

Hornýák Beatrix százados:

MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

ÖSSZEFOGLALÓ: *Selye János megfogalmazása szerint „az egészség és a boldogság titka nagyrészt abban áll, hogy sikerrel kell idomulni e planéta örökké változó életfeltételeihez; az, aki az alkalmazkodás feltételeit nem sajátítja el kellően, betegséggel és boldogtalansággal rója le a büntetéspénzt”. (Selye 1966) Egészségünk fenntartása szempontjából tehát a fő kérdés: Hogyan „idomulhatunk sikerrel e planéta életfeltételeihez”? Vajon a magas szintű mentális állóképesség – mint a sikeres idomulás egyik formája – hozzájárulhat-e egészségünk fenntartásához, fejlesztéséhez? E kérdéseket vizsgálja a szerző tanulmányában.*

KULCSSZAVAK: *mentális állóképesség, reziliencia, coping, egészségmagatartás*

ELMÉLETI HÁTTÉR

Pszichológiai reziliencia

A pszichológiai rezilienciát az 1970-es években a fejlődési pszichopatológia fedezte fel (Cicchetti 1990), olyan empirikus kutatások nyomán, melyek során negatív fejlődési eseménynek kitett (pl. szegénység, abúzus, erőszak, szülők mentális betegsége, elhanyagolás stb.) személyek – főként gyermekek – esetében a várható maladaptív következményekkel ellentétben pozitív fejlődési kimenetet találtak (pl. Garmezy–Masten–Tellegen 1984; Antonovsky–Dowty–Maoz–Wijsenbeek 1971). A gyermekek egy csoportja a nehéz élet-történet ellenére is egészséges fejlődést mutatott és boldog, sikeres, mentálisan egészséges felnőtté vált, ami ellentmondott azon korábbi előfeltevéseknek, hogy a korai sérülések és a későbbi patológiák között elkerülhetetlen ok-okozati kapcsolat áll fenn (Szokolszky–Komlósi, 2015). A fogalomnak jelenleg egységesen elfogadott definíciója nincs, a szakirodalomban többféle meghatározással találkozhatunk, melyek közös vonása, hogy a jelenség „kvintesszenciája” a rizikónak való kitettség és a sikeres alkalmazkodáson alapul (Hornýák 2012). Az egyik legáltalánosabb megfogalmazás szerint a reziliencia a sikeres alkalmazkodás folyamata, képessége vagy kimenete a kihívást jelentő vagy fenyegető körülmények ellenére (Masten 2001).

Vonásméleti megközelítés

A kezdeti kutatások – mely kutatási irány napjainkban is jelen van – ún. *vonásméleti megközelítést* alkalmaztak, vagyis a reziliencia paradoxonára az egyénen belül keresték a választ, a reziliens személy karakterjegyeit, személyiségjellemzőit kutatták. Ez a megközelítés köszön vissza Rutter, Bonanno, Connor definíciójában. Rutter szerint a reziliencia egy karakterjegy, ami lehetővé teszi az egyének számára a megpróbáltatásokkal való sikeres megküzdést (Rutter 2000). Bonanno olyan statikus karakterjegyként határozza meg a rezilienciát, melynek birtokában az egyén trauma hatására átélhet rövid idejű érzelmi, fizikai diszregulációt, változásokat, de ezt követően képes folytatni és teljesíteni a személyes és szociális feladatait (Bonanno 2004). Connor szerint a reziliencia nem más, mint a stresszel

való megküzdési készség, illetve kapacitás mértéke, olyan személyiségtényezők jelenléte, amelyek lehetővé teszik az egyénnek, illetve egy közösségnek a fejlődést, a növekedést kedvezőtlen körülmények ellenére is (Connor 2006).

Képességalapú megközelítés

Kutatók egy másik csoportja ún. *képességalapú megközelítésben* tekint a rezilienciára, vagyis olyan tanulási, tapasztalatszerzési folyamatok során megszerzett képességek konstruktumának tartja, amely az érzelmi választ kiváltó helyzetekben megjelenő én-hatékonysággal definiálható (Hornyak 2012). Ebben a megfogalmazásban a reziliencia a viszontagságokkal szembeni kitartás vagy pozitív beállítódás képessége, amely képessé teszi az egyént a trauma sikeres leküzdésére, a stressz alatti egészséges és adaptív működés fenntartására.

Agaibi és Wilson modellje alapján a reziliencia a pszichológiai traumára adott válaszként érvényesül, egymást befolyásoló faktorok kombinációjaként. Ezek a faktorok a személyiségvonások, az érzelmi modulációért felelős tényezők, az énvédő mechanizmusok és a megküzdési (coping) stílus (Agaibi–Wilson 2005). Az Amerikai Pszichológiai Társaság szerint a reziliencia az egyén képessége arra, hogy sikeresen és adaptívan túljusson a súlyos traumán és megbirkózzon a jelentős, adott esetben krónikus stresszrel (APA 2014). Képességalapú megközelítést alkalmaz Stoltz mentális állóképesség-kvóciens (Adversity Quotient) tesztjében; szerinte az AQ választ ad arra, hogy az egyén mennyire képes ellenállni a megpróbáltatásoknak és mennyire képes azokat leküzdeni (Stoltz 1997). A reziliencia a legnagyobb átfedésben a megküzdés (coping) fogalmával áll, ami az egyén olyan képességeit, erőfeszítéseit foglalja magában, amelyekkel hatékonyan képes szembenézni az őt ért stresszrel (Szokolszky–Komlósi, 2015).

Rendszerszintű megközelítés

Az újabb vizsgálatok az intraperszonális (egyénen belüli) tényezők mellett számos egyéb, főként interperszonális (egyének közötti) tényezők fontosságára mutattak rá (Szokolszky–Komlósi 2015), és ún. *rendszerszintű megközelítést* alkalmaznak. A rendszerszintű megközelítés szerint a reziliencia az egyéni jellemzők és a támogató környezet közötti tökéletes illeszkedést foglalja magában. Ebből a szempontból a coping részét képezi a rezilienciának, de több annál. Egy olyan dinamikus fejlődési rendszer, amely az egyén és a környezet interakciója során fejlődik és dinamikusán változik az időben és a különböző szituációkban (Rutter 2012).

Friborg a rezilienciát különböző dimenziókat tartalmazó konstruktumnak tartja, amely a pszichológiai készségek mellett azokra az előnyökre is vonatkozik, amelyeket az egyén számára a külső szociális támogató rendszerek (pl. család, közösségek, munkahely) közvetítenek ahhoz, hogy képes legyen a stresszhelyzetekkel megbirkózni (Friborg et al. 2003). Ennek megfelelően beszélhetünk egyénen belüli, azaz individuális faktorokról (pl. alkalmazkodóképesség, extraverzió, szívósság, pozitív önértékelés, én-hatékonyság, belső kontrollosság, koherenciaérzék, optimizmus, hit, kreativitás stb.) és egyénen kívüli, azaz környezeti, szociális faktorokról (pl. szociális támogatottság; családi, közösségi, spirituális, kulturális, érzelmi elérhetőség és jelenlét; megfelelő szocioökonómiai státus).

Masten három nagy tényezőcsoport fontosságát emeli ki: 1.) szülői és kapcsolati tényezők (pl. erős kapcsolat a szülővel/szülővel, hatékony szocializáció, kapcsolat kompetens társakkal, felnőttekkel); 2. egyéni pszichés jellemzők (pl. pozitív beállítódás, intelligencia, tehetség)

és 3. közösségi kontextus (pl. biztonságos lakókönyezet, megfelelő szocioökonómiai helyzet) (Masten 2007). Ebből a megközelítésből a reziliencia az egyén és a környezet viszonyrendszerén alapuló sokrétű és dinamikus interakciók eredménye, melynek tanulmányozásához integrált bio-pszicho-szocio-kulturális megközelítés szükséges (Szokolszky–Komlósi 2015).

Egészségmagatartás

Definíció alapján az egészségmagatartás minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e (Harris–Guten 1979). Az egészségpszichológiai modellek – a rizikó-protéktív modell analógiájára – az egészségmagatartást és annak egyéni mintázatát meghatározó egészségkockázati és egészségvédő tényezőket vizsgálják. Matarazzo ennek megfelelően az egészségmagatartás két formáját különbözteti meg, beszél pozitív egészségmagatartásról (ezt nevezhetjük preventív, megelőző vagy immunogén magatartásnak is), valamint kockázatokat növelő egészségmagatartásról (más néven rizikó, kockázati vagy patogén magatartás) (Matarazzo 1984). A rizikó magatartásformák háttérében a nem tudatos, érzelmi motivációk játszanak főként szerepet, míg a preventív magatartásformák háttérében a kognitív elemek a meghatározóak, emiatt nevezik a pozitív egészségmagatartást gyakran egészségtudatos magatartásnak is.

A preventív egészségmagatartás pszichológiai meghatározására és jellemzésére az elmúlt években több modell is született. A *kognitív* elméleteken alapuló modellek főként a racionális tényezőkön keresztül vizsgálják az egyén magatartását. A *társas-kognitív elméletek* szerint az egészségmagatartást személyi tényezők, viselkedési kompetenciák, attitűd, társas és fizikai környezet és a másoknak való megfeleléssel összefüggő szociális norma határozza meg. A *folymatelméletek* a viselkedés szakaszaira helyezik a hangsúlyt. Véleményük szerint az egészségmagatartás két fő szakaszból áll, döntéshozatali/motivációs és cselekvési fázisból, melyeket eltérő tényezők befolyásolnak (Urbán 2001).

Az egészségmagatartás vizsgálatában is jelen van a rezilienciánál már említett rendszereszméletű, bio-pszicho-szociális megközelítés, mely leginkább Pender egészségtámogató modelljében érhető tetten. Pender az egészségmagatartás háttérében három tényezőt tételez fel: befolyásoló tényezők (demográfiai, biológiai, magatartási és viselkedési tényezők, valamint társas és társadalmi kapcsolatok), kognitív és észlelési tényezők (az egészség fontossága, észlelt kontroll, szubjektív egészségi állapot) és indítékok (érzelmek, attitűdök, mások véleménye) (Pender 1975).

A coping stratégiák és az egészségmagatartás közötti kapcsolat elemzésére számos vizsgálat történt, főként fiatal populáción. A kutatási eredmények szerint a problémafókuszú és a társas támaszt igénybe vevő szociális coping stratégiák adaptív, egészségvédő magatartással, míg az érzelemfókuszú és a passzív stratégiák maladaptív, egészségkárosító magatartásformákkal jártak együtt (Pikó 2001; Pikó–Keresztes 2007; Tapert–Brown–Myers–Granholm 1999).

A fentiek alapján mind a pszichológiai reziliencia, mind az egészségmagatartás kapcsolatban áll az egyén megküzdésével, coping stratégiájával. E két tényező közötti kapcsolatot vizsgáltam a Magyar Honvédség személyi állományának körében folytatott empirikus kutatásom során. Tanulmányom következő részében a témában végzett korábbi kutatási eredményeket összegzem, majd jelen vizsgálatom eredményeit ismertetem.

A MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG VIZSGÁLATA A MAGYAR HONVÉDSÉGBEN

A Mentális Állóképesség Teszt

A Magyar Honvédségen belül végzett kutatások során a reziliencia képességalapú megközelítéséből indultunk ki, feltételeztük, hogy feladatalapú megközelítésben, objektív formában mérhető konstruktumról van szó, amely az érzelmi választ kiváltó helyzetekben (stresszteli szituációkban) megjelenő én-hatékonyssággal definiálható. A Mentális Állóképesség Teszt (MÁQ teszt) 2006-ban lett kialakítva – speciálisan a Magyar Honvédség személyi állományára –, és a próbavizsgálatokat követően 2008-ban építették be az éves egészségügyi szűrővizsgálati adatlapba. A MÁQ teszt a Stoltz-féle koncepciót követi (Stoltz 1997), érzelmileg telített helyzeteket exponál, és azt vizsgálja, hogy a személy milyen gondolkodási séma és viselkedési mintázat alapján reagál az őt ért kihívásokra. A 20 állításból/érzelmileg telített helyzetből álló teszt a mentális állóképességet egy mérőszámban (Mentális Állóképesség Kvóciens – MÁQ) fejezi ki. A szituációkra az egyén önjellemzéséből adódó egyetértésének mértéke alapján egy 5 fokú Likert-skálán kell a válaszokat bejelölni, így a mutató 20–100 pont közötti értéket vehet fel (Hornyák 2012; Szilágyi–Csukonyi–Sótér–Hornyák 2014). A magas MÁQ-pontszámmal rendelkezők jobban tudják kontrollálni és befolyásolni a stresszel járó helyzetek kimenetelét az életükben, nem érzik olyan félelmetesnek és megterhelőnek a stresszes szituációkat. Felelősnek érzik magukat a helyzet kezeléséért – függetlenül attól, hogy ki idézte elő a stresszteli helyzetet –, és képesek a helyzetet reálisan, annak súlyosságának megfelelően kezelni. A nehézségeket úgy tekintik, mint aktuálisan fennálló, de idővel megszűnő problémát, és nem engedik, hogy a munkájukból adódó stressz az életük más területére is kihasson (Szilágyi–Csukonyi–Sótér–Hornyák 2014).

Korábbi vizsgálati eredmények

A korábbi vizsgálati eredményeink szerint a mentális állóképesség szignifikánsan pozitívan korrelált a szubjektív jólléttel, az egészségvédő magatartással (gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága, testmozgás gyakorisága), a koherenciamutatóval és a szubjektív egészségi állapot mutatójával. Szignifikánsan negatív korrelációt találtunk a depresszió, a stresszjelenlét, a pszichoszomatikus tünetek előfordulása és az egészségkárosító magatartásformák (dohányzás, koffeinfogyasztás, fizikai inaktivitás) vonatkozásában (Hornyák 2012; Hegedűs–Hornyák 2012; Szilágyi–Csukonyi–Sótér–Hornyák 2014). A regressziós elemzések eredményei a MÁQ védő szerepét támasztották alá néhány krónikus betegség vonatkozásában (bőrbetegségek, szív- és érrendszeri megbetegedések, felső és alsó légúti megbetegedések, emésztőszervi megbetegedések, ideg-elme megbetegedések) (Hornyák 2012; Szilágyi–Csukonyi–Sótér–Hornyák 2014). Összességében tehát a korábbi kutatások igazolták, hogy a magasabb MÁQ-szint jobb szubjektív és objektív egészségi állapotot jósol be, azonban az egyes tényezők közötti hatások mértékéről – a regressziós vizsgálatok kivételével – nem tájékoztatnak.

A mentális állóképesség és az egészségmagatartás közötti kapcsolat

Jelen empirikus kutatásomban a kapcsolat mértékének becslésére rendezett logisztikus regressziós (ordered logistic regression) elemzést végeztem a mentális állóképesség szintje (MÁQ) és az egészségmagatartás között, melynek eredményeit a következőkben ismertetem.

Vizsgálati minta. A vizsgálati populációt a Magyar Honvédség azon hivatásos és szerződéses állományú tagjai alkották, akik 2010–2014 között részt vettek az éves egészségügyi szűrővizsgálaton, kitöltötték a szűrővizsgálati adatlapot, a vizsgálatba bevont tényezők vonatkozásában hiánytalan adatszolgáltatást nyújtottak és adataik elektronikus formában rendelkezésre álltak ($N=8210$ fő).¹

Vizsgálati eszközök. A vizsgálat elvégzéséhez az egészségügyi szűrővizsgálati adatlap egészségmagatartásra és mentális állóképességre vonatkozó itemeit használtam fel. Az egészségmagatartás vonatkozásában a Matarazzo-féle (Matarazzo, 1984) felosztásnak megfelelően két csoportot képeztem: egészségvédő magatartás és egészségkockázati magatartás. Az elemzés alá vont egészségvédő (preventív) magatartások körébe a fizikai aktivitás gyakorisága, valamint a zöldség- és gyümölcsfogyasztás gyakorisága tartozott, melyek vonatkozásában gyakorisági kategóriák alapján kellett a megkérdezetteknek válaszolniuk. A fizikai aktivitás vonatkozásában négy gyakorisági értéket jelöltem meg (1 = naponta minimum 30 perc, 2 = hetente 2-3 alkalommal minimum 30 perc, 3 = havonta 4 alkalommal minimum 30 perc és 4 = fentieknél ritkábban). A zöldség- és gyümölcsfogyasztás tekintetében hét gyakorisági kategória szerepelt (1 = soha, 2 = ritkábban, mint hetente, 3 = hetente, 4 = hetente 2-4 alkalommal, 5 = hetente 5-6 alkalommal, 6 = minden nap egyszer és 7 = naponta többször). Az egészségkockázati magatartások körébe bevont változó a dohányzás, a koffein-, alkohol- és magas szénhidráttartalmú ételek fogyasztásának gyakorisága volt. A dohányzás vonatkozásában 3 kategória szerepelt (1 = soha nem dohányzott, 2 = leszokott és 3 = jelenleg is dohányzik). A koffein, alkohol és magas szénhidráttartalmú ételek fogyasztásával kapcsolatban a zöldség- és gyümölcsfogyasztásnál ismertetett 7 gyakorisági kategória szerepelt.

Vizsgálati módszer és jelölés. Az egészségügyi szűrővizsgálati adatlapok kitöltésére (azaz az adatfelvételre) és az adatok rögzítésére az MH Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság Repülőorvosi, Alkalmasságvizsgáló és Gyógyító Intézetben és az alakulatok csapategészségügyi szolgálatainál került sor. Az adatok rögzítése egy külön erre a célra kifejlesztett adatrögzítő programban történt, az adatokat az egészségügyi szolgálatok elektronikus úton terjesztették fel az MH Egészségügyi Központ Védelem-egészségügyi Igazgatóság Közegészségügyi és Járványügyi Szolgálat Egészségfejlesztési Osztálya felé. A kutatási kérdés megválaszolásához, az egészségmagatartási tényezők és a mentális állóképesség szintje közötti kapcsolat mértékének és irányának meghatározására rendezett logisztikus regressziós vizsgálatot végeztünk, a szignifikancia szintjét 5%-ban határoztuk meg. A modell bemeneti tényezői (jelölés X_i $i=1, \dots, 7$) az egészségmagatartás változói voltak rendre: dohányzási státusz, gyümölcsfogyasztás, koffeinfogyasztás, magas szénhidráttartalmú ételek fogyasztásának, sportolás, alkoholfogyasztás és a zöldségfogyasztás gyakorisága. Valamennyi bemeneti tényező értéke megegyezett a válaszkategória számával (pl. soha nem dohányzott: $X_i=1$). A kimeneti változót (jelölés p_i $i=1, \dots, 8$) a MÁQ értékének 10 pontos intervallumai képezték.

Eredmények. Az alkalmazott statisztikai módszernek köszönhetően mind az egészségvédő, mind az egészségkockázati magatartások vonatkozásában meghatároztam a regressziós együtthatók (α , β) értékeit, melyek közül β az összefüggés mértékét és irányát jelzi, az α pedig az illesztett modell kezdőpontja. A kapott eredményeket az 1. ábra szemlélteti.

¹ Az adatok statisztikai célú feldolgozásához a résztvevők hozzájárultak, melyet aláírásukkal igazoltak. Az anonimitás érdekében az adatokat személyi azonosításra alkalmatlan módon kezeltem.



1. ábra *A mentális állóképesség (MÁQ) és az egészségmagatartás közötti kapcsolat (Szerkesztette a szerző)*

Az 1. ábrán jól látszik, hogy a mentális állóképesség pozitív hatást gyakorol a preventív egészségmagatartásra (β értéke pozitív szám), míg negatív hatással van a rizikómagatartásra (β értéke negatív szám). Valamennyi preventív egészségmagatartás vonatkozásában szignifikáns eredményt kaptam ($p \leq 0,001$), a rizikómagatartások esetében egyedül az alkoholfogyasztás esetében nem igazolódott a hatás szignifikánsnak. Az ilyen típusú logisztikus regressziós modellek gyakorlati jelentősége, hogy a regressziós együttható értékéből lehetőségünk van az esélyhányadosok (odds ratio – OR) becslésére (képlet: $OR = e^{\beta \times k}$, ahol e az Euler-féle szám, a természetes logaritmus alapja, értéke: 2,718, k a konstans), valamint az esélyhányadosokból közvetlenül számolható a MÁQ-érték intervallumbecslése az alábbi egyenletrendszer segítségével:

$$\log\left(\frac{p_1}{p_2 + \dots + p_8}\right) = \alpha_1 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + p_2}{p_3 + \dots + p_8}\right) = \alpha_2 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + p_2 + p_3}{p_4 + \dots + p_8}\right) = \alpha_3 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + \dots + p_4}{p_5 + \dots + p_8}\right) = \alpha_4 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + \dots + p_5}{p_6 + p_7 + p_8}\right) = \alpha_5 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + \dots + p_6}{p_7 + p_8}\right) = \alpha_6 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

$$\log\left(\frac{p_1 + \dots + p_7}{p_8}\right) = \alpha_7 + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \beta_3 x_3 + \beta_4 x_4 + \beta_5 x_5 + \beta_6 x_6 + \beta_7 x_7$$

ahol α_i és β_i ($i = 1, \dots, 7$) a modell paraméterei, melyek számított értékét az 1. táblázatban foglaltam össze.

1. táblázat *A rendezett logisztikus regressziós modell számított paraméterei (Szerkesztette a szerző)*

| | α | β |
|---|----------|---------|
| 1 | 7,3914 | -0,1248 |
| 2 | 4,9869 | 0,0693 |
| 3 | 2,1181 | -0,0398 |
| 4 | -0,3298 | -0,0551 |
| 5 | -2,9501 | -0,0795 |
| 6 | -5,2194 | 0,0352 |
| 7 | -7,7101 | 0,1028 |

Az értékek egyenletbe történő behelyettesítésével meghatározhatók a MÁQ-érték intervallumainak valószínűségi értékei.

ÖSSZEZÉS

Tanulmányomban egy empirikus kutatás eredményeit ismertettem, melyben a mentális állóképesség mint pszichológiai védőfaktor és az egészségmagatartás közötti kapcsolatot vizsgáltam. A mentális állóképesség mérésére szolgáló, speciálisan a Magyar Honvédség személyi állományára kifejlesztett teszt a reziliencia képességalapú megközelítéséből indul ki, mely szerint a reziliencia olyan tanulási, tapasztalatszerzési folyamatok során megszerzett képességek konstruktumának tekinthető, amely az érzelmi választ kiváltó helyzetekben megjelenő én-hatékonyssággal definiálható.

Kutatási kérdésem megfogalmazásánál abból a feltételezésből indultam ki, hogy pszichológiai megközelítésben a reziliencia a legnagyobb átfedésben a megküzdés (coping) fogalmával áll, a coping stratégiák pedig szakirodalmi adatok alapján összefüggésben állnak az egészségmagatartással, így a mentális állóképesség és az egészségmagatartás között statisztikailag igazolható kapcsolatnak kell lennie. A kapcsolat meglétét korábbi kutatásaimban korrelációs vizsgálatokkal igazoltam, azonban a hatás nagyságának, mértékének megállapításához a korrelációs vizsgálatok nem nyújtanak elegendő információt. Jelen tanulmányomban rendezett logisztikus regressziós vizsgálattal határoztam meg a regressziós együtthatók értékét, melyek alapján lehetőség van az esélyhányadosok számítására, így a későbbiekben egy kockázatbecslő modell/program felállítására. További kutatási irányként jelentkezik – a reziliencia rendszerszintű megközelítéséből adódóan – a demográfiai sajátosságok, a környezeti karakterisztika modellbe történő beépítése, hogy teljes képet kaphassunk a személyi állomány rezilienciájával kapcsolatban. Egyre több szakirodalmi adat támasztja alá ugyanis azt a tényt, hogy a reziliencia egy dinamikus fejlődési rendszer részeként az egyén és a környezet interakciójában fejlődik, így annak megismeréséhez ismernünk kell az egyén alapvető pszichológiai sajátosságait (pl. kogníció sajátosságai, MÁQ), demográfiai sajátosságait (pl. életkor, nem), környezetének karakterisztikáját (pl. családstruktúra, szocioökonomiai státus) és adaptív működésének jellemzőit (pl. egészségtudatosság).

Eredményeim szerint a mentális állóképesség szignifikáns pozitív kapcsolatban áll a preventív egészségmagatartással és szignifikáns negatív kapcsolatban a rizikómagatartással.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Agaibi, C. E. – Wilson, J. P.: *Trauma, PTSD, and resilience. A review of literature*. Trauma, Violence, & Abuse, 2005, 6, 3, 195–216.
- American Psychological Association (APA): The road to resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx> (Letöltés időpontja: 2016. 03. 12.)
- Antonovsky, A. – Dowty, N. – Maoz, B. – Wijsenbeek, H.: *Twenty-five years later: A limited study of sequelae of the concentration camp experience*. Social Psychiatry, 1971, 6, 186–193.
- Bonanno, G. A.: *Loss, trauma and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?* American Psychologist, 2004, 59, 1, 20–28.
- Cicchetti, D.: *An historical perspective on the discipline of developmental psychopathology*. In: Rolf, J. – Masten, A. – Cicchetti, D. – Nuechterlein, K. H. – Weintraub, S. (eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University Press, New York, 1990, 2–28.
- Connor, K. M.: *Assessment of Resilience in the Aftermath of Trauma*. Journal of Clinical Psychiatry, 2006, 67, 2, 46–49.
- Friborg, O. et al.: *A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment?* International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2003, 12, 2, 65–76.
- Garmezy, N. – Masten, A. S. – Tellegen, A.: *The study of stress and competence in children: A building block for developmental psychopathology*. Child Development, 1984, 55, 97–111.
- Harris, D. M. – Guten, S.: *Health-Protective Behaviour: An Exploratory Study*. Journal of Health and Social Behaviour, 1979, 20, 1, 17–29.
- Hegedűs Cs. – Hornyák B.: *A sportolási gyakoriság hatása a mentális állóképességre (MÁQ) és a pszichoszociális egészségre*. Honvédorvos, 2012, 64, 3–4, 153–160.
- Hornyák Beatrix: *Mentális állóképesség összefüggése az egészségmagatartással*. Honvédorvos, 2012, 64, 3–4, 129–142.
- Masten, A. S.: *Ordinary Magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 2001, 56, 227–238.
- Masten, A. S.: *Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises*. Development and Psychopathology, 2007, 19, 921–930.
- Matarazzo, J. D.: *Behavioral immunogens and pathogens in health and illness*. In: Hammonds, B. L. – Scheirer, C. J. (eds.): Psychology and health. Washington, DC., American Psychological Association, 1984, 9–43.
- Pender, N. J.: *A conceptual model for preventive health behavior*. Nursing Outlook, 1975, 6, 385–390.
- Pikó Bettina és Keresztes Noémi: *Serdülők egészségmagatartása két szociális megküzdési (coping) mechanizmus tükrében*. Magyar Pszichológiai Szemle, 2007, 62, 185–196.
- Pikó Bettina: *Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping*. The Psychological Record, 2001, 51, 223–235.
- Rutter, M.: *Children in substitute care: some conceptual considerations and research implications*. Children and Youth Services Review, 2000, 9–10, 685–703.
- Rutter, M.: *Resilience as a Dynamic Concept*. Development and Psychopathology, 2012, 24, 335–344.
- Selye János: *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966.
- Stoltz, P. G.: *Adversity Quotient: Turning obstacles into opportunities*. Wiley, New York, 1997.
- Szilágyi Zsuzsanna – Csukonyi Csilla – Sótér Andrea – Hornyák Beatrix: *A mentális állóképesség-vizsgálatok bevezetésének lépései a Magyar Honvédség állományában (2006–2009)*. Hadtudományi Szemle, 2014, 7, 1, 158–178.

- Szokolszky Ágnes – V. Komlósi Annamária: *A „reziliencia-gondolkodás” felemelkedése- ökológiai és pszichológiai megközelítések.* *Alkalmazott Pszichológia*, 2015, 15, 1, 11–26.
- Tapert, S. F. – Brown, S. A. – Myers, M. G. – Granholm, E.: *The role of neurocognitive abilities in coping with adolescent relapse to alcohol and drug use.* *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60, 500–508.
- Urbán, R.: *Útban a magatartáscsökkentő egészségpszichológia felé: az egészségmagatartás pszichológiai elemzése.* *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2001, 56, 4, 237–250.

A Zrínyi Kiadó újdonságai



B. Stenge Csaba **Elfelejtett hősök**

A magyar királyi honvéd légiőrök ászai a második világháborúban

A hadtörténész-levéltáros szerző magyar, német, orosz és amerikai levéltári források, könyvészeti anyagok és megbízható memoárok mellett a könyvben szereplő pilótáknál, illetve hozzátartozóiknál, barátaiknál megőrzött és fennmaradt, velük kapcsolatos korabeli dokumentumokat is feldolgozva mutatja be a magyar királyi honvéd légiőrök légi harcban legeredményesebb pilótáit. A kötetet számos fénykép és színes oldalnézeti grafika illusztrálja.



Hősök naptára

Szerkesztők: Illésfalvi Péter, Maruzs Roland, Szentváry-Lukács János

Ez a könyv azért íródott, hogy a ma embere se felejtkezzen el a Nagy Háború kismembereiről. Az utókor ne csak mint hadi események kronologikus sorára gondoljon az első világháború éveire, és a harcoló, küzdelmekben elesett katonák ne szürküljenek nevékké. Hősök voltak ők, akik helyálltak a rettenetben, kitartottak a vérvívarban, bátrak voltak, leleményesek és önfeláldozók. A könyvet kitüntetések fényképei és portrék illusztrálják.

További információ, vásárlás: shop.hmzrinyi.hu