

VEZETŐK ÉLETMINŐSÉGE ÉS ÉLETSTÍLUSA

SUSÁNSZKY ÉVA* – SUSÁNSZKY ANNA –
SZÁNTÓ ZSUZSA – KOPP MÁRIA

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2010. szeptember 5.; elfogadva: 2010. október 18.)

Háttér: Vizsgálatunk a vezető beosztásban dolgozók életminőségének általános leírásán túl a nemi különbségekre fókuszál. A szakirodalmi hivatkozások szerint a nők számára nagyobb kihívást és nagyobb stresszterhet jelentenek a vezető pozícióval kapcsolatos munkahelyi elvárások, és ennek hatása az egészségi állapottal kapcsolatos életminőség mutatóiban is leképeződik.

Módszerek: Almintánkat a Hungarostudy 2006-os országos reprezentatív felmérés adatbázisából hoztuk létre, amelyben a 18 éven felüli, gazdaságilag aktív, vezető beosztásban lévő személyek adatai szerepeltek (N = 344 fő). A vezetők stresszterhelését a munkahelyi stressz, a kapcsolati stressz, valamint a foglalkozási és magánéleti szerepek összehangolásából eredő stressz mutatóival jellemeztük. Az életminőség mérésére egyrészt specifikus és általános elégedettségi mutatókat és a boldogság szubjektív megítélését, másrészt az általános közérzet és az egészségi állapot olyan mutatóit használtuk, mint a krónikus betegségek, a szubjektív testi tünetek, a depresszió és a szorongás. Az életstílus kapcsán a rizikómagatartások (dohányzás, alkohol) előfordulását, valamint a testtömegindexet és a fizikai aktivitás, sportolás gyakoriságát elemeztük.

Eredmények: A vezető pozícióban lévő nők és férfiak munkával kapcsolatos stresszterhei a mutatók alapján nem különböztek. Ugyanakkor a szoros kapcsolatokból, valamint a munka és a család összeegyeztetéséből származó stressz-szint a vezető nők körében jelentősen magasabb volt, mint a férfiaknál. Az egészségi állapot önértékelése hasonlóan alakult, de emellett a nők az elmúlt 3 év vonatkozásában több orvosi kezelésről számoltak be, mint a férfiak, és lényegesen több szubjektív testi tünetet jeleztek, ami jelentősebb szomatizációra utal. A vezetők általános jóllét szintje nemenként nem különbözik, de emellett a nők nagyobb arányban szoronganak, és elégedetlenebbek a szexuális életükkel, míg a férfiakra

* Levelező szerző: Susánszky Éva, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: suseva@net.sote.hu

jellemzőbb az ellenséges beállítódás. A vezető férfiak gyakrabban fogyasztanak alkoholt és elhízottabbak, mint a női kollégáik.

Következtetések: A vizsgálat eredményei alapján nem állítható, hogy a női vezetők sérülékenyebbek, mint a férfiak.

Kulcsszavak: vezetők, életminőség, nemi különbségek

1. BEVEZETÉS

Az életminőség szubjektív mutatóinak kategorizálása az egyéni vagy a társadalmi jólétre vonatkozó vélemények közvetlen vagy közvetett formában való megnyilvánulásait veszi alapul, figyelembe véve azt is, hogy az értékelések átfogó vagy speciális területre vonatkoznak (Eckersley, 2000). A szubjektív jólét mutatói alapvetően az elégedettség, a boldogság, a jó és rossz érzések, a bizalom és az optimizmus mérésén alapulnak. Nagymintás szociológiai vagy epidemiológiai jellegű vizsgálatokban gyakran egy-egy kérdést használnak az életminőséget leíró, általában az étellel vagy annak bizonyos területeivel való elégedettség mérésére (pl.: „Összességében mennyire elégedett az életével/lakásával/munkahelyével?”). Az elégedettségnek a kutatások szerint van egy elég magas alapszintje, általában a skálák maximumának 60–80 százaléka közelében (Cummins, 2000).

A testi-fizikai jólét megítélése az egyén számára elsősorban azt jelenti, hogy mennyire képes mindennapi teendőinek és feladatainak ellátására. A lelki dimenzió az emocionális és mentális jólét különböző aspektusait foglalja magába, mint például a biztonságérzetet, az örömet és a nyugalmat, illetve ezek hiányát, a depressziót, a szorongást és a félelmet. Az életminőség szociális aspektusa a személy azon képességét jelzi, amelynek segítségével megfelel a mindennapi élet kihívásainak, kielégítő kapcsolatot tart fenn családtagjaival, ismerőseivel, munkatársaival, illetve képes beilleszkedni a szűkebb és tágabb közösségbe.

Kutatásunk a gazdaságilag aktív korosztályokon belül a vezető beosztásban lévő férfiak és nők életminőségének, különös tekintettel az egészségi állapottal kapcsolatos életminőségének vizsgálatára irányult. A vezetők közérzete, fizikai kondíciója és pszichés állapota kiemelt fontossággal bír a munkahelyi stressz alakulása szempontjából. A fáradt, kialvatlan, hajszolt vezető gyakran ingerlékeny, intoleráns, viselkedésével veszélyezteti a jó munkakapcsolatot, és kihatással van munkatársai hangulatára, teljesítményére is. A nagy felelősséggel járó munka, az állandósuló időzavar, a határidők betartása, illetve betartatása, a napi konfliktushelyzetek kezelése növelik a krónikus stressz kialakulásának esélyét, amely az egész-

ségi állapot romlásához vezethet. A szakirodalom menedzserbetegségként emlegeti azt a tünetegyüttest, amely alvási és étkezési zavarok formájában, gyakran magas vérnyomással társulva jelenik meg olyan megbetegedések előfutáraként, mint pl. a szívinfarktusz vagy a gyomorfekély. A magas munkahelyi stressz növeli a metabolikus szindróma (Chandola és mtsai, 2006), a szívbetegségek (Chandola és mtsai, 2008), nők körében pedig a cukorbetegség (Heraclides és mtsai, 2009) kockázatát. Egy longitudinális amerikai vizsgálat szerint (Dembe, 2008; Dembe és mtsai, 2008) a túlmunka 23 százalékkal emeli a különböző sérülések és stressz kiváltotta megbetegedések kockázatát. A folyamatos túlterhelés az enyhe megfázásos tünetektől, a különböző eredetű fájdalmakon át súlyos, fenyegető panaszokat okozhat, mint például a mellkasi fájdalmak és a légzészavarok.

A munka és magánélet egyensúlyának hiánya különösen a nőket veszélyezteti, de a munkamániás feleségek veszélyeztetik férjeik egészségi állapotát is. A túlmunkát végző nők házastársai gyakrabban számolnak be fej- és derékfájásról, de komolyabb betegségek előfordulása is gyakoribb (Stolzenberg, 2001; Stolzenberg és Williams, 2008). A magas társadalmi státussal rendelkező férfiak egészségi állapotának alakulásában is jelentős szerepet játszik a munkára és pihenésre, kikapcsolódásra fordított idő, illetve ezek egymáshoz való viszonya, amely a versenykényszer következtében igen kedvezőtlenül befolyásolhatja az életkilátásokat (Doyal, 2001). A munka és család összeegyeztetése egy svéd munkavállalók körében végzett felmérés szerint a férfiak számára járt több konfliktussal, de a nők között inkább vezetett kimerültségérzethez (Canivet és mtsai, 2010). Barnett (2004) szerint nem a női munkavállalásra, hanem inkább a keresőmunkára vonatkozó nemi sztereotípiákra vezethető vissza a szerepfeszültségek kialakulása. A tradicionális szerepfelfogás szerint a nők munkakerő-piaci jelenléte önmagában is stresszforrásként jelenik meg, mivel a munkavállalói szerep nem tartozik a nők természetes szerepkészletébe.

Vizsgálatunk a vezetők életminőségének általános leírásán túl a nemi különbségekre fókuszál. Feltételezésünk szerint (1) a nők magasabb munkahelyi stresszről számolnak be, mint a férfiak; (2) a vezető beosztásban lévő nők számára a családi és foglalkozási szerepeik összehangolása több konfliktussal, nagyobb szerepfeszültséggel jár; (3) a vezető beosztásban lévő nők egészségi állapotukkal kapcsolatos életminősége kedvezőtlenebb; (4) életstílusuk viszont nem tér el férfi kollégáikétól.

2. MÓDSZER

2.1. Minta

A „Hungarostudy” elnevezésű vizsgálatok 1988 óta hétévente (1995, 2002) adnak számot a népesség egészségi állapotának, életminőségének alakulásáról. Ezek a felmérések az ismételt keresztmetszeti kutatási elrendezések hagyományát követték (Rózsa és mtsai, 2003), míg a 2006-ban felvételre került Hungarostudy Egészség-panel (HEP) esetén egy prospektív, longitudinális vizsgálati elrendezés valósult meg, amely lehetőséget nyújt a lakosság egészséggel kapcsolatos életminőségének vizsgálatára, valamint az egészségi állapot és a társadalmi, gazdasági és pszichoszociális háttér-tényezők közötti ok-okozati összefüggések feltárására is (Susánszky és mtsai, 2007). A kutatás emellett kitért a társas támogatásban szerepet játszó kapcsolati hálózat és a különböző civil szerveződésekben való lakossági részvétel feltérképezésére is. A HEP mintakeretét a Hungarostudy 2002 keresztmetszeti vizsgálat biztosította: a panelmintát azok a személyek alkották, akik hozzájárultak a követéshez.¹ A 2006-os felmérésben 4527-en vettek részt. A panel két hulláma közt a becsült halálozási arány 4,3 százalék, a visszatartási arány pedig 23,7 százalék volt. Jelen kutatásunk a 2006-os felmérés adataira támaszkodik, de tekintettel a vizsgálat célkitűzéseire, nem az időbeli változásokat elemeztük, hanem egy állapotleírásra koncentráltunk.

2.2. Mérőeszközök

2.2.1. Szociodemográfiai változók

Elemzésünk során a kor, a nem, a legmagasabb iskolai végzettség, a családi állapot és gyerekszám, valamint a gazdasági helyzetet leíró változókkal dolgoztunk. A családi állapot esetében a tényleges együttélési formát (egyedül vagy párkapcsolatban, házastárral/élettárral él) vettük figyelembe, a gazdasági helyzetüket a válaszadók egy 10 fokú Likert-skálán minősítették („Országos viszonylatban milyenek tarja anyagi helyzetét?”).

¹ Írásbeli nyilatkozatot tettek arra vonatkozóan, hogy a kutatás folytatását jelentő későbbi felmérésekben is részt vesznek.

2.2.2. Életminőség-mutatók

A munkával, munkahellyel kapcsolatos stressz mérésére a Siegriest-féle Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív (Effort–Reward Imbalance Questionnaire – ERI; Siegriest, 1996) rövidített, magyar változatát (Salavecz és mtsai, 2006b) alkalmaztuk, amely a munkahelyi stressz mértékét három dimenzióban, a túlvállalás, a munkahelyi erőfeszítések és jutalmak dimenziójában, és ez utóbbi kettő hányadosaként fejezi ki (Siegriest és mtsai, 2004).

A szoros társas kapcsolatokból eredő stressz mérésére a Bergen-féle Társas Stressz Kérdőív (Bergen Social Relationships Scale – BSRS) hatterteles változatát használtuk (Mittelmark, 2004; Bancila és Mittelmark, 2009). A család és munkahely összeegyeztetéséből származó stressz mértékét a következő kérdéssel vizsgáltuk: „Milyen gyakran érzi magát ingerültnek vagy elégedetlennek amiatt, hogy munkahelyi, családi és házastársi vagy partneri kötelezettségei közül az egyiket csak a másik rovására tudja ellátni?” A válaszadók egy ötfokú Likert-skálán jelezheték a foglalkozási és családi szerepeik közt kialakuló konfliktusok² gyakoriságát (1 = soha, 5 = nagyon gyakran). A kérdés egy széles körben alkalmazott mérőskála (Warde és mtsai, 1996; Firth és mtsai, 2004) epidemiológiai vizsgálatok során használt tétele.

2.2.3. Az egészségi állapot általános és specifikus mutatói

A vizsgálatunkban használt egészségi állapot-mutatók a kérdezettek ön-értékelésén, illetve beszámolóin alapultak. Az egészségi állapot általános mutatói mellett vizsgáltuk bizonyos tünetek, panaszok, valamint betegségek előfordulását. A vizsgált személyek általános egészségi állapotukat egy ötfokú skálán minősítették, amelyet saját korosztályukhoz viszonyítva is értékelték (1 = sokkal rosszabb, 5 = sokkal jobb). A konkrét betegségek előfordulását az elmúlt 3 év vonatkozásában vettük figyelembe. A felsoroltak közül azt vagy azokat kellett megjelölni, amellyel vagy amelyekkel az adott időszakban orvosi kezelés alatt álltak: daganatos betegség, cukorbetegség, májbetegség, pszichiátriai, idegrendszeri, szív- és érrendszeri, légzőszervi betegségek, allergia, vesebetegség, gyomor-, bélrendszeri, izom- és csontrendszeri betegségek. A szubjektív testi tünetek mérésére a Patient Health Questionnaire (PHQ) 14 tételből álló magyar verzióját használtuk (Cserhádi és Stauder, 2008; Kroenke és mtsai, 2002). A kérdőív a felmérést megelőző egy hónapban előforduló zavaró testi tüneteket veszi

² Szerepkonfliktus: kettő vagy több szerepspecifikus elvárás egyidejű fellépése, melyek egymással ellentétes vagy kompetitív válaszokat kívánnak meg, így az egyik szerep teljes ellátása a másik rovására megy.

számba, regisztrálva a panaszok súlyosságát³. A 10 pont vagy magasabb pontszám diagnosztikus értékkel bírhat a szomatizációra vonatkozóan (Barsky és mtsai, 2005).

2.2.4. Pszichés kondíció

A hangulatzavarok feltárása a Beck-féle Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory, BDI) rövidített, 9 tételes változatának (Beck és Beck 1972; Kopp és mtsai, 1990; Rózsa és mtsai, 2001) segítségével történt. A mérőeszköz a válaszadók önjellemzésén alapul, amelynek egyes tételei a szociális visszahúzódás (közönyösség), döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, a testi tünetek miatti túlzott aggodás (hipochondria), munkaképtelenség, az elégedetlenség és az örömképesség hiánya, a pesszimizmus és az önvádolás tüneteire kérdezik rá. A válaszadók egy négyfokú skálán⁴ fejezték ki az egyes állapotjellemzőkre vonatkozó önértékelésüket; a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozottabb előfordulását jelzi. A súlyos depressziós tünetegyüttes kritériumai a major depresszió klinikai kritériumainak felelnek meg.

A szorongásos tünetek mérésére a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond és Snaith, 1983) szorongás alszkálájának (HAS) két tétele szolgált. A kérdezettek egy négyfokú skála segítségével minősíthették állapotukat.

Az MMPI tételeiből empirikus módon kialakított 50-tételes skála széles körben alkalmazott mérőeszköz az ellenségesség mérésére (Cook és Medley 1954). Barefoot és munkatársai (1989) a tételeket öt eltérő tartalmú tételcsoportba sorolták: ellenséges attribúció, cinizmus, ellenséges affektus, agresszív válaszkészség és a társas érintkezés kerülése. Jelen vizsgálatban egy öttételes verzió szerepelt (Kopp és Skrabski, 1992; Rózsa és mtsai, 2003). Az egyes állításokra adható válaszlehetőségek az egyáltalán nem jellemzőtől (0) a teljesen jellemzőig (3) terjedtek.

A pozitív életminőség mutatójaként a WHO Általános Jólét Skálájának (Well-Being Index, WBI) 5-tételes verzióját alkalmaztuk (Bech és mtsai, 1996; Susánszky és mtsai, 2006), amely a válaszadók általános közérzetéről kíván információt nyújtani, olyan kérdések alapján, mint például „Az elmúlt két hét során érezte-e magát vidámnak és jókedvűnek?” vagy „Az elmúlt két hét során érezte-e magát ébredéskor frissnek és kipihentnek?” Az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhattak.

A munkára, az anyagi helyzetre, a személyes kapcsolatokra és a szexuá-

³ 1 = nem fordult elő, 2 = egyáltalán nem zavarta, 3 = kissé zavarta, 4 = nagyon zavarta.

⁴ 0 = egyáltalán nem jellemző, 3 = teljesen jellemző.

lis életre vonatkozó elégedettségüket egy 3-fokú skálán, az étellel való általános elégedettségüket és a boldogság mértékét pedig egy 10-fokú skálán jelölték a válaszadók.

2.2.5. Életstílus

Az életstílus vizsgálatára az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokat, a fizikai aktivitást és rendszeres testmozgást, valamint a testtömegindexet használtuk.

2.3. Statisztikai elemzés

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS statisztikai programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) 15.0 verziójával készült. A kategorikus változók összehasonlítására khi-négyzet-próbát, a folytonos normál eloszlású változók összehasonlítására Student-féle t-próbát, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatára varianciaanalízist alkalmaztunk. A szubjektív testi tünetek előfordulása és stresszváltozók, valamint a demográfiai háttérváltozók összefüggéseinek nemenkénti modellezésére lineáris regresszióanalízist használtunk, ahol a magyarázó változók hatását (erősségét és irányát) a regressziós koefficiensek (standardizált β) alapján értékeltük. A vizsgálatot megelőző 3 évben előforduló betegségek előfordulásában megnyilvánuló különbségek magyarázatára a binomiális regresszió módszerét használtuk. A logisztikus regresszió segítségével a dichotóm függő változó és a magyarázó változók (folytonos, illetve kategoriális) közötti lineáris kapcsolat erősségét és irányát vizsgáltuk. Az eredmények értékelése során a 95%-os szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el határértéknek.

3. EREDMÉNYEK

A mintában 553 vezető beosztásban lévő személy szerepelt, közülük a gazdaságilag aktív személyeket (344 fő) vontuk be a vizsgálatba, és a továbbiakban csak a rájuk vonatkozó adatokat közöljük (1. táblázat). A vezetők többsége (55%) rendelkezett diplomával, a legfiatalabb vezető 22 éves, a legidősebb 65 éves, átlagéletkoruk pedig 40,6 év (szórás = 10,9) volt. A diploma nélküli vezetők átlagéletkora kb. 2 évvel volt alacsonyabb (39,3 vs. 41,7), mint a diplomásoké. A nők körében a diplomások aránya jelentősen meghaladta a férfiakét (54% vs. 46%). A vezetők döntő többsége párkapcsolatban élt (75%, illetve 72%), és legalább egy gyermekük volt a vizsgálat időpontjában. A férfiak körében a nem diplomás vezetők közel egyharmada (30%), a diplomásoknak pedig valamivel több mint egyötöde

1. táblázat. A vezető beosztású személyek szociodemográfiai jellemzői

	Férfiak N = 180	Nők N = 164	Szign.
Kor	40,2 (11,3)	41,1 (10,6)	NS
Legmagasabb iskolai végzettség			*
Érettségi	53,7%	46,3%	
Diploma	46,3%	53,7%	
Családi állapot			NS
Egyedülálló	25,0%	25,5%	
Élettársi kapcsolatban él	14,4%	9,9%	
Házastársi kapcsolatban él	60,6%	64,8%	
Van gyermeke	51,3%	48,7%	NS
Anyagi helyzet megítélése (0-10)	6,2 (1,6)	5,9 (1,9)	NS

* $p < 0,05$; NS: nem szignifikáns

(21%) élt egyedül. Anyagi helyzetüket az országos átlaghoz viszonyítva mind a diplomások és nem diplomások, illetve a férfiak és nők hasonlóan ítélték meg. Egy nullától tízig terjedő skálán 6-hoz közeli értékkel jellemezték életszínvonalukat, azaz az átlagosnál jobbnak tartották.

Az életminőség alakulásában jelentős szerepet játszanak azok a – főleg tartós fennállásuk esetén – stresszterhek, amelyek a mindennapi élet során a társas kapcsolatokból, a munkával, családdal kapcsolatos kihívásokból és/vagy problémákból adódhatnak. A vezető beosztás gyakran túlmunkával, nagy pszichés megterheléssel jár, amely a családi életet is befolyásolja, nehézséget okozva a hivatás és az intimszféra összeegyeztetésében. A kérdőíves vizsgálat lehetőséget biztosított mind a munka és a társas kapcsolatok, mind a család és a munka összehangolásából eredő stresszterhek feltérképezésére. Alábbi táblázatunk (2. táblázat) szerint a vezető

2. táblázat. Stresszmutatók vezető beosztású férfiak és nők esetében

	Férfiak Átlag (SD)	Nők Átlag (SD)	Szign.
Társas kapcsolatok	7,58 (1,46)	8,00 (1,60)	**
Családi élet és a munka összeegyeztetése	2,63 (1,02)	2,86 (1,11)	*
Munkával, munkahellyel kapcsolatos			
Túlvállalás	14,45 (3,62)	15,07 (3,98)	NS
Erőfeszítés	7,39 (3,15)	7,88 (3,33)	NS
Jutalom	23,91 (5,46)	23,05 (5,29)	NS
ERI	0,64 (0,44)	0,76 (0,42)	NS

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

nők számára a társas kapcsolatok, a foglalkozási és családi szerepek egyeztetése nagyobb stresszterheléssel jár, mint a férfiak számára. Ugyanakkor a munkával, munkahellyel kapcsolatos stressz megélésében nem mutatkozott különbség a nemek között.

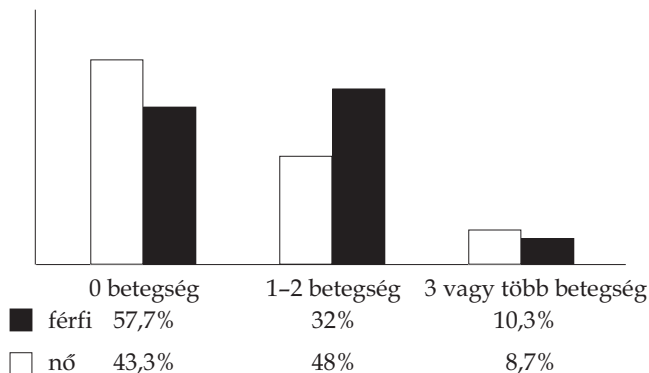
Az életminőség szempontjából az egészségi állapot kulcsszerepet játszik, amelyet igyekeztünk minél árnyaltabban megjeleníteni. A férfi és női vezetők egészségi állapotukat igen hasonlóan értékelték, mintegy egyharmaduk jónak vagy kiválónak minősítette azt; sőt, bő harmaduk korosztályukénál is kedvezőbbnek látta egészségi állapotát (3. táblázat). Ha azonban nem a közérzetet, hanem a konkrét betegségek előfordulását vizsgáltuk, a nők körében szignifikánsan nagyobb arányban (56,7% vs. 42,3%) találtunk olyan személyeket, akik a felmérést megelőző három évben egy vagy több

3. táblázat. Az egészségi állapot jellemzői

	Férfiak (%)	Nők (%)	Szign.
Egészségi állapot önbesorolása			
Jó vagy kiváló	32,2	29,3	NS
Korosztályánál jobb	36,1	42,1	NS
Krónikus betegségek ⁵			
Cukorbetegség	5,0	2,4	NS
Májbetegség	1,1	1,2	NS
Asztma	0,6	3,7	*
Más légzőszervi betegségek	1,7	1,2	NS
Allergia	6,7	17,2	**
Gyomor- vagy nyombélfekély	0,6	0,6	NS
Más gyomorbetegségek	3,9	5,5	NS
Vesebetegség	5,0	5,5	NS
Reuma	5,6	14,7	**
Más izom- vagy csontrendszeri betegség	10,6	11,0	NS
Magas vérnyomás	17,4	11,0	NS
Daganatos betegség	0,0	3,1	*
Pszichiátriai betegség	0,6	4,9	*
Szívbetegség	5,0	4,3	NS
Agyérbetegség	0,0	0,6	NS
Balesetek			
Közlekedési baleset	2,2	4,3	NS
Üzemi baleset	0,6	1,9	NS
Otthoni baleset	1,7	1,8	NS

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

⁵ Az elmúlt három évben orvosi kezelés alatt állt az adott betegség miatt.



1. ábra. Az elmúlt 3 évben előforduló kezelt betegségek száma nemi bontásban

betegséggel orvosi kezelés alatt álltak (1. ábra). A kérdőív 15 betegséget nevezett meg, ezek közül a vizsgált populációban az allergia, a mozgásszervi megbetegedések és a magas vérnyomás fordult elő 10 százaléknál nagyobb arányban. Öt betegség esetében a férfiak és nők érintettségében jelentős eltérés mutatkozott. Az asztma, a különböző típusú allergiák, a reuma, a daganatos és pszichiátriai betegségek a nőknél jóval gyakrabban fordultak elő, mint a férfiaknál (3. táblázat).

4. táblázat. Szubjektív testi tünetek

	Férfiak M (SD) / %	Nők M (SD) / %	Szign.
PHQ-összpontszám	5,5 (5,1)	8,2 (7,4)	**
Gyomorfájás	21,1	27,6	NS
Derék- vagy hátfájás	43,3	47,0	NS
Ízületi fájdalmak	25,6	45,7	**
Fejfájás	35,9	47,9	**
Mellkasi fájdalmak	6,7	6,7	NS
Szédülés	5,0	13,3	**
Ájulás, elgyengülés	1,7	7,3	*
Erős szívdobogás	13,9	21,2	NS
Nehézlégzés	6,1	8,5	NS
Szexuális problémák	1,1	3,0	NS
Székrekedés/hasmenés	10,6	17,6	NS
Puffadás, emésztési problémák	20,0	23,0	NS
Fáradtság	50,8	62,4	*
Alvásproblémák	29,4	36,0	NS

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

Jelentős nemi különbség adódott a szubjektív testi tünetek megjelenésében (4. táblázat). A nők az elmúlt hónap vonatkozásában átlagosan több ilyen jellegű panaszról számoltak be, mint a férfiak. A vezetők többsége fáradtságról panaszkodott, de igen magas volt a derék- és/vagy hátfájást említők aránya is. A vezető nőknek közel a felét gyakori fejfájás gyötörte, végtag-, illetve csípőfájdalmakról panaszkodtak. Általában alacsony, azaz tíz százalék alatt maradt a mellkasi fájdalmak, a gyengeség/ájulás, a nehézlégzés, valamint a szexuális problémák említése. Öt olyan tünet volt, amelyet a nők szignifikánsan gyakrabban jelöltek meg, mint a férfiak: az ízületi fájdalmak, a fejfájás, a szédülés, az ájulás/elgyengülés és fáradtság.

5. táblázat. A pszichés állapot mutatói

	Férfiak Átlag (SD)	Nők Átlag (SD)	Szign.
Depresszió (BDI)	4,63 (5,82)	4,79 (7,54)	NS
Szorongás (HAS)	0,27 (0,54)	0,44 (0,76)	*
Ellenségesség (HOS)	0,92 (0,60)	0,70 (0,55)	**
Jóllét (WBI-5)	10,03 (2,88)	9,79 (3,03)	NS

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; NS: nem szignifikáns

A pszichés kondíciót olyan negatív és pozitív állapotjellemzők mentén vizsgáltuk, mint a depresszivitás, a szorongás és az ellenséges beállítódás, valamint a jókedvet, vidámságot, aktivitást és élénkséget megjelenítő általános jóllét (5. táblázat). A vezető beosztású férfiakra és nőkre a depresszivitás és az általános jóllét azonos szintje jellemző, azaz átlagukat tekintve az enyhén depressziós kategóriába, a jóllét alapján pedig az átlagos csoportba tartoznak mindkét nem képviselői. Szorongónak inkább a nők, ellenséges beállítódásúnak pedig inkább a férfiak mutatkoztak.

A vezetők életminőségét az elégedettség dimenziójában is vizsgáltuk négy speciális területen: a munka és anyagi helyzet, a személyes kapcsolatok és a szexuális élet, valamint az étellel való általános elégedettség és a boldogság vonatkozásában (6. táblázat). A nők és férfiak összességében, de az élet bizonyos területein is egyformán elégedettek és boldognak mutatkoztak, kivéve a szexuális életüket, amivel a nők kevésbé voltak elégedettek, mint a férfiak. A részterületek átlagait figyelembe véve elmondható, hogy a válaszadók legkevésbé az anyagi helyzetükkel elégedettek. A férfiak leginkább a szexuális életükkel elégedettek, a nők pedig a személyes kapcsolataikkal. Mivel a boldogság és az étellel való általános elégedettség mérése a többi elégedettségi mutatótól eltérő fokszámú skálán történt, így csak ezt a két önértékelést tudjuk összehasonlítani. Ennek alap-

6. táblázat. Elégedettségmutatók

	Férfiak Átlag (SD)	Nők Átlag (SD)	Szign.
Munkával való elégedettség	1,59 (0,55)	1,58 (0,33)	NS
Anyagi helyzettel való elégedettség	1,17 (0,74)	1,12 (0,70)	NS
Személyes kapcsolatokkal való elégedettség	1,64 (0,52)	1,61 (0,53)	NS
Szexuális élettel való elégedettség	1,72 (1,69)	1,49 (0,67)	**
Általában az élettel való elégedettség	7,64 (1,69)	7,57 (1,82)	NS
Boldogság	7,91 (1,71)	7,78 (1,71)	NS

** $p < 0,01$; NS: nem szignifikáns

ján elmondhatjuk, hogy mind a férfi, mind a női vezetők inkább érzik magukat boldognak, mint elégedettnek az életükkel.

A vezetők életstílusát a fizikai aktivitással, az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokkal, valamint a testalkattal jellemeztük (7. táblázat). A férfiak közül többen sportolnak, mozognak rendszeresen (hetente többször), és dohányoznak nagyobb gyakorisággal, de egyik különbség sem szignifikáns. Statisztikailag jelentős eltérés a két nem között az alkoholfogyasztás rendszerességében és a túlsúlyosak és elhízottak arányában mutatkozott. A vezető beosztású férfiaknak több mint egynegyede (27,2%) hetente többször fogyaszt alkoholt, míg a vezető nőknek csak egytizede (10,7%), és kiemelkedően magas (71,6%) a normál kategória feletti (túlsúlyos, elhízott) testtömegű férfiak aránya, ez a nők körében 40 százalék.

Az egészségi állapottal kapcsolatos életminőség két mutatóját, a szubjektív testi tünetek (PHQ) és az orvosilag kezelt betegségek előfordulását vizsgáltuk a különböző stresszforrásokkal összefüggésben is. A modellezési eljárás során az eredményeket az életkorra, családi állapotra, iskolai végzettségre és a rizikómagatartásokra (dohányzás, alkohol, testmozgás, testtömegindex) korrigáltuk. A 8. táblázatban közölt adatok szerint a vezető beosztású férfiak esetében a munkával kapcsolatos stressz mértéke, valamint a párkapcsolatban élés és a fizikai aktivitás gyakorisága mutat po-

7. táblázat. Életstílus-mutatók

	Férfiak (%)	Nők (%)	Szign.
Túlsúlyos	71,6	40,8	**
Alkoholfogyasztás hetente többször	27,2	10,7	**
Dohányzás	35,6	26,2	NS
Sport hetente többször	23,9	16,0	NS

** $p < 0,01$; NS: nem szignifikáns

8. táblázat. Szubjektív testi tünetek (PHQ) magyarázó tényezői

	Magyarázó változók	Standardizált β	t	Adj. R ²
Férfiak	Munkatúlvállalás	0,36	4,05***	0,31
	Munkával kapcsolatos erőfeszítés	0,21	2,36*	
	Párkapcsolat jellege	0,17	2,48*	
	Sport	0,15	2,18*	
Nők	Társas stressz	0,27	3,68***	0,37
	Iskolai végzettség	-0,32	-4,55***	
	Munkatúlvállalás	0,23	2,89**	
	Munkahely-család konfliktus	0,19	2,32*	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

zitiv összefüggést a szubjektív testi tünetek előfordulásával, illetve mértékével. A vezető nők körében a szubjektív testi tünetképzés és a társas stressz, a munkatúlvállalás, valamint a munka és család közti konfliktusból eredő stressz között mutatkozott szignifikáns, pozitív összefüggés. A magasabb iskolai végzettség viszont negatív irányú összefüggést jelzett, azaz a felsőfokú végzettséggel rendelkező vezető nők körében szignifikánsan kisebb mértékű szubjektív tünetképzés előfordulása várható, mint a középfokú végzettséggel rendelkezők körében. Mindkét nem esetében a PHQ varian-

9. táblázat. A megbetegedések (orvosilag kezelt betegségek) magyarázó tényezői

Magyarázó változók	Férfiak	Nők
	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Életkor	1,09 (1,04-1,15)**	0,99 (0,94-1,05)
Iskolai végzettség (nincs felsőfok)	4,13 (1,62-10,57)**	0,73 (0,26-2,05)
Párkapcsolat jellege (egyedül él)	0,22 (0,07-0,75)*	0,49 (0,17-1,42)
Szocioökonómiai státus	1,08 (0,83-0,41)	1,04 (0,82-1,32)
Testtömegindex	1,01 (0,92-1,11)	1,22 (1,05-1,43)*
Alkoholfogyasztás (ritkán)	0,63 (0,24-1,69)	1,38 (0,24-7,74)
Dohányzás (nem dohányzik)	1,01 (0,41-2,49)	0,66 (0,22-1,92)
Sport (ritkán)	2,61 (0,95-7,18)	1,03 (0,31-3,45)
Munkával kapcsolatos erőfeszítés	0,97 (0,80-1,17)	0,99 (0,84-1,16)
Munkatúlvállalás	1,29 (1,10-1,52)**	1,17 (0,98-1,40)
Munkával kapcsolatos jutalom	0,92 (0,85-1,00)	1,06 (0,95-1,18)
Munkahely-család konfliktus	0,90 (0,52-1,58)	1,98 (1,14-3,43)*
Társas stressz	1,48 (1,08-2,04)**	1,27 (0,92-1,75)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

ciájának kb. egyharmada magyarázható a végső modellben szereplő változókkal.

A 9. táblázatban az elmúlt 3 évben történt megbetegedések (orvosilag kezelt betegségek) előfordulása, a stresszmutatók, a demográfiai változók és a rizikófaktorok közti összefüggések vizsgálatára alkalmazott logisztikus regresszió eredményeit mutatjuk be. A férfi vezetők morbiditása szignifikáns összefüggést mutat a munkavégzés területén mutatkozó túlvállalással (OR = 1,29) és a társas stressz mértékével (OR = 1,48). A demográfiai változók közül az életkorral (OR = 1,09) és az iskolai végzettséggel növekszik a megbetegedések kockázata. Az érettségizettekhez képest a főiskolai/egyetemi végzettséggel rendelkezők körében több mint négyszer nagyobb (OR = 4,13) a megbetegedések kockázata. A párkapcsolat a férfiak számára védőfaktorként szerepel a modellben, jelentős mértékben csökkentve a megbetegedések valószínűségét (OR = 0,22). A női vezetők morbiditása a munkahelyi és a családi szerepek összehangolásából eredő feszültséggel (OR = 1,98) és a tápláltsági szintet leképező testtömegindexszel (OR = 1,22) mutatott pozitív összefüggést.

4. MEGBESZÉLÉS

A munkahelyi stressz mértékéről és jellegéről beszámoló hazai kutatások (pl. Salavecz és mtsai, 2006a; Neculai és mtsai, 2006) jelentős eltéréseket mutattak ki a különböző életkorú, iskolai végzettségű és munkát végző csoportok között. Férfiak és nők esetében a munkahelyi stressz túlvállalás-dimenziójában jelentkezett szignifikáns különbség, azaz általában a nőket inkább foglalkoztatják munkaidőn és munkahelyen túl is a munkával kapcsolatos problémák, kevésbé tudnak kikapcsolódni, ellazulni, és környezetük szerint túl sok áldozatot hoznak munkájukért. Ez a sajátos nemi viselkedés a vezető nők esetében nem volt igazolható, mivel a munkahelyi stressz minden mért dimenziójában a férfiakéhoz hasonló stresszterhelésről adtak számot. Ugyanakkor a munkahelyi stresszterhek feltehetően nem azonos módon és mértékben befolyásolják a vezetők magán- és családi életét. A nők úgy érzik, hogy kevésbé tudnak megfelelni a kapcsolati elvárásoknak, családi kötelezettségeknek, és elképzelhetőnek tartjuk, hogy a szexuális életükkel való elégedettségük férfiakénál alacsonyabb szintje is a magánéleti stressz nagyobb kifejeződésére utal. A vezető nők esetében a munka-család konfliktusból eredő feszültségek a morbiditás rizikótényezőjeként jelentek meg, növelve a szubjektív testi tünetek és általában a megbetegedések kockázatát. Canivet és munkatársai (2010) is hasonló eredményre jutottak svéd munkavállalók körében végzett kuta-

tásuk során. Mintájukban ugyan a munka és a család összeegyeztetésének konfliktusa gyakoribb volt a férfiak, mint a nők körében, de a nők között inkább vezetett kimerültségérzethez, mint a férfiaknál.

Férfiak és nők egészségi állapotukat és e tekintetben korosztályukhoz mért helyzetüket is igen hasonlóan értékelték, holott a nők a vizsgálatot megelőző három évben jóval nagyobb arányban álltak orvosi kezelés alatt, mint a férfiak. Ez a többletmorbiditás öt betegség esetében volt kimutatható, mint ahogy a szomatizációra utaló szubjektív testi tünetekről és bizonyos szorongásos állapotról is nagyobb arányban számoltak be a női, mint a férfi vezetők.

A vezetők egészséggel kapcsolatos életminőségüket függetlenül nemi hovatartozásuktól hasonlóan értékelték. A vezető nők kedvező gazdasági helyzete, valamint iskolázottsága a szakirodalmi hivatkozások szerint csökkenti a depresszió és így a rossz életminőség előfordulásának kockázatát (Van de Velde és mtsai, 2010; Ross és Mirowsky, 2006).

A nők körében megmutatkozó nagyobb morbiditási és tüneti gyakoriság magyarázata feltehetően a nők társadalmi szerepével összefüggő egészségmagatartásban és kommunikációs stílusban rejlik. A tünetek, panaszok kommunikálására vonatkozó szocializációs minta a vezető nők körében is érvényesül, amely toleráns és megengedő módon viszonyul az egészséggel kapcsolatos problémák, a betegség mint gyengeség nyílt, nyíltabb közlésformáihoz, valamint az orvoshoz fordulási szokásokhoz.

Az ellenséges beállítottság a világgal szembeni bizalmatlanság egyik markáns kifejeződése. Az ellenséges emberek a többieket általában aljasnak, önzőnek minősítik, akik csak ki akarják használni a másikat, és úgy gondolják, hogy a legbiztosabb nem bízni senkiben. Az ellenséges attitűdök értékelési, érzékelési, érzelmi, valamint magatartási elemeket is tartalmaznak. A negatív beállítódás a szakirodalom szerint gyanakodóvá és bizalmatlanná tesz, rontja a stresszel való megküzdés hatékonyságát, és fokozza a kontrollvesztés valószínűségét. Az ellenségesség egészségre gyakorolt negatív hatását számos vizsgálat bizonyította (Barefoot és mtsai, 1989; Miller és mtsai, 1996), és ezek szerint az a nem hagyományos rizikófaktorok közül a mentális egészség egyik legfontosabb indikátora. A vezetők körében végzett vizsgálatunk eredményei szerint ez a beállítódás inkább a férfiakra jellemző.

A vezetők életstílusa a dohányzási szokások és a rendszeres testmozgás tekintetében igen hasonló. Összevetve ezeket az adatokat a teljes populációban mért adatokkal, azt mondhatjuk, hogy a vezetők a lakosság átlagánál jóval nagyobb arányban sportolnak rendszeresen, azaz hetente többször vagy naponta (Gémes, 2006). A dohányzók aránya mindkét nemnél megfelel az országos átlagnak, de ha figyelembe vesszük a vezetők iskolázott-

sági mutatóit, akkor a dohányzók aránya a várt értéknél lényegesen magasabb (Csoboth, 2006). A vezető beosztású férfiak alkoholfogyasztási szokásai jelentősen különböztek a nőkéttől. A férfiak nagyobb arányban és gyakoribb fogyasztásról számoltak be.

Az elhízás veszélye a vezető beosztásban lévő nőket kevésbé érinti, mint a férfiakat. Az országos adatokat figyelembe véve azt mondhatjuk, hogy az adott pozíció a nők számára inkább protektív, míg a férfiak esetében kockázatonövelő hatással bír. Míg a 18 éven felüli magyar nőknek kb. a fele, a férfiaknak pedig majd 60 százaléka rendelkezik kisebb-nagyobb, de a normálist meghaladó súlyfelesleggel (Szumska, 2006), addig a vezető nőknek csak 40, a férfiaknak viszont valamivel több mint 70 százaléka esik ebbe a kategóriába.

5. ÖSSZEZGÉS

A vezető beosztásban lévő férfiak és nők hasonló mértékű munkahelyi stresszről számoltak be. A nők társas kapcsolati problémákból és a munka-család konfliktusából eredő stresszterhei magasabbak voltak, és azonos egészségi állapotra vonatkozó önértékelés mellett több szomatizációra utaló tünetet jeleztek, és magasabb volt a morbiditási rátájuk is, de az élettel való elégedettségük és boldogság szintjük ugyanolyan volt, mint a férfiaké. A férfi és női vezetők életminősége között csak pár területen mutatkozott lényeges eltérés. A vezető nők jobban szoronganak, a férfiakra pedig jobban jellemző az ellenséges beállítódás. Ezek az eltérések azonban nem a vezető beosztásból, hanem a nemi különbségekből eredeztethetők. Ezt igazolja Ádám és munkatársainak (2010) a magyar felnőtt népesség körében végzett vizsgálata is, amelyet a nemi különbségek, a stressz és az egészségi állapot összefüggéseiről publikáltak a jelen lapszámban. Bár az általunk vizsgált vezetői minta egészségi állapotjellemezői kedvezőek, de egészségmagatartása számos kockázati tényezőt tartalmaz, mint pl. a dohányzók és elhízottak magas aránya, amely hosszútávon ronthatja az életkilátásokat.

IRODALOM

- Ádám Sz., Cserháti Z., Balog P., Kopp M. (2010): Nemi különbségek a stressz szintjében és a pszichoszociális jóllét mutatóiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11 (4), 277–296.
- Bancila, D., Mittelman, M.B. (2009): Measuring interpersonal stress with the Bergen Social Relationships Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, 25 (4): 260–265.
- Barefoot, J.C., Dodge, K.A., Peterson, B.L., Dahlstrom, G., Williams, R.B. (1989): The Cook-Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine*, 51: 46–57.

- Barnett, R.C. (2004): Women and multiple roles: Myths and reality. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (3): 158–164.
- Barsky, A.J., Orav, E.J., Bates, D.W. (2005): Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62: 903–910.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183–190.
- Beck, A.T., Beck, R.W. (1972): Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*, 52: 81–85.
- Canivet, C., Ostergren, P.O., Lindeberg, S.I., Choi, B., Karasek, R., Moghaddassi, M., Isacson, S.O. (2010): Conflict between the work and family domains and exhaustion among vocationally active men and women. *Social Science and Medicine*, 70 (8): 1237–1245.
- Chandola, T., Britton, A., Brunner, E., Hemingway, H., Malik, M., Kumari, M., Badrick, E., Kivimaki, M., Marmot, M.G. (2008). Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms. *European Heart Journal*, 29: 640–648.
- Chandola, T., Brunner, E., Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. *British Medical Journal*, 332: 521–525.
- Cook, W., Medley, D. (1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414–418.
- Cummins, R. (2000): Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research*, 52: 55–72.
- 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.
- Csoboth Cs. (2006): Dohányzás összefüggése az életminőséggel a magyar lakosság körében. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 203–209.
- Dembe, A.E. (2008): Ethical issues relating to the health effects of long working hours. *Journal of Business Ethics*, 84 (Suppl. 2): 195–208.
- Dembe, A.E., Delbos, R., Erickson, J.B. (2008): The Effect of Occupation and industry on the injury risks from demanding work schedules. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 50 (10): 1185–1194.
- Doyal, L. (2001): Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323 (7320): 1061–1063.
- Eckersley, R. (2000): The state and fate of nations: implications of subjective measures of personal and social quality of life. *Social Indicators Research*, 52: 3–27.
- Firth, L., Mellor, D.J., Moore, K.A., Loquet, C. (2004): How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of Managerial Psychology*, 19 (2): 170–187.
- Gémes K. (2006): Sport és életminőség. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 167–180.
- Heraclides, A., Chandola, T., Witte, D.R., Brunner, E.J. (2009): Psychosocial stress at work doubles the risk of type 2 diabetes in middle-aged women: Evidence from the Whitehall II Study. *Diabetes Care*, 32: 2230–2235.
- Kopp M., Skrabski Á. (1992): *Magyar lelkiállapot*. Végeken, Budapest
- Kopp M., Skrabski Á., Czákó L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1 (2): 4–24.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams J.B. (2002): The PHQ-15: Validity of new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64: 258–266.

- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., Hallet, A.J. (1996): A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119: 322–348.
- Mittelmark, M. (2004): Chronic social stress in the community and associations with psychological distress: A social psychological perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16 (1): 5–17.
- Neculai K., Salavecz Gy., Stauder A., Kopp M. (2006): Munkahelyi tényezők és pszichés jól-lét az oktatás és kultúra területén dolgozó nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 111–123.
- Ross, C.E., Mirowsky, J. (2006): Sex differences in the effect of education on depression: Resource multiplication or resource substitution? *Social Science and Medicine*, 63 (5): 1400–1413.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A HUNGAROSTUDY 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83–94.
- Rózsa S., Szádóczy E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Salavecz Gy., Neculai K., Jakab E. (2006a): A munkahelyi stressz és az élnhatóság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 95–109.
- Salavecz Gy., Neculai K., Rózsa S., Kopp M. (2006b): Az erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 231–246.
- 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 and Medicine*, 58 (8): 1483–1499.
- Stolzenberg, R.M. (2001): It's about time and gender: The effect of wife's and husband's employment on their own and each other's health. *American Journal of Sociology*, 107 (1): 61–100.
- Stolzenberg, R.M., Williams, K. (2008): Gendered reciprocity: The effect of husband's and wife's work on each other's health. *Social Science Research*, 37 (1): 180–201.
- 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.
- Szumska I. (2006): Az elhízás gyakorisága és hatása az életminőségre. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 210–218.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K. (2010): Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71 (2): 305–313.
- Warde, C., Allen, W., Gelberg, L. (1996): Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences. *Journal of General Internal Medicine*, 11 (12): 729–735.
- Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6): 361–370.

A tanulmány elkészítését segítő támogatások. A tanulmány az OTKA TS-40889 (2002), TS-049785 (2004) pályázatok, valamint az NKFP 1/002/2001 és az NKFP 1b/020/2004 támogatásával készült.

SUSÁNSZKY, ÉVA - SUSÁNSZKY, ANNA - SZÁNTÓ, ZSUZSA -
KOPP, MÁRIA

QUALITY OF LIFE AND LIFE STYLE OF PEOPLE IN LEADING POSITIONS

Background: Our study describes the quality of life of people in leading positions in a workplace and focuses also on gender differences. According to the literature, expectations toward women in such positions represent a greater challenge and a larger burden of stress than toward men; the effects of this burden manifest in the indicators of health related quality of life.

Methods: A sub-sample was constructed based on the database of the national representative survey Hungarostudy 2006. The sub-sample contained the data of economically active persons in leading positions aged 18 years and over (N = 344). The burden of stress was measured by indicators representing job stress, relationship stress, and the stress caused by efforts to reconcile one's occupational and private roles. The quality of life was measured by indicators of specific and general satisfaction and the subjective evaluation of happiness, and also by indicators of general health status such as occurrences of chronic diseases, subjective bodily symptoms, depression, and anxiety. Life style was examined through risk behaviors (smoking, alcohol consumption), body mass index, and physical activity (sport).

Results: The job stress indicators do not show differences between men and women. However, the stress level resulted by close personal relationships and work-family conflicts was much higher among women than among men. Self-rated health did not differ by gender, but women reported more medical treatments in the past three years and more subjective bodily symptoms than men which indicate a greater tendency of somatization. People in leading positions experience a similar level of general well-being but anxiety and dissatisfaction with sexual life is more prevalent among women while hostility is more common among men. Men also drink more and are more overweight than women leaders.

Conclusions: The results do not suggest that women leaders are more vulnerable than men in the same positions.

Keywords: leaders, quality of life, gender differences