

Skrabski Árpád* – Kopp Mária – Rózsa Sándor – Réthelyi János

A KOHERENCIA MINT A LELKI ÉS TESTI EGÉSZSÉG ALAPVETŐ MEGHATÁROZÓJA A MAI MAGYAR TÁRSADALOMBAN

Az ún. salutogenezis modell olyan keretet kínál, amelyben a koherencia élmény bevezetésével lehetőség nyílik az „egész”-ség dinamikus értelmezésére. Vizsgálatunkban a Richard Rahe-féle, az „élet értelme” koherencia kérdőív összefüggéseit vizsgáltuk az egészségi állapottal. A Hungarostudy 2002 felmérés a 18 évesnél idősebb magyar népességet életkor, nem és terület szerint képviseli. 12 640 személlyel vettünk fel otthoni interjút. Az így vizsgált koherencia mutatót az egészségi állapot igen fontos előrejelzőjének találtuk. Ha az adatokat életkor, nem és iskolázottság szerint korrigáltuk, az egészségi állapot önbecslése mintegy 10-szer, a munkaképesség 8-szor jobb, a depresszió valószínűsége 7-szer alacsonyabb volt. Az „élet értelme” mutató igen szoros kapcsolatban áll az önhatékonyssággal, a problémaorientált megbirkózással, a társas támogatással, ezzel szemben kevésbé függ az iskolázottságtól, az életkortól és a nemtől.

Kulcsszavak: koherencia, élet értelme, salutogenezis modell, egészségi állapot, megbirkózás, társas támogatás, társadalmi tőke

Ha az egészségromlás háttértényezőit, illetve az egészség megőrzésének lehetőségeit vizsgáljuk, alapvető az egészség koncepciójának elemzése is. Nyilvánvaló, hogy az egészségromlás „legkeményebb”, legdrámaibb mutatója az idő előtti halálozás. Maga a halál, a szenvedés azonban az élet természetes része, egy dinamikus egészségfogalomnak tehát magában kell foglalnia a fogantatástól a halálig terjedő teljes ívet. A WHO egészség definícióját – amely a teljes testi, lelki és szociális jóllétet tartja elérendő célnak – általában idealista megfogalmazásnak tartják.

Antonovsky (1985, 1987, 1993) salutogenezis modellje olyan keretet kínál, amelyben a koherencia élmény bevezetésével lehetőség nyílik az „egész”-ség dinamikus értelmezésére. A salutogenezis az orvoslás pathogenezis szemléletével szemben az egészség eredetét állítja a középpontba, azaz egészségközpontú beállítottságot jelent. A salutogenezis modell értelmében az egészséget csak rendszerszemléleti keretben értelmezhetjük, ahol az ember és környezete közötti harmónia, összhang, koherencia élménye az alapvető, amely folyamatos kihívások közepette is bizto-

* Levelező szerző:

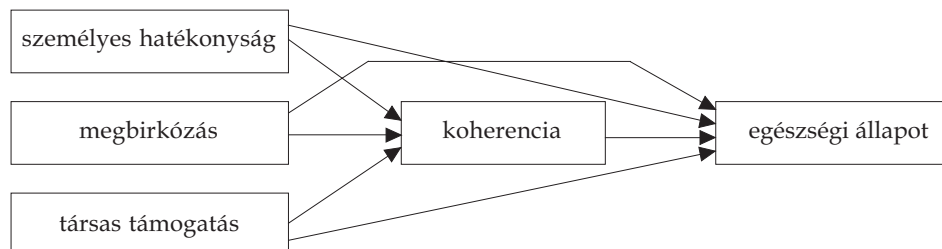
Dr. Skrabski Árpád, Apor Vilmos Főiskola
2072 Zsámbék, Zichy tér 1.

sítja az egyensúlyt, harmóniát. A koherencia annak az átélése, hogy a személynek van helye és szerepe a társadalomban, a világban, s hogy a velünk történő események értelemteliek, kihívások, amelyeknek megoldására képesek vagyunk. A koherencia a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak a biztonsága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatóak. Ebben a modellben a krízisek, nehézségek nem elkerülendő nehézségek, hanem arra alkalmasak, hogy a személyiségfejlődés magasabb szintjére jussunk általuk.

Helyünk a világban kölcsönhatást jelent a személy és környezete között, és képességet jelent a kölcsönhatásra. Ezt nevezi Antonovsky „instrumentális bizalomnak”, ami az erőforrásokban való gazdagság élményét jelenti. Ez a lelkiállapot ellentéte a „tanult tehetetlenségnek”, a „tanult forrásgazdagság”, „resourcefulness” állapota, ami az ún. pozitív pszichológia alapfogalmává vált. A koherencia élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét, azonban ennél többet jelent. Azt a képességet és biztonságot jelenti, hogy a személy bízik benne, hogy változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni, adott esetben nem csupán saját erőforrásokban, hanem külső segítségben, a kölcsönösségben bízhat, így erős „társadalmi tőkével” is rendelkezik.

A koherencia rokonértelmű szó a kongruenciával, a hitelességgel, amely tulajdonság az ún. személyközpontú pszichoterápiák központi fogalma, a segítő foglalkozásúak sikerességének alapvető kritériuma (Tringer 1992, 1999). Az általunk használt kérdőívet Richard Rahe „az élet értelme” kérdőívnek nevezi, amely a koherenciához igen hasonló koncepciót vizsgál (Rahe és Tolles 2002).

A másik, szintén igen jelentős magyarázó erejű modell a „személyes hatékonyság”, a „self-efficacy” modell (Schwarzer 1993; Kopp és mtsai 1993). Míg a koherencia érzés inkább a világban betöltött helyünk elfogadását, tehát a személyes azonosságtudatot, identitást méri, addig a személyes hatékonyság azt a meggyőződést, hogy általában tudjuk kezelni a nehéz élethelyzeteket. A két koncepció azonban igen szoros kapcsolatban van egymással – mint ezt az alábbi ábra is mutatja (1. ábra). Az egészségi állapot általános értelmezése során az egyének szintjén az Antonovsky-féle salutogenezis modellből indulunk ki a jelen tanulmányban, amelyben a személyes hatékonyságnak, a megbirkózási készségeknek és a társas támogatásnak alapvető szerepe van.



1. ábra. A koherencia és az egészségi állapot kapcsolata a személyes hatékonysággal, a megbirkózási stratégiákkal és a társas támogatással

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

Három felvételt végeztünk az egészség szociális és pszichológiai háttér-tényezőinek elemzésére. Mindhárom országos vizsgálat (Hungarostudy 1988, 1995 és 2002) nem, kor és terület vonatkozásában reprezentatív felmérés volt. 1988-ban 21 000, 1995-ben 12 600, 2002-ben pedig 12 640 vizsgálati személy vett részt a felmérésekben. Az 1988-as és az 1995-ös felvételek megyére, míg a 2002-es felvétel megyére és kistérségre egyaránt reprezentatív volt (Rózsa és mtsai 2003; Skrabski 2004).

Mindegyik felvétel tartalmazott kérdéseket a megkérdezett végzettségére, anyagi helyzetére, lakás- és munkahelyi körülményeire, testi és lelki egészségi állapotára, megbirkózási stratégiáira, és a társadalmi tőke néhány változójára vonatkozóan. A Hungarostudy 2002 felvétel tartalmazta az Antonovsky által kidolgozott „sense of coherence” kérdőív Rahe által lerövidített „meaning in life” (élet értelme) változatát (Rahe és mtsai 2000; lásd melléklet). A koherenciára vonatkozó vizsgálatokat egyéni szinten végeztük.

A vizsgálatban szereplő mérőeszközök

Koherencia érzés skála a Rahe-féle rövidített stressz és megküzdés kérdőív *ből* (Rahe és Tolles 2002). Antonovsky koherencia érzés kérdőívének számos rövidített változata készült el, így például Svédországban széles körben használják a három kérdésből álló változatot is (Sandquist és mtsai 2000; Lundberg és Nyström 1995; Schumacher és mtsai 2000).

Richard Rahe és munkacsoportja (2000) az elmúlt években egy olyan többdimenziós, önjellemző mérőeszközt fejlesztett ki, amely a mindennapos stresszhatások és a rendelkezésre álló megküzdő kapacitások átfogó felmérését, és a két terület egymáshoz viszonyított mértékének megállapítását teszi lehetővé. A megküzdési kapacitások utolsó alszála a koherencia érzés kérdőív Rahe-féle változata, az „élet értelme” skála. Az alszála hét kérdés alkotja (pl. „Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része”; „Meg vagyok békélve helyemmel az életben”). A kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,69, ami a kérdések megfelelő belső konzisztenciáját mutatja, vizsgálatunkban ennek magyar változatát alkalmaztuk (Rózsa és mtsai 2003).

Személyes hatékonyság (kompetencia) kérdőív (Schwarzer 1993; Kopp 1993). Az a beállítottság, hogy általában képesnek érezzük magunkat a nehéz helyzetek megoldására. A rövidített kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,83, ami a tételek homogenitását mutatja (Rózsa és mtsai 2003).

Az egészségi állapot önbecslése. Az utóbbi években számos vizsgálat bizonyította, hogy az egészségi állapot önértékelése, az ún. „self-rated health” a halálozás legmegbízhatóbb előrejelzője; megbízhatóbb, mint a ma használatos szűrővizsgálati eljárások (részletesen lásd Idler és Benyamini 1997-es összefoglalóját).

Az egészségi állapot önbecslésére két kérdést tettünk fel: „Kortársaihoz hasonlóan hogyan minősíti saját egészségi állapotát?”; „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” Ezeket a kérdéseket ötfokozatú skálán kellett megítélniük a résztvevőknek: 1: nagyon rossz; 2: rossz; 3: közepes; 4: jó; 5: kiváló.

Kérdést tettünk fel arra vonatkozóan is, hogy saját véleménye szerint az elmúlt évben hány napig volt munkaképtelen betegség miatt (*betegnapok*), illetve hány napot töltött betegállományban. Az egészségi állapot megítélése szempontjából a betegnapok számát lényegesen megbízhatóbb mutatónak találtuk, mint a betegállományban töltött napok számát, ami az utóbbi években inkább a munkával, munkahellyel kapcsolatos problémákat tükrözi.

WHO általános jól-lét skála. A vizsgálatban használt, 5 tételből álló skálán a kitöltők az elmúlt két hét figyelembevételével értékelték általános érzelmi állapotukat: vidám és jókedvű, nyugodt és ellazult, aktív és élénk, ébredéskor friss és kipihent, napjai tele voltak érdekes dolgokkal. A skála megbízhatóságát becsülő Cronbach-alfa mutató értéke 0,84, ami ez esetben is a kérdések magas belső konzisztenciáját mutatja (Rózsa és mtsai 2003).

Munkaképesség csökkenés (disability) kérdőív. A kérdőív az enyhébb szellemi, érzékszervi és mozgásszervi korlátozottságtól az önfenntartásra való képtelenségig kérdez rá 27 különbözően súlyos tünetre, valamint egyetlen skálán a munkaképesség becsült értékére. 2002-ben már csak a munkaképesség csökkenés egyetlen mutatójára kérdeztünk rá egy hat fokozatú skálán, a nincs munkaképesség csökkenéstől az ágyhoz kötöttségig.

Beck depresszió kérdőív (BDI) rövidített változata (Beck és mtsai 1961, 1972; Kopp és mtsai 1990, 1998, 2000; Kopp és Skrabski 1995; Réthelyi és mtsai 2001; Rózsa és mtsai 2003). A depressziós tünetegyüttes összetevői: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya és önvádolás.

A megkérdezettek négyfokozatú skálán válaszoltak, hogy egy-egy állítás egyáltalán nem jellemző-e rájuk, vagy teljesen jellemző. Az állítások a következők:

Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt; Semmiben sem tudok dönteni többé; Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni; Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak; Annyira aggodom testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni; Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni; Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni; Mindennel elégedetlen vagyok közömbös vagyok; Állandóan hibáztatom magam.

A rövidített kérdőív pontszámait megbízhatóan átszámíthatjuk az eredeti pontszámértékekre (Kopp és Fóris 1995). Az értékelés kategóriái: 0–9 pont: nem depressziós; 10–18: enyhe depressziós tünetegyüttes; 19–25: közepesen súlyos depressziós tünetegyüttes; 25 fölötti pontérték súlyos depressziós állapotot jelez.

A rövidített kérdőív Cronbach-alfa értéke 0,85, ami a kérdések igen jó belső konzisztenciáját mutatja (Rózsa és mtsai 2003).

Konfliktusmegoldó (ways of coping) kérdőív (Folkman és Lazarus 1980; Kopp és Fóris 1995; Kopp és Skrabski 1995; Rózsa és mtsai in press). A Folkman és Lazarus által kidolgozott kérdőív rövidített változatát vettük fel mindhárom Hungarostudy felmérés során.

Társas támogatás kérdőív (Caldwell és mtsai 1987). A Caldwell Support Dimension Scale-jének a hazai viszonyokra adaptált változatát vettük fel mindhárom Hungarostudy felmérés során.

Anómia kérdőív (Andorka 1996). 2002-ben felvettük a korábban Andorka Rudolf által használt anómia skála rövidített változatát. A skála megbízhatóságát mutató alfa értéke 0,85.

Bizalom. A bizalmat arra a kérdésre adott válasz segítségével mértük, hogy a megkérdezett egyetértett-e az állítással, hogy „az emberek általában aljasak, önzőek és ki akarják használni a másikat” (A válaszlehetőségeket háromfokú skálán lehetett jelölni a „nem ért egyet”-től a „teljesen egyetért”-ig). Ez a kérdés nagyon hasonló ahhoz a Kawachi és mtsai (1997b) által használt indikátorhoz, amelyet a bizalom hiányának mérésére használtak az *US General Social Survey* során.

Chicago közösségi hatékonyság kérdőív (Kawachi és mtsai 1997a, 2000; Skrabski 2004; Skrabski és mtsai 2004; Sampson és mtsai 1997; Lindström és mtsai 2002). 2002-ben a közösségi hatékonyság mérésére 10 változót szerepeltettünk a Chicago közösségi hatékonyság kérdőívéből, amelyek arra vonatkoznak, hogy a szomszédság mennyire tartja magát képesnek hatékony közös cselekvés véghezvitelére (Lindström és mtsai 2002; Sampson és mtsai 1997; Zaccaro 1995). Ez egy szituációs kérdőív. A kérdések egyrészt a lakók közös értékeinek megvalósítására vonatkoznak, másrészt arra az informális közösségi kontrollra, amely a kockázatot jelentő esetek kezeléséhez szükséges. A közösségi hatékonyságot a válaszok összegével mérjük. A rövidített kérdőív Cronbach-alfa mutatója 0,83, ami a kérdések jó belső konzisztenciáját mutatja (Rózsa és mtsai 2003).

Vallásgyakorlás. A vallásgyakorlás mérésére 1995-ben és 2002-ben megkérdeztük, hogy „Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?” (Válasz: 0. nem hívő, 1. nem gyakorolja a vallását, 2. a maga módján, 3. ritkán, egyházában, 4. rendszeresen, egyházában). 2002-ben ezeket a kérdéseket kiegészítettük a következő kérdéssel: „Mennyire fontos önnek mindennapi életvitelében a vallás?” (Válasz: 0. egyáltalán nem fontos, 1. kissé fontos, 2. nagyon fontos, 3. minden cselekedetemet befolyásolja).

Versengő, rivalizáló attitűd, irigység. Tudomásunk szerint a mi vizsgálatunk volt az első, ahol a versengő attitűdöt szerepeltettük a társadalmi tőke változói között (Skrabski 2003; Skrabski és mtsai 2004). A versengő attitűdöt azzal mértük, hogy a megkérdezett mennyire ért egyet az alábbi állítással: „Ha egy jó ismerősem sikeréről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna” (A válaszlehetőségeket háromfokú ská-

lán jelölhették a „nem ért egyet”-től a „teljesen egyetért”-ig). A kérdés az ellenségesség kérdőív része – lásd a mellékletben (Cook és Medley 1954; Kopp és Skrabski 1995; Kopp és mtsai 1998, 2000).

Statisztikai módszerek

A vizsgálatok során többváltozós matematikai statisztikai elemzéseket használtunk az SPSS programcsomag (SPSS 1997) alkalmazásával, így faktoranalízist, lépésenkénti lineáris regresszió elemzést, és logisztikus regresszió elemzést.

A vizsgálatok kérdésfeltevése arra vonatkozik, hogy milyen általános modellel írható le a testi-lelki egészségi állapot, hogy az Antonovsky-féle *salutogenezis modell*, amely a koherencia érzést alapvetőnek tekinti az egészség megőrzése szempontjából, érvényes-e a mai magyar társadalomra.

EREDMÉNYEK

Összefüggés az egészségi állapot mutatói és a koherencia érzés között

A 1. táblázat azt mutatja be, hogy az átlagnál alacsonyabb, illetve magasabb koherenciával jellemezhető személyek esetében hogyan változnak az egészségi állapot egyes mutatói. A statisztikai elemzést bináris változókra végzett logisztikus regresszió elemzés segítségével végeztük. A bináris értékek az *egészségi állapot önbecslése* esetén: „0” = nagyon rossz, rossz, „1” = közepes, jó, kiváló; *munkaképesség csökkenés önbecslése* esetén: „0” = nincs vagy enyhe munkaképesség csökkenése van, „1” = közepes, súlyos teljesítménycsökkenés, munkaképtelenség, tolószékhez, ágyhoz kötöttség; *életminőség* esetén „0” = átlag alatti, „1” = átlag feletti; *depresszió* esetén „0” = 18 pont és az alatt, „1” = 18 pont felett.

Mivel az egészségi állapot mutatói jelentősen függnak az életkortól, a nemtől és az iskolai végzettségtől, az adatokat minden esetben korrigálni kellett nem, kor és végzettség szerint. A korrekció után az egészségi állapot önbecslése majdnem tízszer jobb, a munkaképesség csökkenés nyolcszor kisebb mértékű az átlagnál magasabb koherencia érzéssel jellemezhető személyek között. A WHO jól-lét, életminőség kérdőíve szerint a magas koherencia ötször jobb életminőséggel jár együtt, míg a depresszió több mint ötször kevésbé jellemző rájuk.

A 2. táblázat azt mutatja, hogy a jól ismert kockázati tényezőkhöz viszonyítva – mint a kor, a nem, az iskolázottság – mennyire fontos a ko-

1. táblázat. Az egészségi állapot változóinak összefüggése a koherenciával a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\ 640$)

Változók	OR	95%-os konfidencia intervallum	
<i>Egészségi állapot önbecslése*</i>			
koherencia (0)	1		
koherencia (1)	9,53	7,61	11,95
<i>Munkaképesség csökkenés önbecslése*</i>			
koherencia (0)	1		
koherencia (1)	0,13	0,10	1,55
<i>Életminőség WHO*</i>			
koherencia (0)	1		
koherencia (1)	4,62	4,07	5,26
<i>Közepesen súlyos v. súlyos depresszió*</i>			
koherencia (0)	1		
koherencia (1)	0,14	0,11	0,17

* Kontrollálva nemre, korra, végzettségre

herencia szerepe az egészségi állapot mutatóival összefüggésben. Tartalmazza az egészségi állapot önbecslésére vonatkozó lépésenkénti regresszió elemzés eredményeit is.

2. táblázat. Az egészségi állapot önbecslésének összefüggése a koherenciával, személyes hatékonysággal, a megbirkózással és a társas támogatással a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\ 640$)

Változók	β	S.E.	t-érték	p	adj. R ²
Konstans		.078	43.45	.000	
Kor	-.422	.001	-34.00	.000	.2166
Iskolaév	.160	.004	12.89	.000	.255
Koherencia	.102	.004	7.70	.000	.281
Érzelemorientált megbirkózás	-.106	.004	-8.92	.000	.292
Hatékonyság, kompetencia	.100	.004	7.76	.000	.302
Családon kívüli segítség	.068	.004	5.30	.000	.306
Nem	-.026	.022	-2.23	.025	.306

Bár az életkor és az iskolázottság szerepe nyilvánvaló és igen jelentős, ezek után már a koherencia érzés következik a magyarázó változók között, ezt követi az érzelmközpontú megbirkózás negatív hatása az egészségre. A modell azt mutatja, hogy az önhatékonyság, kompetencia érzés ugyan szintén szignifikánsan befolyásolja az egészségi állapot önbecslését, azonban a koherencia fontosabb magyarázó változó. Érdekes módon, a nem, ami minden vizsgálat szerint a nők negatívabb egészségértékelé-

sét mutatja, lényegesen kisebb jelentőségűvé válik, ha a fenti magyarázó változókkal együtt vizsgáljuk a hatását.

Mind a WHO jól-lét, életminőség mutatónak, mind a Beck-féle depresszió skála alacsony értékének legfontosabb előrejelzője a koherencia érzés, fontosabb, mint az életkor, az iskolázottság és a nem. A statisztikai elemzéseknél lépésenkénti regresszió elemzést használtunk, ahol a függő változó a jól-lét WHO skála (3. táblázat) és a Beck-féle depresszió kérdőív volt (4. táblázat).

3. táblázat. A WHO jól-lét kérdőív összefüggése a koherenciával, személyes hatékonysággal, a megbirkózással és a társas támogatással a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\ 640$)

Változók	β	S.E.	t-érték	p	adj. R^2
Konstans		.339	8.517	.000	
Koherencia	.222	.020	15.499	.000	.130
Hatékonyság, kompetencia	.204	.020	14.621	.000	.183
Kor	-.126	.003	-9.590	.000	.208
Iskolaév	.064	.016	4.885	.000	.215
Nem	-.069	.093	-5.569	.000	.220
Érzelemorientált megbirkózás	-.095	.018	-7.259	.000	.226
Problémaorientált megbirkózás	.077	.014	5.371	.000	.231
Családon kívülről segítség	.052	.019	3.610	.000	.234
Családi segítség	.031	.018	2.256	.024	.234

A jóllét mint függő változó esetén a koherencia és a hatékonyság, kompetencia érzés egymást kiegészítő változóként az első és második helyen, a kontroll változókat megelőzve jelenik meg. A koherencia a jóllétet 13%-ban, míg a személyes hatékonyság további 5,3%-ban magyarázza.

4. táblázat. A Beck-féle depresszió skála összefüggése a koherenciával, személyes hatékonysággal, a megbirkózással és a társas támogatással a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\ 640$)

Változók	β	S.E.	t-érték	p	adj. R^2
Konstans					
Koherencia	-.185	.050	-13.323	.000	.084
Kor	.209	.008	16.069	.000	.141
Érzelemorientált megbirkózás	.244	.046	19.678	.000	.201
Iskolaév	-.163	.040	-12.578	.000	.203
Hatékonyság, kompetencia	-.140	.050	-10.372	.000	.249
Nem	.050	.240	4.099	.000	.251
Segít egyházi vagy polgári csoport	.064	.150	4.994	.000	.254
Családon kívüli segítség	-.042	.049	-2.889	.004	.256
Családi segítség	-.032	.047	-2.383	.017	.256

A jól-lét és a depresszió esetén a magyarázó változók között elsőként a koherencia érzés szerepel és ezt követi a kor mint a legfontosabb kontroll-változó. A depressziót a koherencia 8,4%-ban, a kor további 5,7%-ban magyarázza.

A koherencia-magyarázó változói

A koherencia tehát valóban rendkívül szoros kapcsolatban áll mind a testi, mind a lelki egészséggel. Kérdés, hogy milyen háttértényezők magyarázzák a magas koherencia érzést. Az 5. táblázat a koherenciával leggyakrabban összefüggésbe hozott hatékonyság, a megbirkózás, a társas támogatottság és a koherencia összefüggéseit vizsgálja nem, kor és életkor szerint korrigálva az adatokat.

5. táblázat. A koherencia összefüggése a személyes hatékonyság, a megbirkózás és a társas támogatás változóival a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\,640$).
A bemutatott összefüggések magasan szignifikánsak ($p=0.000$),
az elemzéseket nemre, korra, végzettségre kontrolláltuk

Változók	OR	95%-os konfidencia intervallum	
Önhatékonyság (0)	1		
Önhatékonyság (1)	1.75	1.47	2.08
Önhatékonyság (2)	3.66	2.93	4.55
Önhatékonyság (3)	6.49	4.99	8.45
Problémaorientált megbirkózás (0)	1		
Problémaorientált megbirkózás (1)	1.17	0.97	1.41
Problémaorientált megbirkózás (2)	2.83	2.38	3.36
Érzelemorientált megbirkózás (0)	1		
Érzelemorientált megbirkózás (1)	0.51	0.41	0.64
Érzelemorientált megbirkózás (2)	0.25	0.17	0.36
Családtól támogatás (0)	1		
Családtól támogatás (1)	0.61	0.32	1.16
Családtól támogatás (2)	1.07	0.65	1.74
Családtól támogatás (3)	2.90	1.87	4.49
Családon kívüli támogatás (0)	1		
Családon kívüli támogatás (1)	1.00	0.75	1.33
Családon kívüli támogatás (2)	1.68	1.38	2.05
Családon kívüli támogatás (3)	2.97	2.40	3.68
Támogatás egyházi v. polgári csoporttól (0)	1		
Támogatás egyházi v. polgári csoporttól (1)	1.16	0.85	1.58

Támogatás egyházi v. polgári csoporttól (2)	1.74	1.22	2.49
Támogatás egyházi v. polgári csoporttól (3)	1.86	1.00	3.46
Vallásgyakorlás (0)	1		
Vallásgyakorlás (1)	1.23	1.01	1.48
Vallásgyakorlás (2)	1.53	1.26	1.85
Vallásgyakorlás (3)	2.02	1.59	2.57
Vallásgyakorlás (4)	2.01	1.41	2.86

A koherencia valóban a hatékonysággal (self-efficacy) van legszorosabb kapcsolatban, a hatékonyság érzés magas foka esetében hatszor valószínűbb, hogy a koherencia érzés értéke átlag feletti. Ezután az érzelmi megbirkózás negatív szerepe következik, háromszor alacsonyabb koherencia valószínűséggel. A problémaközpontú megbirkózás, a családi és a családon kívüli társas támogatás magas foka egyaránt körülbelül háromszor magasabb valószínűséggel jár együtt átlagnál magasabb koherencia érzéssel.

További vizsgálat szükséges a koherencia érzést magyarázó változók összefüggéseinek és együttes magyarázó erejének vizsgálatára. A 6. táblázat a lépésenkénti regresszió elemzés eredményeit mutatja, ahol a koherencia a függő változó.

6. táblázat. Lépésenkénti lineáris regresszió a koherencia és az egyéni képességek, társas támogatás vizsgálatára ($n=12\ 640$)

Változók	β	S.E.	t-érték	p	adj. R ²
Konstans		.227	14.632	.000	
Énhatékonyság	.284	.013	22.968	.000	.159
Problémaorientált megbirkózás	.219	.009	16.933	.000	.200
Családi segítség	.099	.012	8.031	.000	.220
Érzelemorientált megbirkózás	-.130	.012	-10.846	.000	.236
Egyházi vagy polgári csoport segít	.092	.038	7.819	.000	.248
Családon kívüli segítség	.092	.036	7.283	.000	.253
Nem	.073	.062	6.390	.000	.259
Kor	.084	.002	6.913	.000	.264
Iskolaév	.049	.010	4.091	.000	.266

Újabban számos vizsgálat törekszik a társadalmi tőke egyéni, családi gyökereinek elemzésére (Bolin és mtsai 2003). Ezeknek a vizsgálatoknak az eredményeivel összefüggésben a magas koherencia az ún. önhatékonysággal, a problémaközpontú megbirkózással, magas családi és családon kívüli társas támogatással van a legszorosabb kapcsolatban. Érdekes módon az iskolázottság a koherencia kevésbé fontos meghatározója, mint a fenti változók.

A koherencia összefüggései a társadalmi tőke változókkal egyéni szinten

A koherencia érzés tehát a testi és lelki egészség alapvető meghatározója. A továbbiakban az egyének szintjén vizsgáltuk meg, hogy a koherencia mennyire függ össze a társadalmi tőke változókkal.

7. táblázat. A koherencia és a társadalmi tőke változók Pearson-féle korrelációs együtthatói a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\,643$)

Változók	Korrelációs együttható
Anómia	-.241**
Chicago közösségi hatékonyság	.221**
Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?	.177**
Az emberek általában aljasak, önzőek és ki akarják használni a másikat	-.162**
Ha egy jó ismerősöm sikereiről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna	-.161**
Tagja egyesületnek vagy más civil szervezetnek?	.082**
Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja	.060**

$p^{**} < 0.01$

8. táblázat. A koherencia összefüggésének mérése a társadalmi tőke változóival, odds ratiók segítségével, személyes szinten, a Hungarostudy 2002 felmérés alapján ($n=12\,643$). Az elemzéseket nemre, korra és végzettségre kontrolláltuk

Változók	OR	95%-os konfidencia intervallum	
Közösségi hatékonyság (0)	1		
Közösségi hatékonyság (1)	1.15	0.87	1.51
Közösségi hatékonyság (2)	1.98	1.53	2.56
Közösségi hatékonyság (3)	2.47	1.87	3.25
Bizalom* (0)	1		
Bizalom* (1)	0.99	0.79	1.23
Bizalom* (2)	1.29	1.06	1.57
Bizalom* (3)	1.60	1.32	1.94
Kölcsönösség (0)	1		
Kölcsönösség (1)	0.73	0.59	0.91
Kölcsönösség (2)	0.77	0.66	0.90
Kölcsönösség (3)	1.17	0.96	1.42

A koherencia a társadalmi tőke változókkal szoros szignifikáns korrelációt mutat. A korrelációs együtthatók sorrendje szerint az anómia mutatja a legszorosabb negatív kapcsolatot a koherenciával, ezt követi a közösségi hatékonyság, a szomszédsági kapcsolatok erőssége. A vallásgyakorlás és a koherencia között igen szoros pozitív kapcsolat mutatható ki. A versengés és a bizalmatlanság szintén szoros negatív kapcsolatban áll a koherencia érzéssel. Viszonylag kevésbé szoros, de szignifikáns pozitív kapcsolat van a civil szervezeti tagság, a kölcsönösség és a koherencia között is.

A magas közösségi hatékonysággal jellemezhető csoportokat 2,5-ször nagyobb valószínűséggel jellemzi átlagon felüli koherencia, míg a magas bizalommal rendelkezők (8. táblázat) 1,6-szeres valószínűséggel tartoznak az átlagon felül koherens csoporthoz. A koherencia és a kölcsönösség esetén a kapcsolat nem lineáris, csak a változók legmagasabb értékei esetén áll fenn. Ez az eredmény is alátámasztja Mateju (2002) megállapítását, amely szerint a kölcsönösség és a bizalom a társadalmi tőke különböző aspektusait vizsgálja, különösen az átalakuló társadalmakban.

Megbeszélés: a koherencia és az egészség összefüggései

Ma a népegészségügyi kutatások széles körben bizonyították, hogy a koherencia érzés valóban alapvető egészségvédő tényező (Suominen és mtsai 2001). A jelen tanulmány azt vizsgálja, hogy a koherencia élményen, pontosabban az élet értelmébe vetett bizalmon alapuló egészségfelfogás mennyiben érvényes a magyar népesség körében, vagyis mennyiben támaszkodhatunk erre a modellre, ha az egészségromlás egyéni és társadalmi meghatározóit kívánjuk elemezni. A vizsgálat további célja annak a feltárása volt, hogy melyek azok az erőforrások, amelyek az élet értelmébe vetett bizalmat, a koherencia élményt kialakítják és fenntartják az átalakuló, változó társadalmi feltételek között. Mivel a koherencia élmény alapvetően erőforrás gazdagságot jelent, igen logikus, hogy az erőforrások és az egészség összefüggéseit ebben a keretben vizsgáljuk.

A salutogenezis modell szerint a koherencia genetikai tényezők alapján, gyermekkori hatások, a nevelés során alakul ki, s válik a személy meghatározó jellemzőjévé. Durkheim *homo duplex* modellje szerint az ember ösztönös késztetések kielégítésére törekvő önértékelő lény, aki ugyanakkor a másik oldalról értékekre fogékony. Ez teszi lehetővé számára a társadalom közös értékeinek elfogadását. A nevelés a családon és oktatási intézményeken keresztül történik, amelynek során az egyének a közösség többi tagjához hasonlóvá válnak, elfogadva a közös értékeket, gon-

dolkodási és viselkedési módokat. Ez a hasonlóság az emberek közötti együttműködés alapja. A nevelés további célja speciális ismeretek átadása, amelyek lehetővé teszik az egyén részvételét a társadalmi munkamegosztásban. Ez egyénre szabott szerepet jelent. A hasonlóság az értékek elfogadásában és a különбözőség a szakértelem terén – Durkheim alapján – az egyén befogadását segíti elő a társadalom közösségébe. A koherencia, az egyén és a társadalom közötti összhang a sikeres szocializáció eredménye.

Vizsgálataink a jelenlegi magyar valóságra, egy átalakuló társadalomra vonatkoznak. Nyilvánvalóan mást jelent a koherencia egy hagyományos, Parsons szerint (Halarambos és Holborn 1995) „A” típusúnak nevezett társadalomban, amely csupán beilleszkedést vár el a kialakított, merev kollektív szabályokhoz, mint egy „B” típusú társadalmi modellben, ahol nincs mihez „illeszkedni”, mert maguk a kollektív játékszabályok sokfélék és kialakulatlanok. Az „A” típusú modell (például egy zárt faluközösség) esetében az egyén minden tevékenységét egyetlen közösség keretében végzi, és itt elégíti ki minden szükségletét. Az egyén alá van vetve a közösségnek, amelynek teljes személyiségével átadja magát. Szükség esetén életét is feláldozza a közösségért. Az „A” típusú modell esetén a nevelési folyamatban domináns szerep jut a közösségnek, és az egyén passzívabb, befogadó szerepet tölt be. Az egyén számára meghatározott a helye és szerepe a közösségben, ezt kell felismernie és elfogadnia, de itt is elképzelhető, hogy az egyén változtathat a helyzetén (például Európában az elmúlt századokban a váltás lehetőségét jelenthette a papsághoz vagy a katonasághoz való csatlakozás).

A Parsons-féle „B” típusú társadalom modelljében (mint az amerikai nagyvárosok, de a mai magyar társadalom többsége is) az egyén a tevékenységeit és szükségleteinek kielégítését más-más közösségekben végzi. Naponta számos közösség tevékenységében vesz részt (vásárló-, utazó-, iskolai-, szülői-, lakóközösség, munkahely, klub), ezek közül a család az egyetlen, amelynek teljes személyiségével tagja lehet. A társadalmat általános értékek hangolják össze, és az egyénnek önmagának kell a család és az iskola segítségével megtalálnia a helyét a társadalomban. A szocializációs folyamat során az egyén a lehetőségek tömegével találkozik, ezek között választva saját fejlődésében számára kezdeményező szerep jut. Az egyén részben örökli, részben maga alakítja ki vagyonát, ismereteit, képességeit, humán tőkéjét és személyes kapcsolatait, társadalmi tőkéjét. Egy pluralista társadalomban maga választhat több értékrendszer között. A szocializáció sikertelenségének mind az egyén, mind a társadalom a kárvallottja.

Durkheim nevelésről alkotott képe az „A” és „B” típusú társadalomban egyaránt értelmezhető, de a „B” típusú társadalomban a koheren-

cia elérése nagyobb mértékben teszi próbára a szocializáció alanyát. Sokkal bonyolultabb szerepe van a családnak és az iskolai oktatásnak – megfelelő támogatás hiányában megnő az egyéni kudarcok esélye. Ez magyarázatul szolgál arra, hogy a fejlett társadalmakban megnőtt a lelki egészség zavarainak aránya (WHO 2001), az önazonosság zavarainak valószínűsége, ami a koherencia csökkenését tükrözi. Miközben a fejlett társadalmakban erőteljesen visszaszorítják a kórokozók által terjesztett vagy testi sérülésekből származó betegségeket és azok következményeit, jelentősen nő a lelki betegségek, az önkárosító magatartásformákból származó betegségek aránya (WHO 2001).

Magyarországon ebből a szempontból rendkívül drámai változások játszódtak le az utóbbi évtizedekben. Egy korábban lényegében tradicionális társadalomban az igen nagy társadalmi mobilitás ellenére az 1970-es évekig viszonylag egyértelmű megbirkózási stratégiák voltak csak lehetségesek a társadalom egyes rétegei számára. Nem voltak komoly kitörési lehetőségek, nem volt valódi versenyhelyzet, munkanélküliség. Az 1970-es évektől folyamatosan megnyíló kikapuk, új, viszonylagos, de mégis elérhető gazdasági lehetőségek – a politikai rendszerváltozásig és különösen azután – olyan új helyzetet teremtettek, amelyre a társadalom tagjainak többsége nem volt kellően felkészülve. Ezen időszak alatt jelentkezett az aktív népesség rendkívüli, idő előtti egészségromlása és a halálozási arányok rendkívüli emelkedése a középkorú népesség körében.

A változó társadalomban tranziens folyamatok játszódtak és játszódnak le, amelyek során a magyar társadalom alkalmazkodni és megbirkózni próbál az új gazdasági és politikai feltételekkel. Vizsgálataink eredményei szerint ebben az átalakulási időszakban rendkívül szoros összefüggés mutatható ki a koherencia érzés és az egészségi mutatók között. Az átlag feletti koherenciával rendelkezők 9,5-szer nagyobb valószínűséggel minősítették az egészségi állapotukat közepesnek, jónak vagy kiválónak, mint rossznak vagy nagyon rossznak, továbbá 7,8-szor nagyobb valószínűséggel állították, hogy nincs munkaképesség csökkenésük, vagy hogy ennek a foka csekély, mint azt, hogy közepes vagy súlyos a munkaképesség csökkenésük. Esetükben az átlag feletti életminőség valószínűsége 4,6-szoros és a tünetmentesség vagy enyhe depresszió valószínűsége 6,9-szeres a közepes vagy súlyos depresszió valószínűségénél.

Megállapítható tehát, hogy az élet értelmébe vetett bizalom, a koherencia érzés a mai magyar társadalomban, függetlenül a nemtől, életkortól, sőt az iskolai végzettségtől, a testi és lelki egészségi állapot megőrzésének igen fontos előrejelzője.

Az élet értelmébe vetett bizalom ugyanakkor több más egészségi kockázatcsökkentő tényezővel szoros kapcsolatot mutat. Azoknál, akik az átlagnál jobban hisznek életük értelmében, a magas önhatékonyság va-

lószerűsége 6,5-szörös, a problémaorientált megbirkózásé 2,8-szoros, az érzelemorientált stratégiák elkerüléséé 3,9-szeres, a közösségi hatékonyság 2,5-szeres, a bizalom 1,6-szoros és a társadalmi támogatottságuk is 2,9-szer magasabb. Ez azt mutatja, hogy az élet értelmébe vetett bizalom a személyiség fejlettségének, önazonosságának, kompetenciájának, sikeres megbirkózásának, a környezetével kialakított harmóniájának is jó mérőeszköze. Nem képeznek külön csoportot a koherens és kompetens személyek, hanem ezek a tulajdonságok szinte teljesen ugyanannak a csoportnak a jellemzői. Az élet értelmébe vetett bizalom magyarázó változói között negatív előjellel jelentek meg a nagy egészségi kockázatot jelentő mutatók, mint a bizalmatlanság, a rivalizálás, az anómia, amelyek a társadalommal kialakított harmónia hiányára utalnak. Az élet értelmébe vetett bizalommal pozitív kapcsolatot mutat a közösségi hatékonyság, azaz a szomszédsági kapcsolatok erőssége, a vallásgyakorlás, a civil szervezeti tagság, amelyek más vizsgálatok tanúsága szerint jelentős egészségvédő faktorok (Kopp és mtsai 1998, 2000, 2002; Skrabski és mtsai 2003; Skrabski 2003).

A jelen vizsgálat egyéni szinten történt. Kérdés, hogy az élet értelmében bizakodó személyek környezetére is jellemző-e a koherencia, azaz a koherencia tekinthető-e ökológiai, társadalmi jellemzőnek is, mint például a társadalmi tőke, vagy ez csupán az egyének jellemzője, ami lehetővé teszi, hogy a személy sikeresen birkózzék meg a negatív környezeti hatásokkal is. További vizsgálatok szükségesek annak megállapítására, hogy egy közösség társadalmi tőkéje függ-e és milyen mértékben a koherens személyek jelenlététől a közösségben vagy annak környezetében.

MELLÉKLET

Koherencia-érzés skála a Rahe-féle rövidített stressz és megküzdés kérdőívből (Rahe és Tolles 2002)

Mennyire érzi igaznak a következő állításokat? Válaszoljon az alábbiak szerint:

0 nem, 1 igen, néha, 2. igen, mindig

1. Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része
2. Az életben sok minden okoz nekem nagy örömet
3. Képes vagyok megbocsátani magamnak és másoknak

4. Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna
5. Az értékeim és hitem vezérelnek mindennapjaimban
6. Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel
7. Meg vagyok békélve helyemmel az életben

Köszönetnyilvánítás. A tanulmány elkészítését az Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja (UNDP) a HUN/95/001, HUN/97/003, HUN/00/002, az OTKA T-29067 (1999) és az OTKA T-32974 (2000), továbbá az NKFP 1/002/2001 programok támogatták. Köszönetet mondunk a „Hungarostudy 2002” munkacsoport többi tagjainak, különösképpen Raduch Csillának, Somorjai Noéminek, Dr. Klinger Andrásnak, Dr. Szűcs Lászlónak, Dr. Stauder Adriennek, Susánszky Évának, Hajdú Katalinnak, Dr. Lőke Jánosnak, Jónás Zsoltnak, Csizmadia Gábornak, Bíró Editnek, Keresztes Józsefnének, Orlik Istvánnának, Székely Andrásnak, Dr. Csoboth Csillának, Gyukits Györgynek, Ódor Andreának, a KSH és az Országos Védőnő Szolgálat munkatársainak.

Irodalom

- Andorka R. (1996): *Merre tart a magyar társadalom?* Antológia Kiadó, Lakitelek.
- Antonovsky, A. (1985): *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass Publ., San Francisco.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, Jossey-Bass Publ.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. & Med.* 36 (6): 725–733.
- Beck, A., Word, C. Mendelson, M. et al. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4: 561–571.
- Beck, A., Beck, R. (1972): Shortened version of BDI. *Post. Grad. Med.* 52: 81–85.
- Bolin, K., Lindgren, B., Lindström, M., Nystedt, P. (2003): Investment in social capital-implications of social interactions for the production of health. *Soc. Sci. Med.* 56: 2379–2390.
- 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 (1): 5–17.
- Cook, W., Medley, D. (1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology* 38: 414–418.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1980): An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J. of Health and Soc. Behav.* 21: 219–239.
- Haralambos, M., Holborn, M. (1995): *Sociology: Themes and Perspectives*. Collins Educational, London, 874–875.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health and Soc. Beh.* 38: 21–37.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P. (1997a): Health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal*, Volume 314, April.
- Kawachi, I., Kennedy, B. P., Lochner, K. S. M., Prothrow-Stith, D. (1997b): Social capital, income inequality, and mortality. *American Journal of Public Health* 87 (9): 1491–1498.

- Kawachi, I., Berkman, L. F. (2000): Social cohesion, social capital, and health. In: Berkman, L. F., Kawachi, I. (eds): *Social Epidemiology*. Oxford University, New York.
- Kopp M., Skrabski Á., Czakó L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken* 1 (2): 4–24.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993): *Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Kopp M., Fóris N. (1995): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken Kiadó, Budapest.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*. Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kopp, M., Falger, P., Appels, A., Szedmák, S. (1998). 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. *Soc. Sci. and Med.* 51: 1350–1361.
- Kopp, M., Skrabski, Á., Székely, A. (2002): Risk Factors and Inequality in Relation to Morbidity and Mortality in a Changing Society. In: Wiedner, G., Kopp, M., Kristensen, M.: *Heart Disease: Environment, Stress and Gender*. IOS Press, *NATO Science Series, Life and Behavioural Sciences* 327: 101–113.
- Lindström, M., Merlo, J., Östergren, P. O. (2002): Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital: a multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden. *Soc. Sci. Med.* 54: 1779–1791.
- Lundberg, O., Nyström, P. M. (1995): A simplified way of measuring sense of coherence. Experiences from a population survey in Sweden. *Eur. J. Publ. Health* 5: 56–61.
- Mateju, P. (2002): Social capital: problems of its conceptualization and measurement in transforming societies. In: *Proceedings of Conference on Social Capital: The Challenge of International Measurement*, London, 25–27 Sept. 2002, OECD.
- 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.
- Rahe, R. H., Veach, T. L., Tolles, R. L., Murakami, K. (2000): The stress and coping inventory: an educational and research instrument. *Stress Medicine* 16: 199–208.
- Réthelyi, J., Berghammer, R., Kopp, M. S. (2001): Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain* 93 (2): 115–121.
- Rózsa S., Szádóczy E., Füredi J. (2001): A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica* 16 (4): 384–402.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 18 (2): 83–94.
- Rózsa S., Kő N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szebik I., Réthelyi J., Skrabski Á., Szádóczy E., Kopp M. (in press): Stressz és megküzdés: A Rahe-féle stressz és megküzdés kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Alkalmazott Pszichológia*.
- Rózsa S., Purebl Gy., Susánszky É., Kő N., Szádóczy E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M. (in press): A megküzdés dimenziói: a konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja. *Alkalmazott Pszichológia*.
- Sampson, R. J., Raudenbush, S. W., Earls, F. (1997): Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy. *Science* 227: 918–924.
- Sandquist, J., Bayard-Burfield, L., Johansson, L. M., Johansson, S. E. (2000): Impact of

- ethnicity, violence, and acculturation on displaced migrants: psychological distress and psychosomatic complaints among refugees in Sweden. *J. Nervous and Mental Disorders* 188 (6): 357–365.
- Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T., Brahler, E. (2000): Shortened questionnaire for measuring sense of coherence. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 50 (12): 472–482.
- Schwarzer, R. (1993): *Measurement of Perceived Self-efficacy. Psychometric Scales for Cross-cultural Research*. Germany: Freie Universität, Berlin.
- Skrabski Á. (2003a): Társadalmi tőke. *Demográfia* 46 (1): 95–109.
- Skrabski Á. (2004): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Hét Szabad Művészet Könyvtára, Budapest.
- Skrabski, A., Kopp, M., Kawachi, I. (2003): Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle-aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology & Community Health* 57 (2): 114–119.
- Skrabski Á, Kopp, M., Kawachi, I. (2004): Social capital and collective efficacy in Hungary: Cross-sectional associations with middle-aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology & Community Health* 58: 340–345.
- SPSS (1997): *The SPSS Base 7, 5 for Windows Users Guide*. Chicago, IL, SPSS Inc.
- Suominen, S., Helenius, H., Blomberg, H., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2001): Sense of coherence as a predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow up adults. *J. Psychosom. Res.* 50 (2): 77–86.
- Tringer L. (1992): *A gyógyító beszélgetés*. SOTE, Budapest, 113–119.
- Tringer L. (1999): *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 499–502.
- WHO (2001): *The World Health Report. Mental Health: New Understanding*. New Hope.
- Zaccaro, S. J., Blair, V., Peterson, C., Zazanis, M. (1995): Collective efficacy. In: Maddux, J. E. (ed.): *Self-efficacy, Adaptation and Adjustment: Theory, Research and Application*. Plenum Press, New York.

SKRABSKI, ÁRPÁD – KOPP, MÁRIA –
RÓZSA, SÁNDOR – RÉTHELYI, JÁNOS

SENSE OF COHERENCE AS AN IMPORTANT DETERMINANT OF MENTAL AND PHYSICAL HEALTH

With the introduction of the concept of sense of coherence the so-called salutogenesis model gives opportunity for the dynamic analysis of health. In our study we examined the relationships of the “meaning in life” coherence measure of Richard Rahe with the health status of the Hungarian population. 12 640 persons were interviewed in their homes, this sample represents the population according to age, sex and place of residence. The “meaning in life” parameter was a very important determinant of the health status of the population. After controlling the data according to sex, age and education, the self-rated health was almost 10 times better, the working disability 8 times, depression 7 times lower among people with high sense of coherence. This parameter was closely connected to self-efficacy, problem oriented coping and to high perceived social support, while less closely connected to education, age and sex.

Keywords: sense of coherence, meaning in life, salutogenesis, health status, ways of coping, social support, social capital

