

## **A KOHERENCIA-ÉRZÉS MÉRÉSÉRE SZOLGÁLÓ RÖVIDÍTETT KÉRDŐÍV ÉS A LELKI EGÉSZSÉG (GHQ-12) KÉRDŐÍV MAGYAR NYELVŰ VÁLTOZATAINAK VALIDÁLÁSA**

BALAJTI ILONA<sup>1</sup> – VOKÓ ZOLTÁN<sup>2</sup> – ÁDÁNY RÓZA<sup>2</sup> –  
KÓSA KAROLINA<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar

<sup>2</sup>Debreceni Egyetem, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet

(Beérkezett: 2006. október 12.; elfogadva: 2006. november 10.)

A magyar népesség kedvezőtlen egészségi állapota, azon belül is a mentális betegségek növekvő prevalenciája, valamint az ennek következményeként növekvő társadalmi terhek hazánkban is egyre sürgetőbbé teszik az egészségi állapotot meghatározó tényezők minél átfogóbb vizsgálatát. E tényezők feltárásához megfelelő eszközök, többek között egészségfelmérésekben alkalmazható kérdőívek magyar nyelven is elérhető, minél szélesebb tárházára van szükség. A jelen vizsgálat keretében az eddig 33 nyelvre lefordított, Antonovsky-féle rövidített koherencia-kérdőív magyar nyelvű változatának validálása történt meg. A validáláshoz a lelki egészség kérdőívnek (GHQ-12) és a vélt egészséget minősítő kérdésnek a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérésben (OLEF) alkalmazott változatait, valamint a rövidített Beck-féle depresszióskálát alkalmaztuk. A kérdőív kipróbálására egy olyan 128 fős eseti mintán került sor, amelyet öt különböző korcsoportba tartozó, eltérő iskolázottságú és foglalkozású önkéntes válaszadó alkotott: középiskolai tanárok, felsőoktatásban tanulók, adminisztratív dolgozók, nyugdíjasok, valamint egy alacsony iskolázottságú, hátrányos helyzetű csoport. Az Antonovsky-kérdőív kérdéseire adott válaszok belső konzisztenciáját jellemző Cronbach-alfa érték vizsgálatunkban 0,82 volt. Az egészséget jellemző koherencia-érzés, Beck-pontszám, GHQ-pontszám, valamint a vélt egészség kérdésre adott válaszok közötti összefüggést a változók típusától függően lineáris, illetve ordinális logisztikus regresszióval vizsgáltuk. A megbízhatóságot a kérdőív újrafelvételével (ún. test-retest módszerrel) ellenőriztük. Eredményeink szerint a koherencia-érzés kérdőívnek mind a kritérium-, mind a konstrukt validitása, valamint a megbízhatósága is nagyon jó. A koherencia-érzés a vélt egészséggel, a lelki egészséggel (GHQ-12) és a Beck-féle depresszióskálán mért értékkel is a várt irányú, szignifikáns összefüggést

---

\* Levelező szerző: Dr. Kósa Karolina, 4012 Debrecen, Pf. 2.

E-mail: k.kosa@sph.dote.hu

mutatta. A hiteles magyar nyelvű kérdőív bővíti az egészséget meghatározó tényezők vizsgálatára megbízhatóan alkalmas, magyarul is elérhető felmérési eszközök körét.

**Kulcsszavak:** koherencia-érzés, lelki egészség, kérdőív, validálás

A népesség egészségi állapotával kapcsolatos tudományos vizsgálatok nem csupán a lakosság egészségi állapotát kívánják mérni, hanem arra a kérdésre is keresik a választ, hogy milyen tényezők állnak az egészségi állapot romlásának, a betegségek kialakulásának hátterében. Ezzel a klasszikus, patogenetikai irányultságú megközelítéssel szemben – közel három évtizedes múltja dacára – manapság is újdonságként hat Aaron Antonovsky orvosi szociológus „salutogenesis” néven ismertté vált elmélete, amely a betegségek keletkezésének vizsgálata helyett az egészség kialakulásának és fenntartásának hátterét kísérelte meg körvonalazni. Amint azt a szerző 1979-ben publikált könyvében írta, tekintettel arra, hogy a modern ipari társadalmak bármelyikében, tetszőleges időpontban a népesség legalább harmadának egészségi állapota minősíthető patológiásnak, vagyis a betegség, illetve kórállapot nem tekinthető ritka eseménynek, valamint hogy a legkülönbébb stresszorok mindenütt megtalálhatók, az igazán izgalmas kérdés az, hogy aki mindezek ellenére egészséges, miért az, vagyis mi az egészség kialakulásának a magyarázata (Antonovsky 1987).

A salutogenesis elmélet átdolgozott változatát az annak operacionálizálására szolgáló, 29 kérdést tartalmazó mérőeszközzel együtt Antonovsky 1987-ben közölte. A salutogenesis modell szerint az egészségi állapot alapvető meghatározója az ún. koherencia-érzés mértéke, egyfajta komplex önbizalom, melynek Antonovsky szerint a következő három fő eleme van: a kognitív szinten kialakuló értelmezhetőség (comprehensibility), amely szerint az egyén a vele és a környezetében történő eseményeket érti és értelmezni tudja; a magatartás szintjén megnyilvánuló kezelhetőség (manageability), amelynek birtokában az eseményekre és történésekre az egyén maga és családja/barátai révén megfelelő módon reagálni tud; valamint a motivációs szinten megragadható jelentőség (meaningfulness), amellyel az egyén a vele megtörténő életeseményeknek jelentőséget tulajdonít, és az azokkal való megküzdést fontosnak érzi. A koherencia-érzés nem személyiségjegy vagy megküzdési mechanizmus, hanem gyermekkori élmények által formált beállítottság, diszpozíció (Sagy és Antonovsky 2000), amely a személynek a kihívásokkal szembeni válaszképességét jellemzi (Antonovsky 1987).

Antonovsky eredeti hipotézise szoros összefüggést tételez fel a kohe-

rencia-érzés és az egészség közt, bár ez utóbbi definícióját nyitva hagyta. A szerző szerint a koherencia-érzés mint beállítottság olyan erőforrás, amelynek magas szintje lehetővé teszi a stresszhatásokkal való sikeres megküzdést. Az azóta eltelt időszakban a koherencia-érzés szoros összefüggését az egészséggel számos tanulmány bizonyította (Eriksson és Lindström 2006). A koherencia-érzés kortól, nemtől és etnikai hovatartozástól függetlenül szorosan összefügg a vélt egészséggel (Eriksson és Lindström 2006). Egy mintegy 2000 főre kiterjedő 4 éves követéses finn vizsgálatban a koherencia-érzés jól előrejelezte a szubjektív egészségi állapotot (Suominen és mtsai 2001), és összefüggést mutatott a rokkantság kialakulásával (Suominen és mtsai 2005). Negatív összefüggést mutatott a munkahelyi feszültséggel és az alacsony társas támogatottsággal (Krantz és Ostergren 2004), valamint 2-es típusú diabetes kockázatával középkorú svéd nők körében (Agardh és mtsai 2003). Az alacsony koherencia-érzés kockázati tényezőnek bizonyult daganatos betegségek kialakulása szempontjából is egy, finn férfiak több mint ötezer fős csoportját 8 évig követő vizsgálatban (Poppius és mtsai 2006).

Az Antonovsky-féle koherencia-érzés kérdőív magyar változatának használatáról eddig nem számoltak be. Kopp és munkatársai a Hungarostudy vizsgálatban egy, a koherencia-érzéshez hasonló beállítottság mérésére alkalmas, Rahe által közölt, 7 kérdést tartalmazó eszközt alkalmaztak (Rózsa és mtsai 2003). Eredményeik szerint az élet értelme/koherencia pozitív összefüggést mutatott az egészségi állapottal és az új kihívásokkal való megbirkózással (Skrabski és mtsai 2004; Skrabski és mtsai 2005).

A koherencia-érzés (sense of coherence, SOC) mérésére Antonovsky által kidolgozott kérdőív az elmúlt évtizedekben számos kutatás eszköze volt; 33 nyelvre lefordított változatát eddig 32 országban alkalmazták (Eriksson és Lindström 2005).

Vizsgálatunk célja az Antonovsky-féle rövidített, 13 tételes koherencia-érzés kérdőív (SOC-13) magyar nyelvű változatának elkészítése és validálása volt. Ehhez az Országos Lakossági Egészségfelmérésben (OLEF) magyar nyelven alkalmazott lelki egészség kérdőívnek (General Health Questionnaire, GHQ) és a vélt egészség mérésére szolgáló kérdésnek az OLEF-ben használt, magyar nyelvű változatait (OLEF 2003 Kutatási jelentés 2005), valamint a Beck-féle depresszióskála rövidített magyar nyelvű változatát (Kopp és mtsai 1990) alkalmaztuk. A kérdőív tovább gazdagítja az egészség vizsgálatára magyar nyelven rendelkezésre álló eszközöket.

## MÓDSZEREK

### Eszközök

#### *Koherencia-érzés*

Az Antonovsky-féle koherencia-érzés mérésére egy 29 tételes kérdőív, illetve ennek 13 kérdést tartalmazó rövidített formája szolgál. A kérdőív állításaival való egyetértés mértéke egy 7 fokozatú, Likert típusú skálán jelölhető, így a rövidített (13 kérdést tartalmazó) kérdőív használatával végzett vizsgálat esetén az elérhető legalacsonyabb összpontszám 13, a maximum 91 (Antonovsky 1987). A koherencia-érzés rövidített, 13 kérdést tartalmazó angol nyelvű változatát két különböző személy fordította, először magyarra, majd a magyar változatot angolra vissza. A visszafordított kérdőív nagyon jó egyezést mutatott az eredetivel. Az első magyar változatot a Debreceni Egyetem 10 hallgatója töltötte ki, ennek tapasztalatait figyelembe véve, kisebb módosításokkal alakítottuk ki a kérdőív végleges változatát.

#### *Lelki egészség*

Az angol nevén „általános egészség kérdőív” (General Health Questionnaire, GHQ) első, 60 kérdést tartalmazó változatát Goldberg és Blackwell fejlesztette ki a 70-es években (Goldberg és Blackwell 1970). Azóta számos vizsgálatban alkalmazták; 30, 28, 20, illetve 12 kérdést tartalmazó változata is ismeretes (Goldberg 1992).

A 12 kérdést tartalmazó változat – nevével ellentétben – elsősorban a lelki egészség vizsgálatára, azon belül is a hangulati zavarokkal jellemezhető lelki egészségproblémák önbecslésére használt négyfokozatú skála, amely az Országos Lakossági Egészségfelmérés eddigi két adatfelvétele során (2000, 2003) alkalmazott kérdőívnek is része volt. A kérdőívre adható válaszok összpontszáma minimum 12, maximum 48 (OLEF 2000; OLEF 2003).

#### *Beck-féle depresszióskála*

A Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változatát Kopp és munkatársai adaptálták magyar nyelvre (Kopp és mtsai 1990), amelyet azóta számos vizsgálatban használtak. Bizonyítottan jól alkalmazható a betegségnek még nem tekinthető, de az életminőséget már befolyásoló hangulati zavarok kimutatására (Kopp és mtsai 2000). A kérdőív 9 kérdést tartalmaz, amelynek állításait 4 fokozatú skálán lehet értékelni; az összpontszám minimuma 9, maximuma 36.

### *Vélt egészség*

A vélt (önértékelés/önmegítélés szerinti vagy szubjektív) egészség a halálózási veszélyeztetettség egyik legmegbízhatóbb indikátora (Idler és Benyamini 1997). Az erre vonatkozó, az Egészségügyi Világszervezet által is egészségindikátorként ajánlott kérdést (de Bruin és mtsai 1996) mindkét OLEF vizsgálatban magyar nyelven is alkalmazták (OLEF 2000 Kutatási jelentés 2002; OLEF 2003 Kutatási jelentés 2005). A kérdésre adott válasznak hat lehetősége adott.

### *Dohányzás és alkoholfogyasztás*

Az erre vonatkozó kérdésblokkokat az Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003-as kérdőívéből vettük át (OLEF 2003 Kutatási jelentés 2005).

### *Teljes kérdőív*

A vizsgálatban alkalmazott kérdőívbe az egészségi állapotra vonatkozóan három, önállóan is alkalmazható kérdés-blokk került: az Antonovsky-féle salutogenesis kérdőív rövidített változata, a lelki egészség (GHQ), a Beck-féle depresszió-kérdőív rövidített változata, valamint a vélt egészség-kérdés. Emellett demográfiai és az egészségmagatartásra vonatkozó kérdések is szerepeltek, amelyek az OLEF 2003-as kérdőívből kerültek önkitöltős formában adaptálásra. A kérdőív összesen 80 kérdésből állt, melyeket az alábbi 11 csoportba soroltuk:

- 1) demográfiai adatok (4 kérdés)
- 2) vélt egészség és ennek befolyásolása a megkérdezett által (2 kérdés)
- 3) koherencia-érzés (13 kérdés)
- 4) mozgás (6 kérdés)
- 5) BMI (2 kérdés)
- 6) dohányzás (8 kérdés)
- 7) lelki egészség (general health questionnaire [GHQ], 12 kérdés)
- 8) alkoholfogyasztás (10 kérdés)
- 9) társas támogatás (8 kérdés)
- 10) rövidített Beck-féle depresszió-skála (9 kérdés)
- 11) táplálkozás (6 kérdés)

## **Mintavétel**

A vizsgálatban arra törekedtünk, hogy a mintában minél több, különböző életkorú, iskolázottságú és foglalkozású egyén legyen, hogy az így szerzett tapasztalatok alapján a kérdőív alkalmazhatóságával kapcsolatos problémák kiküszöbölhetőek legyenek. Ennek megfelelően az alábbi öt,

különböző korú, iskolázottságú és foglalkozású csoport tagjait kértük fel önkéntességi alapon a kérdőív kitöltésére: középiskolában tanító tanárokat, felsőoktatásban tanuló hallgatókat, középkorú adminisztratív dolgozókat, alacsony iskolázottságú, hátrányos helyzetű csoport tagjait, valamint egy nyugdíjas-otthon lakóit. A vizsgálat során 128 személy töltötte ki a kérdőívet, ezek közül 125 volt értékelhető. A résztvevők 74%-a nő, 26%-a férfi; a vizsgált csoport átlagéletkora 52 év (min. 19, max. 87 év). A mintában többségben voltak a felsőoktatásban tanulók (45,6%).

### **Adatfelvétel**

Az adatfelvétel 2006. május–június folyamán történt. A teljes minta egy 22 fős alcsoportja a kérdőív rövidített változatát (demográfiai adatok és koherencia-érzés) 2005 novemberében is kitöltötte; ezeket a kérdőíveket a megbízhatóság (test-retest validity) vizsgálatához használtuk fel. A kérdőívek kitöltése a munkahelyi vezetők engedélyével munkaidőben, a felsőoktatásban tanulóknál egyeztetett szabadidőben, a hátrányos helyzetűeknél egy közösségi foglalkozáson került sor. A csoport négy írástudatlan tagjának egy segítő személy segített. Egy-egy kitöltés általában 20–30 percet vett igénybe, a nyugdíjasoknál 50–60 percet.

### **Adatelemzés**

A Beck-skála, a koherencia-érzés, és a lelki egészség-blokk kérdéseire adott válaszok pont-értékeit összesítettük (figyelembe véve a reverzen értékelendő kérdéseket), az adatelemzés során ezen pontszámokkal dolgoztunk. A koherencia-kérdőív validitásának vizsgálatát a vélt egészség, a Beck-pontszám és a lelki egészség-mutató (GHQ) felhasználásával végeztük el. A validitásvizsgálat során a belső konzisztenciát a Cronbach-alfa (average inter-item correlation) együttható segítségével elemeztük, továbbá vizsgáltuk a konvergens és diszkrimináns, valamint a konstrukt validitást. A vizsgálat során lineáris kimeneti változók esetén (Beck-pontszám, lelki egészség) lineáris regressziót, ordinális kimeneti változók esetén (vélt egészség, mennyit tehet a saját egészsége érdekében) ordinális logisztikus regressziót alkalmaztunk. Az ismételt felvétellel történő megbízhatóság-vizsgálatot (test-retest validity) ugyanazon 20 személy 5 hónapos különbséggel történő megkérdezésével végeztük, majd páros t-próbával elemeztük a két átlag közti eltérést. A koherencia-érzés kérdőív faktor-struktúráját főkomponens analízissel végeztük.

## EREDMÉNYEK

### Az egészséggel foglalkozó blokkok jellemzése, belső konzisztenciája

#### *A koherencia-érzés (sense of coherence, SOC-13) vizsgálat jellemzői*

A 125 kérdőívből 120 (96%) értékelhetőt találtunk a koherencia-érzés vizsgálata szempontjából. A válaszok 1-től 7-ig terjedő skálán oszlottak meg, a potenciálisan elérhető legkisebb és legnagyobb összesített érték 13, illetve 91. A blokk kérdéseire adott válaszok összesített átlaga 59,4 (legkisebb érték 23, legnagyobb érték 88; SD = 11,9). Egy, az Antonovsky-kérdőív validitásáról és megbízhatóságáról nemrégiben megjelent meta-analízis szerint a SOC-13 átlaga 127 tanulmány alapján 35,3 (SD = 0,1) és 77,6 (SD = 13,8) között változott (Eriksson és Lindström 2005); az általunk mért átlagérték ebben a tartományban helyezkedik el. A kérdésblokk egyes kérdéseinek belső konzisztenciáját a kérdések közötti átlagos korreláció jellemzi (Cronbach-alfa érték). Ennek értéke vizsgálatunkban 0,82-nek adódott, mely benne van a fentebb említett meta-analízis során a rövidített koherencia-érzés kérdőívet alkalmazott tanulmányok által talált 0,70–0,92 közötti Cronbach-alfa értéktartományban (Eriksson és Lindström 2005).

#### *A Beck-pontszám jellemzői*

124 (99,2%) értékelhető kérdőív válasza alapján a minta Beck-pontszám átlaga 13,7 (SD = 4,5). A válaszok között szereplő legkisebb érték: 9, a legmagasabb pedig 35 volt (potenciális szélsőértékek: 9 és 36). A kérdésblokk kérdéseinek belső konzisztenciáját jellemző együttható (Cronbach alfa) értéke 0,83-nak adódott.

#### *A lelki egészség-kérdéscsoport (GHQ) jellemzői*

A tárgykörbe tartozó 12 kérdésre 1-től 4-ig terjedő skálán jelölhető a válasz (potenciális szélső értékek: min. 12, max. 48). 123 értékelhető kérdőív elemzésével az átlag 26,1-nak adódott (SD = 3,7; a válaszok között szereplő legkisebb érték 17, a legmagasabb 38 volt.). A belső megbízhatósági együttható (Cronbach alfa): 0,81.

#### *A koherencia-érzés kérdőív faktor-analízise*

A kérdőív főkomponens analízise 3 komponenst azonosított, amelyek a 13 kérdés varianciájának 56%-át magyarázták. Ez jó egyezést mutatott a más vizsgálatokban is talált három faktor-struktúrával (Sandell és mtsai 1998), bár megjegyzendő, hogy a kérdőív faktor-szerkezetével kapcsolat-

ban – az annak inkább multidimenzionális, mintsem unidimenzionális jellegére vonatkozó egyetértést leszámítva – nincs közmegegyezés a szakirodalomban (Eriksson és Lindström 2005).

*A koherencia-érzés kérdőív megbízhatósága ismételt felvétellel (test-retest reliability)*

A teljes minta 20 fős alcsoportján 5 hónap különbséggel felvett koherencia-érzés kérdőív pontátlaga az első felvétel időpontjában  $61,5 \pm 11,4$ ; a második felvételkor  $60 \pm 12,1$  volt. Az ezek összehasonlítására alkalmazott páros t-próba szerint a két átlag közt nem volt szignifikáns eltérés ( $p = 0,68$ ).

### **A koherencia-érzés kérdőív konstrukt validitásának vizsgálata**

*Konvergens validitás*

A konvergens validitás vizsgálatát azzal a céllal végeztük, hogy elemezzük, hogy a koherencia-érzés mint magyarázó változó milyen összefüggést mutat olyan kimeneti mutatókkal, amelyek az egészség jellemzésére szolgálnak. A szakirodalmi adatok alapján feltételeztük, hogy a koherencia-érzés az egészség egyik meghatározó tényezője. Így a koherencia-érzés és a depressziót jellemző Beck-pontszám, valamint a lelki egészség-pontszám, mint folytonos kimeneti változók közötti összefüggést lineáris regresszióval vizsgáltuk, a vélt egészségre vonatkozó kérdésre adott válasz mint kategorikus kimeneti változó esetében ordinális logisztikus regressziót alkalmaztunk (1. táblázat).

- *Koherencia-érzés (SOC) és Beck-pontszám:* Összesen 120 értékelhető kérdőív alapján a koherencia érzés és a depresszió között szignifikáns ( $p < 0,001$ ) összefüggést találtunk. A koherencia-érzés egységnyi emelkedésével a Beck-átlag 0,22 ponttal csökken.
- *Koherencia-érzés (SOC) és lelki egészség:* Összesen 119 értékelhető kérdőív alapján a koherencia érzés és a lelki egészség között szignifikáns ( $p < 0,001$ ) összefüggést találtunk. A koherencia-érzés egységnyi emelkedése a lelki egészség-mutató 0,17 pontos csökkenését eredményezi ( $p < 0,001$ ). (A „lelki egészség” blokkban minél pozitívabb volt az egyén megítélése saját jóllétére vonatkozóan, annál alacsonyabb értékeket határozott meg a válaszlehetőségek közül.)
- *Koherencia-érzés (SOC) és vélt egészség:* Összesen 120 értékelhető kérdőív alapján az eredmény azt mutatta, hogy a koherencia-érzés egységnyi emelkedése esetén 1,05-ször nagyobb eséllyel vélik az egész-



ségüket jobbnak az emberek (95%-os megbízhatósági tartomány 1,02–1,08). (A vélt egészségre vonatkozó kérdésre adott válaszok pontértéke annál magasabb volt, minél jobbnak ítélte meg az egyén az egészségi állapotát.)

#### *Diszkriminációs validitás*

A diszkriminációs validitás vizsgálata során azt elemeztük, hogy a koherencia-érzés átlaga mennyiben különbözik olyan változóktól, amelyek elméletileg más jelenség operacionalizálására szolgálnak, mint amire a SOC-kérdésblokk, vagyis hogy ez utóbbi mutat-e összefüggést más, nem az egészség jellemzésére szolgáló változókkal. Ezek a „kor”, a „nem”, a „foglalkozás”, a „dohányzás” és „alkoholfogyasztás” kategóriái voltak. A SOC-átlag mint kimeneti változó összefüggését vizsgáltuk a fenti független változókkal, amelyek közül egyik magyarázó változó sem mutatott összefüggést a koherencia-érzéssel.

#### *Kritérium validitás*

Ennek során azt vizsgáltuk, hogy a SOC-kérdésblokk alapján a mintán belül elkülöníthetők-e azok a csoportok, amelyeknek az egészség tekintetében különbözniük kell, vagyis a koherencia-érzésnek milyen a prediktív értéke. Feltételeztük, hogy a Beck-skála szerint depressziós és nem depressziós, vagyis a magas és alacsony Beck-átlaggal jellemzett egyének koherencia-érzés átlagának különbözőnek kell lennie. Ennek érdekében két csoportot képeztünk a Beck-átlag alapján: depressziós (18 pontnál magasabb pontot értek el,  $n = 11$ ) és nem depressziós (18 vagy annál kevesebb pontot értek el,  $n = 109$ ). Kétmintás t-próbával vizsgáltuk, hogy a két csoport koherencia-érzés átlaga eltér-e egymástól. Az elemzés szerint a depressziós és nem depressziós csoportban a koherencia-érzés átlagpontszáma szignifikánsan különbözött (95% MT az átlagpontszám különbségére vonatkozóan: 11, 24;  $p < 0,001$ ). Eszerint a koherencia-érzés pontszáma alapján a depressziós és nem depressziós csoport elkülöníthető.

1. táblázat. A koherencia-érzés kapcsolata a depresszióval, a lelki egészséggel és a vélt egészséggel

	Átlagos Beck-pont eltérés (95%-os MT*)	Átlagos GHQ-pont eltérés (95%-os MT*)	Jobb vélt egészség esélyhányados (95%-os MT*)
SOC egységnyi növekedés	-0,22 (-0,27; -0,17)	-0,17 (-0,22; -0,12)	1,05 (1,02;1,08)
Szignifikancia	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p = 0,001$

\*MT: megbízhatósági tartomány

A vélt egészséget jellemző változó alapján szintén két csoportot képeztünk: a magukat kielégítő, jó vagy nagyon jó egészségi állapotúnak tartók ( $n = 108$ ) képezték az egyik, a magukat rossz/nagyon rossz egészségi állapotúnak vélők ( $n = 12$ ) alkották a másik csoportot. Ugyancsak kétmintás t-próbát végeztünk azt feltételezve, hogy e két csoportban a SOC-átlag különbözik egymástól. A t-próba eredménye szerint az önmegítélés szerint jó vagy rossz egészségi állapotban lévők csoportjaiban kapott koherencia-átlagok szignifikánsan különböztek egymástól (95% MT az átlagpontoszám különbségére vonatkozóan:  $-15,9, -1,9$ ;  $p = 0,0127$ ), vagyis a koherencia-érzés alapján a kedvező és kedvezőtlen egészségi állapot megjósolható.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészség jellemzésére használt, általunk vizsgált négy mutató között egyértelmű összefüggést találtunk. Az Antonovsky-féle koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív vizsgálatunkban validnak és reprodukálhatónak bizonyult. A kérdőív validitását jellemző paraméterek vizsgálatunkban jó egyezést mutattak az angol és más nyelvű változatokra vonatkozó, a szakirodalomban közölt adatokkal. Eredményeink alapján a rövidített Antonovsky-féle kérdőív használható a magyarországi felmérésekben a koherencia érzés mérésére.

Az általunk vizsgált jellemzők közötti összefüggések egybevágnak a szakirodalomban közöltekkel, úgymint korreláció a koherencia-érzés és a vélt egészség (Hasson és mtsai 2006; Eriksson és Lindström 2006), a koherencia-érzés és a Beck-skálával mért depresszió (Gottberg és mtsai 2006), valamint a koherencia-érzés és a GHQ-12 által mért egészségi állapot közt (Virtanen és Koivisto 2001).

Az Antonovsky-féle koherencia-kérdőív angol nyelvű változata mellett német, francia, finn, norvég, román, orosz, szerb, spanyol, kínai, japán, török stb. változata is ismert (Antonovsky 1993; Eriksson és Lindström 2005). A kérdőív nemcsak felnőttek, hanem 12 éves gyermekek körében is alkalmazható (Honkinen és mtsai 2006). Vizsgálatunk erre a korosztályra nem terjedt ki.

Vizsgálatunk korlátját a minta eseti volta és viszonylag kis elemszáma képezi. Az eseti mintavétel indoka az volt, hogy minél különfélébb csoportokat tudjunk bevonni a validálásba. A viszonylag kis elemszám a kapott eredmények tükrében várhatóan nem gyengíti a kérdőív validitásával kapcsolatos megállapításainkat.

A lelki egészség-problémák már most is jelentős és várhatóan növekvő

prevalenciája, valamint az ezek következményeként növekvő társadalmi terhek hazánkban is egyre sürgetőbbé teszik e problémák háttérének minél pontosabb feltárását, mivel az egészség-problémák kialakulásának és összefüggés-rendszerének megértése nélkül nem lehetséges valóban hatékony egészségfejlesztési stratégiákat kialakítani. A probléma-feltáráshoz megfelelő eszközökre, kérdőívekre van szükség, amelyeknek magyar nyelven elérhető tárháza ma még lényegesen szűkebb az angolul rendelkezésre álló, megbízható és széles körben használt eszközöknél. Különösen igaz ez a lelki egészség vizsgálatára alkalmas eszközökre. Az általunk validált kérdőív az eszközök tárházának bővítését szolgálja, annak érdekében, hogy hosszú távon a bizonyítékokon alapuló, hatékony egészségfejlesztési stratégiák és intervenciók is tervezhetők legyenek.

## MELLÉKLET

### Az Antonovsky-féle rövidített koherencia-érzés kérdőív magyar változata

Az alábbiakban Ön egy kérdéssorozatot talál, amely az élet különböző dolgaira vonatkozik. Minden egyes kérdésre *hétféle válasz* adható. Jelölje meg azt a számot a skálán *1 és 7 közt*, amely legjobban kifejezi az Ön véleményét. Ha az 1-es szám alatti válasz közelíti meg legjobban az Ön véleményét, kérjük karikázza be az 1-t, ha a 7-es szám alatt található válasz, kérjük karikázza be a 7-est. Ha nem ért egyet egyik szélén található válasszal sem, kérjük karikázza be azt a számot, amely legjobban megközelíti érzéseit. Kérjük, minden kérdésre *csak egy választ* jelöljön meg.

1. Van olyan érzése, hogy nem igazán érdeklő, mi történik a környezetében?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon ritkán vagy soha						nagyon gyakran

2. Történt már Önnel, hogy meglepődött olyan emberek viselkedésén, akikről azt gondolta, hogy jól ismeri őket?

1	2	3	4	5	6	7
soha nem történt meg						mindig ez történik

3. Csalódott már olyan emberben, akiben megbízott?

1	2	3	4	5	6	7
sohasem fordult elő						mindig ez történt

4. Eddigi életemnek:

1	2	3	4	5	6	7
egyáltalán nem volt világos célja és értelme						nagyon határozott célja és értelme volt

5. Van olyan érzése, hogy igazságtalanul bánnak Önnel?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

6. Szokta úgy érezni, hogy olyan helyzetben van, amit nem ismer, és nem tudja, mit kellene tennie?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

7. A mindennapi dolgaim:

1	2	3	4	5	6	7
igazi örömet és elégedettséget okoznak						szenvedést okoznak és unalmasak

8. Vannak-e zűrzavaros (egyszerre rossz és jó) érzelmei és gondolatai?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

9. Előfordul-e, hogy olyan érzései vannak, amiket inkább nem szeretne érezni?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

10. Jó néhány ember – még az erős jelleműek is – néha élehetetlennek, vesztesnek érzi magát bizonyos helyzetekben. Milyen gyakran érzett már Ön így?

1	2	3	4	5	6	7
soha						nagyon gyakran

11. Amikor valami történt, Ön általában úgy vélte, hogy:

1	2	3	4	5	6	7
túlbecsülte vagy alábe- csülte a dolog jelentőségét						helyesen ítélte meg a dolog jelentőségét

12. Milyen gyakran érzi úgy, hogy a mindennapi cselekedeteinek nem sok értelme van?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

13. Milyen gyakran vannak olyan érzelmei, melyeket nem biztos, hogy kordában tud tartani?

1	2	3	4	5	6	7
nagyon gyakran						nagyon ritkán vagy soha

## Irodalom

- Agardh, E. E., Ahlbom, A., Andersson, T., Efendic, S., Grill, V., Hallqvist, J., Norman, A., Ostenson, C. G. (2003): Work stress and low sense of coherence is associated with type 2 diabetes in middle-aged Swedish women. *Diabetes Care*, 26 (3): 719–724.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
- Antonovsky, A. (1993): The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc. Sci. Med.*, 36: 725–733.
- de Bruin, A., Picavet, H. S. J., Nossikov, A. *Health interview surveys towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1996.

- Eriksson, M., Lindström, B. (2005): Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 460–466.
- Eriksson, M., Lindström, B. (2006): Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J. Epidemiol. Community Health*, 60: 376–381.
- Goldberg, D. (1992): *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. NFER-Nelson, Windsor.
- Goldberg, D. P., Blackwell, B. (1970): Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *Br. Med. J.*, 1: 439–443.
- Gottberg, K., Einarsson, U., Fredrikson, S., von Koch, L., Widen Holmqvist, L. (2006): A population-based study of depressive symptoms in multiple sclerosis in Stockholm County. Association with functioning and sense of coherence. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. <http://jnnp.bmjournals.com/cgi/rapidpdf/jnnp..090654v1> lekérve: 2006. szeptember
- Hasson, D., Arnetz, B. B., Theorell, T., Anderberg, U. M. (2006): Predictors of self-rated health: a 12- month prospective study of IT and media workers. *Popul. Health Metr.*, 31: 4–8.
- Honkinen, P. L., Suominen, S., Rautava, P., Hakanen, J., Kalimo, R. (2006): The adult sense of coherence scale is applicable to 12-year-old schoolchildren – an additional tool in health promotion. *Acta Paediatr.*, 95 (8): 952–955.
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997): Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.*, 38 (1): 21–37.
- Kopp M., Skrabski Á., Czakó L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1 (2): 4–24.
- Kopp, M. S., Skrabski, A., Szedmak, S. (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Soc. Sci. Med.*, 51 (9): 1351–1361.
- Krantz, G., Ostergren, P. O. (2004): Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40-to 50 years of age. *Int. J. Behav. Med.*, 11 (1): 18–26.
- Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Kutatási jelentés. (2002): Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. <http://www.oek.hu/oek.web?to=8,722,711,712&nid=204&pid=1&lang=hun> 2005 lekérve 2005. szeptember
- Országos Lakossági Egészségfelmérés 2003. Kutatási jelentés (2005): Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. <http://www.oek.hu/oek.web?to=8,722,711&nid=203&pid=1&lang=hun> 2006 lekérve 2006 január
- Poppius, E., Virkkunen, H., Hakama, M., Tenkanen, L. (2006): The sense of coherence and incidence of cancer – role of follow-up time and age at baseline. *J. Psychosom Res.*, 61 (2): 205–211.
- 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.
- Sagy, S., Antonovsky, H. (2000): The development of the sense of coherence: a retrospective study of early life experiences in the family. *Int. J. Aging Hum. Dev.*, 51 (2): 155–166.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A. (1998): The factor structure of Antonovsky's sense of coherence scale in Swedish clinical and nonclinical samples. *Personality and individual differences*, 24: 701–711.
- Skrabski, Á., Kopp, M., Rózsa, S., Réthelyi, J., Rahe, R. (2005): Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *Int. J. Behavioral Medicine*, 12 (2): 78–85.

- Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Réthelyi J. (2004): A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5 (1): 7–26.
- Suominen, S., Gould, R., Ahvenainen, J., Vahtera, J., Uutela, A., Koskenvuo, M. (2005): Sense of coherence and disability pensions. A nationwide, register based prospective population study of 2196 adult Finns. *J. Epidemiol. Community Health*, 59 (6): 455–459.
- 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 of adults. *J. Psychosom. Res.*, 50 (2): 77–86.
- Virtanen, P., Koivisto, A. M. (2001): Wellbeing of professionals at entry into the labour market: a follow up survey of medicine and architecture students. *J. Epidemiol. Community Health*, 55 (11): 831–835.

*Köszönetnyilvánítás.* A dolgozat az NKFP1-00003/2005 kutatási pályázat támogatásával készült. (A vizsgálat elvégzését a DE OEC Tudományos Bizottságának Regionális és Intézményi Kutatásügyi Bizottsága 2506-2006 sz. határozata jóváhagyta.)

BALAJTI, ILONA – VOKÓ, ZOLTÁN –  
ÁDÁNY, RÓZA – KÓSA, KAROLINA

### VALIDATION OF THE HUNGARIAN VERSIONS OF THE ABBREVIATED SENSE OF COHERENCE (SOC) SCALE AND THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (GHQ-12)

The unfavourable health status characterized – among others – by an increasing prevalence of mental diseases of the Hungarian population underlines the urgency of studying those factors in their complexity that determine the health status of the population. However, appropriate Hungarian-language tools required for such investigations have been in short supply. Our study was designed to validate the abbreviated sense of coherence (SOC) questionnaire of Antonovsky. The Hungarian versions of the General Health Questionnaire (GHQ-12) and perceived health as applied in the National Health Behaviour Survey of 2003 as well as the abbreviated Beck depression scale were used for comparison. A chance sample of 128 persons from five widely differing social strata (high school teachers, university students, administrative workers, socially disadvantaged persons with low education, and retired persons) answered the questionnaire. Internal consistency of the SOC questionnaire was characterized by Cronbach-alfa value (0.82). Correlation between SOC and other health domains was investigated by linear and ordered logistic regression depending on the type of the variables analysed. According to our results, SOC showed an excellent criterion and construct validity as well as test-retest validity. Sense of coherence showed a significant correlation with perceived health, GHQ-measure and depression. The validated Hungarian version of the sense of coherence scale can contribute to the enlargement of the pool of appropriate tools for measuring health determinants of the population.

**Keywords:** sense of coherence, mental health, questionnaire, validation

