moore, K. (Eds.). *Well-Being: Positive Development Across the Life Course*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 477-497.
145. Keyes, C. L. M. – Wissing, M. – Potgieter, J. P. – Temane, M. – Kruger, A. – van Rooy, S. (2008): Evaluation of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in Setswana-Speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 181-192.

146. Keyes, C. L. M. – Michalec, B. (2010). Viewing Mental Health from the Complete State Paradigm. In: Scheid, T. L. – Brown, T. N. (Eds.). *A Handbook for the Study of Mental Health*. New York: Cambridge University Press, 125-134.
147. Keyes, C. L. M. – Myers, J. M. – Kendler, K. S. (2010). The Structure of the Genetic and Environmental Influences on Mental Well-Being. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2379-2384.
148. Khumalo, I. P. – Temane, Q. M. – Wissing, M. P. (2012): Socio-Demographic Variables, General Psychological Well-Being and the Mental Health Continuum in an African Context. *Social Indicators Research*, 105(3), 419-442.
149. Kiss, T. (1978): Az énkép kialakulása és fejlődése. Tankönyvkiadó, Budapest.
150. Kiss, É. Zs. (2003): Fizikai aktivitás – fittség – prevenció. *Családorvosi Fórum* 2003/4.
151. Klint, K.A. – Weiss, M. R. (1987): Perceived competence and motives for participation in youth sports: a test of Harter's competence motivation theory. *Journal of Sport Psychology*. 9: 55-65.
152. Kopp, M. (1999): Behavioural medicine in health promotion. *Acta Physiol. Hung.* 86, 3-4, 191-197.
153. Kopp, M. (szerk.). (2008): Magyar lelkiállapot, 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest.
154. Kopp, M. – Skrabski, Á. – Czakó, L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1(2), 4-24.
155. Kopp, M. – Skrabski, Á. (1992): Magyar Lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest
156. Kopp, M. – Skrabski, Á. (1995): Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest.
157. Kopp, M. – Réthelyi, J. (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality. the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62: 351.367.
158. Kopp, M. – Kovács, M. (2006): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest
159. Kopp, M. – Skrabski, Á. (2007): A magyar népesség életkilátásai. *Magyar Tudomány*, 9., 1149–1153.
160. Kopp, M. – Skrabski, Á. (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In: Nagy I., Pongrácz T. (szerk.): *Szerepváltozások 2009. Jelentések a nők és a férfiak helyzetéről*. TÁRKI, Budapest,
161. Kyprianou, P. – Sipos, K. – Stavros. S. (2009). Sportolói megküzdési stratégiák és versenyzéssel kapcsolatos szorongás vizsgálata ciprusi labdarúgóknál. *Magyar Sporttudományi szemle*, 10, (37), 7-10.
162. Kovács, K. E. – Nagy, B. E. (2015): A sportolás hatása kiskamaszok énképére, szorongására és megküzdésére. *Különleges Bánásmód*, I. évf. 2015/3. szám, 43-56. DOI 10.18458/KB.2015.3.43
163. Kovács, K. – Perényi, Sz. (2012): A sportolás és egészség. Kapcsolatok a fiatalok fizikai, mentális, és szociális jóllétének szubjektív szintjével. In: Székely, L. (szerk.): *Magyar Ifjúság 2012*. Tanulmánykötet. Kutatópont, Budapest, 245-262.

164. Kovács, E. – Pikó, B. – Keresztes, N. (2014): The interacting role of physical activity and diet control in Hungarian adolescents' substance use and psychosocial health. *Substance Use & Misuse*, 49: 1278-1286.
165. Kovács, T. A. (2004): A rekreáció elmélete és módszertana. Fitness Akadémia
166. Kulcsár, Zs. (1998): Egészségpszichológia, ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 15-39. oldal
167. Kurimay, T. – Faludi, V. – Kárpáti, R. (2012): *A sport pszichológiája. Fejezetek a sportlélektan és határterületeiről.* Magyar Pszichiátriai Társaság és Oriold és Társai Kiadó, Budapest.
168. Laczkó, T. (2015): A sport, mint társadalmi alrendszer. in Laczkó, T. – Rétsági, E. (2105): A sport társadalmi aspektusai. Pécs, 2015
169. Lackó, T. – Rétsági, E. (2015): A sport társadalmi aspektusai. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. Pécs, ISBN 978-963-7178-72-6, 224.p.
170. Lamers, S. M. A. – Westerhof, G. J. – Bohlmeijer, E. T. – ten Klooster, P. M. – Keyes, C. L. M. (2011): Evaluating the Psychometric Properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
171. Lampek K. – Kivés, Zs. (2014): Egészségmagatartás. In.: Lampek, K. (szerk.) *Férfiégészség* http://www.etk.pte.hu/files/tiny_mce/File/oktatas/OktatasiAnyagok/!Palyazati/Ferfiegeszeg.pdf 30:44 (letöltve: 2018. október 26.)
172. Lanz Kaufmann, E. (1999): Wellness-Tourism in der Schweiz - Qualitätsanforderungen an die Hotellerie, in Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, FIF, Bern, 31-57. oldal
173. Landers, D. M. – Arent, S. M. (2001): Arousal-performance relationship. In: Williams, J. M. (szerk.): *Applied Sport Psychology, Personal Growth to Peak Performance.* Mayfield Publishing company, Montain View, California.
174. Lazarus, R. S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process.* McGraw-Hill, New York.
175. Lénárt, Á. (2002). Néhány gondolat a gyerekek sporttal kapcsolatos motivációjáról. In: Lénárt, Á. (szerk): *Téthelyzetben. Sportpszichológiáról edzőknek és versenyzőknek.* Országos Sportegészségügyi Intézet, Budapest. 95-96.
176. Lim, Y. – Ko, Y. – Shin, H. – Cho, Y. (2013): Prevalence an Correlates of Complete Mental Health in the South Korean Adult Population. In: Keyes, C. L. M. (Ed.). *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health.* New York: Springer, 91-109.
177. Lin, X. J. – Lin, I. M. – Fan, S. Y. (2013): Methodological issues in measuring quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25. 8–12.
178. Linden, M. (2012): What is health and what is positive? The ICF solution. *World Psychiatry*, 11(2), 104-105.
179. Lindner, K.J. – Sit, H.P. (1999): Sport and activity participation of Hong Kong school children and youth, part 2: Reasons for participation, non-participation and withdrawal. *The Hong Kong Journal of Sports Medicine and Sports Science*. 8: 23-36.
180. Lindner, K.J. – Kerr, J. (2001): Predictability of sport participation motivation from metamotivational dominances and orientations. *Personality and Individual Differences*. 30: 759-773.

181. Lisha, N.E. – Sussman, S. (2010): Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: A review. *Addictive Behaviours*, 35: 399-407.
182. Lopez, R. P. – Hynes, H. P. (2006): Obesity, physical activity and the urban environment: public health research needs. *Environmental Health: A global Access Science Source*.
183. Luthar, S. S. – Cicchetti, D. – Becker, B. (2000): The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562.
184. Luthar, S. S. – Cicchetti, D. (2000): *The construct of resilience: Implications for interventions and social policies*. *Development and Psychopathology*, 12, 857- 885.
185. Malebo, A. – Chrizanne, V.E. – Marié, P. W. (2007): Sport Participation, Psychological Well-Being, and Psychosocial Development in a Group of Young Black Adults. *South African Journal of Psychology* 37 (1): 188-206.
186. Mancini, A. D. – Bonanno, G. A. (2009): *Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model*. *Journal of Personality* 77, 1805-1832.
187. Manderscheid, R. W. – Ryff, C. D. – Freeman, E. J. – McKnight-Eily, L. R. – Dhingra, S., Strine, T. W. (2010): Evolving Definitions of Mental Illness and Wellness. *Preventing Chronic Disease*, 7(1), A19, 1-6.
188. Marchant, D. B. – Morris, T. (2005): Stress and anxiety in sport. In: Morris, T. és Summers, J. (szerk): *Sport psychology: theory, applications and issues*. John Wiley & Sons Australia, Ltd, 2005. 75-101.
189. Marmot, M. (1996): The social pattern of health and disease In: Blane, D. – Brunner, E. – Wilkinson, R. (eds.): *Health and social organization*. Routledge, London
190. Marmot, M. (2004): *Status syndrome*. Bloomsbury Publishing, London
191. Masten, A. S. (2001): Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
192. Masten, A. S. – Best, K. M. – Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2(4), 425-444.
193. Márványkövi, F. – Gál, A. – Vingender, I. (2018): Az egyéni és csapatsportolók pszichoaktív szerhasználatát vizsgáló szakirodalom áttekintése. Alapozó Egészségtudományi Intézet, Budapest Magyar Sporttudományi Szemle 19. évf. 77. szám. 2018/5. 36-42.
194. McMurrin, M. – McGuire, J. (2005): *Social problem solving and offending*. John Wiley and Sons, West Sussex.
195. Mikulán, R. (2007b): Versenysportolók dohányzási szokásai és alkoholfogyasztása. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8. 30. sz. 8-31.
196. Mikulán, R. – Keresztes, N. – Pikó, B. (2010): A sport, mint védőfaktor: fizikai aktivitás, egészség, káros szenvedélyek. In: Pikó B. (szerk): *Védőfaktorok nyomában*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet. L'Harmattan, Budapest, 115-130.
197. Meretei, B. (2017) Generációs különbségek a munkahelyen – szakirodalmi áttekintés. *Vezetéstudomány/ Budapest Management Review*, 48 (10), p. 10-18. DOI <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2017.10.02> (letöltve: 2018. október 26.)
198. Mérei, F. – Binet, Á. (2001): *Gyermeklélektan*. Medicina, Budapest.

- 199.MGYOSZ (2010): Az egészséges munkavállalókért és a biztonságos munkahelyekért. <https://docplayer.hu/7926685-Az-egeszseges-munkavallalokert-es-a-biztonsagos-munkahelyekert.html> (letöltve: 2018. november 1.)
- 200.Monge-Rojas, R. – Nunez, H.P. – Garita, C. – Chen-Mok, M. (2002): Psychosocial aspects of Costa- Rican adolescents' eating and physical activity patterns. *Journal of Adolescent Health*, **31**: 212-219.
- 201.Moore, M.J. – Werch, C.E. (2005): Sport and physical activity participation and substance use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 36(6): 486-493.
- 202.MTA (2003): Magyar Értelmező kéziszótár, Budapest, Akadémiai kiadó76., 244., 720., 1130. oldal
- 203.Mullan, E. – Markland, D. (1997). Variations in self-determination across the stages of change for exercise in adults. *Motivation and Emotion*, *21*(4), 349-362.
- 204.Murányi, E. – Hamar, P. (2005): Beszédes testnevelés. *Iskolai Testnevelés és Sport*. 25: 14-18.
- 205.Nagy, E. (2016): A testi, lelki, társadalmi és mentális egészséget befolyásoló tényezők. *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. DOI:10.18427/iri-2016-0031 ISBN 978-80-89691-33-3. <http://remenyhirintezmeny.hu/wp-content/uploads/2020/03/31-10-pszichologia.pdf> (letöltve: 2020. május 10.).
- 206.Nemzeti Sportstratégia (2005): *Háttéranyag a sport XXI Nemzeti Sportstratégiához*. GYISM, Budapest.
- 207.Neulinger, Á. (2007): Társas környezet és sportfogyasztás. A folyamatos megerősítést igénylő tanult fogyasztás. Ph.D értekezés, 2007. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/264/1/neulinger_agnes.pdf (letöltve: 2017. augusztus 10.).
- 208.Neulinger, Á. (2008): *Társas kapcsolatok és interakció a szabadidősportban (Social relationships and interaction in the leisure sport)*. Vezetéstudomány - Budapest Management Review, 39 (10). pp. 23-33
- 209.Neumark-Sztainer, D. – Story, M. – Hannan, P.J. – Tharp, T. – Rex, J. (2003): Factors associated with changes in physical activity. A cohort study of inactive adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 157: 803-810.
- 210.Népegészségügyi Jelentés (2004): Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2004: 5–57.
- 211.Norris, F. H. – Stevens, S. P. – Pfefferbaum, B. – Wyche, K. F. – Pfefferbaum, R. L. (2008): Community Resilience as a Metaphor, Theory, Set of Capacities, and Strategy for Disaster Readiness. *American Journal of Community Psychology*, 41(1–2), 127–150.
- 212.Notario-Pacheco B. – M. Solera-Martínez – M. D. Serrano-Parra – R. Bartolomé-Gutiérrez – J. García-Campayo – V. Martínez-Vizcaíno (2011): *Reliability and validity of the Spanish version of the 10-item Connor-Davidson Resilience Scale (10-item CD-RISC) in young adults*, *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:63
- 213.Oláh, A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény: Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort, Budapest.
- 214.Omar-Fauzee, S. – Wan Rezawana, B. W. D. – Abdullah, R. – Rashid, S. A. (2009): The Effectiveness of Imagery and Coping Strategies in Sport Performance. *European Journal of Social Sciences*, 9, (1).

215. Ong, A. D. – Bergeman, C. S. – Boker, S. M. (2009): *Resilience comes of age: Defining features in later adulthood*. Journal of Personality, 77, 1- 28.
216. Paár, D. (2015): A sport és a gazdasági aktivitás. in Laczkó, T. – Rétsági, E. (2015): A sport társadalmi aspektusai. Pécs, 2015
217. Pais-Ribeiro, J. L. (2004): Quality of life is a primary end-point in clinical setting. Clinical Nutrition, 23. 121–130.
218. Patakiné, B. J. (2014): Sportiskolai és nem sportiskolai mintaterv szerint tanulók életmódja és egyes családi jellemzői, azok összefüggései. Doktori Értekezés. Budapest. Neveléstudományi Doktori Iskola. 2014
219. Pate, R. R. – Heath, G. W. – Dowda, M. – Trost, S. G. (1996): Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. American Journal of Public Health, 86, 1577-1781.
220. Pate, R. R. – Trost, S. G. – Dowda, M. – Ott, A. E. – Ward, D. S. – Saunders, R. et al. (1999): Tracking of physical activity, physical inactivity, and health related physical fitness in rural youth. Pediatric Exercise Science, 11, pp. 364-376.
221. Pál, K. – Császár, J. – Huszár, A. – Bognár, J. (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. Új Pedagógiai Szemle. 6:25-32
222. Páll, G. (2004): Gyermekegészségügyi Népegészségügyi helyzetkép, Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
223. Pápai, J. – Szabó, T. (2003): Tornászgyermekek sportágválasztását befolyásoló tényezők. Kalokagathia. 1: 18-31.
224. Pelletier, L. G. – Fortier, M. S. – Vallerand, R. J. – Brière, N. M. (2001). Associations among perceived autonomy support, forms of self-regulation, and persistence: A prospective study. *Motivation and Emotion*, 25, 279–306.
225. Peráčeková, J. – Chovancová, A. – Kukurová, K. – Plevková, L. (2018): Self-evaluation of body image in sport active and sport inactive adolescent girls. Acta Gymnica, Vol. 48. No. 3. 109–114. p. DOI:10.5507/ag.2018.014
226. Petrika, E. (2002): *Mozgásterápia hatása kórházi depressziós betegeknél*. SE 4. sz. Doktori Iskola Tudományos Ülés Absztrakt kötet, Budapest
227. Petrika, E. (2003): *Depresszív tünetek és rendszeres mozgás összefüggései. (Sportoló és nem sportoló főiskolások összehasonlító keresztmetszeti vizsgálata)* Semmelweis Egyetem 4. számú Interdiszciplináris Doktori Iskolájának Hetedik Önálló Tudományos Ülése. 2003. november 29. Abstract-kötet. Budapest. 25-26.p.
228. Petrika, E. (2007): *Prevenció vagy terápia? Testedzés szerepe a mentális egészség fenntartásában*. „Tudomány a sportoló nemzetért” Konferenciasorozat 2007. Előadáskivonatok. Konferencia kötet és CD. ÖM, Budapest. 56-60p
229. Petrika, E. (2008): *Testmozgás és sportolás időskorban*. In: Semsei, I. (főszerk.): Gerontológia. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kari Jegyzetek 15. 518-526 p. Nyíregyháza
230. Petrika, E. (2009): *Testmozgás és mentális egészség idős korban: a depresszió.*” Gerontológiai körkép 2009” Nyíregyházi Gerontológiai Napok II. 2009. november 27-28. Az előadások összefoglalói

231. Petrika, E. (2012): *Rendszeres testedzés hatása a mentális egészségre és az életminőségre fiatal felnőttekén: depresszív tünetek, stressz és stresszkezelés összefüggéseinek empirikus vizsgálata*, Egyetemi doktori értekezés, Debreceni Egyetem, Humán Tudományok Doktori Iskola.
232. Petruzzello, S. J. – Landers, D. M. – Hatfield, B. D. – Kubitz, K. A. – Salazar, W. (1991): A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11, 143–182.
233. Pfau, Ch. (2017): *A szabadidősport szervezési sajátosságai a felsőoktatásban*. Egyetemi doktori értekezés, Debreceni Egyetem, Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, 2017.
234. Pfau, Ch., Pető, K., Bácsné, B.É. (2019): A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés. *Egészségfejlesztés*, LX. évfolyam, 2019. 1. sz. 31-44.
235. Pfeffer, J. (2018): *Dying for a Paycheck. How Modern Management Harms Employee Health and Company Performance - and What We Can Do About It*. Stanford: Harper Business
236. Philippe, F. L. – Lecours, S. – Beaulieu-Pelletier, G. (2009): *Resilience and positive emotions: Examining the role of emotional memories*. *Journal of Personality*, 77, 140-175.
237. Pikó, B. (2000): Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity. *Journal of Community Health*, 25: 125- 137.
238. Pikó, B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*, Budapest, Akadémiai Kiadó, 5-38. oldal
239. Pikó, B. (2010). *Védőfaktorok nyomában: Pozitív fordulat a magatartástudományokban?* In: Pikó B. (szerk.). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L'Harmattan Kiadó, 11-21.
240. Pikó, B. – Keresztes, N. (2006): Physical activity, psychosocial health and life goals among youth. *Journal of Community Health*, 31: 2. 136-145.
241. Pikó, B. – Keresztes, N. (2007): *Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében*. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 62. 203-214
242. Pinczés T. – Pikó, B. (2013a): *A sport, mint mítosz? Összehasonlító egészségmagatartási vizsgálat sporttagozatos és általános tantervű középiskolások körében*. *Magyar Epidemiológia*, 9-10: 4-1. 55-65.
243. Pluhár, Zs. – Keresztes, N. – Pikó, B. (2003): „Ép testben ép lélek”. *Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében*. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 2: 29-33.
244. Pluhár, Zs. – Keresztes, N. – Pikó, B. (2004). *A rendszeres fizikai aktivitás és pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében*. *Sportorvosi szemle*, 4, 285-300.
245. Popper, P.–Rihmer, Z.–Tringer, L. (2004): *Roszkedv, szomorúság, depresszió*. Saxum Bt.
246. Popper, P. – Rihmer, Z. – Tringer, L. (2014): *Roszkedv, szomorúság, depresszió*. Sziget Könyvkiadó, Budapest, 175p
247. Pratt, M. – Macera, C.A. – Blanton, C. (1999): Levels of physical activity and inactivity in children and adults in the United States: Current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 31: 526-533.

248. Privette, G. – Bundrick, C. M. (1997). Psychological processes of peak, average, and failing performance in sport. *International Journal of Sport Psychology*, 28, 323–334.
249. Pucsek, J. (2000): A rendszeres fizikai aktivitás hatása a szervezetre. *Komplementer Medicina*. 2000/5.
250. Rigó, A. (1996): Pszichoneuroimmunológia órai előadások. Kézirat, ELTE, Budapest. 1996.
251. Rigó, A. – Kökenyei, Gy. (2014): Bevezető – Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegséggel élők körében. In: *Alkalmazott Pszichológia*, 2014, 14(4): 5-14.
252. Purebl, Gy. – Birkás, E. – Csoboth, Cs. – Szumska, I. – Kopp, M.S. (2006): The relationship of biological and psychological risk factors of cardiovascular disorders in a large-scale national representative community survey. *Behavioral Medicine* 22, 1-7. IF 1, 214
253. Reinboth, M. – Duda, J., L. (2006). Perceived motivational climate, need satisfaction and indices of well-being in team sports: A longitudinal perspective. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(3), 269-286.
254. Reinhardt, M. (2013): Mentális egészség és tünetképzés összefüggései a családi működéssel serdülőknél Doktori Értekezés. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kat. Pszichológiai Doktori Iskola. Budapest
255. Roberts, G. C. – Treasure, D.C. (1992). Children in sport. *Sport Science Review*, 1 (2), 46-64.
256. Robitschek, C. – Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's Model of Mental Health With Personal Growth Initiative as a Parsimonious Predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321-329.
257. Rogers, C. R. (1992). Ilyen vagyok. In: Illyés S. – Ritoókné Ádám M. (szerk.). *A nevelési és pályaválasztási tanácsadás pszichológiája. Szemlénygyűjtemény I.* Budapest: Tankönyvkiadó, 373-382.
258. Ross, S. N. (2007): Albert Bandura. In: Kincheloe, J. L.; Horn, R. A. (ED.): *The Praeger handbook of Education and Psychology* (vol. 1.). Praeger Publishers, Westport, Connecticut, London.
259. Rózsa, S. – Szádóczky, E. - Füredi, J. (2001): *A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.* *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 379-397.
260. Rózsa, S. – Réthelyi, J. – Stauder, A. – Susánszky, É. – Mészáros, E. – Skrabski, Á. – Kopp, M. (2003): A HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83–94.
261. Rózsa S. – Purebl, Gy. – Susánszky, É. – Szádóczky, E. – Réthelyi, J. – Danis, I. – Skrabski, Á. – Kopp, M. (2008): A megküzdés dimenziói: A Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 9 (3): 217-241.
262. Ryan, R. M. – Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78.
263. Ryff, C. D. (1989): Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.

264. Ryff, C. D. (1995): Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
265. Ryff, D. C. – Keyes, C. L. M. (1995): The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
266. Salama-Younes, M. (2011). Validation of the Mental Health Continuum Short Form and Subjective Vitality Scale with Egyptian Adolescent Athletes. In: Brdar, I. (Ed.). *The Human Pursuit of Well-Being. A Cultural Approach*. New York: Springer, 221-234.
267. Sallis J.F. – Prochaska J.J. – Taylor W.C. (2000): A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. 32: 963-975.
268. Sarrazin, P. – Vallerand, R. – Guillet, E. – Pelletier, L. – Cury, F. (2002). Motivation and dropout in female handballers: A 21-month prospective study. *European Journal of Social Psychology*, 32(3), 395-418.
269. Sáringerné Szilágyi, Zs., Nádasdi, Zs. (2010): Sportjátékok személyiségfejlesztő hatása mozgássérült gyermekekre. *Iskolakultúra* 2010/19. 34-42.
270. Schimank, U. (1995): *A sport társadalmi alrendszerré fejlődése*. In: Fóti, P. (1995) *Bevezetés a sportszociológiába*. Szöveggyűjtemény, Miskolci Egyetemi Kiadó, Miskolc
271. Schwarzer, R. – Schwarzer, C. (1996): A critical survey of coping instruments. In Zeidner M, Endler NS. (eds.): *Handbook of Coping*. New York: Wiley
272. Simantov, E. – Schoen, C. – Klein, J. D. (2000): Health-compromising behaviors: Why do adolescents smoke or drink? Identifying underlying risk and protective factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 1025-1033.
273. Simpkins, S. D. – Fredricks, J. – Davis-Kean, P. – Eccles, J. S. (2006). Healthy minds, healthy habits: The influence of activity involvement in middle childhood. In: Huston, A. – Ripke, M. (szerk): *Developmental contexts in middle childhood: Bridges to adolescence and adulthood*. New York: Cambridge University Press. 283–302.
274. Smith, R. E. – Smoll, (2004): Anxiety and coping in sport: theoretical models and approaches to anxiety reduction. In Morris, T. – Summers, J. (szerk): *Sport Psychology: Theory, Applications and Issues*. John Wiley & Sons, Brisbane, Australia, 294–321.
275. Stauder, A. (2007): Stressz és stresszkezelés. In: Kállai, J. – Varga, J. – Oláh, A. (szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2007: 153-176.
276. Stauder, A. (2008): Közösségi alapú magatartásorvoslási programok. Az esélyerősítés hatékony módszerei. In: Kopp M (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008, Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 105-113.
277. Steptoe, A. – Wardle, J. – Fuller, R. – Holte, A. – Justo, J. – Sanderman, R. – Wichstorm, L. (1997): Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlate, and behavioral correlates among young Europeans from 21st centuries. *Preventive Medicine*, 26, 845-854.
278. Szabó, Á. (2013): Munkahelyi egészségfejlesztés, munkahelyi sport, elméleti megközelítés. *Magyar Sporttudományi Szemle*, XIV.évf. 56., p. 56-65.
279. Szabó, Á. (2018): Eredményjelzés a munkahelyi sportról, a "Legfittebb Munkahely Felmérés" első éveinek tapasztalatai. *Magyar Sporttudományi Szemle*, XIX. évfolyam, 73. szám, p. 25-31.

280. Szabó, A. – Juhász, P. (2019): A munkahelyi egészségprogramok, mint kockázatkezelési eszközök. *Gazdaság és Pénzügy*. 6.évf.,2.sz. doi: 10.33926/gP.2019.2.2 (letöltve, 2020. március 11.)
281. Szabó, A. – Juhász, P. (2019): A munkahelyi egészségprogramok értékteremtésének mérési lehetőségei. *Vezetéstudomány*.L.évf. 2019. 2.sz./ ISSN 0133-0179. DOI: 10.14267/vezettud. 2019.02.05. http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/3937/1/VT_2019n2p59.pdf (letöltve, 2020. március 11.)
282. Szádóczky, E. – Rihmer, Z. (szerk) (2001): *Hangulatzavarok*. Medicina Könyvkiadó. Rt, Budapest
283. Szatmári, Z. (szerk.) (2009): *Sport. életmód, egészség*. Akadémia Kiadó, 2009. Budapest
284. Szántó Á. – Barkai, L. (2012): Az egészségtudatosság mérése. *Egészségtudományi Közlemények*. 2. kötet, 1. szám. 75-82.
285. Szász, T. S. (1997): Mental illness is still a myth. *Review of Existential Psychology and Psychiatry*, 23, 70 – 80.
286. Székely, L. (1997): Egészségnevelés, „utak a mához”, Országos Egészségnevelési Egyesület, Budapest, 23-48. oldal
287. Szinapszis (2013): Már a munkahelyen is számít az egészség. <http://www.webbeteg.hu/cikkek/egeszseges/14720/mar-a-munkahelyen-is-szomit-az-egeszseg> (letöltve: 2018. augusztus 10.)
288. Talala, K. – Huurre, T. – Aro, H. – Martelin, T. – Prättälä, R. (2008): Socio-demographic differences in self-reported psychological distress among 25-64-year-old finns. *Soc Indic Res*, 86(2): 323-335.
289. Tasmania (2012): Your Simple Guide to Workplace Health and Wellbeing. [http://worksafe.tas.gov.au/data/assets/pdf_file/0003/252390/Your Simple Guide to Workplace Health and Wellbeing.pdf](http://worksafe.tas.gov.au/data/assets/pdf_file/0003/252390/Your_Simple_Guide_to_Workplace_Health_and_Wellbeing.pdf). (letöltve: 2017. január 11.)
290. Tedeschi, R. G. – Park, C. L. – Calhoun, L. F. (1998): *Posttraumatic growth: positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum New York: Guilford.
291. Tellegen, A. – Lykken, D. T. – Bouchard, T. J. – Wilcox, K. J. – Segal, N. L. – Rich, S. (1988): Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1031-1039.
292. Thorpe, A. (2015): The 44 Healthiest Companies to Work for in America, <https://greatist.com/health/healthiest-companies> (letöltve: 2018. augusztus 30.)
293. Tiringier, I. (2012): Az akut kardiológiai eseményen átesett betegek hosszú távú életminőséget befolyásoló pszichoszociális tényezők vizsgálata. PhD-értekezés. Pécsi Tudomány - egyetem.
294. Tringer, L. (2003) Egészség és életminőség. *Psychiatria Hungarica*, 18(1), 2003, 10-16.
295. Trzaskoma-Bicsérdy Gabriella (2007): A sportági eredményesség néhány meghatározó tényezőnek vizsgálata birkozásban. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem Nevelés – és Sporttudományi Doktori Iskola. Budapest
296. Tugade, M. M. – Fredrickson, B. L. (2004): Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.

297. Urbán, R. – Hann, E. (2003): Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései a magyar reprezentatív mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4, pp. 11-16.
298. Ursin, H., Eriksen, H. R. (2004) The cognitive activation theory of stress. Review. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (5): 567-92.
299. Vaillant, G. E. (2003). Mental Health. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
300. Vallerand, R. J. – Rousseau, F. L. (2001). Intrinsic and extrinsic motivation in sport and exercise: A review using the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. In R. N. Singer, H. A. Hausenblas – C. M. Janelle (Eds.), *Handbook of sport psychology* (pp. 389-416). New York: Wiley.
301. Varga, J. (2002): Testedzés és egészségmagatartás – Védőfaktor-e a sport? ELTE BTK pszichológiai szak.
302. Veliz, P. – Schulenberg, J. – Partick, M. – Kloska, D. – McCabe, S.E. – Zarrett, N. (2015): Competitive sports participation in high school and subsequent substance use in young adulthood: Assessing differences based on level of contact. *International Review for the Sociology of Sport*, 52: 2. 240:259.
303. Venning, A. – Elliott, J. – Kettler, L. – Wilson, A. (2013): Complete Mental Health in South Australian Youth: Prevalence, Measurement, and Promotion. In: Keyes, C. L. M. (Ed.). *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental Health*. New York: Springer, 29-50.
304. Vilhjalmsson, R. – Thorlindsson, T. (1992): The Integrative and Physiological Effects of Sport Participation: A Study of Adolescents. *Sociological Quarterly*, 33, 637-647.
305. Vilhjalmsson R. – Kristjansdottir G. (2003): Gender differences in physical activity in older children and adolescents: The central role of organized sport. *Social Science & Medicine*. 56: 363-374.
306. Vingender I. (2003): A droghasználat szociális kontextusa. Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 227-264.
307. Virgin, P. (2016): The Business of Healthy Employees: A Survey of Workplace Health Priorities. <http://community.virginpulse.com/business-of-healthy-employees-2016-survey-web> (letöltve: 2017. március 1.)
308. Vitrai J., Vokó Z. (2006): *Egészségmodell. Népegészségügyi Jelentés* (szakértőknek). Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
309. Vuillemin, A., Boinin, S., Bertrais, S., Tessier, S., Oppert, J.M., Hercberg, S., Guillemin, F., Briançon, S. (2005): Leisure time physical activity and health-related quality of life. *Preventive Medicine*, 41: 562-569.
310. Wang, X. – Zhang, D. – Wang, J. (2011). Dual-Factor Model of Mental Health: Surpass the Traditional Mental Health Model. *Psychology*, 2(8), 767-772.
311. Westerhof, G. J., Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17, 110-119.
312. WHO, 1947: Official Records of the World Health Organization, No. 1., 58.
313. WHO, 1948a: *Official Records of the World Health Organization*, No.2., 100.
314. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998): Wellbeing measures in primary health care: The DepCare Project. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.

315. WHO: Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world. http://www.who.int/topics/physical_activity/en/ World Health Organization. (letöltve: 2018.december 20.)
316. Williams, W. – Lester, N. (2000): Out of Control: Parents' becoming violent at youth sporting events. *Sports Illustrated*, 93. 86-95.
317. Windle, G. – Bennett, K. M. – Noyes, J. (2011): A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(8), 1–18.
318. Wood, A.M. – Joseph, S. (2009): The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 22: 3. 213-217.
319. Wood, R. – Bandura, A. (1989): Social Cognitive Theory of Organizational Management. *Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 3., 361-384
320. Yi-Frazier, J. P. – Smith, R. E. – Vitalino, P. P. – Yi, J. C. – Mai, S. – Hillman, M. – Weinger, K. (2009): *A person-focused analysis of resilience resources and coping in patients with diabetes*. *Stress and Health*, 10, 1-10.
321. Yin, K. L. – He, J. M. – Fu, Y.F. (2013): Positive Mental Health: Measurement, Prevalence, and Correlates in a Chinese Cultural Context. In: Keyes, C. L. M. (Ed.). *Mental Well-Being. International Contributions to the Study of Positive Mental health*. New York: Springer, 111-132.

INTERNETES FORRÁS:

- I01 - <http://egeszsegtudatossag.hu/mi-az-egeszseg-es-mit-tehetunk-megorzésért> (letöltve: 2017. április 12.)
- I02 - https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0025_Nadori-Dancs-Retsagi-Ekler-Gaspar-Sportelmeleti_ismeretek/ch01s02.html (letöltve: 2019. július 02.)
- I03 - (<http://www.matud.iif.hu/2012/09/07.htm>) (letöltve: 2019. július.02.)
- I04 - <http://boldogsagprogram.hu/a-testmozgas-jotekony-hatasai-a-mentalis-egeszsegre> (letöltve: 2019. július 03.)
- I05: <http://www.antidepresszans.tenyek-tevhitek.hu/sport-es-depresszio.htm> (letöltve: 2017. április 12.)
- I06 - <https://www.almapatika.hu/alma-magazin/mozogjuk-ki-magunkbol-a-stresszt-feloldja-a-szorongast-a-sport?jji=1492005623380> (letöltve:2017. április 12.)
- I07 - <http://www.elet-jatek.hu/cikkek/Motivacio.pdf>
- I08 - <https://goo.gl/forms/S8PbphwEex46LkaC3> (melléklet I. -interneten, google-n)

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

1. D. Keczeli, "Relationships between coping strategies and psychoactive substance use," APSTRACT - APPLIED STUDIES IN AGRIBUSINESS AND COMMERCE, vol. 14, p. megjelenés alatt, 2020.
2. D. Keczeli, "A sport hatása a mentális egészségre sportolók és nem sportolók összehasonlító vizsgálata alapján," MAGYAR SPORTTUDOMÁNYI SZEMLE, vol. 21 (83), pp. 31–40, 2020.
3. D. Keczeli, "A sport, mint a depresszióvalszembeni védőfaktor," ACTA MEDICINAE ET SOCIOLOGICA, vol. 11, no. Klsz., pp. 5–17, 2020.
4. D. Keczeli, "Sport, mint a stressz ellenszere," INTERNATIONAL JOURNAL OF ENGINEERING AND MANAGEMENT SCIENCES / MŰSZAKI ÉS MENEDZSMENT TUDOMÁNYI KÖZLEMÉNYEK, vol. 4, no. 3, pp. 69–78, 2019.
5. D. Keczeli and S. I. Kuritárné, A sport és a sportsérülések okozta mentális problémák menedzselése. Debrecen: [s.l.], 2015.
6. D. Keczeli, "A gyermek és serdülőkorú sportolók pszichológiai vizsgálata.," in 45. Mozgásbiológiai Konferencia, 2015, p. 19.
7. E. Szabó, D. Keczeli, I. Farkosi, S. Gaál, and K. Keresztesi, "Somatic development and some motor performances of young girls based on age and birth season," APSTRACT - APPLIED STUDIES IN AGRIBUSINESS AND COMMERCE, vol. 7, no. 1, pp. 117–123, 2015.
8. D. Keczeli and J. Kovács, "Kincskereső program," in A mozgás szabadsága!, 2014, pp. 243–251.
9. D. Keczeli, "A sport és a sportsérülések okozta mentális problémák menedzselése," in 44. Mozgásbiológiai Konferencia, 2014, pp. 25–26.
10. D. Keczeli, "The effect of emotional intelligence on sports effectiveness at handball teams," in 18th annual Congress of the European College of Sport Science, 2013, p. 712.
11. D. Keczeli, "Tehetséggondozás és-menedzselése a kézilabda csapatoknál," in Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai : II. Nemzetközi Turizmus és Sportmenedzsment Konferencia, 2013, p. 41.
12. D. Keczeli, "Tehetséggondozás és-menedzselés a kézilabda csapatoknál," in Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai : II. Nemzetközi Turizmus és Sportmenedzsment Konferencia [Youth sport and talent management: challenges of the

- 21th century : II. International Conference on Tourism and Sport Management], 2013, pp. 126–132.
13. D. Keczeli, “Talent Management based on therapeutic work with a professional handball team. Applied Studies in Agribusiness and Commerce,” APSTRACT - APPLIED STUDIES IN AGRIBUSINESS AND COMMERCE, vol. 7, no. 1, pp. 64–67, 2013.
 14. D. Keczeli, “Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai,” in Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai : II. Nemzetközi Turizmus és Sportmenedzsment Konferencia [Youth sport and talent management: challenges of the 21th century : II. International Conference on Tourism and Sport Management], 2013, pp. 126–132.
 15. D. Keczeli, “Érzelmi intelligencia (EQ) hatása a sportbeli eredményességre,” in Kapcsolataink világa, 2013, p. 153.
 16. E. Szabó, D. Keczeli, I. Farnosi, S. Gaál, and K. Keresztesi, “Body Development and Motor Performance of Children in South-East Hungary and in West Hungary,” in Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai : II. Nemzetközi Turizmus és Sportmenedzsment Konferencia [Youth sport and talent management: challenges of the 21th century : II. International Conference on Tourism and Sport Management], 2013, pp. 59–59.
 17. E. Szabó, D. Keczeli, I. Farnosi, S. Gaál, and K. Keresztesi, “Body development and motor performance of children in South-East Hungary and in West Hungary,” in Ifjúsági sport és tehetséggondozás - a 21. század kihívásai : II. Nemzetközi Turizmus és Sportmenedzsment Konferencia, 2013, pp. 314–319.
 18. D. Keczeli, “Psychological work within a Handball Team,” in 17th Annual Congress of the European College of Sport Sciences, 2012, p. 191.
 19. D. Keczeli, “Edző-gyerek kapcsolata és ennek hatása a sporttehetségek menedzselésére, gondozására a Debreceni Sportiskolában (DSI),” in 42. Mozgásbiológiai Konferencia, 2012, pp. 49–50.
 20. K. Ráthonyi-Ódor, A. Borbély, D. Keczeli, and E. Szabó, “A Debreceni Sportiskola (DSI) növendékeinek menedzselése pszichológiai szempontból,” MAGYAR SPORTTUDOMÁNYI SZEMLE, vol. 13, no. 51, pp. 15–19, 2012.
 21. D. Keczeli, “Lélektani munka egy kézilabdacsapatban,” KALOKAGATHIA, no. 49, pp. 2–4–253, 2011.

22. D. Keczeli, "Sporttehetség kiválasztása- gondozása a Debreceni Sportiskolában," *MAGYAR SPORTTUDOMÁNYI SZEMLE*, vol. 12(47), pp. 4–7, 2011.
23. D. Keczeli and M. Orendi, "Debreceni 'kincsek' - sporttehetségek kiválasztása és gondozása a Debreceni Sportiskolában.," in *A debreceni példa: tehetségazonosítás és tehetséggondozás a város közoktatási intézményeiben*, vol. 23., 2011, pp. 146–154.
24. D. Keczeli, "'Treasures' of Debrecen: Selection of and attention to sports talents in the Sport School of Debrecen in 2010.," *APSTRACT - APPLIED STUDIES IN AGRIBUSINESS AND COMMERCE*, vol. 5, no. 3–4, pp. 55–59, 2011.
25. D. Keczeli, "Sporttehetség kiválasztása- gondozása a Debreceni Sportiskolában," *MAGYAR SPORTTUDOMÁNYI SZEMLE*, vol. 12, no. 47, pp. 4–7, 2011.
26. E. Szabó, D. Keczeli, I. Farkosi, S. Gaál, and K. Keresztesi, "Somatic development and motor performance of children in Hungary," *WORLD ACADEMY OF SCIENCE ENGINEERING AND TECHNOLOGY*, vol. 77, pp. 2351–2361, 2011.
27. D. Keczeli, "A sportbeli eredményesség pszichológiai összetevői," in *40. Mozgásbiológiai Konferencia*, 2010, pp. 31–33.

További saját publikációk jegyzéke

28. Keczeli, D (2009): "Keressük a kincseinket együtt" - Kincskereső sporttehetségfejlesztő program (2006-2009). Debrecen Megyei Jógú Város Önkormányzata által szervezett "KINCSEINK... Gyökerek a szülőktől, szárnyak az iskolától" című Nemzetközi Tehetséggondozó Konferencia 2009. 11. 13-14. Debreceni Sportcentrum - Sportiskola.
29. Keczeli, D. (2010): Debrecen kincsei Tehetségek kiválasztása és gondozása a Debreceni Sportiskolában, IV. Országos Edzői Kongresszus, Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar, Budapest, 2010. 11. 25-26.
30. Keczeli D. (2011): Sportpszichológia a tehetséggondozásban. A Magyar Génius Program és Debrecen Megyei Jógú Város közös szervezésében a Debreceni „Kincseink... Gyökerek a szülőktől, szárnyak az iskolától” A fenntartó szerepe a tehetséggondozásban – Génius Konferencia, 2011. március 18-19. Debreceni Sportcentrum – Sportiskola
31. Keczeli, D. (2014): Good practice - Selection of and attention to sports talents in the Sport School of Debrecen. EUROPEAN NETWORK OF YOUNG SPECIALISTS IN SPORTPSYCHOLOGY - ENYSSP Konferencia, Lipcse, Németország, 2014. 10. 31. 17:00-18:00

32. Szabó, E. – Keczeli, D. – Farkosi, I. – Gaál, S. – Keresztesi, K.: Factor Patterns of Motor Performance of Primary School Girls According to Birth Season. *16th Annual Congress of the European College of Sport Science*. Liverpool, 2011. júl. 6-9. 460. p.
33. Keczeli, D. – Ráthonyi-Odor, K. – Szabó, E. – Borbély, A. (2011) A Debreceni Sportiskola (DSI) sporttehetség gondozási programja. In: 41. Mozgásbiológiai Konferencia: Program, előadás-kivonatok. Budapest, Magyarország, Semmelweis Egyetem Testnevelési és Sporttudományi Kar 2011.11.10-2011.11.11.: 25.

TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. Táblázat: Az egészséggel kapcsolatos szemlélet változások
2. Táblázat: A szabadidősport a versenysport és a hivatásos sport összehasonlítása
3. Táblázat: A motiváció egy kontinuum mentén. Az egyén öndeterminációs működés.
4. Táblázat: A fizikai aktivitás pozitív hatásai a munkaadók és a munkavállalók számára
5. Táblázat: A vállalati egészségprogramok népszerűsége multinacionális vállalatoknál
6. Táblázat: A mozgás programok hatásai
7. Táblázat: Az alkalmazott pszichológiai tesztek (The used psychological tests)
8. Táblázat: A minta nem és a sportolási szint szerint (%)
9. Táblázat: A minta foglalkozás és tanulási szokások szerinti megoszlása
10. Táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői (%)
11. Táblázat: Dohányzási kategóriák megoszlása a mintában
12. Táblázat: A motivációk megoszlása a teljes mintában
13. Táblázat: Család ösztönző magatartása a sportolási szokások kialakításában a mintában
14. Táblázat: A válaszadó cégvezetők által irányított munkavállalók létszáma
15. Táblázat: A szakértői interjúban résztvevő vállalatok és munkavállalóinak megoszlása
16. Táblázat: Mentális egészség leíró statisztikai eredménye a mintában
17. Táblázat: A mentális egészség három faktorának korrelációs értékei a mintában
18. Táblázat: A mentális egészség kategóriális eloszlása a mintában (N=813)
19. Táblázat: A mentális egészség kategóriái és a sportolás összefüggéseit a mintában
20. Táblázat: Mentális egészség leíró statisztikai nemek szerint a mintában
21. Táblázat: A mentális egészség kategóriák nemek szerinti eloszlása a mintában
22. Táblázat: Női minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint
23. Táblázat: Férfi minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint
24. Táblázat: A mentális egészség alskálainak leíró statisztikai életkor szerint a mintában
25. Táblázat: A mentális egészség kategóriák és az élekkor összefüggései a mintában
26. Táblázat: Dohányzási szokások verseny-, szabadidő és nem sportolók körében a mintában
27. Táblázat: Alkoholfogyasztási szokások a mintában
28. Táblázat: Teljes minta mentális jóllétjének leíró statisztikai a dohányzási kategóriák szerint
29. Táblázat: Teljes minta mentális jóllétjének leíró statisztikai alkoholfogyasztási szokások szerint
30. Táblázat: Motiváció eloszlása sportolási kategóriák szerint a mintában
31. Táblázat: A mentális egészség kategóriák és a motiváció összefüggései a mintában

32. Táblázat: Család ösztönző magatartása sportolási kategóriákra bontva a mintában
33. Táblázat: Anyák sportolási aktivitása a mintában
34. Táblázat: Apák sportolási aktivitása a mintában
35. Táblázat: Szülők sportolási aktivitása sportolási kategóriákra bontva a mintában
36. Táblázat: Szülők sportolási aktivitása a gyermekeik sportolási kategóriái szerint a mintában
37. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikái a mintában
38. Táblázat: A megküzdési stratégiák Pearson-féle korrelációs értékei a mintában
39. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikái verseny-, szabadidő és a nem sportolók körében a mintában
40. Táblázat: Nemek közötti leíró statisztikák a megküzdés tekintetében a mintában
41. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikák életkori kategóriák szerint a mintában
42. Táblázat: A megküzdési stratégiákat leíró statisztikák a dohányzás tekintetében a mintában
43. Táblázat: A megküzdési stratégiák leíró statisztikák az alkoholfogyasztási szokások tekintetében a mintában
44. Táblázat: A depresszió, testkép, reziliencia és az észlelt stressz leíró statisztikái a mintában
45. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái sportolási csoportok szerint a mintában
46. Táblázat: Nemek közötti leíró statisztikák a depresszió tekintetében a mintában
47. Táblázat: Korosztályok szerinti leíró statisztikák a depresszió tekintetében a mintában
48. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái a dohányzási szokások tekintetében a mintában
49. Táblázat: A depresszió leíró statisztikái az alkoholfogyasztás tekintetében a mintában
50. Táblázat: A testkép leíró statisztikái sportolási csoportok szerint a mintában
51. Táblázat: Reziliencia leíró statisztikái sportolási csoportok szerint a mintában
52. Táblázat: Életkori csoportok közötti leíró statisztikák a reziliencia tekintetében a mintában
53. Táblázat: Az észlelt stressz leíró statisztikák sportolási csoportok szerint a mintában
54. Táblázat: Életkor közötti leíró statisztikák az észlelt stressz tekintetében a mintában
55. Táblázat: Az egészségfejlesztő programok jelenléte a vizsgált vállalatoknál
56. Táblázat: A sport programok jelenléte a vizsgált vállalatoknál
57. Táblázat: Ismert hazai vagy nemzetközi jó gyakorlat használata
58. Táblázat: Az érzelmi jóllétet befolyásoló változók
59. Táblázat: A pszichológiai jóllétet befolyásoló változók
60. Táblázat: A szociális jóllétet befolyásoló változók
61. Táblázat: Pearson-féle korreláció a megküzdési stratégiák és a mentális jóllét között
62. Táblázat: A depresszió és a mentális egészség Pearson-féle korrelációs értékei
63. Táblázat: A Pearson-féle korrelációs érték a testkép és a mentális egészség között

64. Táblázat: Reziliencia Pearson-féle korrelációs értékei

65. Táblázat: Az észlelt stressz és a mentális egészség Pearson-féle korrelációs értékei

66. Táblázat: A depresszió Pearson-féle korrelációs értékei az észlelt stressz, testkép és reziliencia esetében

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Az egészség bio-pszicho-szociális modellje. Forrás: Székely (1997), 25. oldal
2. ábra: A sporttevékenységek fajtait és egymáshoz való elhelyezkedésüket. Forrás: Kurimay et al. (2012) (idézi Neulinger, 2007)
3. ábra: A sport értékrendszere. Forrás: I02 – Nádori et al., 2011
4. ábra: A pozitív mentális egészség összetevői. Forrás: Keyes és Waterman (2003) nyomán Reinhardt, 2013
5. ábra: A mentális egészség modell és annak diagnosztikai kategóriái. Forrás: Keyes (2002b, 302.o.) nyomán Reinhardt, 2013.
6. ábra: Az észlelt stressz képlete. Forrás: Petrika, 2012
7. ábra: A testedzés és mentális egészség kontinuum. A testedzés terápiás és prevenció eszköz is. (Petrika, 2012)
8. ábra: Nemek megoszlása sportolási kategóriák szerint a mintában (Saját szerkesztés)
9. ábra: Teljes minta megoszlása életkori kategóriák szerint (Saját szerkesztés)
10. ábra: Alkoholfogyasztási szokások a mintában
11. ábra: Mentális dimenziók átlag értékei sportolási csoportok szerint a mintában
12. ábra: A sportolási csoportok a mentális kategóriák tekintetében a mintában
13. ábra: Nemek eloszlása mentális egészség kategóriái szerint a mintában
14. ábra: Női minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint a mintában
15. ábra: Női minta sportolási csoportjainak eloszlása mentális kategóriák szerint
16. ábra: Férfi minta eloszlása sportolási szokások és mentális kategóriák szerint a mintában
17. ábra: Férfi minta sportolási csoportjainak eloszlása mentális kategóriák szerint
18. ábra: A mentális egészség dimenziói életkori csoportok szerint a mintában
19. ábra: A sport szerepe a dohányzással szemben a mintában
20. ábra: A sport szerepe az alkoholfogyasztási szokások tekintetében a mintában
21. ábra: Motiváció %-os eloszlása sportolási kategóriák szerint a mintában
22. ábra: Szülők ösztönző magatartása a mintában
23. ábra: Nemek szerinti átlag értékek a megküzdési stratégiák tekintetében a mintában
24. ábra: Reziliencia átlag értékei életkori csoportok szerint a mintában
25. ábra: Az átlag értékek életkor szerint az észlelt stressz tekintetében a mintában
26. ábra: A munkavállaló megnyerésében és megtartásában szerepet játszó tényezők átlag értékei

27. ábra: Betegségek, illetve rizikófaktorok a megkérdezett vállalatvezetők becslései alapján
28. ábra: Érzelmi jóllét és a mért változók kapcsolata
29. ábra: Pszichológiai jóllét és a mért változók kapcsolata
30. ábra: Szociális jóllét és a mért változók kapcsolata
31. ábra: A sport és a mentális egészség kapcsolata

MELLÉKLETEK

I. Melléklet

Mentális egészséget mérő kérdőív

Az alábbi kérdőív skáláinak kitöltésével egy tudományos felmérést segíthet. A kérdőív névtelen, így a vizsgálat minél jobb érvényessége miatt lehet teljesen őszinte. A kérdőív nem „vizsga”, így nincsenek benne helyes vagy helytelen, „jó” vagy „rossz” válaszok, hiszen az emberek érzései és véleményei különbözőek. Kérem hosszas gondolkodás nélkül, csupán érzéseire hagyatkozva jelölje a választát, minden esetben, a Önhez, legközelebb álló válaszokat.

Légyen szíves olvassa el az útmutatásokat mindegyik résznél figyelmesen, és próbálja meg magát úgy jellemezni, ahogyan általában vagy legtöbbször érez, vagy cselekszik.

*Kötelező

Neme? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- nő
- férfi

Életkora? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

18	18-	21-	24-	27-	30	és	e
alatt	20	23	26	29	fölött		

életkorom

Lakhelye? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- tanya
- falu
- kis település
- város
- megyei jogú város
- főváros

A legmagasabb befejezett iskolai végzettsége? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- általános iskola

- szakiskola
- szakközép iskola
- gimnázium
- főiskola
- egyetem
- Egyéb:

A kérdőív kitöltés idejében jár-e valamilyen oktatási intézménybe? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- nem
- igen

A kérdőív kitöltés idejében dolgozik-e? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- nem
- igen, főállásban
- igen, csak részmunka időben
- igen, diákmunka
- Egyéb:

Előfordul, hogy dohányzik? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- soha
- már kipróbáltam
- hetente
- naponta
- Egyéb:

Előfordul, hogy alkoholt iszik? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- soha
- már kipróbáltam
- csak ritkán (havonta 1X)
- hetente (1-2X)
- majdnem mindennap
- Egyéb:

Milyen az Ön/családja (ha eltartott) anyagi helyzete? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- átlag alatti
- átlagos
- átlag feletti

A család valamelyik tagja (például szülő, nagyszülő, nagynéni, nagybácsi stb.) ösztönözte a sportolásra? *

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- igen
- nem

Szülők sportolási szokásai? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

nem sportol	csak ritkán (havonta 1-2 X)	heti 1 X	heti 2-3X	heti 5x vagy több
-------------	-----------------------------	----------	-----------	-------------------

anya

apa

Ön sportolási szokásai? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- nem szoktam sportolni
- csak ritkán (havonta 1-2 alkalommal)
- heti 1 alkalommal
- heti 2-3 alkalommal
- heti 4- 5 alkalomnál is többet sportolok
- Egyéb:

Ön hivatásos sportoló-e? (jövedelemszerzési céllal foglalkozásszerűen folytat sporttevékenységet) *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- igen
- nem

Ha hivatásos sportoló, akkor melyik sportot űz? (!!!- csak akkor válaszoljon rá, ha Ön hivatásos sportoló)

Ha hivatásos sportoló, akkor sportolás során mi motiválja? (!!!- csak akkor válaszoljon rá, ha hivatásos sportoló)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Csak annyit sportolok, amennyit muszáj
- Ha nem edzek, más jobb lesz nálam
- Szeretnék megfelelni a közvetlen környezetem elvárásainak
- Jó formában jobban tudok teljesíteni
- A sport az életem része
- Élvezem, szeretek sportolni

Ha NEM hivatásos sportoló, akkor sportolás során mi motiválja?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- Nem sportolok (nem értem miért kellene) vagy csak annyit sportolok amennyit muszáj.
- Betegség, elhízás elkerülése miatt vagy ha nem edzek gyenge és fáradt leszek
- Szeretnék megfelelni a közvetlen környezetem elvárásainak
- Egészségesebb és csinosabb leszek, ami megkönnyíti a helyzetemet vagy jó formában jobban tudok teljesíteni
- A sport az életem része
- Élvezem, szeretek sportolni

Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre, amelyek arra vonatkoznak, hogy Ön HOGYAN ÉREZTE MAGÁT AZ ELMÚLT EGY HÓNAPBAN. Jelölje be mindegyik sorban azt a lehetőséget, amelyik a legjobban kifejezi, hogy milyen gyakran tapasztalta vagy érezte az alábbiakat, hogy: *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	soha	havonta 1X vagy 2X	kb. hetente 1X	kb. hetente 3X vagy 4X	majdnem minden nap	minden nap
1. boldog volt						
2. megelégedett volt						
3. elégedett volt az életével						
4. valami fontossal járult hozzá a társadalomhoz						
5. tartozik egy közösséghez (pl. egy társadalmi csoporthoz vagy a lakókönyezetében élőkhöz)						
6. a társadalmunk minden ember számára egy jó hely, vagy hogy egyre jobb helyé válik						
7. az emberek alapvetően jók						
8. az a mód, ahogy a társadalmunk működik megérthető (értelmezhető)						
9. a személyisége legtöbb részét szereti, elfogadta						
10. a mindennapi élettel kapcsolatos						

	soha	havonta 1X vagy 2X	kb. hetente 1X	kb. hetente 3X vagy 4X	majdnem minden nap	minden nap
kötelezettségeit jól ellátta						
11. másokkal meleg (szeretetteljes) és bizalomteli kapcsolatai voltak						
12. olyan élményei voltak, amelyek fejlődésre ösztönözték és arra, hogy jobb emberré váljon						
13. magabiztos volt ahhoz, hogy a saját véleményét és elképzeléseit kialakítsa és kifejezze						
14. az élete határozott iránnyal vagy értelemmel bír						

Kérem, élje bele magát élete egyik nehéz helyzetébe! A nehéz életeseeményt követő hetekben mennyire jellemezték Önt az alábbi állítások? *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	egyáltalán nem jellemző rám	alig jellemző rám	jellemző rám	teljesen jellemző rám
Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.				
Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valami jó is				

	egyáltalán nem jellemző rám	alig jellemző rám	jellemző rám	teljesen jellemző rám
származzon a dologból.				
Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.				
A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött.				
Más emberként kerültem ki a helyzetből jó értelemben véve.				
Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni, szabadságra menni.				
Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet.				
Nyugtatók, vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam.				
Egy lapra tettem fel mindent, valami nagyon kockázatosba fogtam.				
Egy nagyra általam tartott				

	egyáltalán nem jellemző rám	alig jellemző rám	jellemző rám	teljesen jellemző rám
baráttól vagy rokontól kértem tanácsot.				
Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetben vagyok.				
Másokon vezettem le a feszültséget.				
Több különböző megoldást találtam a problémára.				
Imádkoztam.				
Igyekeztem a dolgot a másik személy szempontjából nézni.				
Próbáltam humorosan felfogni a helyzetet.				

A lent felsorolt állításokból jelölje be azt a választ, amelyik legjobban illik Önre. *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	egyáltalán NEM igaz	többnyire nem igaz	részben igaz részben igaz	igaz nem igaz	többnyire igaz	teljesen igaz
Erősnek és egészségesnek érzem magam.						
Jó alkatom van.						
Csinos vagyok						

	egyáltalán NEM igaz	többnyire nem igaz	részben igaz részben nem igaz	többnyire igaz	teljesen igaz
Könnyen megbetegszem vagy megfájdul valamim.					
Csunya vagyok.					
A testalkatom nem találok megfelelőnek.					
Edzettebb vagyok másoknál.					
Nem érzem magam se kövérnek se soványnak.					
A test magasságomat megfelelőnek találok.					
Könnyen elfáradok.					
A testsúlyom okoz némi gondot.					
A testmagasságommal nem vagyok elégedett.					
Sokat teszek azért, hogy edzett és egészséges legyek,					
Gondom van arra, hogy a külsőm mindig gondozott és ápolt legyen.					
A testi tulajdonságaimon alig kellene változtatni.					
Nehezen tudok egészséges					

	egyáltalán NEM igaz	többnyire nem igaz	részben igaz részben nem igaz	többnyire igaz	teljesen igaz
életmódot (sportolás, étrend) kialakítani.					
Nem adok eleget magamra.					
A külsőmmel nem vagyok elégedett.					

Kérjük, jelölje be, hogy az alábbi állítások mennyire jellemzik Önt! *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	egyáltalán NEM jellemző rám	kicsit jellemző rám	majdnem jellemző rám	teljes mértékben jellemző rám
Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.				
Semmiben sem tudok dönteni többé.				
Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.				
Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak.				
Annyira aggódom testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra				

egyáltalán NEM jellemző rám	kicsit jellemző rám	majdnem jellemző rám	teljes mértékben jellemző rám
--------------------------------	---------------------------	-------------------------	----------------------------------

sem tudok
gondolni.

Semmilyen
munkát nem
vagyok képes
ellátni.

Úgy látom, a
jövőm
reménytelen, és
a helyzetem
nem fog
változni.

Mindennel
elégedetlen
vagy közömbös
vagyok.

Állandóan
hibáztatom
magam.

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat! *

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
------	----------------	------	-----------------	-------------------

Az elmúlt hónap során
milyen gyakran érezte úgy,
hogy képtelen kézben
tartani azokat a dolgokat,
amelyek fontosak az
életben?

Az elmúlt hónap során
milyen gyakran bízott
magában, hogy képes
megoldani személyes
problémáit?

egyáltalán ritkán néha gyakran szinte
nem igaz igaz igaz igaz mindig igaz

Erős emberként
gondolok magamra.

A megérzéseim
alapján kell
cselekednem.

Nagyon céltudatos
vagyok.

Úgy érzem, én
irányítom az
életemet.

Dolgozom azért,
hogy elérjem a
céljaimat.

II. Melléklet

Szakértőiinterjú

A doktori munkám témája a sport és a mentális egészség kapcsolata felnőtteknél, így fontosnak tartom megvizsgálni hogyan jelenik meg a sport hatása a munkavállalóknál.

Arra is kíváncsi vagyok, hogy egy cég vezető tisztában van e azzal, hogy a sport milyen hatással van a dolgozója mentális vagy fizikai egészségére.

A téma fontossága és időszerűségét azok az adatok igazolják, mely szerint a hazai népesség egészsége kirívóan rossz. A többi európai országhoz viszonyítva Magyarországon számos betegség tekintetében rosszabb a helyzet a környező európai országokkal szemben.

A következő kérdésekre kerestem a válaszokat:

- Ön cégénél hány munkavállaló dolgozik?
.....
- Milyen arányban van a fizikai és szellemi munkát végzők száma? (Magyarázat: *fizikai alatt azokat értjük, akik fizikailag aktívabb feladatokat lát el; szellemi – mind azok, akikre egyhelyben történő munkavégzés jellemzőbb*)
Fizikai%
Szellemi%
- Ön sportol? Nem
Igen (ebben az esetben hány alkalommal, alkalmanként mennyi ideig hetente?)
Mit sportol?
- Mennyire tartja fontos tényezőnek egy 1-től 5-ig terjedő skálán a sportot saját maga szempontjából?
1 2 3 4 5
- Tudja-e, hogy számos kutatási eredmény szerint a sportolás hatására nő a munkavállaló teljesítő képessége/produktivitása?
Igen Nem
- Tudja-e, hogy számos kutatási eredmény szerint a sportolás hatására a betegállományban töltött napok száma csökken?
Igen Nem
- Tudja-e, hogy számos kutatási eredmény szerint sportolás hatására a szorongásra és a depresszióra való hajlamosság csökken (véd a depresszióval szemben)?

Igen Nem

- Tudja-e, hogy a sportolás fejleszti az ellenállóképességet a stresszel és a nehézségekkel szemben?

Igen Nem

- Tudja-e, hogy a sport védő szerepet tölt a mentális egészség esetében?

Igen Nem

- Becslései szerint az Ön cégénél dolgozók hány százaléka sportol?

.....%

- Mennyire tartja fontosnak egy 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az Ön által foglalkoztatottak sportoljanak?

1 2 3 4 5

- Mennyire tartja fontosnak egy 1-től 5-ig terjedő skálán, hogy az Ön által foglalkoztatottak kiegyensúlyozottak legyenek?

1 2 3 4 5

- Önök alkalmaznak valamilyen egészségfejlesztő programot?

- Nem

- Igen:

- Elsőgenerációs (dohányzásellenes programok)

- Másodikgenerációs (a kockázati tényezők felmérése)

- Harmadikgenerációs (teljes testi-lelki jól-lét)

- Negyedikgenerációs (dohányzás, táplálkozás, mozgás, lelki egészségfejlesztő vagy stressz csökkentő programelemek vagy ezek kombinációja)

- Az önök által alkalmazott egészségfejlesztő program mire összpontosul?

- Táplálkozásra?

- Mozgásra?

- Lelki egészségre?

- Egyéb:

- Nem használunk semmilyen egészségfejlesztő programot.
- Értékelje az egészségprogramok fontosságát egy 1-től 5-ig terjedő skálán!

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---
- Az önök által használt egészségprogram hatásait miben tapasztalják:
 - Nem alkalmazunk semmilyen programot
 - Csökkentek az egészségügyi kiadások
 - Csökkentek a hiányzások
 - Csökkent a presenteism jelenség (teljes értékű munkahelyi jelenlét tapasztalható)
 - Nőtt a teljesítmény
 - Jobb a hangulat, a morál
 - Átalakultak a munkahelyi kapcsolatok (jobb légkör)
 - Egyéb:
- A munkavállalók számára rendelkezésre áll-e mozgáslehetőség?

Nem	Igen
-----	------

Ha igen milyen?

 - fitnesszterem
 - kondi park
 - munkahelyre szervezett edzés óra
 - „all you can move” bérlet
 - sportkártya
 - egyéb:

Milyen összeget fordít az Ön cége a munkavállalók testi - lelki egészségére?

- Nem fordítunk rá
- 1 – 10.000 Ft / fő / év alatt
- 10. 000 – 20. 000 Ft / fő / év
- 20. 000 – 50. 000 Ft / fő / év
- 50. 000- 100.000 Ft / fő / év
- 100.000 Ft fölött.

- Kérem értékelje a következő tényezők szerepét egy munkavállaló megnyerésében:

Fizetés	1	2	3	4	5
Munkaköri leírás (megfelelő munkafeladatok)	1	2	3	4	5
Megfelelő munkakörülményekkel	1	2	3	4	5
Cafetéria	1	2	3	4	5
Munkahelyi egészségprogramok	1	2	3	4	5
Munkahelyi sportolási lehetőségek	1	2	3	4	5
Munkahelyi pszichológus	1	2	3	4	5
Munkahelyi légkör	1	2	3	4	5
Munkahelyi kapcsolatok	1	2	3	4	5
Vezető vezetési stílusa	1	2	3	4	5
Vezető személy empátiája	1	2	3	4	5
Kollégák segítőkészsége	1	2	3	4	5
Munkahelyi konfliktus kezelés	1	2	3	4	5

- Kérem értékelje a következő tényezők szerepét a munkaerő megtartásában:

Fizetés	1	2	3	4	5
Munkaköri leírás (megfelelő munkafeladatok)	1	2	3	4	5
Megfelelő munkakörülményekkel	1	2	3	4	5
Cafetéria	1	2	3	4	5
Munkahelyi egészségprogramok	1	2	3	4	5
Munkahelyi sportolási lehetőségek	1	2	3	4	5
Munkahelyi pszichológus	1	2	3	4	5
Munkahelyi légkör	1	2	3	4	5
Munkahelyi kapcsolatok	1	2	3	4	5

Vezető vezetési stílusa	1	2	3	4	5
Vezető személy empátiája	1	2	3	4	5
Kollégák segítőkészsége	1	2	3	4	5
Munkahelyi konfliktus kezelés	1	2	3	4	5

- Mit gondol arról, mennyire fontos a munkahelyi jól-lét a munkavállalók megtartásában, teljesítményében?

1 2 3 4 5

- Milyen tényezőket sorolna a munkahelyi jól-lét témaköréhez? Adjon meg néhányat!

.....
.....

- Az elmúlt 2-3 évben a különböző krónikus betegségek miatt az egészségügyi kiadások emelkedtek-e a cégénél?

- Nem
- Igen

- Mik a leggyakoribb problémák, amivel találkozik a munkavállalók esetében, mint cégvezető? Rangsorolja, ha több probléma is megjelenik az Ön cégénél!

- Stressz okozta hangulat zavarok (depresszió)
- Túlsúly
- Alkoholfogyasztás
- Dohányzás
- Fizikai inaktivitásból adódó problémák
 - ülőmunka miatti derék-, hát-, nyakfájás
 - asszimetrikus terhelés
 - állómunka
 - keringési problémák
 - magas vérnyomás
 - stroke
 - monotonitás következtében fellépő mozgásszervi panaszok
 - egyéb mozgásszervi panasz:

○ Egyéb:

- Mi a legnagyobb stresszforrás az Önök munkahelyén?
 - kollegiális kapcsolatok
 - vezetőkkel való kapcsolatok
 - munkahelyi körülmények
 - monotonitás
 - túlzott teljesítmény elvárás
 - Egyéb:

- Milyen munkáltatói intézkedések vannak a mindennapi stressz ellen?
 - Mozgás
 - Relaxáció
 - Egyéb
 - Semmilyen

- Milyen munkáltatói intézkedések vannak depresszió ellen?
 - Mozgás
 - Relaxáció
 - Egyéb
 - Semmilyen

- Milyen munkáltatói intézkedések vannak annak érdekében, hogy munkavállalóik többet mozogjanak, sportoljanak?

.....

.....

- Van-e olyan hazai, vagy nemzetközi vállalati jó gyakorlat, amelyet ismer, és szívesen bevezetne cégénél a munkavállalók mozgásának/sportolásának fejlesztése érdekében?

.....

.....

- Van-e olyan hazai, vagy nemzetközi vállalati jó gyakorlat, amelyet ismer, és szívesen bevezetne cégénél a munkavállalók mentális egészségének megőrzése érdekében?

.....

.....

NYILATKOZAT

Alulírott, Keczei Danica (szül.: Tuzla, 1973. 07. 08.) büntetőjogi és fegyelemi felelősségem tudatában kijelentem és aláírással igazolom, hogy a doktori (Ph.D) fokozat megszerzése céljából benyújtott értekezésem kizárólag saját, önálló munkám.

Nyilatkozom továbbá, hogy:

- az Ihrig Károly Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola szabályzatát megismertem, és az abban foglaltak megtartását magamra nézve kötelezően elismerem;
- a felhasznált irodalmat korrekt módon kezeltem, a disszertációra vonatkozó jogszabályokat és rendelkezéseket betartottam;
- a disszertációban található másoktól származó, nyilvánosságra hozott vagy közzé nem tett gondolatok és adatok eredeti leőhelyét a hivatkozásokban, az irodalomjegyzékben, illetve a felhasznált források között hiánytalanul feltüntettem a mindenkori szerzői jogvédelem figyelembevételével;
- a benyújtott értekezéssel azonos, vagy részben azonos tartalmú értekezést más egyetemen, illetve doktori iskolában nem nyújtottam be tudományos fokozat megszerzése céljából.

Debrecen, 2020. 06. 10.



Keczei Danica

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az értekezés elkészítését a “GINOP-2.3.2-15-2016-00062 Életminőség fejlesztése Kelet-Magyarországon: Táplálkozás-, teljesítménybiológiai és biotechnológiai experimentális kutatások és eszközfejlesztések a humán megbetegedések megelőzésére és kezelésére projekt támogatta.