

## **AZ ÉSZLELT STRESSZ KÉRDŐÍV (PSS) MAGYAR VERZIÓJÁNAK JELLEMZŐI**

**STAUDER ADRIENNE\* – KONKOLY THEGE BARNA**

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2006. július 16.; elfogadva: 2006. július 22.)

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale – PSS) magyar változatának jellemzőit vizsgáltuk 217, stresszkezelő programra jelentkező egyén válaszai alapján. A kérdőív három változata (PSS14, PSS10, PSS4) szorosan korrelál ( $r = 0,99$  és  $0,93$ ), mindhárom belső megbízhatósága igen jó (a Cronbach-alfa rendre  $0,88$ ;  $0,85$ ;  $0,79$ ), és a teszt-reteszt megbízhatósága is kiváló ( $r = 0,90$ ). A nem, az életkor és az iskolai végzettség nem befolyásolta szignifikánsan az összpontszámot, ugyanakkor mintánk egyes alcsoportjainak átlagpontszámai különböztek: a szakemberek (orvos, szakápoló, pszichológus) átlagértékei alacsonyabbak voltak, mint a „normál” és diák csoport értékei, a szomatikus betegcsoport magasabb pontszámot ért el, míg a legmagasabb a pszichiátriai kezelés alatt álló (szorongó) csoport pontszáma volt. A kérdőív validitását más, ismert pszichológiai skálákkal összehasonlítva is igazoltuk. Közepesen szoros összefüggést találtunk a PSS és a szubjektív testi tünetek (PHQ), a WHO Jól-lét Skála, a rövidített Cook-Medley Ellenségesség pontszámok között; szorosabb volt az összefüggés a depresszió (Rövidített Beck Depresszió Kérdőív – BDI) és a szorongás (Spielberger Vonásszorongás Skála – STAI-T) pontszámokkal: a korrelációs együtthatók  $0,52$ – $0,85$  között voltak. A fentiek jelzik, hogy bár van összefüggés az észlelt stressz és a különböző testi és lelki tünetek között, a PSS által mért változó egy független konstruktum, mely alkalmas a krónikus stressz mint rizikófaktor becslésére.

Kulcsszavak: Észlelt Stressz Kérdőív (PSS), megküzdés, Williams Életképességek

Számos tudományos vizsgálat igazolja, hogy nemcsak az akut, súlyos stressz, hanem az enyhébb, de krónikus stressz is fontos szerepet játszik a testi és a lelki zavarok kialakulásában (Boone és Christensen 1998; Kopp

---

\* Levelező szerző: Stauder Adrienne, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail:staadr@net.sote.hu

és Réthelyi 2004). Az egyénre ható stressz – mint rizikótényező – mértékének meghatározása a kutatási célok mellett a terápiás döntések és az elsődleges, illetve másodlagos megelőzés szempontjából is kiemelt jelentőségű.

A stressz mértéke meghatározható az objektív történések tükrében, ezen az elven alapul pl. a széles körben alkalmazott Holmes és Rahe által kidolgozott Életesemény Skála, amely 43 életeseményt sorol fel (Holmes és Rahe 1967). Ez a megközelítés azonban kevés információt szolgáltat a tartósan fennálló, mindennapi stresszforrásokról és azok megéléséről, miközben ezen a téren egyes konkrét helyzetek kapcsán nagy egyéni különbségek tapasztalhatók (Cohen és mtsai 1995). Az egészségkárosító hatás szempontjából a „krónikus stressz” koncepciója inkább egy olyan összetett folyamatként értelmezhető, melyben az „objektív”, megfigyelhető stresszforrások mellett a stresszhelyzetek megélése, feldolgozása, az azokkal való megküzdés képessége, a pszichoszociális környezet és az egyén személyiségjellemzői egyaránt fontos szerepet játszanak (Lazarus 1966; Ursin és Eriksen 2004).

Az egyéni, szubjektív szempontokat helyezi előtérbe a Cohen és munkacsoportja (1983) által kidolgozott Észlelt Stressz Kérdőív (PSS: Perceived Stress Scale) mely a stressz-szint meghatározásának egyik leggyakrabban alkalmazott mérőeszköze. A kérdőív megbízhatóságát és érvényességét a szerzők egy 2000 főnél is nagyobb, egyesült államokbeli mintán igazolták (Cohen és Williamson 1988). A kérdőívet széles körben alkalmazzák különböző beteg- és egészséges populációkban a krónikus stressz hatásainak vizsgálatára (pl. Cohen és mtsai 1993; Cobb és Steptoe 1996; Glaser és mtsai 1999; Dyck és mtsai 1999; Stone és mtsai 1999; Cruess és mtsai 1999; Stowell és mtsai 2001). A PSS kérdőívet több nyelvre lefordították, és változatos kulturális környezetben alkalmazzák (Remor 2005).

Jelen tanulmányban az Észlelt Stressz Kérdőív magyar változatát, és annak pszichometriai jellemzőit mutatjuk be a több mint 200 fős vizsgálati mintánk alapján.

## MÓDSZEREK

### Vizsgálati minta

Jelen keresztmetszeti kutatás vizsgálati mintája egy magatartásorvoslási alapú stresszkezelő program (Williams Életkészségek Program) hatékonyság vizsgálatának részét képezi. Összesen 217 személy adatait dolgoztuk fel, akik közül 11 fő nem töltötte ki maradéktalanul vizsgált kérdőívünk tétéleit. Az ő hiányzó értékeiket a pszichometriai vizsgálat lehető

legnagyobb pontossága érdekében nem pótoltuk ki. A válaszadók 32,7%-a (71 fő) bármiféle beválasztási szempont nélküli érdeklődő, 32,3%-a (70 fő) egészségügyi dolgozó (pl. orvos, szakápoló) és 10,6%-a (23 fő) egyetemi hallgató volt. Ezen kívül két betegcsoport is részt vett a vizsgálatban: különböző stádiumú daganatos betegek (24 fő; 11,1%), és egy pszichoszomatikus szakrendelő elsősorban szorongásos zavarokkal kezelt járóbetegei (29 fő; 13,4%). A leíró és a változók közötti kapcsolatokat vizsgáló részben mindazon személyek adatait felhasználtuk, akik az intervenció előtt kitöltötték a kérdőívcsomagot.

A válaszadók között 66 (30,4%) férfi és 151 (69,6%) nő volt, a nemi megoszlás tehát nem volt kiegyenlített a mintánkban. Az átlagéletkor 38,8 év (szórás 13,4 év). A legfiatalabb személy 20, a legidősebb 82 éves volt. A vizsgálatban részt vevők közül 1 főnek (0,5%) volt általános iskolai, és 3 főnek (1,4%) szakmunkás végzettsége. 28 személy (12,9%) rendelkezett szakközépiskolai, 52 fő (24%) pedig gimnáziumi érettségivel. A fennmaradó 132 fő (60,8%) felsőfokú végzettségű volt (1 fő nem adta meg legmagasabb iskolai végzettségét). A válaszadók közül 76 fő (35%) volt nőtlen/hajadon, 89 fő (41%) élt házastársával, két fő (0,9%) házastársától külön, 28 fő (12,9%) pedig elvált. 18 fő (8,3%) élt élettársi kapcsolatban, és négyen (1,8%) voltak özvegyek.

Vizsgálati személyeink egy részénél több (az intervenciót követő, utánkövetéses) adatsor is rendelkezésünkre állt. A mérőeszköz belső megbízhatóságának elemzésénél a második és harmadik alkalommal felvett adatokat külön személyek értékeiként kezeltük, így az elemzéseknél nagyobb mintával (N = 292) tudtunk dolgozni.

## Mérőeszközök

### *Észlelt Stressz Kérdőív*

Vizsgált kérdőívünk, az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale – PSS) (Cohen és mtsai 1983) azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnek a mindennapjait.

A kérdőív kitöltéséhez általános iskolai végzettség is elegendő, mivel a kérdések egyszerűek, jól érthetőek. Tekintve, hogy a kérdések általánosságok, nem specifikus helyzetekre vonatkoznak, kulturális és életmódbeli sajátosságok kevésbé befolyásolják a válaszokat. A kérdések egy hónapos időszakra vonatkoznak, így a napi események nem módosítják érdemben a válaszok összességét, ugyanakkor közép- és hosszabb távon a

kérdőív összpontszámának változásai már jól jelzik a (krónikus) stressz-szintben bekövetkező lényegesebb változásokat. Így a kérdőív alkalmas nemcsak egyes csoportok összehasonlítására, hanem az életkörülményekben, az egészségi állapotban, a gondolkodásmódban, a megküzdő készségekben, a szociális környezetben vagy az életmódban bekövetkező változásokkal összefüggő stressz-szint változások mérésére.

Az eredeti kérdőív 14 (PSS14) tételt tartalmaz, melyek 5 fokú Likert-skálán (0–4) pontozandók. Az egyes tételeknél a magasabb pontszámok a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikeresebb megküzdést jelzik. Ez utóbbi fordított tételek átkódolását (0 = 4; 1 = 3; 2 = 2; 3 = 1; 4 = 0) követően az Észlelt Stressz Kérdőív egyes tételeire adott válaszok pontszámainak összeadásával összpontszám számolandó, mely az észlelt stressz globális mutatója.

Két rövidített változat is született már. A hosszabb 10 tételű verzió (PSS10) mérési tulajdonságai gyakorlatilag megegyeznek a 14 tételű változatéval, így a vizsgálatok jelentős részében ezt a verziót használták, de az egészen rövid, mindössze 4 tételű kérdőívverzió (PSS4) mérési tulajdonságai is jók (Cohen és Williamson 1988). Mindhárom változat kutatási célra szabadon hozzáférhető, lefordítható, használható.<sup>1</sup>

A PSS magyar verzióját (lásd mellékletben) nemzetközi ajánlások alapján készítettük el. Az eredeti kérdőívet három független fordító magyarra fordította, akik ezután személyes megbeszélés keretében, a három fordítás alapján kialakítottak egy közös verziót. Ezt a változatot egy angol-magyar kettős anyanyelvű fordító visszafordította, a két verzió között nem volt érdemi jelentésbeli különbség. A kész verziót 5 független „átlagember” elolvasta, véleményezte, aminek alapján még néhány kisebb változtatást eszközöltünk. Ezt követően vettük fel a kérdőívet mintánkban, további kérdőívekkel egyetemben.

#### *WHO Általános Jól-lét Skála*

Vizsgálati személyeink közérzetének felmérésére a WHO Általános Jól-lét Skálájának (Bech és mtsai 1996) 5 tételű változatát vettük fel.<sup>2</sup> A teszt olyan, 4 fokú skálán megítélhető állításokat tartalmaz, mint hogy „Az elmúlt két hét során érezte-e magát vidámnak és jókedvűnek?”, vagy „Az elmúlt két hét során érezte-e magát ébredéskor frissnek és kipihentnek?” A kérdőív belső megbízhatósága mintánkban igen jónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,83).

<sup>1</sup> <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/>

<sup>2</sup> A kérdőív részletes ismertetését lásd jelen kiadvány erről szóló tanulmányában!

*Spielberger-féle Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív*

A szorongás általános szintjének mérésére a Spielberger-féle (1983) Állapot- és Vonásszorongás Kérdőív magyar változatának (Sipos és mtsai 1994) vonásszorongást mérő 20 tételét használtuk. A kérdőív olyan, négyfokú skálán megítélhető tételeket tartalmaz, mint hogy „Biztonságban érzem magam”, vagy „Feszült lelki állapotba jutok, és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok”. A mérőeszköz homogenitása mintánkban nagyon magasnak mutatkozott (Cronbach-alfa: 0,93).

*Rövidített Beck Depresszió Kérdőív*

A 9 tétel, 4 fokú Likert-skálával rendelkező Rövidített Beck Depresszió Kérdőív a depresszió olyan tüneteire kérdez rá, mint a szociális visszahúzódság, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás és testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint önvádolás (Rózsa és mtsai 2001). A magasabb pontszámok több depressziós tünetre utalnak. A kérdőív belső konzisztenciája mintánkban is megfelelő volt (Cronbach-alfa: 0,81).

*Ellenségesség-kérdőív*

Ellenségesség alatt destruktívan versengő attitűdöt és általános bizalmatlanságot értünk, valamint annak a feltételezését, hogy a többi ember negatívan viszonyul egymáshoz, így magához a válaszadóhoz is. A hosztilitás mérésére a Cook és Medley-féle (1954) ellenségesség-kérdőív rövidített, magyar változatának (Kopp és mtsai 2006) 5 tételét használtuk. A mérőeszköz olyan tételeket tartalmaz, mint hogy „Ha egy jó ismerősöm sikereiről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna”, vagy „Az emberek általában aljasak, önzőek, és ki akarják használni a másikat”. A mérőeszköz belső megbízhatósága mintánkban jónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,81).

*Testi tünetek*

A különböző szomatizációval kapcsolatba hozható testi tüneteket a PHQ-15 rövidítésű, 15 tétel, tünetlistával (Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale) (Kroenke és mtsai 2002) mértük. A panaszok között szerepelnek mozgásszervi (pl. ízületi fájdalom), keringési rendszert érintő (pl. mellkasi fájdalom), emésztőszervi (pl. székrekedés) és egyéb (pl. szexuális és alvászavarok) tünetek egyaránt. Az egyes nehézségek zavaró voltáról a válaszadónak háromfokú skálán kell nyilatkoznia.

## Statisztikai elemzések

A statisztikai elemzéseket az SPSS 13.0 programcsomaggal végeztük (SPSS, Chicago, IL). Két csoport összehasonlítására független mintás t-próbát, kettőnél több csoportra egy szempontos varianciaanalízist (ANOVA) használtunk. Intervallumskálájú változóink kapcsolatát Pearson-féle korrelációs együtthatóval vizsgáltuk.

## EREDMÉNYEK

### Leíró jellemzők és reliabilitás

Az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített változatainak összpontszámai igen erősen együtt jártak a teljes teszt összpontszámával: a 14 és a 10 tételes változat között a korrelációs együttható 0,99 ( $p < 0,001$ ) volt, de még a 4 tételes verzióval is elérte a 0,93-at ( $p < 0,001$ ). A kérdőív mindhárom változatának belső megbízhatósága igen jónak mutatkozott (a Cronbach-alfa rendre 0,88; 0,85; 0,79). Az item-maradék korrelációk a teljes változatnál 0,23 és 0,72; a 10 tételes változatnál 0,35 és 0,71; a legrövidebb változat esetében pedig 0,52 és 0,67 között változtak. A teljes változat itemanalízisének eredményeit az 1. táblázat mutatja be.

Egy kisebb, kényelmi mintavétellel felvett mintán ( $N = 23$ ; átlagéletkor 42 év, szórás 12 év; 8 férfi, 15 nő) vizsgáltuk a kérdőív időbeli stabilitá-

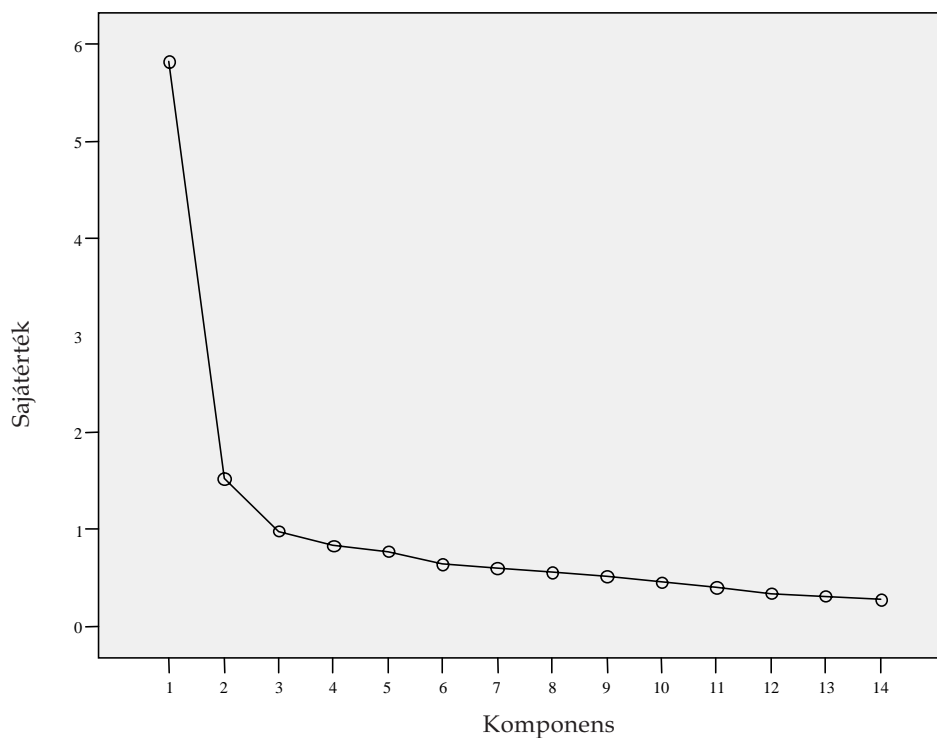
1. táblázat. A PSS-10 item-analízisének eredménye (tételek az item-maradék korrelációk sorrendjében)

	Item-maradék korreláció	Átlag	Szórás
str02	0,72	1,87	1,08
str06	0,68	1,18	0,85
str14	0,68	1,70	1,07
str05	0,66	1,47	0,87
str10	0,60	1,74	0,89
str08	0,60	2,16	1,09
str04	0,59	1,29	0,80
str09	0,59	1,28	0,75
str01	0,57	2,25	0,91
str07	0,56	1,62	0,83
str13	0,47	1,47	0,94
str11	0,45	2,25	0,87
str03	0,35	2,48	1,45
str12	0,23	2,89	0,85

sát. A köztes időintervallum átlagosan 5 nap volt, mely rövideget a kérdőív megszövegezése („Az elmúlt hónapban érezte-e...”) indokol. Mind a 14, mind a 10, mind a 4 tételes változat teszt-reteszt korrelációs együtthatója 0,90 (mindhárom esetben  $p < 0,001$ ) volt.

Megvizsgáltuk az egyes kérdőívváltozatok faktorszerkezetét is. A 14 tételes változat főkomponens-elemzése két, egynél nagyobb saját értékű faktort eredményezett. A fő komponens által magyarázott variancia 41,6% volt, a másik komponens esetében pedig 10,9%. A fő faktoron a töltések 0,40 és 0,79 között változtak. Mivel azonban a második faktor egyetlen saját tételből állt (12. tétel), és ezen kívül csak viszonylag gyenge (0,30–0,37) keresztöltések jelentkeztek, meglátásunk szerint gyakorlati szempontból a kérdőív egydimenziósnak tekinthető. Ezt támasztja alá az elemzés lejtődiagramja is (1. ábra).

A 10 tételes változat főkomponens-elemzése szintén két, egynél nagyobb sajátértékű faktort eredményezett. A fő komponens által magyarázott variancia 44,9% volt, a másik faktoré pedig 10,9%. A fő faktoron a töltések 0,52 és 0,79 között változtak. A második faktoron egy saját tétel



1. ábra. A PSS-14 főkomponens-elemzésének lejtődiagramja

2. táblázat. Az Észlelt Stressz Kérdőív egyes változatainak átlaga és szórása mintánkban

	Férfiak (N = 63)		Nők (N = 143)		Összes (N = 206)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
PSS-14	26,0	9,5	26,5	8,5	26,4	8,8
PSS-10	17,9	7,4	18,2	6,5	18,1	6,8
PSS-4	6,5	3,4	6,7	3,2	6,6	3,2

töltött, valamint több, különböző erősségű (0,33–0,47) keresztöltés is jelentkezett. A 4 tételes változat főkomponens-elemzése már csak egy komponenst eredményezett, mely a variancia 62%-át magyarázta. A töltések 0,73 és 0,83 között változtak.

A kérdőív különböző hosszúságú változatainak a férfiak és nők átlagai (2. táblázat) nem különböztek szignifikánsan egymástól (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre:  $t = 0,39; 0,33; 0,43$ ).

A különböző életkori csoporthoz tartozók szintén nem különböztek az Észlelt Stressz Kérdőív egyes változatainak összpontszámait tekintetében (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre:  $F = 0,44; 0,45; 0,61$ ), valamint az életkor és az összpontszámok korrelációja sem mutatkozott szignifikánsnak (3. táblázat).

Nem tértek el az Észlelt Stressz Kérdőív pontszámait tekintetében a különböző iskolázottsági csoportok sem (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre:  $F = 2,0; 1,9; 1,5$ ) (4. táblázat).

3. táblázat. Az Észlelt Stressz Kérdőív egyes változatainak átlaga és szórása korcsoportos bontásban

	25 év alatt (N = 34)		26–35 év (N = 60)		36–45 év (N = 51)		46 év felett (N = 61)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
PSS-14	26,9	7,6	25,3	7,7	27,1	9,1	26,4	10,15
PSS-10	17,9	6,1	17,4	5,9	18,9	7,0	18,3	7,8
PSS-4	6,8	3,1	6,2	3,1	7,0	3,1	6,6	3,6

4. táblázat. Az Észlelt Stressz Kérdőív egyes változatainak átlaga és szórása iskolázottsági csoportok szerint

	8 általános vagy szakmunkás (N = 4)		Szakközépiskola (N = 27)		Gimnázium (N = 48)		Főiskola, egyetem (N = 126)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
PSS-14	28,5	6,2	30,2	10,6	26,9	7,8	25,3	8,6
PSS-10	19,8	4,3	21,1	7,8	18,6	6,1	17,2	6,7
PSS-4	8,0	2,0	8,3	3,5	6,8	3,0	6,2	3,2



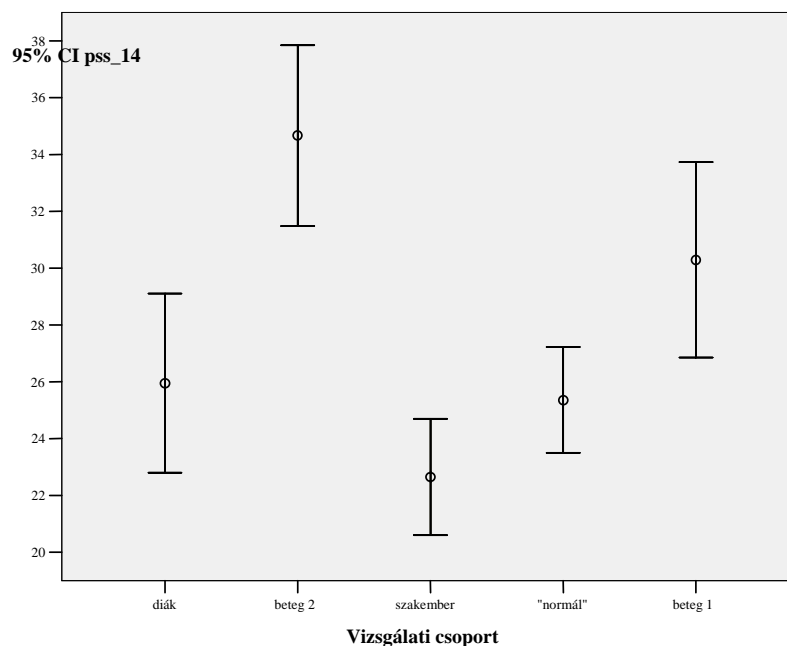
## Validitás

Szignifikáns különbséget tapasztaltunk a vizsgálatunkba bevont egyes „célcsoportok” észlelt stressz-értékei között (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre:  $F = 12,8; 12,5; 11,6$ ; mindhárom esetben  $p < 0,001$ ) (5. táblázat). Az egyes csoportok 14 tételes kérdőívünkön elért átlagainak 95%-os konfidencia-intervallumait a 2. ábra mutatja be.

5. táblázat. Az Észlelt Stressz Kérdőív egyes változatainak átlaga és szórása „betegcsoportok” szerint

	Szakember (N = 65)		Diák (N = 21)		„Normál” (N = 69)		Beteg 1 (N = 24)		Beteg 2 (N = 27)	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
PSS-14	22,6	8,3	26,0	6,9	25,4	7,8	30,3	8,1	34,7	8,0
PSS-10	15,3	6,4	17,3	5,6	17,5	6,0	21,1	6,0	24,3	6,0
PSS-4	5,3	2,9	6,4	2,8	7,0	3,0	7,7	2,8	9,6	3,3

szakember: egészségügyi dolgozó; diák: egyetemi hallgató; „normál”: válogatatlan populáció; beteg 1: onkológiai járóbeteg; beteg 2: pszichiátriai járóbeteg



2. ábra. A PSS-14 átlagának 95%-os konfidencia intervallumai az egyes vizsgálati csoportokban (szakember: egészségügyi dolgozó; diák: egyetemi hallgató; „normál”: válogatatlan populáció; beteg 1: onkológiai járóbeteg; beteg 2: pszichiátriai járóbeteg)

Összintánkon az Észlelt Stressz Kérdőív pontszámai közepesen erős pozitív kapcsolatot mutattak a testi tünetek számával (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre  $r = 0,59; 0,58; 0,51; p < 0,001$ ) és az ellenségességgel (rendre  $r = 0,54; 0,55; 0,55; p < 0,001$ ), és hasonló erősségű, de negatív kapcsolatban álltak az általános jól-lét konstruktumával (rendre  $r = -0,73; -0,74; -0,72; p < 0,001$ ).

Erős pozitív összefüggést találtunk mintánkon az Észlelt Stressz Kérdőív pontszámai és a depressziós tünetegyüttes (a 14, 10 és 4 tételes változat esetében rendre  $r = 0,72; 0,72; 0,69; p < 0,001$ ), valamint a vonásszorongás (rendre  $r = 0,84; 0,83; 0,79; p < 0,001$ ) között. A fenti kapcsolatokat nemi bontásban a 6. táblázat tartalmazza.

6. táblázat. Vizsgált változóink interkorrelációi nemi bontásban.  
Az átló felett a nők, alatta a férfiak adatai szerepelnek  
(a táblázatban szereplő valamennyi korreláció szignifikanciaszintje:  $p < 0,001$ )

	PSS_14	PSS_10	PSS_4	BDI	WB	STAI_T	PHQ	HOST
PSS_14		,99	,92	,72	-,71	,86	,62	,57
PSS_10	,99		,94	,71	-,72	,85	,59	,58
PSS_4	,95	,96		,65	-,68	,79	,51	,55
BDI	,73	,76	,78		-,57	,75	,66	,52
WB	-,77	-,77	-,78	-,77		-,66	-,57	-,28
STAI_T	,81	,81	,80	,85	-,76		,65	,58
PHQ	,63	,64	,58	,62	-,66	,66		,31
HOST	,52	,52	,57	,61	-,61	,65	,47	

PSS-14/10/4: az Észlelt Stressz Kérdőív 14, 10 és 4 tételes változata; BDI: Rövidített Beck Depresszió kérdőív; WB: WHO Általános Jól-lét Kérdőív; STAI-T: Spielberger-féle Vonásszorongás-kérdőív; PHQ: Patient Health Questionnaire testi tüneteket tartalmazó itemei; HOST: Cook-Medley-féle Ellenségesség Kérdőív rövidített változata

## MEGBESZÉLÉS

Célunk az Észlelt Stressz Kérdőív magyar változatának bemutatása. Elemeztük a kérdőív eredeti, 14 tételes, illetve a rövidebb, 10 és 4 tételes változatait is. Eredményeink azt mutatják, hogy mind a PSS14, mind a PSS10, mind a PSS4 megbízhatósága jó, a három változat szorosan korrelál. A kérdőív teszt-reteszt megbízhatósága is kiváló ( $r = 0,90$ ). A kérdőív érvényességét (validitását) egyéb validált pszichológiai skálákkal összefüggésben, illetve különböző háttérű csoportok összehasonlítása alapján is megállapítottuk.

Mintánkban a PSS pontszámot a nem, a kor és az iskolai végzettség nem befolyásolta szignifikánsan. Ugyanakkor a várakozásnak megfelelően különböző PSS pontszámokat találtunk mintánk alcsoportjaiban: a

szakemberek (orvos, szakápoló, pszichológus) átlagértékei alacsonyab-  
bak voltak, mint a „normál” és a diák csoport értékei, a szomatikus be-  
tegcsoport még magasabb pontszámot ért el, legmagasabb a pszichiátri-  
ai kezelés alatt álló (szorongó) csoport pontszáma volt.

További mérőeszközökkel összehasonlítva is igazolni lehetett a kérdőív  
érvényességét, közepesen szoros összefüggést találtunk az észlelt stressz  
és a szubjektív testi tünetek, az általános jól-lét és az ellenségesség kö-  
zött, szorosabb volt az összefüggés a depresszió pontszámmal és legszo-  
rosabb összefüggést a vonásszorongással találtuk, ami megerősíti a szub-  
jektív komponens, az „észlelés” jelentőségét. Ugyanakkor a 0,5–0,85 kö-  
zötti korrelációs együtthatók azt is jelzik, hogy bár van összefüggés az  
észlelt stressz és különböző testi és lelki tünetek között, a PSS által mért  
változó egy független konstruktum, és alkalmas a krónikus stressz mint  
rizikófaktor becslésére.

Vizsgálatunk korlátja, hogy mintánk nem volt reprezentatív, hanem  
véletlenszerűen olyan szakemberek, átlagemberek vagy betegek kerültek  
bele, akik 2005/2006. tanévben stresszkezelő, kommunikációs készség-  
fejlesztő csoportjainkra jelentkeztek.

Összességében megállapíthatjuk, hogy az Észlelt Stressz Kérdőív könnyen  
kitölthető, széles körben alkalmazható különböző egészséges és be-  
teggpopulációkban. A PSS mindhárom magyar verziójának pszichomet-  
riai mutatói igen jók, a kérdőív összpontszáma a krónikus, mindennapi  
stressz komplex indikátoraként jól alkalmazható a magas stresszszinttel  
összefüggésbe hozható testi és lelki zavarok kockázatának előrejelzésé-  
re, egyes csoportok összehasonlítására, illetve a stressz-szint változásai-  
nak középtávú követésére.

## MELLÉKLET

### Az Észlelt Stressz Kérdőív magyar változata

Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT  
HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap  
során MILYEN GYAKRAN volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat!

Néhány kérdés ugyan hasonlónak tűnik, de valójában különbözőek, ezért kérjük, hogy vala-  
mennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne pró-  
bálja megszámolni, hogy hányszor érezte magát egy adott módon, hanem írja be azt a választ,  
ami a leginkább jellemzőnek tűnik!

	Soha	Szinte soha	Néha	Elég gyakran	Nagyon gyakran
1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében? <sup>10, 4</sup>	0	1	2	3	4
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és „stresszesnek”? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kezelte sikeresen a hétköznapi bosszúságokat?	0	1	2	3	4
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte, hogy sikeresen meg tudott küzdeni fontos változásokkal az életében?	0	1	2	3	4
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit? <sup>10, 4</sup>	0	1	2	3	4
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak? <sup>10, 4</sup>	0	1	2	3	4
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat életében? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
11. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni? <sup>10</sup>	0	1	2	3	4
12. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kapta magát azon, hogy az elvégzendő feladatain gondolkodik?	0	1	2	3	4
13. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kézben tartani az időbeosztását?	0	1	2	3	4
14. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? <sup>10, 4</sup>	0	1	2	3	4

(Megjegyzés: a tételek végén, a felső indexben szereplő szám jelzi, hogy az adott item szerepel-e a 10, illetve 4 tételes változatban. Fordított tételek: 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13.)

## IRODALOM

- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183–190.
- Boone, J. L., Christensen, J. F. (1998): Stress and disease. In Feldman, M. D., Christensen, J. F. (eds.): *Behavioural Medicine in Primary Care. A Practical Guide*. Appleton and Lange, Stamford, 265–276.
- Cobb, J. M. T., Steptoe, A. (1996): Psychosocial stress and susceptibility to upper respiratory tract illness in an adult population sample. *Psychosomatic Medicine*, 58: 404–412.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385–396.
- Cohen, S., Kessler, R., Underwood Gordon, L. (eds.) (1995): *Measuring Stress: a Guide for Health and Social Scientists*. Oxford University Press, New York.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A. J., Smith, A. P. (1993): Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 131–140.
- Cohen, S., Williamson, G. M. (1988) Perceived stress in a probability sample of the United States. In Spacapan, S., Oskamp, S. (eds.): *The Social Psychology of Health*. Newbury Park, CA: Sage, 31–67.
- Cook, W., Medley, D. (1954): Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38: 414–418.
- Cruess, D. G., Antoni, M. H., Kumar, M., Ironson, G., McCabe, P., Fernandez, J. B., Fletcher, M., Schneiderman, N. (1999): Cognitive-behavioral stress management buffers decreases in dehydroepiandrosterone sulfate (DHEA-S) and increases in the cortisol/DHEA-S ratio and reduces mood disturbance and perceived stress among HIV-seropositive men. *Psychoneuroendocrinology*, 24: 537–549.
- Dyck, D. G., Short, R., Vitaliano, P. P. (1999): Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61: 411–419.
- Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., MacCallum, R. C., Laskowski, B. F., Malarkey, W. B. (1999): Stress-related changes in proinflammatory cytokine production in wounds. *Archives of General Psychiatry*, 56: 450–456.
- Holmes, T. H., Rahe, R. H. (1967): The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213–218.
- Kopp, M., Réthelyi, J. (2004) Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62: 351–367.
- Kopp M., Skrabski Á., Székely A. (2006): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében. In Kopp M., Kovács M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 84–105.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. (2002): The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 64: 258–266.
- Lazarus, R. S. (1966): *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill, New York.
- Remor, E. (2006): Psychometric properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (1): 86–93.
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384–402.
- Sipos K., Sipos M., Spielberger, C. D. (1994): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar

- változata. In Mérei F., Szakács F. (szerk.): *Pszichodiagnosztikai vademecum I/2*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 123–148.
- Spielberger, C. D. (1983): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA.
- Stone, A. A., Mezzacappa, E. S., Donatone, B. A., Gonder, M. (1999): Psychosocial stress and social support are associated with prostate-specific antigen levels in men: Results from a community screening program. *Health Psychology*, 18: 482–486.
- Stowell, J. R., Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R. (2001): Perceived stress and cellular immunity: When coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24: 323–339.
- Ursin, H., Eriksen, H. R. (2004) The cognitive activation theory of stress. Review. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (5): 567–92.

**Köszönetnyilvánítások.** Köszönetünket fejezzük ki a Williams Életképességek Munkacsoport mindazon tagjainak, akik a kérdőívfelvételen részt vállaltak ([www.selyesociety.hu](http://www.selyesociety.hu)). A tanulmány az OTKA TS-049785 (2004) és az NKFP 1b/020/2004 pályázatok támogatásával készült.

STAUDER, ADRIENNE – KONKOLY THEGE, BARNA

### CHARACTERISTICS OF THE HUNGARIAN VERSION OF THE PERCEIVED STRESS SCALE (PSS)

We studied the characteristics of the Hungarian version of the Perceived Stress Scale (PSS, Cohen et al., 1983) based on data from 217 persons willing to participate in a stress-management program (Williams LifeSkills Program). The shorter versions of the questionnaire (PSS10, PSS4) were strongly correlated ( $r = 0.99$  and  $0.93$ ) to the original 14-item questionnaire (PSS14), the internal consistency of all three was very good (the Cronbach-alpha were respectively 0.88; 0.85; 0.79), and their test–retest reliability was also excellent ( $r = 0.90$ ). Gender, age and school degree did not influence significantly the total score, while we found different mean scores in our different subsamples: health professionals (physician, nurse, psychologist) scored lower than the “normal” and student groups, patients with somatic disease (cancer) scored even higher, and the highest scores were reached by the group of psychiatric patients (the majority of them was treated for anxiety problems).

We also confirmed the validity of the questionnaire in comparison with other known psychological scales. We found moderately strong correlation between PSS and subjective somatic symptoms (PHQ), the WHO Well-Being Scale and the shortened Cook-Medley Hostility scores; the correlation was stronger with depression (Shortened Beck Depression Inventory, BDI) and anxiety (Spielberger Trait Anxiety Inventory, STAI-T) scores: the correlation coefficients were between 0.52 and 0.85. These results indicate that although there is a connection between perceived stress and diverse psychic and somatic symptoms, the variable measured by PSS is a distinct indicator, appropriate for estimating chronic stress as a risk factor.

**Keywords:** Perceived Stress Scale (PSS), coping, Williams LifeSkills