

A STRESSZ ELMÉLETI HÁTTERE ÉS MÉRÉSE: A SELYE JÁNOS LELKI EGÉSZSÉG PROGRAM TESZTBATTÉRIÁJÁNAK BEMUTATÁSA

ÁDÁM SZILVIA* – SALAVECZ GYÖNGYVÉR

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2009. október 29.; elfogadva: 2010. február 17.)

A pszichoszociális stressz átfogó felmérése a stressz definíciójának sokrétűsége miatt nem egyszerű feladat. Számos mérőeszközt fejlesztettek ki, amelyek a stressz kiváltó tényezőit, a stresszválasz egyéni jellegzetességeit vagy a stressz individuális, szervezeti/ágazati, illetve társadalmi következményeit tárja fel.

Jelen tanulmányunkban röviden ismertetjük a stressz és mérésének elméleti hátterét és bemutatjuk a Selye János Lelki Egészség Program tesztbattériáját, melynek jól bevált és széles körben használt mérőeszközei a stressz környezeti és pszichológiai koncepcióin alapulnak. Az előbbieket közül bemutatjuk a társas kapcsolatokban, a munkahelyen, valamint a munkahelyi és családi szerepek közti konfliktus kapcsán kialakuló stressz mérőeszközöket; míg az utóbbiak közül ismertetünk néhány, a stressz feldolgozását és fontosabb következményeit vizsgáló eszközt. Tárgyaljuk a mérőeszközök célját, felépítését, a skálák kiértékelését, valamint pszichometriai jellemzőit.

A bemutatott tesztbattéria klinikai és epidemiológiai vizsgálatokban, valamint terápiás intervenciók során való alkalmazása elősegítheti az egyén stressz-szintjének felmérését; különös tekintettel a munkával kapcsolatos stressz mértékére és az azt csökkenteni képes forrásokra. A tesztbattéria segítheti a prevenció vagy terápiás beavatkozásokra szoruló személyek hatékonyabb kiválasztását, a célszemélyek nyomon követését, s így az intervenció hatékonyságának növelését.

Kulcsszavak: megküzdés, stressz, prevenció, intervenció, pszichometriai jellemzők

* Levelező szerző: dr. Ádám Szilvia, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: adamszilvia@hotmail.com

1. BEVEZETÉS

Selye János megfogalmazása szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre (Selye, 1956). Később a stressz definícióját a stresszfolyamat két fontos tényezője, az „ok” (környezeti stresszorok vagy stimulusok, mint pl. fontosabb életesemények vagy mindennapos kellemetlenségek) és az „okozat” (a stressz által kiváltott szubjektív válaszreakciók, vagyis az ún. értékelési folyamat és a megküzdési válaszreakciók) egészítette ki (Holmes és Rahe, 1967; Lazarus és Folkman, 1984).

A stressz mérése e definíciók alapján három elméleti megközelítésen alapul. Az első – a környezeti megközelítés – a stressz stimulus-modelljén alapul és a stresszorok feltárását és mérését tűzi ki célul (Holmes és Rahe, 1967). A második – a pszichológiai megközelítés – a stressz tranzakciós modelljén alapul és az egyén stresszértékelő folyamatait (pl. az ún. D-típusú személyiség jellemzőit) és/vagy a megküzdési válaszreakciókat méri (Lazarus és Folkman, 1984). A harmadik – a biológiai megközelítés – Selye stressz-modelljén alapul (Selye, 1956) és a stresszorokra adott élettani válaszreakciókat méri (pl. kortizol-szint, pulzus stb.). A modern stresszkutatás a pszichológiai megközelítésen alapuló, vagyis a stresszre adott szubjektív válaszreakciók mérését részesíti előnyben (Cohen és mtai, 1995; Derogatis és Coons, 1993).

A stressz mérésénél figyelembe kell venni a stresszhatás hosszát is (akut vs. krónikus stressz). Úgy tűnik ugyanis, hogy nem is csak az akut, súlyos stressz, hanem az enyhébb, de krónikus stressz is fontos szerepet játszhat egyes mentális és szomatikus zavarok kialakulásában (vö. Kopp és Réthelyi, 2004). Az egyénre ható stressz – mint rizikótényező – mértékének meghatározása ezért mind a megelőzés, mind az intervenciók, mind a rehabilitáció szempontjából kiemelt jelentőségű. A stressz mérőeszközei általában önkitöltős kérdőívek, mivel fontos annak a vizsgálata, hogy maga az egyén hogyan értékeli a stresszre adott válaszát. Kérdőbiztos általi felvételt igénylő technikákat (pl. interjúk) is kifejlesztettek a stressz vizsgálatára, de ezeket a módszereket ritkán alkalmazzák, mivel időigényesek és drágák.

A stressz környezeti megközelítése szerint életünk minden területén számos stresszornak vagyunk kitéve, azonban a munka életünkben betöltött központi szerepe miatt a munkahelyi stressz és az ezt kiváltó stresszorok kutatása mindig kiemelt fontosságú volt. Azok a munkahelyi pszichoszociális jellemzők, amelyek stresszt okoznak, számtalan forrásból származhatnak. Ilyenek lehetnek például a túl magas vagy túl alacsony követelmények/ elvárások, a hétfégi munka, a munkahelyi bizonytalanság, a segítő munkatársi kapcsolatok hiánya, a feletttestől kapott támogatás hi-

ánya, a nem megfelelő fizetés, megnövekedett túlórák vagy a váltott műszak (Salavecz, 2008).

A munkahelyi stressz pathomechanizmusát két – a hazai és nemzetközi kutatásokban leginkább elterjedt – stressz-modell szemlélteti. Az első a követelmény/megterhelés-kontroll modell, mely Karasek nevéhez fűződik (Karasek, 1979; Karasek és Theorell, 1990). A modell feltételezése szerint az egészségi állapot legrosszabb kimenetele akkor várható, ha a követelmények magasak, a döntési lehetőségek, a munkavállaló kontrollja viszont alacsony. Az elmélet továbbfejlesztett változata szerint a leginkább veszélyeztetett csoport magas követelményekkel, alacsony munka feletti kontrollal és a társas támogatottság hiányával jellemezhető (Salavecz, 2008). A második modell az erőfeszítés–jutalom egyensúly hiányán alapul, melyet Siegrist (1996) állított fel. A modell szerint, ha a munkahelyen a kifejtett erőfeszítés és az ezért kapott jutalom aránya nem megfelelő, az ebből eredő feszültség okozhat egészségromlást.

A munkahelyi stressz okozta krónikus feszültség számos olyan megbetegedés előfordulási kockázatát növeli, mint amilyen például a fertőző betegségek, a depresszió vagy a szorongásos megbetegedések (Cohen és mtsai, 2007; Kopp és mtsai, 2007). A munkával kapcsolatba hozható stressz káros egészségügyi hatását ezen felül két további módon is kifejti. Egyfelől fokozza az orvosi szempontból viszonylag enyhe, de az életminőség és a munkaképesség szempontjából erősen negatív hatású funkcionális tünetek (pl. fejfájás, izomfájdalmak, gasztrointesztinális tünetek, menstruációs zavarok) megjelenését (László és mtsai, 2007; Lundberg 2007), másrészt növelheti a krónikus betegségekben meghatározó jelentőségű egészségkárosító rizikómagatartások (mértéktelen alkoholfogyasztás és evés, dohányzás) előfordulását és intenzitását (Head és mtsai, 2002; Kouvonen és mtsai, 2005; Roxburgh, 1998; Siegrist és Rödel, 2006). Ezen túl a munkával kapcsolatos stressz önmagában is rizikófaktora a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek, melyet számos vizsgálat – köztük már metaanalízisek is – alátámasztanak (Belkic és mtsai, 2004; Bosma és mtsai, 1998; Kivimäki és mtsai 2002, 2005, 2006; Van Vegchel és mtsai 2005). Fontos azonban azt is megjegyezni, hogy noha a munkahelyi stresszel kapcsolatban általában annak negatív következményeiről beszélünk, a (munkahelyi) nehézségek kihívásként való értelmezése és a velük való sikeres megküzdés a fejlődés motorjául is szolgálhat.

Jelen tanulmányunkban egy olyan tesztbattériát kívánunk bemutatni, melyet az elmúlt 25 év hazai epidemiológiai kutatásaiban (Hungarostudy 1983, 1988, 1995, 2002 és 2006) és stresszkezelő intervenciós programjaiban sikeresen alkalmaztunk (Kopp és mtsai, 1987, 1989, 1995, 1998a,b, 2000, 2007; Kopp és Réthelyi 2004; Rózsa és mtsai, 2003; Susánszky és mtsai,

2007). Ezeknek a vizsgálatoknak egyrészt az volt a célja, hogy feltárják a krónikus stressz és a morbiditás, valamint a mortalitás közötti kapcsolatot régiókban, másrészt hogy csökkentsük az egyén stressz-szintjét az intervenciók során.

A jelen tanulmányban bemutatott tesztbatteria a 2009-ben lefolytatott Selye János Lelki Egészség Program része. E program célja a krónikus stressz által érintett csoportok és egyének szakszerű tájékoztatása a stresszről, annak hatásairól és a káros következmények kivédésének módjairól, illetve stresszkezelő beavatkozások tartása, valamint azok hatékonyságának vizsgálata. Az alább tárgyalt mérőeszközök az eddigi, hazai, egymástól független felhasználásukkor nyert tapasztalatok alapján alkalmasnak bizonyultak az egészségi állapot felmérésére és fontos adatokat szolgáltatnak azokról a pszichoszociális folyamatokról, melyek a stresszválaszon (stresszor-értékelés-válaszreakció) keresztül egészségromláshoz vezethetnek. A bemutatott mérőeszközöket a stressz-teóriák alapján kategorizáljuk és röviden ismertetjük pszichometriai jellemzőiket.

2. A STRESSZ KÖRNYEZETI MEGKÖZELÍTÉSÉN ALAPULÓ MÉRŐESZKÖZÖK: A STRESSZOROK FELTÁRÁSA

2.1. A rövidített Házastársi Stressz Skála (Marital Stress Scale; MSS)

Cél: A házastársi kapcsolat minőségének feltárása. A házastársi / élettársi kapcsolatban fellépő stressz az egyén életminőségének alapvető befolyásolója, és az egyéb – pl. munkával kapcsolatos – stresszel való megküzdést akár pozitív, akár negatív irányban lényegesen befolyásolhatja e kapcsolat minősége.

Leírás: Az MSS teljes változata a társkapcsolatban fellépő stressz forrásait – pl. az érzelmi kapcsolat minőségét (meghitt szerelmes, baráti, rutinszerű, problémákkal teli), a szabadidős tevékenységeket, a házasság melletti „saját élet” megtartását, a kommunikációs nehézségeket, krízishelyzeteket, a hűtlenséget, a fizikai bántalmazást, egészségügyi problémákat – tárja fel (Orth-Gomer és Chesney, 1997). Míg ez a változat 17 kérdést tartalmaz, az itt tárgyalt, rövidített változat 5 kérdésből áll: 3 kérdés az érzelmi kapcsolat minőségét vizsgálja, 1 kérdés a párkapcsolatban megjelenő problémákról kérdez, 1 kérdés pedig az egyén identitásának megőrzését tárja fel (Orth-Gomer és Leineweber, 2005). A kérdésekre igen/nem (1–0) válaszok adhatók, így 0–5 pont érhető el. Minél magasabb a pontszám, annál magasabb a házastársi stressz szintje.

Pszichometriai jellemzők: Az MSS pszichometriai tulajdonságait több vizsgálatban is elemezték (Orth-Gomer és Chesney, 1997; Orth-Gomer és Leineweber, 2005; Orth-Gomer és mtsai, 1997, 2000; Blom és mtsai, 2003; Balog és mtsai, 2003). A kérdőív belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult. Az MSS magyar változatának, illetve a rövidített változatnak is hasonló belső konzisztenciája volt (Cronbach-alfa = 0,77, illetve 0,69; Balog és mtsai, 2006).

A konstruktum-érvényesség kielégítőnek bizonyult a normatív stockholmi és a magyar populációban egyaránt, valamint koronáriabetegségtől szenvedő nőknél is, mely mintán az érvényességet a depressziót, szorongást és alvászavarokat mérő skálák bevonásával vizsgálták (Orth-Gomer és Chesney, 1997, Orth-Gomer és Leineweber 2005; Orth-Gomer és mtsai, 1997, 2000; Blom és mtsai, 2003; Balog és mtsai, 2003, 2006; Balog és Mészáros, 2005; Balog, 2006, 2008).

2.2. A Munkahelyi Környezeti Kérdőív (Job Content Questionnaire; JCQ)

Cél: A rossz egészségi állapot megterhelő munkahelyi tevékenységgel kapcsolatos rizikótényezőinek a vizsgálata, illetve a munkavégzés pszichoszociális jellemzőinek a feltárása.

Leírás: A kérdőív a munkahelyi stressz Karasek és Theorell (1990) által felállított követelmény/megterhelés-kontroll-társas támogatás-modelljén alapul. A JCQ ezenkívül alkalmazható a munkahelyi fizikai követelmények, valamint a munkahelyi létbizonytalanság vizsgálatára is (Karasek, 1985). A szerzők által ajánlott kérdőív 49 kérdést tartalmaz, ami a munka 21 aspektusát tárja fel 5 alszála segítségével, melyek a következők:

1. kontroll (képeségek megléte, döntéshozó hatalom, alulfoglalkoztatás, csoportos döntés-képesség, tekintély, befolyásolási képesség);
2. pszichés követelmények (koncentráció, általános pszichés követelmények, szerepek tisztázatlansága, munkafolyamat félbeszakítása);
3. társas támogatottság (érzelmi és instrumentális támogatás, munkatársi és felettesi ellenségeskedés);
4. fizikai követelmények (munkateher);
5. munkahelyi bizonytalanság (általános bizonytalanságérzet, képeségek hiánya).

Minden alszála 1–6 kérdést tartalmaz (Karasek és mtsai, 1998). A 49 kérdésből 39 kérdésre 4-pontos Likert-skálán kell válaszolni (1 = teljesen egyetért, 4 = egyáltalán nem ért egyet). A fennmaradó 10 kérdésre specifikus válaszok adhatók (pl. a csoport nagysága, az elbocsátott munkatársak

száma stb.). Az alskálák kérdéseire adott válaszok pontszámait összeadva egy-egy alskála-pontszám nyerhető. Ezen kívül, a kontroll- és pszichés követelmények-alskála medián pontjai alapján a munkahely 4 csoportba osztható: 1. aktív (magas követelmény/magas kontroll), 2. passzív (alacsony követelmény/alacsony kontroll), 3. magas stressz (magas követelmény/alacsony kontroll) és 4. alacsony stressz (alacsony követelmény/magas kontroll). A munka 21 szempontját külön is pontozhatjuk (Karasek és mtsai, 1998).

Az itt ismertetett tesztbattériában egy rövidített változatot alkalmaztunk. A 17 kérdésből 5 kérdés a követelményekre, 6 kérdés a kontrollra és 6 kérdés a társas támogatásra vonatkozott. A munkahelyi stressz (strain: magas követelmények és alacsony kontroll) megállapítására a munkahelyi követelmények és a kontroll hányadosát használtuk.

Pszichometriai jellemzők: Az alskálák belsőkonzisztencia-mutatóit (Cronbach-alfa) a teszt szerzői egy 7804 fős vizsgálatban megfelelőnek találták: kontroll = 0,83, pszichés követelmények = 0,74, társas támogatottság = 0,83, fizikai követelmények = 0,86, munkahelyi létbizonytalanság = 0,76; Karasek és mtsai, 1998). Az időbeni stabilitás mérésére szolgáló teszt-reteszt korrelációs együttható a 4319 fő bevonásával végzett vizsgálat szerint magasak, ha az alskálák értékeit foglalkozási ágak szerinti csoportosításban vizsgáljuk (0,91–0,97) és közepesek, ha az alskálák pontszámait külön-külön (nem ágazati csoportosításban) vizsgáljuk az évek folyamán (0,40–0,83). Rövid idő-intervallumú teszt-reteszt vizsgálatokat nem végeztek (Karasek és mtsai, 1998).

A JCQ érvényességét nemzetközi vizsgálatokban foglalkozási csoportokon/ágazatokon belüli, valamint ezek közötti összehasonlításokkal, skálák közötti korrelációs elemzésekkel, valamint klinikai korrelációs vizsgálatokkal támasztották alá. Ezek a vizsgálatok jó strukturális és tartalmi érvényességet igazoltak. A magas stresszel (magas követelmény és alacsony kontroll) jellemezhető munkahely megbízhatóan jelezte elő (predikciós érvényesség) a kardiovaszkuláris és más krónikus megbetegedések előfordulási gyakoriságát (Belkic és mtsai, 2004). A JCQ pszichés követelmények alskálája következetesen jól jelezte előre a pszichés zavarok (pl. kiégés) kialakulását, míg a kontroll-alskála a depresszió és szorongás előfordulását jósolta be (Karasek és mtsai, 1998).

2.3. Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív (Effort Reward Imbalance Questionnaire; ERI)

Cél: A Siegrist és munkatársai által kialakított munkahelyi stressz mérésére szolgáló kérdőív a munkahelyi erőfeszítések, a munkahelyi jutalmak és a túlvállalás három fő dimenziójából tevődik össze, amelyek a munkahelyhez közvetlenül köthető stresszt keltő, zavaró tényezőket, egyéni jellemzőket mérik fel (Siegrist, 1996; Siegrist és mtsai, 2004).

Leírás: Az eredeti kérdőív 23 tételes, ennek rövidített, 15 tételes magyar változata az epidemiológiai felmérések sajátosságait figyelembe véve lett kialakítva (Salavecz és mtsai, 2006). A rövidített mérőeszköz erőfeszítés-dimenziója három tételből áll, amelyek rákérdeznek a munka során jelentkező időzavarra, a megszakításokra, zavaró tényezőkre, illetve a növekvő erőfeszítésekre. A válaszolónak jelenlegi vagy legutóbbi munkakörére vonatkozóan kell válaszolnia. A magyar rövidített kérdőív jutalom-skálája 6 tételt foglal magában. A kérdések a munkáért kapott elismerésre, az előre lépési lehetőségekre, a biztos munkahely meglétére és a munkahelyen bekövetkező kedvezőtlen változásokra vonatkoznak.

Amennyiben a tételek által nevesített munkakörülmények léteznek, a vizsgálati személyeknek azt is be kell jelölniük, hogy ez mennyire zavaró a számukra. A kérdéseket egy 5-fokú Likert-skálán kell értékelnie a személynek. Az erőfeszítés-alskála pontszáma 3-tól 15-ig terjed, a jutalom alskálája 6-tól 30-ig. Az erőfeszítés-skála esetében minél magasabb a pontszám, annál több az észlelt erőfeszítés, a jutalom-skálánál az alacsonyabb pontszám kevesebb észlelt jutalmat mutat.

Az erőfeszítés- és jutalom-alskálák hányadosa adja a Siegrist modellje szerinti munkahelyi stressz mérésére alkalmas mutatót (Siegrist és mtsai, 2004). Ez a változó, az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság a mindennapi munkában megnyilvánuló költségek és nyereségek egymáshoz viszonyított arányát kívánja számszerűsíteni. Megfelelő súlyozással az erőfeszítés- és jutalom-skálák összpontszámának hányadosát mint az egészség független meghatározóját alkalmazzák a munkahelyi stressz egészségügyi következményeinek vizsgálatakor – dichotóm változóként (az 1-nél nagyobb érték jelenti a magas munkahelyi stresszt), illetve logaritmikusan transzformált formában, folytonos mutatóként egyaránt (Niedhammer és mtsai, 2000; Pikhart és mtsai, 2004).

A kérdőív harmadik, túlvállalás-dimenziója a személy azon munkahelyi szituációkban megnyilvánuló egyéni jellemzőit méri fel hat tétel segítségével, melyek a munkából való kivonódás képességével, illetve a túlterheltséggel kapcsolatosak. A válaszadás négyfokú Likert-skálán történik a következőképpen: 1 – egyáltalán nem jellemző; 2 – nem jellemző; 3 – jel-

lemző; 4 – nagyon jellemző. A skála pontozása 6-tól 24-ig terjed, ahol a magasabb pontszám a munkavállaló magasabb túlvállalását jelzi.

Pszichometriai jellemzők: A mérőeszköz skáláinak belső konzisztenciája igen jónak bizonyult (Salavecz és mtsai, 2006). A Cronbach-alfa együttható az erőfeszítés- és a jutalom-skálánál 0,77-es, a túlvállalás-skála esetében 0,8-as értéket mutatott.

A rövidített kérdőív diszkriminatív érvényességének vizsgálatakor a skálák között szignifikáns különbségek voltak kimutathatóak. A nemek tekintetében a nőknél magasabb túlvállalás volt megfigyelhető, az 50 év feletti korcsoportban magasabb jutalom-érték, illetve mindhárom skála növekvő trendet mutatott az iskolai végzettség növekedésével. A munka jellegét alapul véve, a vezető pozíciót betöltők pontszámai voltak magasabbak. Az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság mutatójában ezek a különbségek kiegyenlítődték, tehát azt a szociodemográfiai jellemzők nem befolyásolták. A konvergens validitást igazolja, hogy akinél magasabb erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság, illetve nagyobb túlvállalás volt kimutatható, azok rosszabb testi egészségi állapotról számoltak be, illetve a pszichológiai jóllétük, mentális egészségük is rosszabbnak mutatkozott. Pozitív kapcsolat volt kimutatható továbbá a munkához köthető, észlelt feszültségek és az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság mutatója, illetve a túlvállalás között is (Salavecz és mtsai, 2006).

2.4. Michigani Szervezeti Felmérés Kérdőív munkahelyi elégedettséget mérő alskálája (Michigan Organisational Assessment Questionnaire / Job Satisfaction Subscale; MOAQ-JS)

Cél: Az általános munkahelyi elégedettség fontos összetevője annak, hogy a munkavállaló számára mennyire megterhelő, stresszkeltő az általa végzett tevékenység. A MOAQ munkahelyielégedettség-skálájának célja e változó mérése.

Leírás: A MOAQ 7 modult tartalmaz, melyek a személy teljesítményét és a munkahelyi életminőséget (többek között a munkahelyi elégedettséget) vizsgálják. A munkahelyi elégedettséget mérő eszközt Camman és munkatársai (1983) dolgozták ki. A három tételből álló egyszerű skála a munkavállaló munkahelyéről és munkájáról való szubjektív véleményét vizsgálja. A tételekre adott választ egy 7-fokozatú Likert-skálán kell megadni (1 = egyáltalán nem értek egyet, 7 = teljesen egyetértek). A második tételt fordított irányban kell pontozni, majd a tételekre adott pontokat összeadva egy végső pontszám határozható meg. Minél alacsonyabb a pontszám, annál kisebb az egyén munkahelyi elégedettsége.

Pszichometriai jellemzők: A MOAQ munkahelyi elégedettséget mérő skálájának pszichometriai jellemzőit számos vizsgálatban ellenőrizték. A belső megbízhatóság – a tételek alacsony számát figyelembe véve – minden vizsgálatban megfelelőnek bizonyult, a skála Cronbach-alfa-értéke 0,67 és 0,95 között változott (Hochwarter és mtsai, 1999; Igalens és Roussel, 1999; McFarlin és Rice, 1992; McLain, 1995; Sanchez és Brock, 1996; Siegall és McDonald, 1995).

Az MOAQ-JS konvergens és diszkrimináns érvényességét ugyancsak számos nemzetközi vizsgálat igazolta, és a validitást már metaanalitikus módszerekkel is elemezték (Bowling és Hammond, 2008). Az MOAQ-JS pozitív korrelációt mutatott többek között a munkahelyi elkötelezettséggel, a munkahelyi fókuszálással és negatív korrelációt a munkahelyelhagyással vagy a fókuszvesztéssel (Siegall és McDonald, 1995).

2.5. A munka és a család érintkezési területének stresszorai: a Carlson-féle Munkahely–Család-Konfliktus Skála

Cél: A munkahelyi és családi szerepek összeegyeztetése során észlelt stressz jellemzőinek és szintjének mérése.

Leírás: A szerepelmélet ún. hiány-teóriája szerint az egyén erőforrásai (pl. idő, energia) végesek, és több szerep egyidejű fennállása elkerülhetetlenül csökkenti a szerepek ellátására fordítható erőforrásokat. Ez szerepkonfliktus kialakulásához vezethet, vagyis az egyik szerep ellátása a másikat megnehezíti, aminek következtében krónikus stressz, valamint a stresszel kapcsolatos pszichés és szomatikus megbetegedések alakulhatnak ki (Frone és mtsai, 1992a,b; Quick és mtsai, 1997; László és mtsai, 2008; Ádám és mtsai, 2008). A munkahely–család-konfliktus a szerepkonfliktus azon formája, amely a munkahelyi és családi szerepek összeegyeztetéséből adódó konfliktust és a következményes stresszt tárgyalja. A munkahely–család-konfliktusnak három formája [időhiány-, stressz (strain)-, illetve nem megfelelő magatartásforma kiválasztása miatt kialakuló konfliktus] és két iránya (munkahely-, illetve családfüggő; vagyis hogy elsődlegesen a munkahelyi vagy a családi szerepek ellátása nehezíti-e meg a másik szerep ellátását) különböztethető meg (Greenhaus és Beutell, 1985; Frone és mtsai, 1992a,b).

A munkahely–család-konfliktus mérésére számos eszközt dolgoztak ki. A Carlson és munkatársai (2000) által kifejlesztett kérdőív az egyetlen olyan validált mérőeszköz, mely a munkahely–család-konfliktus összes fentebb említett 6 dimenzióját vizsgálja. A multidimenzionális kérdőív 18 tételből (3 tétel dimenzióként). A tételekre a válaszok 5-fokozatú Likert-skálán

(1 = egyáltalán nem értek egyet, 5 = teljesen egyetértek) adhatók meg. A 18 tétel a dimenziókat alapul véve 6 alskálára osztható fel (3 munkahely-család-konfliktusforma és két irány). A tételekre adott válaszok összpontszámai meghatározhatók a teljes kérdőívre és a 6 dimenzióra külön-külön is. Magasabb pontszámok erősebb munkahely-család-konfliktust jelentenek.

Pszichometriai jellemzők: A mérőeszköz létrehozására és validálására 3 vizsgálatban és 5 különböző populációban (N = 1211) került sor (Carlson és mtsai, 2000). Az első két vizsgálat során történt a tételek beválogatása, míg a harmadik vizsgálat (N = 225) a végső változat megbízhatóságát, faktor-struktúráját és diszkrimináns validitását elemezte. A 6 dimenziót vizsgáló alskála belső megbízhatósága megfelelőnek bizonyult (Cronbach-alfa = 0,70–0,87; Carlson és mtsai, 2000).

A diszkrimináns validitást a 6 alskála közötti korrelációk erősségével vizsgálták. Csak 2 korreláció bizonyult 0,6-nál erősebbnek, ami alátámasztja az egyes alskálák diszkrimináns validitását. A validitás további vizsgálatához a munkahely-család-konfliktus feltételezett kiváltó tényezőit (pl. szerep-félreérthetőség, szerephalmozódás, társas támogatottság a munkahelyen és a családban stb.) és következményeit (pl. munkahelyi-, családi-, élet-elégedettség) feltáró skálákat is használtak. A vártak megfelelően, pozitív kapcsolatot találtak a munkahely-család-konfliktus és a szerep-félreérthetőség, valamint a szerephalmozódás között, illetve negatív kapcsolatot a munkahely-család-konfliktus és a támogatottság között. Ezenkívül a munkahely-család-konfliktus és az elégedettség különböző formái között negatív korrelációt találtak. A munkahely-család-konfliktus 6 dimenzióját a megerősítő faktoranalízisek alátámasztották (Carlson és mtsai, 2000).

3. A STRESSZ PSZICHOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉSÉN ALAPULÓ MÉRŐESZKÖZÖK

3.1. Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale; PSS)

Cél: A stresszkutatás korábbi szakaszában elsődleges szerepet tulajdonítottak az objektív történések, stresszforrások felmérésének, mint amilyenek például a komolyabb változással járó akár pozitív, akár negatív életesemények (pl. a Holmes és Rahe által kidolgozott Életesemény Skála, ld. Holmes és Rahe, 1967). Idővel azonban kiderült, hogy rendkívül nagy egyéni különbségek vannak ugyanazon életesemények szubjektív megélésében, így a stressz szempontjából célszerűbb nem a konkrét életesemények mint stresszforrások meglétére, hanem az egyén szubjektív észlelésére támasz-

kodni. E szempontot helyezi előtérbe a Cohen és munkacsoportja (1983) által kidolgozott Észlelt Stressz Kérdőív.

Leírás: A PSS a nemzetközi gyakorlatban rendkívül gyakran alkalmazott mérőeszköz különböző beteg és egészséges populációkban a krónikus stressz hatásainak vizsgálatára (pl. Cohen és mtsai, 1993; Cobb és Steptoe, 1996; Glaser és mtsai, 1999; Dyck és mtsai, 1999; Stone és mtsai, 1999; Cruess és mtsai, 1999; Stowell és mtsai, 2001). A 14-tételes, ötfokú skálával (soha, szinte soha, néha, elég gyakran, nagyon gyakran) működő kérdőív olyan szubjektív élmények gyakoriságára kérdez rá, mint például a váratlan események miatti izgalom, a nehézségek felhalmozódásának érzése vagy a problémák hatékony kezelésének élménye. A tételek fele fordított. A teljes kérdőív mellett használatban van egy 4- és egy 10-tételes változat is.

Pszichometriai jellemzők: A kérdőív megbízhatóságát és érvényességét a szerzők egy 2000 főnél is nagyobb, egyesült államokbeli mintán igazolták (Cohen és Williamson, 1988). A magyar változat pszichometriai jellemzőit Stauder és Konkoly Thege ismerteti 2006-ban megjelent tanulmányában. Eszerint a kérdőívnek mind a 4-, mind a 10-, mind a 14-tételes változata jó belső megbízhatósággal rendelkezik (Cronbach- α rendre = 0,79; 0,85; 0,88).

A kérdőív magyar változatának validitását elemzendő, a szerzők egészségügyi szakemberek (orvos, szakápoló, pszichológus), normál populációból származó vizsgálati személyek, szomatikus és pszichiátriai betegek pontszámait hasonlították össze. Az adatok azt mutatták, hogy az egészségügyi szakemberek átlagértékei voltak a legalacsonyabbak; náluk magasabb értékeket értek el a normál populációból származó vizsgálati személyek; náluk is magasabbat a szomatikus betegcsoport tagjai, míg a legmagasabb pontszámokat – vagyis a legnagyobb stressz-szintet – a pszichiátriai kezelés alatt álló (szorongó) csoport tagjai mutatták. A kérdőív validitását a szerzők más skálákkal való összehasonlítással is vizsgálták, és azt találták, hogy a kérdőív által mért észlelt stressz közepesen szoros, pozitív összefüggést mutat a depressziós és a szubjektív testi panaszok (pl. fejfájás, emésztési zavarok stb.) előfordulásával és a vonásszorongással, valamint ugyanilyen erősségű, negatív kapcsolatot az általános jólléttel. A fentiek alapján a szerzők megállapítják, hogy bár van összefüggés az észlelt stressz és a különböző testi és lelki tünetek között, az Észlelt Stressz Kérdőív által mért változó egy független konstruktum, mely alkalmas a krónikus stressz mint rizikófaktor becslésére.

3.2. Spielberger-féle Vonásszorongás Kérdőív (Spielberger's State and Trait Anxiety Inventory - Trait Part; STAI-T)

Cél: A stressz egyik legközvetlenebb pszichológiai következménye a szorongás, mely ha tartósan fennáll, az egyén általános jóllétének, funkcionálásának és teljesítményének, valamint fizikai egészségének is komoly veszélyeztetője. A STAI-T célja a személy általános szorongásra való hajlamanak felmérése.

Leírás: A STAI rendkívül elterjedt mind a nemzetközi, mind a hazai gyakorlatban (Spielberger és mtsai, 1970; Sipos, 1978; Sipos és Sipos, 1983; Sipos és mtsai, 1988), és hosszú ideje való alkalmazása lehetővé teszi azt is, hogy ugyanazon populációk akár évtizedekkel korábbi adataival összevetve a középtávú változások trendjeit is felmérjük. Jelen összefüggésben a STAI vonásszorongás-skáláját tárgyaljuk, mely – szemben a STAI pillanatnyi („state”) szorongást mérő skálájával – a személy általános, tartós szorongásosságát méri, nem pedig egy adott helyzethez, időponthoz kötődő aktuális szorongásszintjét. A kérdőív olyan jellemzők mentén definiálja a szorongást, mint az aggodalom, idegesség vagy épp a feszültség érzése. A vonásszorongást a STAI-ban 20 állítás méri, melyeknél a válaszadó négyfokú skálán ítélni meg egyetértése fokát (egyáltalán nem, valamennyire, eléggé, nagyon / teljesen). A tételek közül 7 kérdés fordított (Spielberger és mtsai, 1970).

Pszichometriai jellemzők: A skála magyar változatának megbízhatóságát és érvényességét Sipos és Sipos 1983-ban közölt cikke elemzi. Eszerint a mérőeszköz belső konzisztenciája kiválóan mutatkozott (Cronbach- α = 0,85–90). A szerzők a teszt-reteszt megbízhatóságot is vizsgálták, mely 5-, illetve 7-napos intervallum esetén 0,86 és 0,73 volt.

Az érvényesség vizsgálata során a szerzők stresszteli események (pl. anatómiavizsga medikusoknál) előtt és után, illetve később, relaxált állapotban vették fel a kérdőívet a vizsgálati személyekkel. Az eredmények azt mutatták, hogy míg a kérdőív állapotssorongást mérő részén a pontszámok meredeken estek, a vonásszorongást, vagyis a szorongásra való általános hajlamot mutató pontszám nem változott szignifikánsan, tehát az jól elkülönülve a személy általános tendenciáit volt képes megragadni, függetlenül a pillanatnyi helyzet jellegétől (Sipos és Sipos, 1983).

3.3. Rövidített Beck Depresszió Skála (Beck Depression Inventory; BDI)

Cél: A depresszió a krónikus stressz egyik leggyakoribb és igen súlyos következménye. A Beck-féle Depresszió Skála (Beck és mtsai, 1961, 1988) és annak rövidített változata e mentális zavar tüneteinek és azok súlyosságának felmérését teszi lehetővé (Rózsa és mtsai, 2001).

Leírás: A BDI rövidített magyar változatát a teljes változat összpontszámával legszorosabb kapcsolatban álló kilenc változó alkotja. A rövidített depresszió-kérdőív kérdései a következő jellemzőkkel kapcsolatosak: szociális visszahúzóds, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya, önvádlás. A rövidített változatban nem az eredeti kérdőívben szereplő 4 válaszlehetőség szerepel egy-egy tünettel kapcsolatban, hanem egy állítás, amely a legsúlyosabb változatnak felel meg – pl. „Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt” – és a négy válaszlehetőség az „egyáltalán nem jellemző” (1)-től a „teljesen jellemző” (4)-ig terjed. A 9-tételes magyar változat pontszámát egy szorzószám (2,22) segítségével a teljes skála pontszámával ekvivalens értékke lehet átalakítani, mely a következőképp kategorizálható: 0–9 normál tartomány, 10–18 enyhe depresszió, 19–25 közepesen súlyos depresszió, 26 és fölötté súlyos depressziós állapot.

Pszichometriai jellemzők: A Beck-féle depresszió-kérdőív, illetve annak rövidített változata a depressziós tünetegyüttes súlyosságának egyik legmegbízhatóbb mérési módszere. Van Riezen és Segal (1988) kézikönyve szerint a pszichiáterek által végzett depresszió-súlyossági becsléssel igen jól korrelál a Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata. A rövidített kérdőívek, amelyek a vizsgálandó jelenséggel legszorosabb kapcsolatban álló tételeket foglalják csak magukban, sok esetben hatékonyabbak, mint azok a kérdőívek, amelyek kevésbé releváns kérdéseket is tartalmaznak.

A BDI 9-tételes rövidített, magyar változata szoros korrelációt mutatott az eredeti 21 tételes változattal (Kopp és mtsai, 1995; Rózsa és mtsai, 2001). A magyar verzió pszichometriai jellemzőit egy 1164 nőből és 651 férfiból álló mintán mérték fel (Rózsa és mtsai, 2001). A 9-tételes változat jó belső megbízhatósággal bír, a Cronbach-alfa értéke 0,83 volt. A megerősítő (confirmatory) faktoranalízis alapján a kérdőív által mért 9 tünet egy dimenzióon helyezkedik el (Rózsa és mtsai, 2001).

A BDI hosszabb változata pozitív összefüggést mutatott a Hamilton Depresszió Skálával pszichiátriai és egészséges populációban is (Beck és mtsai, 1996). A BDI 9-tételes, magyar változatának validálása a magyar népességre reprezentatív mintán is megtörtént. Az eredmények szerint a

rövidített skála pozitív korrelációt mutatott a D-típusú személyiséggel, a szorongással és fordított összefüggést az általános jólléttel (Rózsa és mtsai, 2003).

3.4. WHO Általános Jóllét Skála (WHO Well-Being Questionnaire; WBQ-5)

Cél: Mivel a jóllét (well-being) az egyén életminőségének pozitív jelzőjeként szolgál, a stresszteli állapot negatív indikátoraként is értelmezhetjük. A WBQ-5 célja e konstruktum gyors és egyszerű mérése.

Leírás: Az általános jóllét konstrukta az egyén elsősorban mentális egyensúlyállapotának általános megragadására törekszik, s az elmúlt években az életminőség előtérbe kerülésével mind az egészségügyi, mind az általános társadalomtudományi kutatásokban egyre nagyobb szerephez jut. Ennek mérésére az egyik leggyakrabban használt, rövid, könnyen érthető itemekből álló mérőeszköz a WHO által kidolgozott Jóllét Skála, melyet a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló mérésére használnak a nemzetközi gyakorlatban. A kérdőív eredeti formáját két évtizede dolgozták ki egy nemzetközi kutatás keretei között, amely a cukorbetegknél alkalmazott különböző terápiás eljárások hatékonyságát vizsgálta az életminőség szempontjából (www.who-5.org). A fejlesztés célja az volt, hogy ne csak a negatív életminőség-mutatókat (pl. depresszió, szorongás) vegyék figyelembe a vizsgálat során, hanem a pozitívakat is.

Az eredeti kérdőív 28 tételből állt, majd a nemzetközi adatok alapján 22 tételre rövidítették. Idővel felmerült a kérdőív rutinszerű használatának igénye az egészségügyi ellátásban, amely a további rövidítés szükségességét vetette fel. Az 1996-ban Bech és munkatársai által kidolgozott, tíztételes változat még egyaránt tartalmazta a jóllét negatív és pozitív indikátorait. Majd kialakult a kérdőív öttételes, négyfokú skálával (nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző) használt változata is, mely már csak olyan pozitív aspektusokat vesz számításba, mint a vidámság és jókedv, a pihenten ébredés vagy az élénkség (Bech, 1998; 2001). E skála fordított tételt nem tartalmaz.

Pszichometriai jellemzők: A magyar változat az öttételes, legrövidebb verzió alapján készült el, melynek validitásvizsgálatát Susánszky és munkatársai (2006) végezték el. Eszerint a skála belső megbízhatósága igen jó (Cronbach- $\alpha = 0,85$). A kérdőív az elvárásoknak megfelelően közepesen erős, negatív kapcsolatban állt mind a depressziós tünetek előfordulásával, mind a szorongással és a reménytelenséggel. A pontszám hasonló erősségű, pozitív kapcsolatban állt mind a válaszadó önmagához, mind másokhoz viszonyított szubjektív egészségi állapotával is, jelezve az egészség és

az általános jóllét fontos kapcsolatát. Az eddigi elemzések alapján a kérdőív magyar változata is megbízható és érvényes mérőeszköznek tekinthető az általános jóllét vizsgálatakor.

3.5. A Rahe-féle Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alszála (Life Meaning Subscale from the Brief Stress and Coping Inventory; BSCI-LM)

Cél: A BSCI-LM célja, hogy felmérje, mennyire érzi a személy értelmessé az életét. Ez nemcsak az általános életminőséggel függ össze, hanem konkrétan az egyén stresszel kapcsolatos tapasztalataival is. Az az ember ugyanis, aki életét, munkáját, mindennapi tevékenységét értelmessé, valamilyen cél irányába tartónak tartja, az sokkal kevesebb belső feszültséggel – stresszsel – képes elviselni az ezen tevékenységekkel járó vagy a belőlük következő nehézségeket, mint az, aki életét, feladatait, munkáját teljesen hiábavalóként tapasztalja meg. Ezeket az elméleti megfontolásokat ma már számos, mind egészséges-, mind betegcsoportban elvégzett empirikus kutatás is támogatja (pl. Bauer-Wu és Farran, 2005; Harlowe és mtsai, 1986; Mascaro és Rosen, 2006; Reker, 1994; Schulenberg, 2004).

Leírás: Az élet értelmességének mérése a stresszkutatásnak is részévé vált. Az e konstruktumot mérni hivatott számos kérdőív hátránya azonban, hogy viszonylag hosszú, a kérdések és/vagy a válaszlehetőségek olykor nehezen érthetőek, bonyolultak, ami különösen az összetett tesztbattériát alkalmazó vizsgálatok esetén jelent hátrányt. E szempontnak is megfelelő azonban a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív (BSCI; Rahe és Tolles, 2002; Rózsa és mtsai, 2005) élet értelmességét mérő alszála (BSCI-LM), mely rövid és egyszerű szövegezésű, s melyet a szerzők Viktor Frankl koncepciója alapján törekedtek kialakítani (vö. Frankl, 1996). A BSCI többdimenziós, önjellemző mérőeszköz, mely a személyt érő stresszhatások és a rendelkezésére álló megküzdő kapacitások egymáshoz viszonyított nagyságát igyekszik megragadni, s az élet értelmességének átélése e koncepcióban a megküzdési erőforrások egyikeként szerepel.

A nyolctételes skálának használatos egy 6 és egy 7 tételes változata is, mindegyik háromfokú válaszkálát (ritkán, néha, gyakran) alkalmaz. A nyolctételes változatban két fordított tétel szerepel, és az itemek olyanokra kérdeznek rá, mint hogy a válaszadót hite és értékei vezérlik-e mindennapjaiban, van-e életének célja és értelme vagy épp hogy meg tud-e bocsátani magának és másoknak (Konkoly Thege és mtsai, 2008).

Pszichometriai jellemzők: A skála megbízhatóságát és érvényességét Konkoly Thege és munkatársainak 2008-as tanulmánya elemzi. Eszerint a mé-

rőeszköz belső konzisztenciája megfelelőnek mutatkozott (Cronbach- α = 0,74, illetve 0,76 a két különböző mintában). Az érvényesség vizsgálata során a szerzők azt találták, hogy a skála pontszámai közepesen erős, pozitív kapcsolatban álltak az általános jólléttel, illetve közepesen erős, negatív kapcsolatban a depressziós tünetegyüttes súlyosságával. Gyenge pozitív kapcsolatot találtak továbbá az aspirációs mutató esetében (ld. Martos és mtsai, 2006), míg gyenge negatívát az anómiával kapcsolatosan. A kérdőív ezen felül közepesen erős, pozitív együttjárást mutatott három, további élet értelmességét mérő kérdőívvel (Életcél-kérdőív; Egzisztencia-skála, Logo-Teszt-R). Összefoglalásként a szerzők megállapítják, hogy a skála az élet értelmessége megbízható és érvényes mérőeszközének bizonyult, noha valamelyest más tartományát fedi le a konstruktumnak, mint a legtöbb élet értelmességét mérő kérdőív.

3.6. Caldwell-féle Társas Támogatást Mérő Leltár (Support Dimension Scale)

Cél: A társas környezettől kapott támogatás mértéke döntő hatást képes gyakorolni az egyén stressztűrő-képességére. Sok olyan helyzet és nehézség, mely a személy számára önmagában elviselhetetlen volna, megfelelő társas támogatás mellett hordozható, esetleg kifejezetten növekedést segítő nehézséggé alakulhat át (vö. a bevezetőben a stressz esetleges pozitív hatásairól mondottakkal). A társas támogatás különböző forrásainak, illetve mértékének felmérése szolgál a Caldwell-féle Társas Támogatást Mérő Leltár (Caldwell, 1987; Kopp és Skrabski, 1992).

Leírás: A kérdőív azt méri fel, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthat különböző személyekre, csoportokra a válaszoló. A társas támogatás lehetséges forrásaiként a következő személyek, csoportok szerepelnek a leltárban: szülő, gyermek, házastárs, élettárs, rokon, barát, iskolatárs, munkatárs, szomszéd, segítő foglalkozású, egyházi csoport, egyesület, polgári csoport. Egy négyfokú skálán (egyáltalán nem, keveset, átlagosan, nagyon) jellemezhető a társas támogatás erőssége, illetve egy külön válaszlehetőség áll rendelkezésre a nem létező társas kapcsolatokra vagy az elhunyt személyekre vonatkozóan. A kérdőív elemzése a társas támogatás különböző forrásait jelölő itemek alapján külön-külön, illetve a tételek összpontszámának kiszámítása alapján is javasolható.

Pszichometriai jellemzők: Mivel a skála nem egy mögöttes pszichológiai konstruktum megragadását célzó itemegyüttes, hanem a válaszadónak támogatást jelentő, egymástól akár teljesen független személyek, csoportok leltára, a megbízhatóság ez esetben kevésbé értelmezhető jellemzője a mé-

rőszköznek. A leltár hazai viszonyokra adaptált változatával kapcsolatos, országos, reprezentatív eredmények szerint a depressziós tünetegyüttes és a mentális zavarok általában egyaránt kapcsolatban állnak azzal, hogy a személy úgy ítéli-e meg, hogy nem kap elegendő támogatást a szüleitől (Kopp és Skrabski, 1992). A 20 évnél fiatalabbak között ez a legfontosabb tényező a depressziós, neurotikus tünetek hátterében, de az öngyilkossági kísérletekkel kapcsolatban is kimutatható az összefüggés. Aki szülőjére komolyan számíthat, annak sokkal inkább vannak életcéljai, kevésbé panaszkodik lehangoltságról, szorongásról, kevésbé követ el öngyilkossági kísérletet, kevésbé érzi ellenségesnek a környezetét, szignifikánsan kevesebb közöttük a kóros alkoholfogyasztás és az egyéb devianciák. Ha a személy barátaira számíthat nehéz helyzetben, az szintén véd a céltalanság, lehangoltság, depresszió ellen (Kopp és Skrabski, 1992).

3.7. A Cook és Medley-féle Ellenségesség Skála (Cook-Medley Hostility Scale)

Cél: Az ellenséges attitűd, vagyis az, hogy a személy rossz szándékot és negatív indulatokat tulajdonít a környezetében élőknek, érdemben növelheti a személy által stressztelínek megélt helyzetek számát és hatását. A Cook és Medley (1954) által kidolgozott skála ennek a konstruktumnak, a hosztilitásnak felmérését szolgálja.

Leírás: Az eredeti skála az ellenségességnek az önjellemzésben elismert jegyeiből tevődik össze, melyeket az MMPI-ből (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) empirikus alapon kiválasztott tételek alkotnak. A skála magas értéke agressziós diszpozíciókra, ellenségeskedő indulatokra, a szociális környezettel kapcsolatos dacfeszültségre, összeférhetlenségre, rosszindulatra, cinikus bizalmatlanságra utal. Barefoot és munkatársai (1989), valamint Kopp és munkatársai (1996) eredményei alapján a teljes, 50 tételből álló Cook-Medley-skála egy rövidített változata is elkészült (Kopp és mtsai 1998a, 2000). Jelen tesztbattériában ezt az 5-tételes, rövidített verziót alkalmaztuk. Négyfokú Likert-skálán a nem jellemzőtől a teljesen jellemzőig terjedően kell a vizsgálati személyeknek bejelölni, mennyire vonatkoznak rájuk a kérdőív állításai.

Pszichometriai jellemzők: Cook és Medley (1954) eredményei alapján az 50-tételes változat belső konzisztenciája igen jó, 0,86-os Cronbach-alfa-értéket mutatott. Több vizsgálatban is azt találták, hogy az ellenségesség-értékek pozitívan korreláltak a koronáriamegbetegedésekkel (Williams és mtsai, 1980; Williams és Barefoot, 1993). 424 férfi- és nőbeteg mintáján azt találták, hogy akiknek magas hosztilitás-értékeik voltak, 1,46-szor valószí-

nűbben betegedtek meg, mint az alacsony értékkel rendelkezők (Williams és mtsai, 1980). Egy tanulmányban, melyben 118 orvost vizsgáltak azután, hogy 25 évvel korábban kitöltötték az MMPI-t, szignifikáns lineáris kapcsolatot mutattak ki az ellenségesség-érték és az általános halálozási index között (Barefoot, 1983).

Magyar pszichiátriai betegek csoportja nem különbözött lényegesen a standardizálási mintától, a bűnözők, alkoholisták és az öngyilkosok azonban mindkét nem esetében egyöntetűen lényegesen magasabb eredményeket produkáltak (Pressing és Szakács, 1980). A rövidített változat tételeinek elemzése nemcsak skálaként, hanem itemenként is javasolt, mivel mind Barefoot és munkatársai (1989), mind Kopp és Skrabski (1996) eredményei alapján a tételek prediktív értéke eltérő lehet. Kopp és munkatársai (1998b) eredményei alapján a rövidített skála által mért ellenségesség attitűd jó előrejelzője a depresszió tüneteinek.

3.8. Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT)

Cél: Az egészséget veszélyeztető mértékű alkoholfogyasztás nemcsak az egészségi állapot és a fizikai egészség szempontjából meghatározó jelentőségű mutató; a mértéktelen ivás az egyén pszichológiai jóllétének, pontosabban jól-nemlétének is indikátora. Konkrétan a stressz szempontjából is fontos információkat nyújtanak az alkoholfogyasztási szokások, hiszen sokan éppen feszültségeik, magas stressz-szintjük elől keresnek enyhülést az italozásban. Az AUDIT kifejlesztőinek célja egy olyan egyszerű mérőeszköz megalkotása volt, ami az alkoholproblémákat már korai fázisban képes kiszűrni (Reinert és Allen, 2002), mely a stresszkutatásban kifejezetten előnyös jellemző, hiszen a stresszel való maladaptív megküzdés részeként megjelenő italozás csak fokozatosan éri el a testi-lelki egészségre káros szintet.

Leírás: Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztjét az Egészségügyi Világszervezet támogatásával kezdték el kifejleszteni majd' három évtizede (Saunders és mtsai, 1993; Piccinelli és mtsai, 1997). Az AUDIT tételei a következő területeket fedik le: alkoholfogyasztás mértéke (1-3. tétel), alkoholfüggőség (4-7. tétel) és az alkoholfogyasztás kedvezőtlen hatása (7-10. tétel). A 10-tételes mérőeszközön 40 pont érhető el, ma általánosan a 8 pontos értéket alkalmazzák leválasztási kritériumként. Az első nyolc tétel válaszkálája ötfokú (változó jelentéssel), az utolsó kettőé háromfokú. A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz.

Pszichometriai jellemzők: A mérőeszközzel számos nemzetközi vizsgálat

készült (Allen és mtsai, 1997; Reinert és Allen, 2002), és az AUDIT pszichometriai jellemzőit valamennyi tanulmány kiválóan találta (Gerevich és mtsai, 2006). Az AUDIT magyar változatának validitásvizsgálatát Gerevich és munkatársai ismertetik 2006-os tanulmányukban. Az eredmények szerint a mérőeszköz belső megbízhatósága kiváló (Cronbach- $\alpha = 0,84$), bár a nők között valamivel alacsonyabb, de még mindig jónak mondható (Cronbach- $\alpha = 0,74$). A mérőeszköz magyar változatának érvényességét a kutatók az AUDIT és a problémás alkoholfogyasztás feltárására kidolgozott CAGE-skála közötti kapcsolat elemzésével vizsgálták (Gerevich és mtsai, 2006). A kapott korrelációs együttható magasnak bizonyult, és a két mérőeszköz a minta 93,9%-át azonos kategóriába sorolta (kockázatos vs. nem kockázatos ivó), alátámasztva ezzel az AUDIT validitását.

3.9. Szomatikus tünetlista (Patient Health Questionnaire; PHQ-15)

Cél: A PHQ-15 nevű szomatikus tünetlista a leggyakrabban előforduló funkcionális testi tünetek jelenlétét, illetve súlyosságát méri fel, amelyek gyakran a stressz hatására alakulnak ki, így annak indirekt indikátoraként is értelmezhetők (Kroenke, 2002; Cserhádi és Stauder, 2008).

Leírás: A PHQ az alapellátásban megjelenő pszichiátriai betegségek diagnosztizálására kifejlesztett PRIME-MD kérdőív rövid, önkitöltős változatának szubjektív testi tünetekre vonatkozó alskálája, mely önállóan is használható (Kroenke, 2002). A PHQ-15 olyan tünetekre kérdez rá, mint például a gyomorfájás, fejfájás, mellkasi fájdalom stb. A kérdőív az elmúlt egy hónapban előforduló tünetekre vonatkozik, s a válaszadó az egyes tünetekhez súlyosságuk alapján háromféle értéket rendelhet: 0 („egyáltalán nem zavart”), 1 („kicsit zavart”), 2 („nagyon zavart”). Az egyes tünetekre adott értékek összeadásával alakul ki az összpontszám (Somatic Symptom Severity Score). A kapott érték alapján a páciensek négy csoportba sorolhatók (Kroenke, 2002): minimális pontszám (0–4), alacsony pontszám (5–9), közepes pontszám (10–14), magas pontszám (15 felett).

Pszichometriai jellemzők: Kroenke és munkatársai (2002) a kérdőív validálását 3000 fő alapellátásban, illetve 3000 fő nőgyógyászati szakrendelésen megjelenő páciens részvételével végezték. A kérdőív belső megbízhatósága jónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,80). A kapott PHQ-értékek a két mintában hasonlóan alakultak: a páciensek 35–36%-a minimális, 35–36%-a alacsony, 20%-a közepes, 9–10%-a magas szomatizációs pontszámú csoportba volt sorolható. A 10%-os érték megfelel az alapellátásban előforduló klinikai jelentőségű szomatizációs zavarok prevalenciájának. A PHQ-pont-

szám emelkedése az SF-20 kérdőív segítségével mért funkcionális státusz értékeinek csökkenésével, a panaszok okozta életviteli nehézségeknek, a betegnapok számának és az egészségügyi rendszer igénybevételének növekedésével járt együtt. A szomatikus tünetek funkcionális státusszal való kapcsolata pedig eltért a depresszióval fennálló viszonytól, ami a diszkriminatív érvényességet támasztja alá.

A Hungarostudy Egészségpanel (Susánszky és mtsai, 2007) 2006-os adatai szerint a testi panaszok a mellkasi fájdalom és a szexuális zavarok kivételével szignifikánsan gyakrabban jelentkeztek nőknél (Cserhádi és Stauder, 2008). A nemek közötti eltérés az életkor előrehaladtával a panaszok egy részénél (gyomorfájás, ájulás, nehézlégzés, széklettel kapcsolatos problémák) csökken. A tünetek gyakorisága a gyomorfájás és a szexuális zavarok kivételével az életkorral szignifikáns, pozitív összefüggést mutat. A szubjektív testi tünetek legerősebben a középkorú (45–64 éves) és idős (65 év feletti) nőknek okoznak szenvedést. Azoknak, akik több és súlyosabb testi tünetet élnek meg, életminőség-mutatóik rosszabbak, kevésbé tartják magukat boldognak, kevésbé elégedettek életükkel, és rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat (Cserhádi és Stauder, 2008).

3.10. További életmód- és életminőség-indikátorok

Az eddig tárgyalt mérőeszközök mellett tesztbattériánk tartalmazza még a következő életvitelt, életminőséget befolyásoló adatokat:

- demográfiai változók (életkor, nem, családi állapot, iskolai végzettség, gyermekek száma, lakóhely, jelenlegi aktivitás, munkavégzés ágazata, a háztartásban egy főre jutó nettó jövedelem);
- egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (dohányzás, sportolás és fizikai aktivitás, táplálkozás, gyógyszernek nem minősülő készítmények szedése, szubjektív egészségi állapot);
- egyéb életminőség-indikátorok (alvás, életkézségeket mérő kérdőív¹, általános étellel való elégedettség és boldogság, vallásosság, kezelt és nem kezelt betegségek);
- munkával kapcsolatos általános jellemzők (munkaórák száma hétköznapi/hétvégén, ügyletben töltött órák száma, éjszakai munkarend).

¹ Ez a mérőeszköz (Hocking és mtsai, 2003) még csak a kialakítás stádiumában van, ezért nem elemezzük a többi kérdőívhez hasonló részletességgel. Azokat a készségeket igyekszik megragadni, melyek hozzásegítik az egyént ahhoz, hogy a stresszteli helyzeteket sikeresen kezelje.

4. ÖSSZEGRZÉS

A stressz a második leggyakoribb munkahelyi egészségügyi panasz, amely az EU 27 országát tekintve a munkavállalók 22%-át érinti, és azok száma, akik a munkahelyi feltételek miatt kialakult vagy az azok által súlyosbított stressztől szenvednek, várhatóan tovább fog emelkedni. A munka változó világa egyre jobban megterheli a munkavállalókat: a dolgozói létszám csökkentése és a tevékenységek kihelyezése, a feladatok és a készségek tekintetében a rugalmasság iránti megnövekedett igény, a pusztán határozott időre szóló szerződések szaporodó alkalmazása, a munkahelyi bizonytalanság és a munka intenzitásának növekedése (nagyobb munkateher és nyomás), valamint a munka és a magánélet közötti egyensúly megteremtésének nehézségei mind hatással vannak a munkavállalókra.

A jelen tanulmányban bemutatott tesztbattéria klinikai és epidemiológiai vizsgálatokban, valamint munkahelyi- vagy általános stresszt csökkentő intervenciók – mint amilyen a Selye János Lelki Egészség Program is – során való alkalmazása képes elősegíteni az egyén stressz-szintjének felmérését; különös tekintettel a munkával kapcsolatos stressz mértékére és az azt kiegyensúlyozni képes erőforrásokra. Ezzel pedig segítheti a preventív vagy terápiás beavatkozásokra szoruló személyek hatékonyabb kiválasztását, a célszemélyek nyomon követését, s így az intervenció hatékonyságának növelését.

IRODALOM

- Ádám S., Gyórfly Z., Susánszky É. (2008): Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *Journal of Health Psychology*, 13 (7): 839–848.
- Allen, J.P., Litten, R.Z., Fertig, J.B., Babor, T. (1997): A review of research on the alcohol use disorders identification test (AUDIT). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 21: 613–619.
- Balog P. (2006): Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 233–245.
- Balog P. (2008): A házastársi / élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 240–249.
- Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S.P., Orth-Gomer, K. (2003): Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 113–119.
- Balog P., Mészáros E. (2005): A házastársi stressz, a depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggései. *Lege Artis Medicinae*, 15 (8–9): 685–692.

- Balog P., Székely A., Szabó G., Kopp M. (2006): A rövidített házastársi stressz skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7: 193–203.
- Barefoot, J.C. (1983): Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45 (1): 59–63.
- Barefoot, J.C., Dodge, K.A., Peterson, B.I., Dahlstrom, W.G., Williams, R.B. (1989): The Cook-Medley hostility scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51: 46–57.
- Bauer-Wu, S., Farran, C.J. (2005): Meaning in life and psycho-spiritual functioning: A comparison of breast cancer survivors and healthy women. *Journal of Holistic Nursing*, 23 (2): 172–190.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183–190.
- Bech, P. (1998): Quality of life in the psychiatric patient. Mosby-Wolfe, London
- Bech, P. (2001): Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: Dawson, A., Tylee, A. (Eds). *Depression: Social and economic timebomb*. BMJ Books, London, 63–66.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561–571.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Garbin, M. (1988): Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8: 77–100.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996): *Beck Depression Inventory – Second Edition Manual*. The Psychological Corporation, San Antonio
- Belkic, K., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Baker, D. (2004): Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30: 85–128.
- Blom, M., Janszky, I., Balog, P., Orth-Gomer, K., Wamala, S.P. (2003): Social relations in women with coronary heart disease: the effects of work and marital stress. *Journal of Cardiovascular Risk*, 10 (3): 201–206.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J., Marmot, M. (1998): Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88 (1): 68–74.
- Bowling, N.A., Hammond, G.D. (2008): A meta-analytic examination of the construct validity of the Michigan Organizational Assessment Questionnaire Job Satisfaction Subscale. *Journal of Vocational Behavior*, 73 (1): 63–77.
- Caldwell, R.A., Pearson J.L., Chin, R.J. (1987): Stress moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13 (2): 5–17.
- Camman, C., Fichman, M., Jenkins, D., Klesh, J. (1983): Assessing the attitudes and perceptions of organizational members. In: Seashore, S., Lawler, E., Mirvis, P., Camman, C. (Eds). *Assessing Organizational Change: A guide to methods, measures and practices*. John Wiley és Sons, New York
- Carlson, D.S., Kacmar, K.M., Williams, L.J. (2000): Construction and initial validation of a multidimensional measure of work-family conflict. *Journal of Vocational Behavior*, 56: 249–276.
- Cobb, J.M.T., Steptoe, A. (1996): Psychosocial stress and susceptibility to upper respiratory tract illness in an adult population sample. *Psychosomatic Medicine*, 58: 404–412.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385–396.

- Cohen, S., Williamson, G.M. (1988): Perceived stress in a probability sample of the United States. In: Spacapan, S., Oskamp, S. (Eds). *The Social Psychology of Health*. Sage, Newbury Park, 31–67.
- Cohen, S., Tyrrell, D.A. J., Smith, A.P. (1993): Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 131–140.
- Cohen, S., Kessler, R.C., Gordon, G.L. (1995): Strategies for measuring stress. In: Cohen, S., Kessler, R.C, Gordon, L.U. (Eds). *Studies of psychiatric and physical disorders in measuring stress*. Oxford University Press, New York, NY, 3–26.
- Cohen, F., Kemeny, M.E., Zegans, L.S., Johnson, P., Kearney, K.A., és Stites, D.P. (2007): Immune function declines with unemployment and recovers after stressor termination. *Psychosomatic Medicine*, 69 (3): 225–34.
- Cook, W, Medley, D. (1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414–418.
- Cruess, D.G., Antoni, M.H., Kumar, M., Ironson, G., McCabe, P., Fernandez, J.B., Fletcher, M., Schneiderman, N. (1999): Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV-seropositive men. *Psychoneuroendocrinology*, 24: 537–549.
- Cserháti Z., Stauder A. (2008): Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 592–598.
- Derogatis, L.R., Coons, H.L. (1993): Self-report measures of stress. In: Goldberger, L., Breznitz, S. (Eds). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. The Free Press, New York, 200–233.
- Dyck, D.G., Short, R., Vitaliano, P.P. (1999): Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61: 411–419.
- Frankl, V.E. (1996): *Az ember az értelemre irányuló kérdéssel szemben*. Kötet Kiadó, Budapest
- Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. (1992a): Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77: 65–78.
- Frone, M.R., Russell, M., Cooper, M.L. (1992b): Prevalence of work-family conflict: are work and family boundaries asymmetrically permeable? *Journal of Organizational Behavior*, 13: 723–729.
- Gerevich J., Bácskai E., Rózsa S. (2006): A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*, 21: 45–56.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J.K., Marucha, P.T., MacCallum, R.C., Laskowski, B.F., Malarkey, W.B. (1999): Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56: 450–456.
- Greenhaus, J.H., Beutell, N.J. (1985): Sources and conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10: 76–88.
- Harlowe, L., Newcomb, M., Bentler, P. (1986): Depression, self-derogation, substance abuse, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a mediational factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42: 5–21.
- Head, J., Stansfeld, J., Siegrist, J. (2002): The psychosocial environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*, 61: 219–224.
- Hochwarter, W.A., Perrewé, P.L., Ferris, G.R., Brymer, R.A. (1999): Job satisfaction and

- performance: the moderating effects of value attainment and affective disposition. *Journal of Vocational Behavior*, 54: 296–313.
- Hocking, M.C., Williams, V.P., Lane, J.D., Williams, R.B. (2003): Development of a new lifeskills scale to measure a “positive” psychosocial risk factor profile. Abstract presented at the Society of Behavioral Medicine 24th Annual Meeting, Salt Lake City, Utah, March 19–22, 2003.
- Holmes, T., Rahe, R. (1967): The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 12: 213–233.
- Igalens, J., Roussel, P. (1999): A study of the relationships between compensation package, work motivation, and job satisfaction. *Journal of Organizational Behavior*, 20 (7): 1003–1025.
- Karasek, R. A. (1979): Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (2): 285–308.
- Karasek, R. A. (1985): Job Content Questionnaire and user’s guide. University of Massachusetts, Lowell, MA
- Karasek, R. A., Brisson, C., Kawakami, N., Houtman, I., Bongers, P. (1998): The Job Content Questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3 (4): 322–335.
- Karasek, R. A., Theorell, T. (1990): *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books, New York
- Kivimäki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimäki, H., Vahtera, J., Kirjonen, J. (2002): Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, 325: 357–361.
- Kivimäki, M., Ferrie, J.E., Brunner, E., Head, J., Shipley, M.J., Vahtera, J. et al. (2005): Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees: The Whitehall II Study. *Archives of Internal Medicine*, 165: 2245–2251.
- Kivimäki, M., Virtanen, M., Elovainio, M., Kouvonen, A., Väänänen, A., Vahtera, J. (2006): Work stress in the etiology of coronary heart disease – a meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 32: 431–442.
- Konkolý Thege B., Martos T., Skrabski Á., Kopp M. (2008): A Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9: 243–261.
- Kopp M.S., Skrabski Á., Magyar I. (1987): Neurotics at risk and suicidal behaviour in the Hungarian population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76: 406–413.
- Kopp M., Skrabski Á. (1989): What does the legacy of Hans Selye and Franz Alexander mean today? The psychophysiological approach in medical practice. *International Journal of Psychophysiology*, 8: 99–105.
- Kopp M., Skrabski Á. (1992): *Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány*, Budapest
- Kopp M.S., Skrabski Á., Szedmák S. (1995): Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (8): 1019–1029.
- Kopp M.S., Skrabski Á. (1996): Behavioural sciences applied to a changing society. *Bibliotheca Septem Artium Liberalium*, Budapest
- Kopp M.S., Szedmák S., Skrabski Á. (1998a): Socioeconomic differences and psychosocial aspects of stress in a changing society. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 851: 538–543.
- Kopp M., Falger, P., Appels, A., Szedmák S. (1998b): Depression and vital exhaustion are

- differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 60: 752–758.
- Kopp M.S., Skrabski Á., Szedmák S. (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science & Medicine*, 51: 1350–1361.
- Kopp M.S., Réthelyi J. (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central–Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62: 351–367.
- Kopp M.S., Stauder A., Purebl Gy., Janszky I., Skrabski Á. (2007a): Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18 (3): 238–244.
- Kopp M.S., Skrabski Á., Székely A., Stauder A., Williams, R. (2007b): Chronic stress and social changes, socioeconomic determination of chronic stress. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1113: 325–338.
- Kouvonen, A., Kivimäki, M., Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J. (2005): Work stress, smoking status, and smoking intensity: an observational study of 46 190 employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 63–69.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. (2002): The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64 (2): 258–266.
- László K., Gyórfy Zs., Salavecz Gy., Ádám Sz., Kopp M. (2007): Munkahelyi stressztényezők kapcsolata a fájdalmas menstruációval. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8: 229–239.
- László K.D., Gyórfy Z., Ádám S., Csoboth C., Kopp M. (2008): Work-related stress factors and menstrual pain: a nation-wide representative survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29 (2): 133–138.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York, NY
- Lundberg, U. (2007): Health implications of work-related stress in women and men. In: Richter, P.G., Rau, R., Mühlpfordt, S. (Hrsg.). *Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einer Forschung – und Praxisfeld*. Pabst, Lengerich, 15–27.
- Martos T., Szabó G., Rózsa S. (2006): Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 171–191.
- Mascaro, N., Rosen, D.H. (2006): The role of existential meaning as a buffer against stress. *Journal of Humanistic Psychology*, 46: 168–190.
- McFarlin, D.B., Rice, R.W. (1992): The role of facet importance as a moderator in job satisfaction processes. *Journal of Organizational Behavior*, 13: 41–54.
- McLain, D.L. (1995): Responses to health and safety risk in the work environment. *Academy of Management Journal*, 38 (6): 1726–46.
- Niedhammer, I., Siegrist, J., Landre, M. F., Goldberg, M., Leclerc, A. (2000): Psychometric properties of the French version of the Effort-Reward Imbalance model. *Review Epidemiology Sante Publique*, 48 (5): 419–37.
- Orth-Gomer, K., Chesney, M.A. (1997): Social stress/strain and heart disease in women. In: Julian, D.G., Wenger, N.K. (Eds). *Women and heart disease*. Martin Dunitz, London, 407–420.
- Orth-Gomer, K., Leineweber, C. (2005): Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Biological Psychology*, 69: 57–66.
- Orth-Gomer, K., Mittleman, M., Gustafsson, K.S., Wamala, S.P., Erikson, M., Belkic K., Kirkeeide, R., Svane, B., Ryden, L. (1997): Lipoprotein as a determinant of coronary heart disease in young women. *Circulation*, 95: 329–334.
- Orth-Gomer, K., Wamala, S.P., Horsten, M., Gustafsson, K.S., Schneiderman, N., Mittleman, M. (2000): Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The

- Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of the American Medical Association*, 284 (23): 3008–3014.
- Piccinelli, M., Tassari, E., Bortolomasi, M., Piasere, O., Semenzin, M., Garzotto, N., Tansell, M. (1997): Efficacy of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for hazardous alcohol intake and related disorders in primary care: A validity study. *British Medical Journal*, 314: 420–424.
- Pikhart, H., Bobak, M., Marmot, M. (2004): Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine*, 58 (8): 1475–1482.
- Quick, J., Nelson, D., Hurrell, J. Jr. (1997): *Preventive stress management in organizations*. American Psychological Association, Washington
- Pressing, L., Szakács, F. (1990): *Az MMPI próba új magyar standardja*. Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Programiroda, Budapest
- Rahe, R.H., Tolles, R.L. (2002): The Brief Stress and Coping Inventory: a useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9 (2): 61–70.
- Reinert, D.F., Allen, J.P. (2002): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26 (2): 272–279.
- Reker, G.T. (1994): Logotherapy and logotherapy: Challenges, opportunities, and some empirical findings. *International Forum for Logotherapy*, 17: 47–55.
- Rózsa S., Szádóczy E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky E., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasználott tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18: 83–94.
- Rózsa S., Kó N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szebik I., Berghammer R., Réthelyi J., Skrabski Á., Kopp M. (2005): Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 275–294.
- Roxburgh, S. (1998): Gender differences in the effect of job stressors on alcohol consumption. *Addictive Behaviors*, 23: 101–107.
- Salavecz Gy., Neculai K., Rózsa S., Kopp M. (2006): Az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 231–247.
- Salavecz Gy. (2008). Munkahelyi stressz és egészség. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 288–297.
- Sanchez, J.L., Brock, P. (1996): Outcomes of perceived discrimination among Hispanic employees: is diversity management a luxury or a necessity?. *Academy of Management Journal*, 39: 704–720.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., De La Fuente, J.R., Grant, M. (1993): Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88: 791–804.
- Schulenberg, S.E. (2004): A psychometric investigation of logotherapy measures and the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *North American Journal of Psychology*, 6 (3): 477–492.
- Selye, H. (1956): *The stress of life*. McGraw-Hill, New York, NY

- Siegal, M., McDonald, T. (1995): Focus of attention and employee reactions to job change. *Journal of Applied Social Psychology*, 25: 1121–1141.
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort / low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1): 27–41.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004): The measurement of Effort-Reward Imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58 (8): 1483–1499.
- Siegrist, J., Rödel, A. (2006): Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal of Work Environment Health*, 32 (6): 473–481.
- Sipos K., Sipos M., Spielberger, C.D. (1988): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: Mérei F., Szakács F. (szerk.). *Pszichodiagnosztikai vademecum. I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek*. Tankönyvkiadó, Budapest, 2. rész, 123–135.
- Sipos K. (1978): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar nyelvű változatával szerzett első hazai tapasztalatok. In: Dancs I. (szerk.). *75 éves a Magyar Tudományos Akadémia Pszichológiai Intézete*. MTA Pszichológiai Intézete, Budapest, 142–152.
- Sipos K., Sipos M. (1983): The development and validation of the Hungarian form of State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger, C.D., Diaz-Guerrero, R. (Eds). *Cross-Cultural Anxiety* (Vol. 2.). Hemisphere, Washington, 27–39.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto
- Stauder A., Konkoly Thege B. (2006): Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 203–216.
- Stone, A.A., Mezzacappa, E.S., Donatone, B.A., Gonder, M. (1999): Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology*, 18: 482–486.
- Stowell, J.R., Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (2001): Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24: 323–339.
- Susánszky É., Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M. (2006): A WHO Jólét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 247–255.
- Susánszky É., Székely A., Szabó G., Szántó Zs., Klinger A., Konkoly Thege B., Kopp M. (2007): A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8: 259–276.
- Van Riesen, H., Segal, M. (1988): Comparative evaluation of rating scales for clinical psychopharmacology. Elsevier, Amsterdam, New York
- Van Vegchel, N., De Jonge, J., Bosma, H., Schaufeli, W. (2005): Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science & Medicine*, 60 (5): 1117–1131.
- Williams, R.B., Barefoot, C.J. (1993): A szív- és érrendszeri megbetegedésre hajlamosító viselkedés: az ellenségesség egyre növekvő szerepe. In: B. Kakas G. (szerk.). *A-típusú viselkedés*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
- Williams, R.B., Haney, T.L., Lee, K.L., Kong, Y.H., Blumenthal, J.A., Whalen, R.E. (1980): Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42: 539–549.

ÁDÁM, SZILVIA – SALAVECZ, GYÖNGYVÉR**THEORETICAL BACKGROUND AND ASSESSMENT OF STRESS: REVIEW OF THE TEST BATTERY UTILIZED IN THE JÁNOS SELYE MENTAL HEALTH PROGRAMME**

Comprehensive assessment of psycho-social stress is often challenging due to the diversity in conceptualization of stress. Consequently, a large number of instruments have been developed that measure stress, the individual characteristics of the stress response, and the impact of stress on the individual, organizational, and societal levels.

The aim of this paper is to provide a brief review of the theoretical background to stress and its assessment and to give a detailed description of the test battery utilized in the János Selye Mental Health Programme, which includes well-established and widely used measures in line with the environmentalist and psychological conceptualizations of stress. Regarding the former, we present measures of stress arising in relationships, at the workplace or among work and family roles. Regarding the latter, we discuss measures that explore the perceptual processing and major consequences of stress. We provide a general description of selected instruments and discuss their aim, structure, scoring, and psychometric properties.

The test battery presented herein can aid in epidemiological and clinical research as well as in patient care to establish the level of psycho-social stress particularly work-related stress and factors that help the individual cope with stress. Thus, the presented test battery may contribute to the accurate identification of individuals who would benefit from specific preventive and/or therapeutic interventions, and to the monitoring of changes which may further improve the effectiveness of interventions.

Keywords: coping, stress, prevention, intervention, psychometric properties