

EGYETEMI DOKTORI (PHD) ÉRTEKEZÉS TÉZISEI

Felsőoktatásban tanulók mentális egészsége

Dr. Bíró Éva

Témavezető: Dr. Kósa Karolina, PhD



DEBRECENI EGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYOK DOKTORI ISKOLA

DEBRECEN, 2014

Felsőoktatásban tanulók mentális egészsége

Értekezés a doktori (PhD) fokozat megszerzése érdekében
az egészségtudományok tudományágban

Írta: Dr. Bíró Éva okleveles általános orvos

Készült a Debreceni Egyetem Egészségtudományok doktori iskolája
(Megelőző orvostan és népegészségtan programja) keretében

Témavezető: Dr. Kósa Karolina, PhD

A doktori szigorlati bizottság:

elnök: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora

tagok: Dr. Barabás Katalin, kandidátus

Dr. Lampek Kinga, PhD

A doktori szigorlat időpontja: 2014. szeptember 12. 11 óra
DE NK Népegészségügyi Iskola tárgyalója

Az értekezés bírálói:

Prof. Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora

Dr. Frecska Ede, PhD

A bírálóbizottság:

elnök: Prof. Dr. Balázs Margit, az MTA doktora

tagok: Prof. Dr. Vokó Zoltán, az MTA doktora

Dr. Barabás Katalin, kandidátus

Dr. Frecska Ede, PhD

Dr. Lampek Kinga, PhD

Az értekezés védésének időpontja: 2014. szeptember 12. 13 óra
DE ÁOK Belgyógyászati Intézet „A” épület tanterme

BEVEZETÉS

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG NÉPEGÉSZSÉGÜGYI JELENTŐSÉGE

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) szerint a mentális egészség a jóllét olyan állapota, amelyben az egyén kibontakoztatja saját képességeit, meg tud küzdeni a mindennapi stresszforrásokkal, kihívásokkal, képes a produktív és gyümölcsöző munkavégzésre és képes arra, hogy a saját és mások életéhez hasznosan hozzájáruljon. A mentális egészségnek kiemelt szerepe van mind az egyén, mind a társadalom vagy az ország általános jólléte szempontjából, ezért a mentális egészség kérdése nemzetközileg is kiemelt népegészségügyi prioritás, aminek megfelelően az EVSZ több lépést is tett a mentális egészség fejlesztése érdekében.

A mentális egészség népegészségügyi prioritásként történő kezelését indokolja a mentális betegségek okozta teher növekedése, amelynek pontosabb becslését az összetett – korlátozottságot és halálozást együtt mérő – mutatók alkalmazása teszi lehetővé. Sok mentális betegséggel küzdő ember nem képes munkavégzésre vagy a társadalmi tevékenységekben való részvételre, sokrétű – érzelmi, fizikai, anyagi – terhet róva családjára. A páciensek és családjaik életét gyakran stigmatizáció és diszkrimináció súlyosbítja. A mentális betegségek növelik a fertőző és nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát, balesetekhez, erőszakos cselekedetekhez vagy öngyilkossághoz vezethetnek.

A mentális egészség pozitív aspektusaira irányuló egészségfejlesztési tevékenységek nemcsak a mentális betegségek incidenciáját és prevalenciáját képesek csökkenteni, hanem a jóllétet is növelik. A jól célzott megelőző és terápiás programok kombinációja népegészségügyi stratégiákba ágyazva szerepet játszik a rokkantság és halálozás csökkentésében, a hatékony kezelések, a stigmatizáció csökkentése és a társadalmi és gazdasági környezet fejlesztése révén. A lakosság egészségi állapotának javítása és a mentális betegségek okozta teher csökkentése érdekében a mentális egészség fejlesztésének populációs szinten prioritást kell élveznie.

MENTÁLIS BETEGSÉGEK OKOZTA BETEGSÉGTEHER FIATAL FELNŐTTEK BEN

A mentális és magatartási zavarok gyakoriak a fiatalok körében: a gyerekek 10-20%-a szenved legalább egy mentális vagy magatartási zavartól, a serdülők egyötöde és a fiatalok legalább 20-25%-a tapasztal valamilyen mentális egészségproblémát. Ezek nemcsak a rokkantság elsődleges okai ebben az életkori csoportban, hanem hosszú távú hatásaik is vannak. A felnőttkori zavarok csaknem fele serdülőkorban kezdődik, a gyermekkori

kedvezőtlen mentális egészség kapcsolatba hozható a felnőttkori érzelmi, magatartási és súlyos pszichiátriai zavarok magasabb prevalenciájával. A fiatalok kedvezőtlen mentális egészsége rosszabb tanulmányi eredménnyel, szerhasználattal, öngyilkossággal, erőszakkal, valamint reprodukzív és szexuális egészségproblémákkal társulhat. A fiatalok körében jelentkező mentális problémák súlya és komoly következményei ellenére az aktuálisan mentális problémákkal rendelkezők kevesebb, mint fele kap szakellátást.

Európai viszonylatban a gyerekek és serdülők kb. 10-20%-a szenved mentális problémáktól, az öngyilkosság a vezető halálokok között szerepel körükben. A Hungarostudy vizsgálat sorozat eredményei alapján a magyar fiatalok kb. egyötöde szenvedett depresszióban 2002-ben, mely 2006-ra 15%-ra csökkent, ugyanakkor a súlyos depresszió prevalenciája megduplázódott ezen időtartam alatt.

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG DETERMINÁNSAI

A mentális és magatartási zavarok prevalenciáját, kialakulását és kórlefolyását számtalan kockázati és protektív tényező befolyásolja, többek között ide tartoznak a társadalmi-gazdasági tényezők, demográfiai faktorok, társbetegségek, családi és környezeti hatások, és a genetikai prediszpozíció. A zavarokat nagymértékben meghatározza az egyén társadalmi-gazdasági státusza (TGS). Alacsony iskolázottság és jövedelem, bizonytalan életkörülmények, alacsony minőségű munka vagy munkanélküliség, terhelő pszichoszociális munkakörnyezet, és a társadalmi ranglétra alján elfoglalt pozíció, különböző mértékben ugyan, de mind növelik a mentális betegségek kialakulásának kockázatát. Ezen kapcsolatok eredményeként a depriváció és depresszió *circulus vitiosus* alakulhat ki. Fiatalok esetében a TGS-sel kapcsolatos legerősebb tényező a jövedelmi egyenlőtlenség és az oktatáshoz való hozzáférés. A nők társadalomban betöltött sokrétű szerepe a mentális és magatartási zavarok kialakulásának fokozott kockázatával járhat együtt, a nemek között a megbetegedési mintázat is eltér, míg nők körében a szorongás és a depresszió, addig a férfiak körében a szerabúzus és az antiszociális személyiség zavarok a gyakoribbak.

A mentális zavarok döntően az egyének társas és érzelmi környezetében gyökereznek. A legjobb egészség eléréséhez elengedhetetlen a biztonságos és támogató családi háttér és iskola, valamint a támogató társak jelenléte. A barátoktól érkező észlelt társas támogatás protektív faktor a depresszió és izoláció ellen, a társakkal való támogató interakció erősíti a stresszel való megküzdés képességét. A mentális egészség és a magatartás szoros kapcsolatban áll: az alkoholfogyasztás, dohányzás és kábítószer-használat kedvezőtlen

mentális egészséghez vezet, az egészséges táplálkozás és rendszeres fizikai aktivitás védő tényezőként hat.

Összességében elmondható, hogy az egészségdeterminánsok, magatartás és a mentális egészség között az élet minden szakaszában komplex interakció figyelhető meg.

MENTÁLIS EGÉSZSÉG DIMENZIÓI ÉS MÉRÉSI ESZKÖZEI

ERŐFORRÁS KÖZPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS

Koherencia érzés (Sense of coherence, SoC)

Antonovsky véleménye szerint az egészség kialakulásában és a mentális teherbírás növelésében szerepet játszó két legfontosabb elem a problémamegoldási képesség és a meglévő erőforrások használása. Ezek az általános védekező erőforrások (General Resistance Resources, GRRs) olyan biológiai, materiális és pszichológiai tényezők, mint a tudás, tapasztalat, önértékelés, egészséges életmód, elkötelezettség, társas támogatás, kulturális tőke, intelligencia, tradíciók, életszemlélet és pénz. Ha az ember ezen erőforrások birtokában van, nagyobb eséllyel tud megküzdeni a mindennapi élet kihívásaival. Ezek az erőforrások olyan élettapasztalat felhalmozását teszik lehetővé, amelyek elősegítik az erős koherencia érzés, vagyis egyfajta komplex önbizalom kialakulását. Antonovsky szerint a koherencia érzésnek három fő összetevője van: az érthetőség (kognitív összetevő), amely szerint az egyén a vele és a környezetében történő eseményeket érti és értelmezni tudja; a kezelhetőség (instrumentális összetevő), melynek birtokában az egyén – erőforrásait mobilizálva – az eseményekre megfelelően reagálni tud; valamint a jelentőség (motivációs összetevő), amellyel az egyén a vele megtörténő eseményeknek jelentőséget tulajdonít, és az azokkal való megküzdést fontosnak érzi. A koherencia érzés nagyon szoros összefüggést mutat az egészségi állapottal; jellemzi a személynek a kihívásokkal szembeni válaszkészségét és életszemléletét; magas szintje elősegíti a stressz-hatásokkal való megküzdést. A magasabb SoC erősen összefügg mind a jó szubjektív egészséggel, mind a mentális egészséggel. Az erős SoC egyben magasabb rezilienciát, pozitív fizikai és mentális egészséget, jobb életminőséget és jóllétet is jelent. Mediátorként hat a stressz és a mentális egészség között, így a magasabb koherencia érzéssel jellemezhetőek jobban tűrik a stresszt, hatékonyabb a megküzdési képességük, kevesebb tünetet produkálnak.

Társadalmi tőke, társas támogatás

A társadalmi tőkére nem létezik egyetlen, általánosan elfogadott definíció. Két fő elméleti megközelítése ismert, melyek között a lényegi különbség az, hogy közösségi vagy közösségi

és egyéni szinten mérhető jellemzőnek tekintik-e. A társadalmi tőke egyik, egyéni szinten mérhető eleme a társas támogatás, mely Cobb szerint olyan információ, amelynek segítségével az egyén érzékeli, hogy törődnek vele, szeretik (emocionális támogatás), megbecsülik (a társas környezet megbecsülése), és tagja egy közösségnek. A társas támogatás két típusa az észlelt támasz, vagyis azon támogatási formák, amelyek szükség esetén elérhetőnek tűnnek; és az elfogadott támasz, vagyis azok a szolgáltatások, amelyeket mostanában nyújtottak az egyénnek.

A társadalmi tőke az egészség egyik fő meghatározója, és növelése egészségképző, szalutogenetikus hatással bír. A társas kapcsolatok szerepe nemenként is eltér: a nők stresszhelyzetekben jobban igénylik az érzelmileg bizalmas kapcsolatokat, több támogatást mobilizálnak, és gyakrabban, illetve hatékonyabban nyújtanak támogatást másoknak.

HIÁNY KÖZPONTÚ MEGKÖZELÍTÉS

Stressz

A stressz, és annak is kiemelten a krónikus típusa kapcsolatban van a szorongással, depresszióval és poszttraumás stressz zavarokkal. A pszichés stressz olyan érzelmi diszkomfort, amelyet a személy specifikus stresszorra vagy igénybevételre adott válaszként érez, és ami – időtartamától függően – átmeneti vagy tartós károsodást okozhat a személynek. Közismert, hogy hatása nem mindig egyértelműen negatív, de arra vonatkozóan sokkal kevesebb ismerettel rendelkezünk, hogy a stresszel együtt ható egyéb jellemzők (így pl. a személyiségtényezők, társas környezet, attitűdök) milyen módon és milyen eredménnyel tompítják vagy erősítik a stressz hatásait; ezért igen pontatlan a stressz következményeinek egyéni szintű bejósolása.

A MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉLETÚT SZEMPONTÚ MEGKÖZELÍTÉSE

A gyermek- és fiatal felnőttkor kritikus periódus a mentális egészség megalapozása szempontjából. A korai években átélt traumák fokozzák a sebezhetőséget, ami megnöveli a mentális betegségek kialakulásának kockázatát a további életszakaszokban, ezt azonban kompenzáló mechanizmusok jelentősen tudják csökkenteni. Az életút kutatások alapján a mentális betegségek megelőzését és a pszichoszociális erőforrások fejlesztését kora gyermekkortól kezdve kellene elkezdeni, elsősorban a családokban, illetve a gyermekeket és fiatalokat ellátó oktatási intézményekben. Az utóbbiak nemcsak tanulási, hanem társas környezetet is jelentenek, amely komplex módon befolyásolja a jelenlegi és a jövőbeli egészségi állapotot is. Az oktatási intézmények alatt leggyakrabban az alap- és középfokú

intézményeket értik, és igen nagyszámú kutatás vizsgálta az ezen intézményekben tanulók egészségét és annak determinánsait. Nem szabad azonban elfeledkezni a felsőoktatásban tanulókról sem, akiknek mentális egészségére, nagykorúak lévén, kevesebb figyelem jut, amikor fiatalok mentális egészségéről van szó.

FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGE

A felsőoktatásban tanulók mentális problémáit illetően a legtöbb figyelem eddig az orvostanhallgatókra irányult, őket is döntően deficit szempontból vizsgálva. Az orvostanhallgatókon és ápoló-hallgatókon kívül az egyéb segítő pályát választók mentális egészsége jóval kevesebb figyelmet kapott a szakirodalomban, pedig az egészségügyi szakemberek mindegyike nagyfokú stressz hatása alatt dolgozik.

Nincsenek a kutatói figyelem gyűjtőpontjában a jövődöntő tanárok sem, pedig a tanári pálya a hat legstresszesebb szakma között szerepel egy brit felmérés szerint. A tanárok mentális egészsége nemcsak teljesítőképességüket és pedagógiai teljesítményüket, hanem az oktatás minőségét és a tanulókkal kialakítandó kapcsolataikat is befolyásolja, hosszútávú hatást gyakorolva tanítványaik tanulmányi eredményére és jóllétére.

Elengedhetetlenül fontos, hogy a segítő pályákra készülő egyetemi hallgatók jól felkészültek legyenek, nemcsak a biztonságos és kompetens munkavégzés, hanem mentális állapot szempontjából is, ami emeli munkájuk minőségét és csökkenti a kiégés kockázatát. Ezen a területen is igaz, hogy a megelőzés jobb a kezelésnél. A fokozott kockázatú hallgatók azonosítására és a mentális problémák korai felismerésére irányuló vizsgálatok mellett azonban szükséges a hallgatók rezilienciáját is vizsgálni, amely mostanáig nem került a kutatók érdeklődési körébe.

A nemzetközi kutatásokon alapuló fenti megállapítások hazai érvényességét a munkacsoportunk által 2007-ben, a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karának 1-5. éves hallgatói, illetve hat magyarországi felsőoktatási intézmény tanár szakos képzést nyújtó karain tanulók körében végzett keresztmetszeti vizsgálat is alátámasztja, amelyben azt találtuk, hogy a hallgatókra jellemző pszichés stressz szignifikánsan magasabb volt, mint az általános népesség azonos korcsoportjában mért érték, az orvostanhallgatók közel egyötödét, míg a tanárjelöltek csaknem egynegyedét érintve.

Az egyetemi hallgatók a nemzeti humán tőke és a jövőbe fektetett társadalmi investálás jelentős részét képezik. Mindez indokolja a mentális egészségükre irányuló fokozott figyelmet, ezzel biztosítva az oktatásukra fordított költségeknek a jelenlegi és jövőbeli legjobb felhasználását. Fontos kérdés, hogy az eddigi vizsgálatok eredményei csak bizonyos

évfolyamokra, illetve egyes szakok hallgatóira igazak, vagy a felsőoktatásban tanulók tágabb körére általánosíthatóak; és ha általánosak, hogyan lehetne ezen változtatni, vagyis a hallgatók mentális egészségét javítani.

A KUTATÁS CÉLKITŰZÉSEI

A kutatás céljai között szerepelt a különböző szakokon tanuló egyetemi hallgatók mentális egészségének jellemzése, a kockázati tényezők meghatározása, a magas kockázatúak azonosítására alkalmas eszköz létrehozása, és egy, a mentális egészséget fejlesztő intervenció kidolgozása és tesztelése.

A fentebb említett céloknak megfelelően a kutatás az alábbi területeket érintette:

1. Felsőoktatásban tanulók mentális egészségének jellemzése

A segítő pályára készülők közül az eddig kevesebb figyelmet kapott szakokon tanulókat választottuk ki. Kutatási kérdésünk az volt, hogy van-e különbség a különböző szakokon tanulók mentális egészsége, illetve a hallgatók és az általános populáció azonos korcsoportjába tartozók mentális egészsége között.

2. Felsőoktatásban tanulók mentális egészségét meghatározó tényezők feltérképezése

A mentális egészség jellemzése mellett célul tűztük ki az azt befolyásoló tényezők meghatározását is, hogy kijelölhessük a potenciális beavatkozási pontokat. Fókuszcsoporthoz vizsgálatok keretében került sor a háttérváltozók feltárására.

3. Felsőoktatásban tanulók mentális egészségét meghatározó tényezők modellezése

Annak érdekében, hogy meghatározzuk, mely tényezők hatnak a legerősebben a hallgatók mentális egészségére, a biopszichoszociális egészségmodellt alapul véve, mért változóinkat abban elrendezve, egy modellt állítottunk fel és teszteltünk.

4. Felsőoktatásban tanulók mentális egészségének javítása

a. Szociális megismerésen alapuló intervenció: A kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok eredményein alapuló, a hallgatók humán és kollektív erőforrásait mozgósító csoportos intervenció kidolgozását, lebonyolítását és értékelését tűztük ki célul.

b. Munkahelyi beavatkozás érdekében történő visszajelzés: Egyszerű, de hatékony módja a közösségi alapú egészségfejlesztésnek a kockázati tényezők felmérése és visszacsatolása a beavatkozás elősegítésére. Ezen ajánlásnak megfelelően eljuttattunk egy

rövid írásos összefoglalót a kvalitatív és kvantitatív vizsgálatok eredményeiről a Tanulmányi Osztályra és az érintett Karok dékánjaihoz, hogy ezzel segítsük az egészséget támogató környezet kialakítását elősegítő szervezeti változásokat.

MÓDSZEREK

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JELLEMZÉSE

Korábbi vizsgálataink folytatásaként a szakirodalomban alulreprezentált segítő foglalkozást választó egyetemi hallgatók mentális egészségét vontuk górcső alá. Ennek megfelelően a népegészségügyi, óvodapedagógus és gyógytornász hallgatókat vontuk be a vizsgálatba.

VIZSGÁLATI POPULÁCIÓK

Keresztmetszeti vizsgálatok keretében mértük fel a népegészségügyi (NE), óvodapedagógus (OP) és gyógytornász (GYT) hallgatók mentális egészségét. A NE hallgatók körében történt felmérés a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karának I.-V. éves magyar hallgatói (N=194) között zajlott 2008-ban (a negyed- és ötödéves hallgatók még az osztatlan képzésben népegészségügyi felügyelő szakirányon tanultak). A vizsgálatba a 2009/2010-es tanévben bevontuk az ugyanezen a Karon gyógytornász szakirányon tanuló 1-3. éves hallgatókat (N=153), illetve a Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Karán óvodapedagógus szakon tanuló nappali tagozatos hallgatókat (N=168) is.

ADATGYŰJTÉS MÓDSZERE

A kérdőívek felvétele a tanrend figyelembe vételével, az oktatókkal történt előzetes egyeztetést követően, szemináriumok után, személyes megkereséssel zajlott. Az adatfelvétel önkéntes alapon, anonim módon, önkitöltős kérdőív segítségével történt. A vizsgálat a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centruma Regionális és Intézményi Kutatásetikai Bizottságának engedélyével történt. Tekintettel arra, hogy a hallgatók stressz szintje változik a félév során, kiemelt szerepe van a vizsgálat időzítésének. Annak érdekében, hogy elkerüljük a vizsgaidőszak közeli emelkedett stressz miatti felülbecslést, az adatfelvétel a félév közepén történt.

Kérdőív felépítése

A kérdőív hasonló volt a korábban tanárjelöltek és orvostanhallgatók körében végzett felméréseink során használt eszközhöz. A kérdőív az alábbi témakörökbe csoportosítható

kérdéseket tartalmazott: mentális egészség (koherencia érzés, pszichés stressz, társas támogatás, észlelt stressz, depresszió¹), szubjektív egészség, egészségtudatosság, demográfiai tényezők (nem, kor, lakóhely), társadalmi-gazdasági háttér (szülők iskolai végzettsége, család anyagi helyzete). A kérdések az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003 kérdőív alapján kerültek összeállításra, kiegészítve a koherencia érzésre, észlelt stresszre, depresszióra és az egyetemi társaktól kapott támogatásra vonatkozó kérdésekkel.

Erőforrás központú megközelítés

A koherencia érzés felmérésére az Aaron Antonovsky által kidolgozott, magyarra lefordított és validált, 13 kérdéses rövidített kérdőívet (SoC-13) használtuk. Minden kérdés esetében egy egytől hétig terjedő Likert skálán kellett bejelölnie a válaszadónak, mit érez magára vonatkozóan igaznak. Ezután a 13 kérdésre adott válaszok pontszámait összesítettük (lehetséges értékek 13 és 91 között), a magasabb értékek jó koherencia érzésre utalnak.

A társas támogatás felmérésére az OLEF-ben is használt 7 kérdésből álló kérdésblokkot használtuk. Minden kérdésre három válaszlehetőség közül kellett kiválasztani az egyénre legmegfelelőbbet, az egyes válaszlehetőségek egytől háromig kaptak pontot. Ezután az egyes kérdésekre adott válaszokat összegeztük (lehetséges értékek 7 és 21 között), az elérhető maximális 21 pont azt jelzi, hogy az illető társas támogatottsága számára teljes mértékben kielégítő, 18 és 20 közötti pontszám esetén csupán kisebb hiányosságokat mutat a társas támogatottság, 17 és ennél kevesebb pontszám esetén viszont a személy a társas támogatottság súlyos hiányával küzd. Egy további kérdés pedig az egyetemen a társaktól kapott társas támogatás mértékére vonatkozott.

Hiány központú megközelítés

Az OLEF felmérésben is alkalmazott 'General Health Questionnaire-12' (GHQ-12) kérdőív segítségével mértük fel a pszichés stresszt. Minden kérdéshez négy válaszlehetőség tartozik, melyek a tünetek előfordulásának gyakoriságára utalnak. A tünetek meglétét az elmúlt pár hétre vonatkozva kell megítélni. Értékelése a GHQ módszer segítségével ajánlott, amikor a válaszok úgy kódolandók, hogy az adott válasz tünetjelző (a mentális egészség zavarát jelző) legyen. A válaszok értékeléséhez a pontszámokat összesítettük, és az elemzés során ezekkel az összegzett értékekkel dolgoztunk (lehetséges értékek 0-12 között). Minél magasabb az összpontszám, annál nagyobb a valószínűsége a kóros mértékű pszichés stressznek. Az eseteket a nem esetektől elkülönítő magasabb GHQ küszöb választásával növelhető a kérdőív

¹ Az észlelt stresszre és depresszióra vonatkozó kérdések a népegészségügyi hallgatók körében végzett felmérésben nem szerepeltek.

specifitása, ezért az OLEF során 5 pontot választottak küszöbértéknek, az értékelés során az eredmények összehasonlíthatóságát biztosítandó mi is ezt a küszöböt használtuk.

A Cohen által kifejlesztett észlelt stresszt mérő skála magyar nyelvű 14 kérdéses változatával az elmúlt hónap során lezajlott történéseknek stresszorként megélt hatását mértük fel. A kérdések egy 5 ötfokozatú Likert skálán válaszolhatóak meg (0-4 pont), így az összpontszám 0 és 56 pont között lehet. Magasabb pontszám magasabb mértékű észlelt stresszt tükröz.

A depresszió felmérésére az egyik leggyakrabban alkalmazott Beck-féle depresszió teszt 9 kérdéses változatát használtuk, mely alkalmas a depresszió előfordulásának és szintjének meghatározására, szűrőtesztként és kutatási céllal is használható. Az egyes kérdésekre adható válaszok 1-4 pont között értékelhetőek, így az összpontszám 9 és 36 közötti értékeket vehet fel. A 9 kérdéses verzió pontszáma átszámítható az eredeti, 21 kérdéses kérdőív pontszámára a következő módon: $\frac{\text{összpontszám}-9}{9} \times 21$. Nem szenved depresszióban az egyén 9 pont alatt, a 10-18 enyhe, a 19-25 közepsúlyos, valamint a 26 vagy annál magasabb pont súlyos depressziót jelez.

ADATELEMZÉS

A koherencia érzés (SoC), pszichés stressz (GHQ), észlelt stressz (PSS), depresszió (BDI) és társas támogatás esetében az összpontszám került meghatározásra a „Kérdőív felépítése” alfejezetben jelzett módon, az adatelemzés során ezeket a pontszámokat használtuk. Társas támogatás esetében a kielégítő, mérsékelt, vagy súlyos hiány kategóriákat alkalmaztuk. A BDI pontszámokból normál, enyhe, közepsúlyos illetve súlyos depresszió kategóriákat hoztunk létre.

A leíró statisztikai elemzés során az átlag, minimum, maximum és szórás került meghatározásra a normál eloszlású adatok esetében, míg a nem normál eloszlású adatokat a medián, minimum, maximum és az interkvartilis tartomány meghatározásával jellemeztük. A kategorikus változók elemzése során a gyakorisági megoszlást is megadtuk. Rétegzett elemzést végeztünk a nemek és szakok közötti eltérés vizsgálatára. Az átlagok esetében t-próbát vagy ANOVA-t, míg a mediánok esetében Wilcoxon-Mann-Whitney vagy Kruskal-Wallis tesztet végeztünk. Kategorikus változók esetében khi-négyzet vagy Fisher-féle egzakt próbát alkalmaztunk.

Eredményeinket összehasonlítottuk az általános népesség azonos korcsoportjára vonatkozó adatokkal is, melyhez a forrás a családtól kapott társas támogatás esetében az OLEF 2003 vizsgálat volt, a pszichés stressz, illetve a koherencia érzés esetében pedig a Népegészségügyi Kar és a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet által országos reprezentatív mintán

2010-ben végzett felmérés. Az eredmények összehasonlítására az átlagok esetében két-mintás t-próbát, az arányok esetében z-próbát alkalmaztunk, az eltérést $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.

A mentális egészség jellemzésére egy kompozit indikátort – „mentális jóllét” – alkottunk a koherencia érzés és a pszichés stressz alapján. Tekintettel arra, hogy a SoC esetében nincs olyan küszöbérték, ami alatt az alacsonynak tekinthető, ezért a Népegészségügyi Kar és a Medián Intézet által koordinált vizsgálatból az általános népesség azonos, 26 év alatti korcsoportjára jellemző átlagpontszámot (60,63) használtuk referenciaértékként. Abban az esetben, ha a SoC értéke átlag alatti volt, alacsonynak tekintettük a koherencia érzést, míg ha az átlaggal egyenlő vagy magasabb, akkor normál koherencia érzésként kategorizáltuk. A pszichés stressz esetében az OLEF során használt küszöbértéket alkalmaztuk (normál: 5 pont alatt). A SoC és GHQ pontszámok szerint képzett kategóriák alapján négy csoport volt elkülöníthető: kedvező mentális egészséggel jellemezhetőek (normál SoC, alacsony GHQ), kedvezőtlen mentális egészséggel jellemezhetőek (alacsony SoC, magas GHQ), és további két nem egyértelműen besorolható kategória, azok akiknek normál szintű a koherencia érzése, de ez magas GHQ pontszámmal társul, illetve akiket alacsony koherencia érzés és pszichés stressz jellemez.

Annak érdekében, hogy a fent bemutatott kompozit mint becselő teszt validitását ellenőrizzük, meghatároztuk a pozitív és negatív lelethez tartozó valószínűségi hányadosokat a BDI pontszámot tekintve referenciaként. Ennek során a BDI esetében a 18 pontnál többet elérőket tekintettük kedvezőtlen mentális egészséggel jellemezhetőnek, a 19 pontnál kevesebbet elérők pedig a kedvező mentális egészségű kategóriába kerültek. Ezt követően a Bayes-elmélet segítségével kiszámoltuk a depresszió fennállásának utólagos valószínűségét. Azokat a hallgatókat vontuk be az elemzésbe, akiknek a SoC, GHQ és BDI pontszámai is ismertek voltak (N=256).

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK DETERMINÁNSAI

Minden, a Népegészségügyi Karon tanuló hallgatót, aki részt vett a kvantitatív felmérésben meginvitáltunk a vizsgálat kvalitatív részében történő részvételre is. A fókuszcsoportokat a félév során, a hallgatók számára megfelelő különböző időpontokban bonyolítottuk le. Nyitott kérdéseket alkalmaztunk a stressz egyetemmel összefüggő okainak, a tanulmányok alatt jelentkező személyes és személyekkel kapcsolatos problémák illetve a stressz-csökkentés lehetőségeinek felmérése érdekében.

A 2008/09 tanév őszi szemesztere során 8 fókusz csoport került lebonyolításra a népegészségügyi hallgatók körében, melyben összességében a kérdőíves vizsgálatba bevontak egyharmada vett részt. A moderátor szerepét a szerző, a témavezető, illetve az alsóbb évfolyamok esetében két, TDK munkát végző hallgató töltötte be, akik közül az egyik a jegyzeteket készítette a beszélgetés során. A gyógytornász hallgatók esetében a 2009/10 tanév tavaszi szemeszterében került sor két fókuszcsoporthoz vizsgálat lebonyolítására, a kvantitatív vizsgálatban részt vevők közel egytizedével. A moderátor egy egészségfejlesztési mesterszakos hallgató volt, míg egy hallgatótársa a jegyzeteket készítette.

A résztvevő hallgatók kérését figyelembe véve nem készült hangfelvétel a beszélgetések során, a kézzel írt jegyzetek begépelése és kiegészítése történt meg közvetlenül a fókuszcsoporthoz követően. A jegyzőkönyvek többszöri átolvasása után került sor a kulcsszavak azonosítására, ezt követően pedig a fő témák meghatározására. Az egyes alkalmak átlagosan 60-120 percig tartottak.

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK MODELLJE

MODELLEZÉSHEZ HASZNÁLT ADATOK

A bevezetésben említett korábbi, 6 felsőoktatási intézmény bevonásával zajlott vizsgálatunkból nyert adatbázison került sor a mentális egészséget és annak meghatározó tényezőit leíró modell megépítésére és tesztelésére. A mintavételi keretet a 6 felsőoktatási intézmény 27 karán tanuló 30 901 fő alkotta, akiknek az 5%-át válogattuk be a mintába. A kérdőív demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőkre, egészségi állapotra, egészségtudatosságra és egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

MODELLÉPÍTÉS

Az egészség bio-pszicho-szociális modelljének megfelelően definiáltuk az egészség determinánsaira vonatkozóan a saját változóinkat és soroltuk be a megfelelő csoportokba az időperspektívát is figyelembe véve. Az egészséget mint kimenetet 5 változóval mértük, melyből 3 a mentális egészséghoz tartozott: koherencia érzés a reziliencia mérésére, GHQ pontszám a pszichés stressz mérésére, egészségtudatosság (mennyit tehet az egészségéért). Az egészség testi dimenziójának jellemzésére a testtömeg-indexet és a szubjektív egészséget mint az egészség általános mutatóját használtuk. A magyarázó változókat az alábbi kategóriákba csoportosítottuk: *magatartás* (jelenlegi fizikai aktivitás, alkohol-, kábítószer- és gyümölcsfogyasztás, dohányzás, reggelizés); *társas támogatás* (családtól és egyetemi

társaktól); *serdülőkori aktivitás* (az egyetemre történő belépés előtt részvétel művészeti és/vagy sporttevékenységben: sport, képzőművészet, zene, tánc); *családi háttér* (szülők iskolai végzettsége, szubjektív anyagi helyzet); *lakóhely* (állandó lakhely településnagyság szerint, kivel él együtt) és *biológiai tényezők* (életkor, nem). Ezeket a kategóriákat egy időtengelyen elhelyezve a lakóhely, családi háttér és a biológiai tényezők voltak az időben legtávolibb determinánsok. A serdülőkori aktivitás a gyermek- és ifjúkorban ható faktorok által befolyásolva hatással lehet az egészségmagatartásra és társas támogatásra, és mindezek együtt meghatározzák az egészségi állapotot. Ezt a modellt az alább bemutatott módszerekkel teszteltük férfiakra és nőkre külön-külön.

Első lépésként az adatbázisban szereplő 50 változóból meghatároztuk azoknak a körét, amelyeket bevontunk a modellépítésbe. Ennek során kanonikus korrelációs analízist végeztünk a kimeneti és a magyarázó változók által képzett csoportok között. A cél az volt, hogy meghatározzuk, mely változóknak van szignifikáns hatása a kimeneti változókra, és milyen erős ez a kapcsolat. Annak érdekében, hogy a kimeneti és magyarázó változók közötti korrelációt megállapítsuk, főkomponens analízist végeztünk varimax rotációval, így a lineáris változókon végzett csoportosító hatást tesztelhettük. Második lépésként az adatok karakterisztikáját és az alkalmazhatósági feltételeket figyelembe véve kiválasztottuk a legalkalmasabb módszert a modell tesztelésére, ez a MANCOVA (többváltozós kovariancia analízis) eljárás volt, azzal a korláttal, hogy ez a módszer hierarchikus viszonyok tesztelésére nem alkalmas.

A MANCOVA analízist 1010 fő adatait tartalmazó adatbázison végeztük el azokat a változókat bevonva, amelyek a korábbi lépések során szignifikánsak maradtak. Első lépésként az adatmátrixot a hiányzó és kilógó (outlier) értékek szempontjából vizsgáltuk meg, ez utóbbiak eltávolítása után a végleges mintaelemszám 894 lett. A MANCOVA alkalmazása során figyelembe vettük az alkalmazhatósági feltételek teljesülését, a centrális határeloszlás tétele alapján a nagy mintaelemszám miatt feltételeztük a változók normális eloszlását. A megbízhatóság vizsgálata során kellően magas (0,768) Cronbach alfa értéket kaptunk, amivel a kovariánsok mérési hibájának alacsony volta igazolódott. Az interakciókat a kovariánsok és a csoportképző változók között ANCOVA (kovariancia analízis) segítségével ellenőriztük. A MANCOVA az általánosított lineáris modellek (General Linear Model, GLM) közé sorolható, így az interakciók is beépíthetőek a modellbe, amelyeket 5%-os szinten tekintettünk szignifikánsnak.

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

SZOCIÁLIS MEGISMERÉSEN ALAPULÓ INTERVENCIÓ

Célcsoport

Az intervenció célcsoportját azon hallgatók képezték, akik részt vettek egy korábbi, tanárjelöltek körében történt kérdőíves felmérésben, amelynek egyik kiemelendő eredménye a pszichés stressztől szenvedők magas aránya volt. A hazai 6 legnagyobb egyetem és főiskola 27, tanárképzést folytató karán tanuló hallgatók képezték a korábbi kérdőíves felmérés mintavételi keretét, az ő körükben került meghirdetésre a kredit kurzus. Azonos kurzus került meghirdetésre mind a 6 intézményben a helyi szakemberek bevonásával, a résztvevőket az elektronikus tanulmányi rendszerben történő jelentkezés sorrendjében választották ki, a résztvevők létszámát minimum 10 és maximum 50 főben meghatározva. A 6 felsőoktatási intézmény közül a megfelelő szakemberekre és a megfelelő számú jelentkezőre vonatkozó kritériumokat 4 intézmény teljesítette, így ezen 4 intézményben zajlott az intervenció. A kommunikációs technikák elsajátítása során a résztvevők két kisebb csoportra lettek osztva. Az értékelhetőség és az előnyök maximalizálása érdekében a kiscsoportos foglalkozások kötelezőek voltak, a többi foglalkozásról csak egy hiányzás volt megengedett.

Intervenció

Az intervenció egy többkomponensű stressz-kezelő tréning volt, amely során a hallgatók információt kaptak a stressz csökkentésére használatos illegális pszichoaktív anyagok veszélyeiről és a legálisan használható ilyen anyagok előnyeiről; relaxációs technikákat sajátítottak el (6 alkalommal 2 órás blokkokban); és a kommunikációs képességeiket fejleszthették szerepjátékokkal kiscsoportos foglalkozás keretében (6 alkalommal 3 órás blokkokban). A tréning felépítése és módszertana azonos volt, de minden résztvevő intézmény a saját szakembereire alapozva szervezte és bonyolította le az intervenciót egy 30 órás szabadon választható kredit kurzus formájában 14 hét alatt. A kurzusokat az érintett karok engedélyezték.

Adatgyűjtés

A hallgatók anonim módon töltötték ki egy, a mentális egészségüket felmérő kérdőívet a kurzus elején és végén. Azonosításra alkalmas adatot nem kértünk a bizalom megőrzése és a válaszadási arány növelése érdekében, ezért csak csoport szinten tudtuk a kurzus előtti és utáni eredményeket összehasonlítani. A kérdőív mellett a kurzus végén a résztvevők kitöltötték egy értékelő kérdőívet is a kurzus szervezettségéről, illetve egy tesztet az

elsajátított ismeretekről (ez utóbbi a kredit megszerzése miatt volt szükséges annak eredményétől függetlenül).

A szubjektív egészség, pszichés stressz és koherencia érzés változását mértük „A felsőoktatásban tanulók mentális egészségének jellemzése - Kérdőív felépítése” alfejezetben bemutatott skálákkal. Ezen túlmenően demográfiai és tanulmányi adatokat (egyetemen eltöltött évek, tanult tudományág, hallgat-e pedagógiai tantárgyakat, akar-e tanár lenni) gyűjtöttünk.

Adatelemzés

A kérdőíveket intézmény és az adatfelvétel ideje (kurzus előtt vagy után) alapján kódoltuk. A papír alapú adatokat egy Microsoft Excel adatbázisba vittük be, és Intercooled Stata 9.0 for Windows statisztikai programmal elemeztük. A koherencia érzés és a pszichés stressz esetében az összpontszámot használtuk az elemzés során. A normális eloszlású változók esetében átlagot számoltunk, melyeket két mintás t-próbával hasonlítottunk össze. A pszichés stressz esetében, tekintettel annak nem normális eloszlására, mediánt határoztunk meg, és a Wilcoxon-féle próbával vizsgáltuk a változás szignifikáns voltát. Arányok esetében z-próbát alkalmaztunk a változás vizsgálatára. A javulást $p < 0,05$ esetén tekintettük szignifikánsnak.

MUNKAHELYI BEAVATKOZÁS ÉRDEKÉBEN TÖRTÉNŐ VISSZAJELZÉS

Az USA Betegségmegelőzési Központjának a közösségi szintű megelőzést vizsgáló munkacsoportja (Community Preventive Services Task Force of the Centers for Disease Control and Prevention of the USA, USPSTF) olyan szisztematikus áttekintéseket végez és publikál a honlapján („The Guide to Community Preventive Services”), amelyek a közösségek egészségét és jóllétét célzó intervenciókat értékelik. A USPSTF munkacsoportnak a munkahelyi kockázatok felmérésére és visszacsatolására vonatkozó ajánlása értelmében a kvantitatív és kvalitatív vizsgálataink eredményeiből született összefoglalót eljuttattuk a résztvevő Karoknak, azon intézményes változtatások előmozdítása érdekében, amelyek hozzájárulhatnak az észlelt stressz szintjének csökkentéséhez és/vagy a stresszorok csökkentéséhez.

EREDMÉNYEK

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JELLEMZÉSE

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI HALLGATÓK

A válaszadási arány 75% volt. A válaszadók 83,5%-a volt nő, a Kar hallgatóinak nemi megoszlását jól reprezentálva. Az átlagéletkor 20,6 év volt (min. 18, max. 25 év), mely nem különbözött szignifikánsan a Kar hallgatóinak átlagéletkorától.

A koherencia érzés (SoC) átlaga 60,1 pont volt (SD: 10,98, min. 31, max. 89), és emelkedő tendenciát mutatott a magasabb évfolyamok felé ($p=0,005$). A családtól kapott társas támogatás esetében a hallgatók 59,5%-ának teljesen kielégítő volt a támogatottsága, 23% enyhe, 17,5% súlyos hiányosságoktól szenvedett. Ez utóbbi aránya szignifikánsan magasabb volt a férfiak mint a nők körében (37,5% vs. 12,7%; $p=0,003$); 29%-a a hallgatóknak érezte úgy, hogy társai nem támogatják kellőképpen az egyetemen. Csaknem a hallgatók egyötöde ért el a GHQ-12 kérdőíven küszöbértéket meghaladó, jelentős pszichés stresszt jelentő pontszámot. A jelentős pszichés stressztől szenvedő hallgatók aránya alacsonyabb volt a magasabb évfolyamon tanulók körében.

Nemi különbséget nem találtunk sem a koherencia érzés, sem a pszichés stressz tekintetében. Az eredmények az általános népesség reprezentatív mintájának azonos korcsoportján (26 év alattiak) azonos skálákkal nyert adataival is összevetésre kerültek. Mivel a nők aránya a saját mintánkban szignifikánsan magasabb volt, mint az általános népességben, az összehasonlítást nemi bontásban végeztük. A koherencia érzés tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget. Azon férfi hallgatók aránya, akik a családtól kielégítő társas támogatást kapnak, alacsonyabb volt, mint az általános népesség férfi tagjai körében ($p=0,059$), ugyanakkor a kóros mértékű pszichés stresszel jellemezhető női hallgatók aránya háromszorosa volt az általános népesség női tagjai között mért értéknek ($p=0,034$).

ÓVODAPEDAGÓGUS HALLGATÓK

A válaszadási arány 79,2% volt. A válaszadók 97%-a volt nő, a szakra jellemző női dominanciának megfelelően (96,4%). A válaszadók átlagéletkora 19,9 év volt (min. 18, max. 24 év).

A koherencia érzés (SoC) átlaga 58,5 pont volt (SD: 9,72, min. 36, max. 83). A családtól kapott társas támogatást a hallgatók 56,5%-a jellemezte teljesen kielégítőnek, 29,8% kisebb, míg 13,7% súlyos hiányosságokról számolt be. 31,3%-a érezte úgy a hallgatóknak, hogy

társai nem támogatják kellőképpen az egyetemen. A hallgatók egyharmada ért el a GHQ-12 kérdőíven küszöbértéket meghaladó, jelentős pszichés stresszt jelentő pontszámot. Az észlelt stressz átlagpontszáma 26,6 volt (SD: 6,07; min. 11, max. 40). A BDI pontok alapján csaknem a hallgatók egynegyede szenvedett enyhe, 12,1% közepesen súlyos, és 6,1% súlyos depressziótól.

Az eredmények az általános népesség reprezentatív mintájának azonos, 25 év alatti korcsoportjában azonos skálákkal nyert adataival is összevetésre kerültek. Mivel a férfiak aránya a mi mintánkban nagyon alacsony volt, az összehasonlítást csak a nők esetében végeztük el. A koherencia érzés átlaga 2 ponttal ($p=0,302$); azok aránya, akiket teljes mértékben támogatnak a családtagjai, 9%-kal volt alacsonyabb a hallgatók körében, mint az általános népesség női tagjai körében ($p=0,088$). A hallgatók körében ugyanakkor a kóros mértékű pszichés stresszel jellemezhető női hallgatók aránya négyszerese volt az általános népesség női tagjai között mért értéknek ($p=0,003$).

GYÓGYTORNÁSZ HALLGATÓK

A válaszadási arány 85% volt. A hallgatók többsége a mintában a női nemhez tartozott (93%) a szakra jellemző értékeknek megfelelően (94,6%). A válaszadók átlagéletkora 21,9 év volt (min. 19, max. 41 év), és többségük (95%) a 26 év alatti korcsoportba tartozott. Tekintettel a hallgatók tág életkor-tartományára, feltételeztük, hogy a mentális egészség tekintetében nem alkotnak homogén csoportot. Ezért a mentális egészséget jellemző változók esetében rétegzett elemzést végeztünk a 26 év alattiakra és 25 év felettiekre vonatkozóan, de nem találtunk eltérést, ezért a teljes mintára jellemző értékeket ismertetjük.

A koherencia érzés (SoC) átlaga 128 hallgató válasza alapján 60,7 pont volt (SD: 11,4; min. 25, max. 85), férfiak körében nem szignifikánsan, 5 ponttal magasabb, mint nők körében. Az eredmények az általános népesség reprezentatív mintájának azonos korcsoportján (26 év alattiak) azonos skálákkal nyert adataival is összevetésre kerültek. Mivel a nők aránya a mi mintánkban szignifikánsan magasabb volt, mint az általános népességben, az összehasonlítást nemi bontásban végeztük. A koherencia érzés tekintetében a férfi hallgatókra jellemző átlagpontszám 4 ponttal volt magasabb, mint az általános népességre jellemző érték ($p=0,297$). A nők esetében nem találtunk eltérést. A családtól kapott társas támogatást a hallgatók fele (49%) jellemezte teljesen kielégítőnek, 36% kisebb, míg 15% súlyos hiányosságokról számolt be. A teljesen kielégítő társas támogatottsággal jellemezhetőek aránya szignifikánsan alacsonyabb volt a hallgatók körében, mint az általános népességben, de a különbség csak a

nők esetében volt statisztikailag is jelentős. A női hallgatók között a társak által megfelelően támogatottak aránya kétszerese volt a férfi hallgatók körében mért értéknek ($p=0,045$).

A hallgatók csaknem egyharmada ért el a GHQ-12 kérdőíven küszöbértéket meghaladó, jelentős pszichés stresszt jelentő pontszámot. A kóros mértékű pszichés stresszrel küzdő női hallgatók aránya magasabb volt a férfiak körében mért értékekhez képest ($p=0,027$), és ötször magasabb az általános népesség női tagjaihoz képest ($p=0,001$). Az észlelt stressz átlagpontszáma 25,95 volt (SD: 7,61; min. 2, max. 42), a női hallgatók által elért átlagpontszám 4,5 ponttal volt magasabb a férfiak körében mért értéknél ($p=0,051$). A hallgatók 15,4%-a szenvedett enyhe, 14,6% közepesen súlyos és 8,5% súlyos depressziótól. A depresszió prevalenciájában összességében nem volt nemi különbség ($p=0,344$), de súlyos depresszió csak a nők között fordult elő.

SEGÍTŐ FOGLALKOZÁST VÁLASZTÓ HALLGATÓK ÖSSZESÍTETT ELEMZÉSE

A fent bemutatott három hallgatói csoport (NE, OP, GYT) adatait egy közös adatbázisba fűztük össze, és így is elemeztük. A válaszadási arány 79,4% volt. Az átlagéletkor szignifikánsan különbözött, a legmagasabb a GYT hallgatók körében volt, míg a legalacsonyabb az OP hallgatók esetében ($p<0,001$). A NE hallgatók körében a nők aránya szignifikánsan alacsonyabb volt a másik két csoporthoz viszonyítva (OP $p<0,001$; GYT $p=0,014$).

A SoC átlaga 59,78 pont volt (SD: 10,75; min. 25, max. 89), férfiak körében (63,63 pont; min. 40, max. 79) szignifikánsan magasabb, mint a nők (59,45 pont; min. 25, max. 89) körében ($p=0,037$). A családtól kapott társas támogatást a hallgatók csaknem fele, a társaktól kapott támogatást közel kétharmada érezte teljesen kielégítőnek. A mentális egészséget pozitív szempontból jellemző változók között nem volt jelentős eltérés az egyes szakok szerint. Azonban évfolyamok szerint elemezve az adatokat, az első évesekhez képest a harmadik évfolyamon tanulók között másfélszeres volt azok aránya, akiket nem támogatnak kellőképpen a társai ($p=0,055$). Nemi különbségek tekintetében azon férfiak aránya, akik súlyos hiányosságokkal küzdenek a családtól kapott társas támogatásban, háromszoros volt a nők körében kapott adatokhoz képest (35,1% vs. 13,2%, $p<0,001$).

Csaknem a hallgatók egynegyede szenvedett magas pszichés stressztől, de ez az arány alacsonyabb volt a NE hallgatók (OP $p=0,009$; GYT $p=0,044$), illetve a férfiak (18,9% vs. 27,8%, $p=0,245$) körében. Az észlelt stressz skálán az átlagpont 26,28 pont volt (SD: 6,87; min. 2, max. 42), szakok közötti különbség nem volt detektálható, de a nők körében magasabb volt ez az érték (26,48 vs. 22,62; $p=0,048$). A hallgatók egyötöde szenvedett közepesen súlyos

vagy súlyos depressziótól, de szakonként ($p=0,264$) illetve nemenként ($p=0,628$) nem találtunk különbséget.

A hallgatók és az általános populáció azonos korcsoportjába tartozók mentális egészségének összehasonlítása

Az eredmények az általános népesség reprezentatív mintájának azonos skálákkal nyert adataival is összevetésre kerültek a 26 év alatti korcsoportra leválogatott adatokon, mivel a saját mintánkban a hallgatók 99%-a ehhez a korcsoportba tartozott. A kóros mértékű pszichés stressz prevalenciája a férfi hallgatók körében kétszerese ($p=0,246$), a női hallgatók körében négyszerese ($p=0,001$) volt az általános népesség körében mért értékeknek. A SoC átlaga nem szignifikánsan magasabb volt a férfi hallgatók körében ($p=0,343$), és alacsonyabb a női hallgatók körében ($p=0,639$). Azok aránya, akiket nem támogatnak a családtagjai, csaknem háromszor magasabb volt a férfi hallgatók körében ($p<0,001$); a női hallgatók esetében nem találtunk eltérést ($p=0,665$).

Mentális jóllét: kompozit indikátor

A hallgatók kétötöde volt kedvező mentális egészséggel jellemezhető (normál SoC, alacsony GHQ), a kedvezőtlen mentális egészség (alacsony SoC, magas GHQ) kategóriába a hallgatók egynegyede került. 4,3% volt azok aránya, akiknek normál szintű a koherencia érzése, de ez magas GHQ pontszámmal társult, illetve a hallgatók egyharmadát tették ki azok, akiket alacsony koherencia érzés és alacsony pszichés stressz jellemezett. A kedvező mentális egészség prevalenciája szignifikánsan alacsonyabb volt a női hallgatók körében (37,8% vs. 56,8%, $p=0,024$).

A kedvezőtlen mentális egészséggel jellemezhetőek aránya négyszer magasabb volt a hallgatók, mint az általános népesség körében ($p<0,001$). Nem volt ugyanakkor szignifikáns eltérés sem az általános népesség női és férfi tagjai között, sem a férfi hallgatók és férfi társaik között. Azonban a női hallgatók körében az arány majdnem hatszorosa volt a női társaik körében találtak (24,2% vs. 4,3%; $p=0,002$).

Megvizsgáltuk a mentális jóllét és a társas támogatás kapcsolatát is: a kedvezőtlen mentális egészséggel jellemezhetőek körében magasabb volt a családtól kapott támogatás hiánya. Azok körében, akiket nem támogatnak kellő mértékben a családtagjai, a kedvezőtlen mentális egészség előfordulása kétszer magasabb volt (64,1% vs. 32%, $p<0,001$). A társaktól kapott támogatás esetében a különbség valamivel kisebbnek adódott (40,5% vs. 28%, $p=0,086$).

A kedvezőtlen mentális egészséggel jellemezhető hallgatók kockázata magasabb a mentális betegségek kialakulására, ezért fontos a korai azonosításuk. Ennek egyik eszköze lehet egy

rövid, a GHQ-12 és SoC-13 kérdéseiből összeállított kérdőív. Ezen becslőskála validitásának meghatározásához a BDI pontszámot tekintettük referenciának a módszertani leírásban részletezett módon. A pozitív lelethez tartozó valószínűségi hányados 2,75, az ebből számolt utólagos valószínűség 0,418 volt, míg a negatív lelethez tartozó valószínűségi hányados értéke 0,081-nak adódott, és így az utólagos valószínűség 0,021 volt. Ezekből az értékekből a szélesebb körben ismert és használt prediktív értékeket meghatározva a becslőskála pozitív prediktív értéke 41,8%, míg a negatív prediktív értéke 97,9%.

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK DETERMINÁNSAI

A fókuszcsoportos beszélgetésekből készült jegyzőkönyvek alapján négy közös témát tudtunk azonosítani.

1. téma: Nagy elvárások és alacsony támogatás az egyetemen

A középiskolából az egyetemre történő átállást a legtöbb hallgató nagyon stresszesnek élte meg. Csaknem mindenki magasabb stressznek volt kitéve az első egyetemen töltött év alatt, mint a középiskolában, melynek fő okaként a magas és fokozódó elvárásokat jelölték meg. A másik jelentős stressz-forrás a vizsgák nagy száma és tartalma volt. A hallgatók az adminisztratív támogatás hiányára is panaszkodtak. Több hallgató egyetértett abban, hogy a követelményekkel kapcsolatos tájékoztatás hiányosságai is jelentős stressz-forrásként hatnak. Úgy érezték, hogy a Tanulmányi Osztály munkatársai lassan válaszolnak a kérdéseikre; és panaszkodtak a határidőkre, az ügyfélfogadási időre és a munkatársakra is.

2. téma: Társakhoz való viszony

A csoportokon belül észlelhető feszültség a hallgatók között, amely elsősorban az egymás iránti segítőkészség hiányából fakad. Előfordult, hogy valaki hiányzott az óráról, és az órai anyagot nem adták oda neki, illetve volt olyan, hogy a csoportból néhány ember hozzájutott a tananyaghoz, de nem osztotta azt meg a többiekkel.

3. téma: Szabadidő és családi problémák

Szintén megterhelőnek érezték a hallgatók a szabadidő hiányát a zsúfolt órarend miatt. Úgy érezték, nincs idejük a családtagjaikkal törődni, pihenni vagy szabadidős tevékenységeket folytatni. Szeretnék, ha több szabadidejük lenne, ami a vizsgákra való felkészülést is könnyebbé tenné. Hétfévente is tanulniuk kell, így nem tudnak a barátaikkal, családtagjaikkal elég időt tölteni.

Sokan anyagi nehézségekkel is küzdenek, az ösztöndíj alacsony, és a sok óra miatt nincs idejük és lehetőségük diákmunkát vállalni a félév során. Vannak olyanok, akik dolgoznak a tanulás mellett azért, hogy egyetemre járhassanak, és ezt sokszor délután vagy éjszaka teszik, ami szintén hozzájárul a fizikai kimerültséghez, fáradtságához és a túlterheltség érzéséhez.

4. téma: Stressz-kezelési technikák és készségek

A hallgatóknak nem volt határozott elképzelésük arról, hogyan tudnák csökkenteni vagy elkerülni a stresszt okozó helyzeteket az egyetemen. Több, egyénileg alkalmazható technikát is említettek, mint relaxáció, fizikai aktivitás, csokoládéevés és zenehallgatás. Néhányan úgy gondolták, hogy a társak közötti támogatást erősíthetnék a csoportfoglalkozások; további segítség lehet, ha találnak olyan társakat, akik hasonló problémákkal küzdenek, és akikkel meg tudják beszélni ezeket. Felmerült még az időmenedzsment készségek fejlesztése, és a jobb időbeosztás, mint potenciális stressz csökkentő eszköz.

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK MODELLJE

A modellezéshez használt változók kiválasztása

A modellbe kerülő változók kiválasztására alkalmazott **kanonikus korreláció** eredménye alapján két fő dimenzió volt elkülöníthető: az első leginkább a mentális egészség dimenziójaként írható le, ezzel a szerhasználat (kivéve a dohányzást), társas támogatás, és az egyetemre történő belépés előtti sporttevékenység mutatott összefüggést, a szubjektív anyagi helyzeten és az anya iskolai végzettségén túl. A másik dimenzió a fizikai egészség volt, aminek a korral, a szerhasználattal (kivéve marihuána), és a serdülőkori táncsal volt kapcsolata. Azokat a változókat, amelyek itt nem mutattak összefüggést a kimeneti változókkal, kihagytuk a további elemzésből. A **főkomponens analízissel** összesen 8 komponenst sikerült elkülöníteni a 24 változóból, melynek révén egy kimeneti és 7 magyarázó változó csoport jött létre a teljes variancia 51,71%-át, illetve az egyes változók varianciájának 60-80%-át magyarázva.

Többváltozós kovariancia analízis (MANCOVA)

A fentebbi két statisztikai eljárás eredményein alapulva került sor a MANCOVA analízis elvégzésére. Amikor a kimeneti változók, illetve a kimeneti változók és a kovariánsok közötti összefüggést ellenőriztük, a testtömeg-index nem korrelált a többi változóval, így azt kihagytuk a további elemzésből. Az egészségtudatosság esetében sem volt a korreláció erős a kovariánsokkal, illetve a homogenitás feltétel sem teljesült, így a végső modellbe azt sem vontuk be. Ezáltal három (koherencia érzés, pszichés stressz és szubjektív egészség) kimeneti

változó, továbbá 7 csoportképző változó (dohányzás, gyümölcsfogyasztás, társas támogatás a családtól illetve a társaktól, nyugtatók használata orvosi rendelvényre vagy anélkül, fizikai aktivitás) és 4 kovariáns (kor, serdülőkori sport, tánc és képzőművészet) került be a végső modellbe. A marihuána fogyasztást leíró változó nem teljesítette a függetlenség feltételét, így azt kihagytuk a modellből. A kovariánsok beillesztése után a hiba variancia általában csökkent, illetve a magyarázó erő is növekedett a legtöbb változó esetében.

EGY- ÉS TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉS FÉRFI HALLGATÓK ADATAIN

A MANCOVA eredményeként a férfiak esetében a disztális változók (kor, családi háttér, lakóhely) kiestek a modellből ($R^2=0,767$). A serdülőkori aktivitások közül a sport közvetetten, az aktuális fizikai aktivitással interakcióban, míg a tánc közvetlenül hatott az egészségi állapotra. Az egészség további determinánsai között az aktuális fizikai aktivitás és a dohányzás, valamint a családtól kapott támogatás szerepelt.

EGY- ÉS TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉS NŐI HALLGATÓK ADATAIN

A MANCOVA a férfiakban talált eredménytől eltérő következtetésekre vezetett a nők esetében. Az időben távoli determinánsok közül az életkor gyakorolt direkt hatást a kimeneti változókra, a serdülőkori aktivitások közül a tánc direkten, míg a sporttevékenység a társaktól kapott támasszal illetve a dohányzással interakcióban hatott. Az orvosi rendelvény nélküli gyógyszerhasználat, a gyümölcsfogyasztás, valamint a dohányzás, illetve a családtól és a társaktól kapott társas támogatás esetében közvetlen hatás volt megfigyelhető ($R^2=0,551$).

A jelenlegi testmozgás kivételével a férfiak körében talált determinánsok megtalálhatóak a nőkre vonatkozó modellben is, azonban ez utóbbiban az életkor, a társaktól kapott támogatás, gyógyszerhasználat és a gyümölcsfogyasztás is szerepelt. Mindezek alapján a nők egészségi állapota sokkal inkább multifaktoriálisan meghatározottnak bizonyult.

A FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

SZOCIÁLIS MEGISMERÉSEN ALAPULÓ INTERVENCIÓ

A válaszadási arány 62% volt a kurzus elején és 72% a kurzus végén kitöltött kérdőív esetében. Minden kérdőív értékelhető volt, a kitöltők között a nemek aránya és az átlagéletkor nem tért el a két adatfelvételi időpontban.

A **pszichés stressz** esetében a medián 2 (ITK: 5, min. 0, max. 12) volt a kurzus elején és 1 (ITK: 4, min. 0, max. 11) a kurzus végén, mely csökkenés szignifikáns javulást jelez ($p=0,017$). A férfiak és nők értékeiben nem volt eltérés, sem a kurzus elején ($p=0,099$), sem a

végén ($p=0,598$). A GHQ-12 kérdőívén küszöb feletti pontszámot elérők aránya 24%-kal csökkent a kurzus végére ($p=0,226$). A kurzus elején mért medián nem különbözött a tanárjelöltek körében korábban kivitelezett, az intervenció alapját képező országos vizsgálatban talált értéktől ($p=0,778$), azonban a kurzus végi medián már szignifikánsan alacsonyabb volt ennél az értéknél ($p<0,001$). A **koherencia érzés** átlagpontszáma nem szignifikáns emelkedést mutatott a kurzus végére (kurzus elején 60,8 pont, SD: 12,99; min. 23, max. 89; kurzus végén 61,4 pont, SD: 11,12; min. 25, max. 89; $p:0,688$).

A kurzust értékelő kérdőívén a résztvevők kedvezően ítélték meg a kurzus tartalmát, előadóit és szervezettségét. A kurzus költségigényét és a résztvevő hallgatók létszámát figyelembe véve 1 pontnyi javulást a pszichés stresszt jellemző pontszámokban kb. 10 000 Ft ráfordítással sikerült elérni.

MUNKAHELYI BEAVATKOZÁS ÉRDEKÉBEN TÖRTÉNŐ VISSZAJELZÉS

A kvantitatív és kvalitatív vizsgálatok eredményéből készült összefoglalót a szervezeti és adminisztratív változtatásokat elősegítendő visszajuttattuk az érintett Karoknak, illetve a Tanulmányi Osztály vezetőjének. A Népegészségügyi Kar több, a társas támogatás fokozását és a hallgatók mentális egészségét javító intézkedést is foganatosított; így például minden félévben szakestek és szakmai napok, illetve a hallgatói önkormányzat által szervezett alkalmak kerülnek lebonyolításra, amelyek megteremtik a lehetőséget arra, hogy a hallgatók jobban megismerhessék egymást. Kiscsoportos, illetve évfolyam szintű rendezvények is segítik a hallgatói kötődés kialakulását. Változatos kredit kurzusok segítenek a professzionális orientációban, valamint relaxációs és jóga technikák, életvezetési készségek elsajátításában.

MEGBESZÉLÉS

FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JELLEMZŐI

Összességében nem volt jelentős különbség a különböző szakokra járók **mentális egészségében**. Kedvezőtlen volt azonban a mentális egészsége (alacsony SoC, magas pszichés stressz) a teljes vizsgált populáció csaknem egynegyedének. A férfi hallgatók mentális egészsége kedvezőbb, mint női társaiké. Az általános populáció azonos korcsoportjához képest a női hallgatók mentális egészsége rosszabb, míg a férfi hallgatóké hasonló, a családtól kapott társas támogatás hiányának magasabb arányát leszámítva. Eredményeink összhangban

voltak a szakirodalomban fellelhető, a felsőoktatásban tanuló hallgatók mentális problémáira fókuszáló közleményekkel.

Az alacsonyabb koherencia érzéssel és magasabb mértékű pszichés stresszel jellemezhető hallgatók magasabb kockázattal bírnak a mentális problémák kialakulására. Éppen ezért e hallgatók időben történő **azonosítása** elengedhetetlen a megfelelő támogatás és tanulmányi segítség biztosítása érdekében. Ennek potenciális eszköze lehet az a rövid, a koherencia érzést és pszichés stresszt mérő kérdőív, amelynek segítségével 98%-os valószínűséggel azonosíthatók a kielégítő mentális egészséggel jellemezhető személyek. Szűrési tesztekkel összehasonlítva e kérdőív teljesítménye elfogadhatónak mondható.

A népegészségügyi és gyógytornász hallgatók körében végzett fókuszcsoportos vizsgálat segítségével feltárt fő **stressz-források**, úgymint magas elvárások és alacsony támogatás az egyetemen, nem megfelelő viszony a hallgatótársakkal, szabadidő hiánya, elégtelen stresszkezelési készségek, hasonlóak voltak a mások által korábban ebben a témában publikált adatokhoz, s ezek közül néhány viszonylag egyszerűen csökkenthető.

A vizsgálat előnye volt a relatíve kis létszám ellenére a kiemelkedően magas válaszadási arány, amelynek következtében a válaszadók évfolyam szerint reprezentálták az alapsokaságot. Az adatfelvétel időzítésekor figyelembe vettük, hogy a hallgatókra nehezedő terhelés változik a félév folyamán. Az átlagost meghaladó mértékű terhelés mint zavaró tényező elkerülésére a vizsgálatokat a félév közepére időzítettük, aminek tükrében a problémákkal küzdő hallgatók magas aránya még inkább aggodalomra ad okot.

FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK MODELLJE

Az állapotfelmérés kiderítette, hogy a hallgatók mentális állapota javítandó, ami csak akkor lehetséges, ha az egészséget meghatározó tényezők széles köre és azok egymáshoz való viszonya is meghatározásra kerül. Erre szolgálnak a különféle egészségmodellek, amelyek többsége keresztmetszeti adatokra épül, annak ellenére, hogy az egészségi állapot, annak determinánsai, és a köztük lévő viszony figyelembe vétele az életút megközelítés segítségével pontosabban becsli a felnőtt egészségi állapotot.

Ahogy a determinánsok száma emelkedik és azok hosszú távú hatását is figyelembe veszik, úgy lesz szükség egyre komplexebb, gondosan megtervezett modellezési eljárások alkalmazására, amelyek alkalmasak a hipotézis szabatos tesztelésére a megfelelő statisztikai eszközökkel. Elemzésünk során egy többváltozós, a hallgatók egészségére vonatkozó modellt teszteltünk, amelyben a determinánsokat az életút megközelítés alapján vizsgáltuk, és jelentős

különbséget találtunk a két nem között. A férfi hallgatók egészségi állapotát kevesebb, és időben közelebbi tényező determinálta, aminek többsége mozgással volt kapcsolatos, míg a társas kapcsolatok kevésbé voltak meghatározóak. Ezzel szemben a női hallgatók esetében az életkor, az orális tényezők (különböző anyagok fogyasztása) és a társas támogatás bírt jelentős hatással. A végleges modellünk egyrészt összhangban volt a hipotetikus modellünkkel és a szakirodalomban közölt, a nemek közötti differenciát kiemelő modellekkel, másrészt elősegíti a nemi különbségek jobb megértését, és egyúttal a potenciális beavatkozási pontokat is kijelöli. A MANCOVA eljárás azonban nem alkalmas hierarchikus viszonyok tesztelésére, így a változók közötti hierarchiáról nem tudunk nyilatkozni. Figyelembe véve ugyanakkor a látens kimeneti változó („egészség”) komplexitását és a magyarázó változók nagy számát, a modell magyarázó ereje elfogadható.

FELSŐOKTATÁSBAN TANULÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK JAVÍTÁSA

A hallgatók segítségének két fő irányvonala létezik, az egyik az őket érő stressz szintjének csökkentése vagy limitálása, a másik a megküzdési készségeik erősítése bizonyítékokon alapuló intervenciókkal (vagy a kettő kombinációja).

A stressz szintjének csökkentése érdekében a fentebb részletezett vizsgálatok eredményéből készült összefoglalót visszajuttattuk az érintett Karoknak, illetve a Tanulmányi Osztály vezetőjének, ezzel hozzájárulva a szervezeti és adminisztratív változtatások megvalósulásához és olyan alkalmak megteremtéséhez, ami segíti a hallgatók közötti társas támogatás erősödését és a hallgatók jóllétét. Ezen túlmenően a szakirodalmi adatok alapján kidolgoztunk egy hatékony, de a Debreceni Egyetemen korábban ilyen formában még nem elérhető elemekből felépített, szociális megismerésen alapuló intervenciót a hallgatók megküzdési készségeinek javítása érdekében. Ez egységes tematikájú, szabadon választható kreditkurzus formájában került lebonyolításra 4 különböző felsőoktatási intézményben, és mérsékelt, de szignifikáns javulást eredményezett a pszichés stressz mértékében, további bizonyítékot szolgáltatva - mások eredményeivel összhangban - a kurzus megbízhatóságára és hatékonyságára vonatkozóan. Ez azt tükrözi, hogy a kurzus tartalma és felépítése – az oktatók személyétől vagy a résztvevők jellemzőitől függetlenül – hatékony.

Vizsgálatunk egyik korlátja, hogy az elért javulást csak csoportszinten mutattuk ki. Egyéni szintű vizsgálat, személyi azonosításra alkalmas adatok híján nem történt a bizalom megőrzése és a kurzus alatt érintett szenzitív témák őszinte tárgyalása érdekében. Ugyanakkor az egyéni követés a kurzus megbízhatóságának megítéléséhez a későbbiekben szükséges.

A mentális egészség fejlesztése maga után vonja a hallgatók általános jóllétének fokozását is, amely önmagában előnyökkel jár a felsőoktatási intézmények számára. A kedvezőbb mentális egészség hatással van az intézmény megítélésére, a személyzet és a hallgatók toborzására, illetve megtartására, a tanulmányi eredményekre és a közösségi viszonyokra. Egyre inkább tudatosul, hogy a mentális jóllét elősegíthető, ha nagyobb figyelmet fordítunk a szervezeti gyakorlatra, az általános környezetre, a támogatás lehetőségeire, életmódra, attitűdökre és a valahova tartozásra. Mindezek egy strukturálisan újrászervezett, egészséges egyetemi környezet felé hatnak, amelyhez az általunk kidolgozott intervenció lehet az első lépés. Megítélésünk szerint egyetemi hallgatók körében a reziliencia fokozására egy szabadon választható kurzus alkalmas eszköz, amelynek ugyanakkor az a hátránya, hogy csak azokat a hallgatókat éri el vele, akik önként jelentkeznek, saját maguk is felismerik, hogy segítségre van szükségük.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kompetens és hiteles segítő foglalkozásúak, akik alkalmasak a munkavégzésre, elengedhetetlenek a szolgáltatások biztosítása érdekében. A fel nem ismert vagy nem kezelt egészségproblémák akadályozzák a feladatok ellátását, különösen olyan környezetben, ahol folyamatosan magas a munkahelyi stressz, mint az egészségügy vagy oktatás. A stressz, és kifejezetten annak krónikus formája, fontos egészségügyi problémát jelent, ami többek között hozzájárul a szorongás, depresszió, poszttraumás stressz zavar, kiégés, munkateljesítmény csökkenés és/vagy a rosszabb tanulási teljesítmény kialakulásához.

Azonban még a kumulatív stresszhatás sem feltétlenül vezet mentális problémák kialakulásához, ha az egyéni megküzdési képességek és pszichoszociális tényezők, mint a társas támogatás, önértékelés, személyes kontroll, moderálják a stresszorok hatását. Ahhoz, hogy a segítő foglalkozást választók a munkájukat jó hatásfokkal tudják ellátni, már a munkába állásuk első napján birtokolniuk kell ezeket a képességeket, hiszen éppen a munkakezdés az egyik legstresszesebb időszak. A szolgáltatást nyújtók mentális jóllétének javítása hozzájárul a munkateljesítmény növekedéséhez, a betegellátás minőségének javulásához, csökkenti a hiányzások, elvándorlás, kiégés és egészségkárosító magatartások kialakulását. Mindezek miatt a felsőoktatási intézményeknek nagyobb gondot kell fordítaniuk arra, hogy a stresszel való megküzdés technikáit is elsajátíttassák a hallgatókkal. A stressz intézményes okai csökkenthetőek a tanterv megreformálásával és az intézményes támogatás fokozásával.

A készségek elsajátítása a kognitív-magatartási technikák révén a leghatékonyabb a mentális egészség fejlesztéséhez. A célpopuláció minél szélesebb körű elérését segíti, ha sikerül a hatékony intervenciókat a felsőoktatási intézmények programjába integrálni, és megnyerni a hallgatók, egyetemi oktatók és adminisztrátorok támogatását. Ugyancsak fontos az első éveket megcélzó kurzusok vagy extrakurrikuláris programok kidolgozása, hiszen az egyetemen eltöltött első év a felnőtté válás egyik kritikusan fontos állomása. Hatékony fejlesztő és megelőző szolgáltatások biztosítása a felsőoktatásban tanulók és az intézmények számára csak a különböző szervezeti egységek (hallgatói ügyek, tájékoztatás, oktatási egységek, egészségügyi és tanácsadó központ) összehangolt munkájával képzelhető el.

AJÁNLÁSOK

Azok, akik egyetemi tanulmányaik kezdetén járnak és/vagy nők, külön figyelmet érdemelnek, mivel nagyobb a kockázatuk a mentális betegségek kialakulására. Ezen belül is az alacsony önbizalmú és kórosan stresszelt hallgatók korai azonosítása érdekében ajánlott a bejövő hallgatók körében a GHQ-12 és SoC-13 kérdőívek felvétele. A beavatkozásra a legalkalmasabb idő a tanulmányok kezdete, annak érdekében, hogy a veszélyeztetett hallgatókat azonosítva rezilienciájuk fokozható legyen, és a későbbiekben könnyebben megküzdjenek a munkájuk során jelentkező kihívásokkal. Ezért a tanulmányok kezdetén a fentebb bemutatott becslőskála bevezetését javasoljuk a hallgatók mentális egészségének vizsgálatára, melyet a készségfejlesztést segítő beavatkozásokra irányuló figyelemfelhívásnak és részvételnek kell követnie.

Eredményeink kiemelik a segítő foglalkozást választó hallgatók mentális egészségére irányuló további, longitudinális vizsgálatok és beavatkozások fontosságát annak tükrében, hogy ők szerepmódként hatnak majd klienseik számára. Ennek megfelelően ajánljuk a hallgatók mentális egészségének monitorozását tanulmányaik alatt.

A felsőoktatási intézmények részéről fontos a megküzdési készségek fejlesztésére irányuló képzési elemek bevezetése, a társas támogatás növelése, vagy mindkettő, mint a mentális egészséget az egyetemi évek alatt meghatározó tényező. Szervezeti, egyetemi szintű változtatások úgyszintén szükségesek, a több és célzottabb, a magasabb kockázatnak kitetteket megcélzó szolgáltatásokkal együtt annak érdekében, hogy a hallgatók mentális egészsége javuljon.

Az egyetemi hallgatók mentális egészségének fontosságát felismerve, a Michigani Egyetem 2007-ben nagyszabású vizsgálatot indított az USA felsőoktatási intézményeiben tanuló

hallgatók követésére (Healthy Minds Study). Ennek eredményei szerint az általános népességhez képest magasabb arányban, a hallgatók csaknem felénél találtak valamilyen mentális betegséget. Vizsgálataink megalapozzák azon véleményünket, hogy az USA-hoz hasonlóan a hazai felsőoktatási intézményekben tanulók mentális egészségének követésére és javítására is szükség van.

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

Az általunk vizsgált hallgatói csoportok mindegyikére jellemző volt a kóros mértékű pszichés stresszel küzdők változó mértékben emelkedett volta a kortárs általános populációhoz viszonyítva. Ezen eredmények alapján megállapítható, hogy a hallgatók körében szaktól függetlenül aggasztóan magas a kedvezőtlen lelki egészséggel jellemezhető aránya.

A mentális egészséget javító szolgáltatói kapacitások korlátozottsága és a primer prevenció ismert hatékonysága miatt indokolt azok igénybevételével kapcsolatban iránymutatást adni a hallgatóknak. Ez megoldható a koherencia-érzést és pszichés stresszt együttesen mérő, általunk kidolgozott becslőskála alkalmazásával, amely stigmatizáló hatás nélkül tudja azonosítani a lelki egészség szempontjából kis kockázattal rendelkező hallgatókat. Az összes többi hallgató számára felajánlható az egyetemen elérhető szolgáltatásokban való részvétel.

A hallgatókra jellemző magas stressz szint okainak egy része az egyetemi létformával kapcsolatos, úgymint a magas elvárások és alacsony társas támogatás, amelyben a hallgatók közötti kapcsolatok lazulása is szerepet játszik. Más stresszorok részben családi jellegűek, mint az anyagi nehézségek, részben egyéniek, mint a szabadidő hiánya és a hiányos stresszkezelési készségek.

Vizsgált modellünk szerint a két nemből különbözik a mentális egészséget meghatározó tényezők száma és jellege. Női hallgatók esetében a társas támogatás, férfi hallgatóknál a mozgásos tevékenységek jelentősége emelendő ki. Ebből következően a két nemből eltérően célzott segítő szolgáltatások alkalmasak a hallgatók mentális egészségének fejlesztésére.

Az általunk kidolgozott szabadon választható, szociális kognitív eljárásokat alkalmazó, a hallgatók körében a pszichés stressz szintjét hatékonyan csökkentő kurzust ajánlott a választható kurzusok között rendszeresen kínálni.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészségügyi és pedagógus szakemberek saját egészségét betegeik, klienseik, tanítványaik naponta veszik hallgatólagosan górcső alá, szakmai tudásukkal összevetve azt. E megítélésen keresztül a szakemberek közvetett véleményformáló hatása, példakép-szerepe legalább olyan jelentős, mint szavaikkal közvetített tudásuk. Ezért kiemelten fontos e szakemberek egészségét már hallgató korukban megvizsgálni, hogy azt szükség esetén javítani lehessen.

Ennek érdekében elsőként felmérést végeztünk a népegészségügyi, gyógytornász és óvodapedagógus hallgatók egészségének megismerése céljából a Debreceni Egyetem hallgatói körében, elsősorban a lelki egészség kóros mértékű stresszel mért negatív, és koherencia-érzéssel mért pozitív aspektusára összpontosítva. Másodikként egy becslőskálát alakítottunk ki a jó és a kevésbé jó mentális állapotú hallgatók elkülönítésére. Harmadik lépésben a hallgatók mentális egészségének determinánsait határoztuk meg, egy bio-pszichoszociális orientációjú többváltozós modellbe beépítve azokat; majd a hallgatók mentális egészségét javító intervenciót dolgoztunk ki és értékeltünk.

Felmérésünk szerint a vizsgált hallgatói populáció közel negyedére volt jellemző a kedvezőtlen mentális egészség, amelyet alacsony koherencia-érzés és magas pszichés stressz jellemez. A női hallgatók közt kétszer magasabb arányban voltak a kedvezőtlen mentális egészségűek a férfi hallgatókhoz képest, és hatszor többen voltak, mint a hasonló korú női általános népességben. Az általunk kidolgozott becslőskála magas megbízhatósággal azonosítja a jó mentális állapotú hallgatókat, nem stigmatizálóan elkülönítve a többlettámogatást nem igénylőket azoktól, akiknek arra szükségük van. A vizsgálatunk harmadik lépéseként épített modell tesztelése rávilágított arra, hogy a női és férfi hallgatók mentális egészségének háttér-tényezői jelentősen különböznek. Női hallgatók mentális egészségének kiemelten fontos védőfaktora a társas támogatás, míg férfi hallgatók mentális egészségére domináns hatással vannak a testmozgással kapcsolatos tevékenységek. A hallgatók mentális egészségének fejlesztésére kidolgozott, és szabadon választható kurzusként megvalósított intervenció szignifikánsan csökkentette a kóros mértékű pszichés stresszt a résztvevők körében.

Eredményeink alapján javasoljuk az első éves hallgatók szűrését a lelki egészség szempontjából, hogy az optimálisnál kedvezőtlenebb állapotban lévőknek különféle támogató szolgáltatásokat lehessen kínálni szabadon választható kurzusok, kortársak vagy tanárok által vezetett segítő szolgáltatások formájában. Ugyancsak javasolt a hallgatók intézményi eredetű stresszorainak csökkentése annak érdekében, hogy az egyetemi környezet egészséget támogató jellege erősödjön. Követéses vizsgálatok tudják majd megválaszolni azt a kérdést, hogy az egyéni és intézményi változások hatására hogyan javul a hallgatók és végzetek mentális egészsége.

KÖZLEMÉNYEK JEGYZÉKE

AZ ÉRTEKEZÉS ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ ÉS AHHOZ KAPCSOLÓDÓ KÖZLEMÉNYEK



DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR
PUBLIKÁCIÓK



Iktatószám: DEENKÉTK/125/2014.
Tételszám:
Tárgy: Ph.D. Publikációs Lista

Jelölt: Bíró Éva

Neptun kód: E88CM1

Doktori Iskola: Egészségtudományok Doktori Iskola

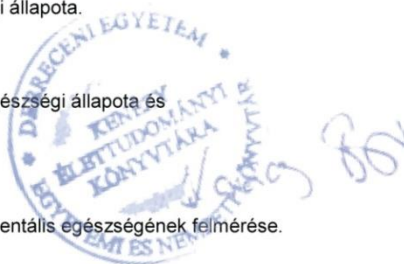
Mtmt azonosító: 10036724

A PhD értekezés alapjául szolgáló közlemények

1. **Bíró, É.**, Veres-Balajti, I., Ádány, R., Kósa, K.: Social cognitive intervention reduces stress in Hungarian university students.
Health Promot. Int. Epub ahead of print (2014)
DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau006>
IF:1.377 (2012)
2. **Bíró, É.**, Ádány, R., Kósa, K.: Mental health and behaviour of students of public health and their correlation with social support: A cross-sectional study.
BMC Public Health. 11 (1), 871, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-11-871>
IF:1.997

További Közlemények

3. **Bíró É.**, Nagy Á., Kósa K.: Gyógytornászhallgatók egészségi állapota.
Fizioterápia. 23 (1), 8-15, 2014.
4. Veres-Balajti I., **Bíró É.**, Ádány R., Kósa K.: Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete.
Educatio. 22 (2), 201-212, 2013.
5. **Bíró É.**, Olvasztó L., Kósa K.: Óvodapedagógus hallgatók mentális egészségének felmérése.
Magyar Pedagóg. 110 (4), 285-300, 2010.



Cím: 4032 Debrecen, Egyetem tér 1. □ Postacím: 4010 Debrecen, Pf. 45. □ Tel.: (52) 518-600
E-mail publikaciok@lib.unideb.hu □ Honlap: lib.unideb.hu



DEBRECENI EGYETEM
EGYETEMI ÉS NEMZETI KÖNYVTÁR
PUBLIKÁCIÓK



6. **Bíró, É.**, Balajti, I., Ádány, R., Kósa, K.: Determinants of mental well-being of medical students.
Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 45 (2), 253-258, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-009-0062-0>
IF:2.147
7. Balajti I., **Bíró É.**, Kósa K.: Az elhízást jellemző paraméterek vizsgálata önbecslés és mérés alapján.
Fizioterápia. 18 (2), 13-17, 2009.
8. **Bíró É.**, Balajti I., Ádány R., Kósa K.: Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.
Orv. Hetil. 149 (46), 2165-2171, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1556/OH.2008.28427>
9. Balajti I., Daragó L., **Bíró É.**, Ádány R., Kósa K.: A tanárjelöltek egészségzempléletének felmérése.
Népegészségügy. 86 (1), 36-42, 2008.

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora: 5.521

A közlő folyóiratok összesített impakt faktora (az értekezés alapjául szolgáló közleményekre): 3.374

A DEENK Kenézy Élettudományi Könyvtár a Jelölt által a Publikációs Adatbázisba feltöltött adatok bibliográfiai és tudományometriai ellenőrzését a tudományos adatbázisok és a Journal Citation Reports Impact Factor lista alapján elvégezte.

Debrecen, 2014.05.29



KONFERENCIA ELŐADÁSOK AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN

Bíró É., Faludi E., Balajti I., Ádány R., Kósa K.: Egyetemi hallgatók mentális egészségének javítása. Előadás a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek harmadik konferenciáján. Győr, 2009. szeptember 24-26.

É. Bíró, I. Balajti, R. Ádány, K. Kósa: An effective method to improve the mental health of university students. Előadás az ASPHER Young Researchers Forum 2009 konferencián. Lodz, 2009. november 25.

Bíró É., Jenei L., Siket A., Ádány R., Kósa K.: Népegészségügyi szakos hallgatók egészségmagatartása és egészségi állapota. Előadás a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek negyedik konferenciáján. Szombathely, 2010. szeptember 2-4.

É. Bíró, R. Ádány, K. Kósa: Health status and health behaviour of public health students in Hungary. Előadás a EUPHA 2010.évi konferenciáján. Amsterdam, 2010. november 10-13.

Bíró É., Ádány R., Kósa K.: Egészség- és neveléstudományi hallgatók lelki egészsége és egészségmagatartása. Előadás a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek ötödik konferenciáján. Szeged, 2011. augusztus 31. - szeptember 2.

EGYÉB KONFERENCIA ELŐADÁSOK

I. Balajti, L. Daragó, **É. Bíró**, R. Ádány, K. Kósa: Response rate by various means of survey methods among students of higher education. Poszter az ASPHER 2007. évi konferenciáján. 2007. október

I. Balajti, L. Daragó, **É. Bíró**, R. Ádány, K. Kósa: Response rate by various means of survey methods among students of higher education. Poszter a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum és az MTA DAB Orvostudományi és Biológiai Szakbizottságának tudományos ülésén, 2008. február 25.

É. Bíró, I. Balajti, R. Ádány, K. Kósa: Health behaviour survey among medical students. Poszter a Debreceni Egyetem Orvos és Egészségtudományi Centrum és az MTA DAB Orvostudományi és Biológiai Szakbizottságának tudományos ülésén, 2008. február 25.

Bíró É., Balajti I., Ádány R., Kósa K.: Egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. Előadás a Hungarian Medical Association of America 2008. évi konferenciáján. Budapest, 2008. augusztus 23.

Bíró É., Balajti I., Ádány R., Kósa K.: Egészségi állapot és egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. Előadás a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek második konferenciáján. Mátraháza, 2008. szeptember 25-27.

É. Bíró, I. Balajti, R. Ádány, K. Kósa: Mental health of medical students in Hungary. Poszter a EUPHA 2008. évi konferenciáján. 2008. november 5-8.

É. Bíró, I. Balajti, R. Ádány, K. Kósa: Mental health of medical students in Hungary. Előadás a 1st International Student Medical Congress Košice (ISMCK'09) konferencián. Kassa, 2009. június 23-25.