

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

AZ EGYÉNI, ÉS A SZERVEZETI FÓKUSZÚ MUNKAHELYI
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

JUHÁSZ ÁGNES

2007.

DOKTORI DISSZERTÁCIÓ

JUHÁSZ ÁGNES

AZ EGYÉNI, ÉS A SZERVEZETI FÓKUSZÚ MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

ELTE PPK Pszichológia Doktori Iskola
Doktori Iskola vezetője: Dr. Hunyady György

Munka- és Szervezetpszichológia Program
Program vezetője: Dr. Antalovits Miklós

A bizottság tagjai:

Dr. Oláh Attila CSc., egyetemi tanár
Dr. Bugán Antal CSc., egyetemi tanár
Dr. Urbán Róbert PhD. egyetemi docens
Dr. Nagy János PhD., egyetemi docens
Dr. Kopp Mária DSc., egyetemi tanár
Dr. Fúziné Dr. habil. Pikó Bettina PhD.
Dr. Ritoók Pálné PhD., egyetemi docens

Témavezető: Dr. Antalovits Miklós CSc., egyetemi tanár

Budapest, 2007.

BEVEZETÉS	3
I. RÉSZ: AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS PSZICHOLÓGIÁJA	5
1. AZ EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS, EGÉSZSÉGVISELKEDÉS FOGALMA	5
1.1 Laikus nézetek az egészségről, az egészség attribúciója	8
1.2. Laikus nézetek a stresszről, a stressz attribúciója	14
2. KOLLEKTÍV MEGKÜZDÉS	18
3. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS	21
3.1. A munkavégzés és az egészség közötti kapcsolat	22
3.2. Ergonómia, humánerőforrás gazdálkodás, foglalkozás-egészségügy és munkahelyi egészségfejlesztés	24
3.3. A munkahelyi egészségfejlesztés célja, elterjedtsége	26
3.4. A (sikeres) munkahelyi egészségfejlesztés eredményei	26
3.5. A munka, mint egészségfejlesztő tényező	27
3.6. A munkahelyi egészségfejlesztő programok értékelése, gazdaságossága	30
3.7. A munkahelyi egészségfejlesztés etikai kérdései	32
3.8. A munkahelyi egészségfejlesztés megközelítései	33
3.9. Az egyes megközelítések által alkalmazott módszerek	35
3.10. A munkahelyi egészségfejlesztési programok gyakorlati problémái	42
4. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MAGYARORSZÁGON	43
4.1. Munkahelyi egészségfejlesztés Európában	43
4.2. Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon	47
5. ÖSSZEFOGLALÁS	53
II. RÉSZ: A STRESSZRŐL ÉS AZ EGÉSZSÉGRŐL ALKOTOTT KÖZNAPI FELFOGÁSOK	54
1. MÓDSZER	54
1.1 Vizsgálati személyek	54
1.2 Eljárás	55
1.3 Eszközök	55
1.4 Elemzés	60
1.5 Hipotézisek	61
2. EREDMÉNYEK	62
2.1 Leíró statisztikák	62
2.2 Kapcsolat a demográfiai mutatókkal, az átélt stresszel és az egészségi állapottal	74
2.3 A laikus nézetrendszer belső összefüggései	82
3. ÉRTELMEZÉS	86
III. RÉSZ: LÉPÉSEK AZ EGYÉNI ÉS A SZERVEZETI FÓKUSZÚ MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS KÍSÉRLETI MODELLJÉNEK KIALAKÍTÁSA FELÉ	91
1. ÁLLAPOTFELMÉRÉS	92

1.1 Módszer	92
1.2 Eredmények	97
1.3 Értelmezés	116
2. EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ BEAVATKOZÁSOK	117
2.1 Egyéni fókuszú beavatkozások	118
2.2 Szervezeti fókuszú beavatkozások	118
2.3 Problémák – az egészségfejlesztő programok nehézségei	134
2.4. Általánosítható tapasztalatok – lépések egy átfogó munkahelyi egészségfejlesztési modell felé	138
3. KONKLÚZIÓ	138
ZÁRÓGONDOLATOK	140
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	141
IRODALOM	142

BEVEZETÉS

Ez a disszertáció a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozik. Két, a témához szorosabban, vagy lazábban kötődő kutatásról számol be, illetve a saját tapasztalatok birtokában áttekinti a munkahelyi egészségfejlesztés európai és hazai gyakorlatát. Miért fontos ma a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozni? Magyarország a születéskor várható átlagos élettartam, az idő előtti halálozás, és több krónikus megbetegedés előfordulási gyakoriságában nagyon rossz helyen áll, illetve élenjár Európában. Az elszomorító népegészségi adatok javulásához átfogó, nagy tömegeket bevonó, megelőző programokra van szükség. Ezeknek a programoknak a finanszírozásában, lebonyolításában kiemelkedő szerepet kellene vállalniuk a szervezeteknek egyrészt azért, mert általában közvetlen anyagi érdekük fűződik dolgozóik jobb egészségi állapotához, másrészt a programok finanszírozásához, megvalósításához is több forrással rendelkeznek, mint a – sokak szerint az összeomlás küszöbén, de legalábbis jelentős átalakulás előtt álló – egészségügy. Bár jelenleg egyre nagyobb figyelem irányul a társadalom több szintjén is az egészség megóvására, fejlesztésre, és a munkahelyeken is egyre több ilyen irányú kezdeményezés, program lát napvilágot, ezek azonban egyelőre szinte kizárólagosan az egyénnel, a dolgozóval foglalkoznak, őt próbálják a fennálló munkahelyi és egyéb megterhelésekkel szemben ellenállóbbá, és egészségesebbé tenni. Sokkal ritkábbak az olyan komplex, longitudinális munkahelyi egészségfejlesztő programok, melyek foglalkoznának magukkal a munkahelyi, potenciálisan egészségkárosító körülményekkel is, növelve így az életmód-változtató programok hatékonyságát. A munkahelyi egészségfejlesztő programok magyarországi elterjedésének – egyik - feltétele megbízható hatásvizsgálatok elvégzése és publikálása. Saját kutatásomnak – ennek megfelelően - a célja volt megtenni a kezdő lépéseket egy, az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés elveit és módszereit ötvöző modell kidolgozása felé. Ezt a kutatásomat előkészítendő vizsgáltam a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézeteket is, melyről szintén beszámolok a disszertációmban.

Az alábbiakban röviden bemutatom, mivel foglalkoznak az egyes fejezetek.

A disszertáció első fejezete az egészségfejlesztés pszichológiáját tekinti át. Az irodalmi áttekintésben foglalkozom a munkavégzés és az egészség közti kapcsolattal, a munkával, mint egészségfejlesztő tényezővel, a munkahelyi egészségfejlesztés fogalmával, céljával, hatásaival, és olyan gyakorlati kérdéseivel, mint a gazdaságossága, illetve az általa

felvetett etikai kérdések. Ebben a fejezetben bemutatom a munkahelyi egészségfejlesztés különböző megközelítéseit, s az ezek által alkalmazott módszereket, köztük a saját kutatásomban alkalmazottakat is. Áttekintem, összehasonlítom a munkahelyi egészségfejlesztés nemzetközi és magyarországi helyzetét, tágabb kontextusba helyezve így a saját kutatásomat. A munkahelyi egészségfejlesztés pszichológiai irodalmának bemutatásán túl az irodalmi áttekintésben az egészség, egészségviselkedés, egészség- és stresszattribúció fogalmakkal, valamint a kollektív megküzdés - mely a munkahelyi társas támogatással együtt egy nagyon fontos munkahelyi pszicho-szociális tényező, és mint ilyen, az egészségfejlesztő programok célpontja lehet - témájával is foglalkozom a dolgozatban ismertetett kutatásokat bevezetendő.

A dolgozat második fejezetében a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó kutatást előkészítő, a stresszre és az egészségre vonatkozó laikus nézetekkel, attribúciókkal foglalkozó vizsgálatomat mutatom be. Az egészségfejlesztő kutatás előkészítése során felmerült bennem az igény, hogy részletesebben megismerjem, mit gondolnak ma az emberek az egészségről, a stresszről, ezek kapcsolatáról, annak érdekében, hogy a megszerzett ismeretek felhasználhatóak lehessenek a jelenlegi és a jövőbeli egészségfejlesztő programok kidolgozásához. Hatékony (egészség)nevelés ugyanis elképzelhetetlen az előzetes hiedelmek és tudás ismerete nélkül. Ebben a fejezetben részletesen bemutatom az attribúciós kutatás előkészítését, módszereit, eredményeit, illetve ezeknek az eredményeknek a legfontosabb üzenetét az egészségfejlesztő programok megtervezésére nézve.

A disszertáció fő témáját alkotó kontrollcsoportos, longitudinálisra tervezett *munkahelyi egészségfejlesztő kutatásban* – mellyel a disszertáció harmadik fejezete foglalkozik – egy kiválasztott szervezetben az egyéni, és a komplex, a dolgozó egyénre ÉS a szervezetre irányuló munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások hatékonyságát kívántam összevetni a dolgozók egészségi állapotára, egészségviselkedéseire, közérzetére, az általuk átélt stresszre gyakorolt hatások elemzésével. Az első állapotfelmérés leíró eredményeinek és keresztmetszeti összefüggéseinek az elemzése nyomán alakítottuk ki az egészségfejlesztő beavatkozások tervezetét. A szervezeti fókuszú beavatkozások intervenciós csoportban történt bevezetését követően nem sokkal azonban olyan változások történtek a szervezetben, melyek megakadályozták a program folytatását, a hatásvizsgálatok elvégzését. A disszertációban az állapotfelmérés eredményeinek, az egészségfejlesztő programok szempontjából legfontosabb keresztmetszeti összefüggéseknek, és a - megvalósult - beavatkozások részletes elemzésén, bemutatásán túl foglalkozom a kutatás általánosítható tapasztalataival is.

I. RÉSZ: AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS PSZICHOLÓGIÁJA

Ebben a fejezetben áttekintem a dolgozat témáihoz kapcsolódó szakirodalmat. A fejezetnek – mint ahogy a dolgozatnak is – az elsődleges fókuszpontja a munkahelyi egészségfejlesztésre esik, így ezzel foglalkozom a legrészletesebben. Mielőtt erre rátérnék, röviden bevezetem a legtöbb egészségfejlesztő program tárgyát képező egészség, egészségviselkedés és egészségattribúció fogalmakat. A kollektív megküzdésről, mint az egészségfejlesztésnek egy lehetséges, vélhetőleg nagyon jól alkalmazható, és keveset kutatott eszközéről is szót ejtek.

1. AZ EGÉSZSÉG, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS, EGÉSZSÉGVISELKEDÉS FOGALMA

Az egészségfejlesztés célja az egyének, csoportok, közösségek egészségének, életminőségének fejlesztése. Az egészségfejlesztés egy olyan folyamat, amelynek révén az emberek képesek javítani a saját egészségüket, növelve az afeletti kontrolljukat. Azt lehet vele elérni, hogy az emberek maguk legyenek képesek gondoskodni egészségükről (Marks et al., 2000). Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük és az egészségüket meghatározó tényezők fokozott kézbe tartására, ezáltal egészségük javítására (Bangkoki Charta, 2005).

Az egészség pozitív meghatározásából indul ki, mely a WHO (World Health Organisation) Egészségügyi Világszervezet 1946-os definíciója szerint a következőképpen hangzik:

„Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség, vagy fogyatékosság hiánya.”

A definíció későbbi továbbfejlesztett változata szerint:

„Az egészség nem pusztán a betegség hiánya, hanem egy olyan állapot, melynek fizikai, kulturális, pszicho-szociális, gazdasági és lelki vonatkozásai vannak.” (Marks et al., 2000, 4. oldal).

Bircher (2005) szerint a WHO egészségdefiníciója túlzottan idealisztikus megközelítésű: ennek alapján senki sem számít egészségesnek. Az egészségfejlesztésnek elméleti kiindulópontját képezi az egészség Bircher-féle (2005) dinamikus meghatározása. Bircher szerint az egészség definíciójának az emberi természet bio-pszicho-szociális természetén túl figyelembe kell vennie az egyénre ható megterhelések, igények és az ezekkel való megküzdési képesség közötti dinamikus kapcsolatot is.

Ennek megfelelően Bircher az alábbi meghatározást javasolja: „Az egészség a jóllét dinamikus állapota, melyet egy fizikai, mentális és társas potenciál jellemez, mely potenciál kielégíti az egyén életkorának, kultúrájának és személyes felelősségének megfelelő igényeit. Ha ez a potenciál nem elegendő az igények kielégítésére, akkor az állapot betegség” (Bircher. 2005, 336. o.). Ez a potenciál két részből tevődik össze: az egyén *biológiailag adott* (öröklött és a prenatális élet során szerzett) *részpotenciáljából*, és a *személyesen szerzett részpotenciálból*. Bircher szerint a személyesen szerzett részpotenciál (pl. immunkompetencia, pszichés fejlődés, szociális tőke, stb.) képes ellensúlyozni az élet során szükségszerűen csökkenő biológiailag szerzett részpotenciált. Kérdéses ugyanakkor, hogy, mint azt a szerző példaként említi, az a tény, hogy az idős (és szükségszerűen csökkent biológiailag adott részpotenciállal rendelkező) emberek gyakran egészségesnek tartják magukat, annak tudható-e be, hogy szerzett részpotenciáljuk kompenzálja a biológiai csökkenését, vagy inkább a társas összehasonlítás hatásáról van-e szó. Leegyszerűsítőnek tűnik az a feltételezés is, hogy a biológiailag szerzett részpotenciál folyamatosan, egyenletesen csökken az élet során (gondolok itt, például olyan jelentős életminőség-javulást hozó műtétekre, mint a szervátültetés, mely a korábbinál magasabb szintre emelheti a biológiai részpotenciált). Az egészséget Bircher szerint a fent bemutatott részpotenciálok az élet igényeihez való viszonya határozza meg. Ezek az *életigények* változnak az egyén élete során, de a szerző szerint felnőttkorban nagyrészt az egyén által meghatározottak. Mindezek alapján az egyén egészsége a sors, az egyéni felelősség és a társadalmi támogatás összetett és dinamikus kölcsönhatásának eredménye.

A Bircher-féle definíció jelentősége, hogy felhívja a figyelmet az egyénnek az egészsége felett gyakorolt felelősségére, és hangsúlyozza a szociális és megelőző orvoslás jelentőségét – s így az egészségfejlesztésnek is elméleti kiindulópontját képezheti -, hiszen ezek foglalkoznak azzal, hogy rövidtávon mit lehet elérni a biológiailag adott részpotenciál megőrzésével, a személyesen szerzett részpotenciál támogatásával, illetve az egyén életében jelenlevő igények adaptálásával.

Az egészségfejlesztés nem szolgáltatást nyújt, mint a hagyományos orvosi, gyógyító eljárások, hanem segítőtje annak a folyamatnak, mely az egyéneket, illetve a közösségeket ruházza fel az egészségükért való felelősséggel. Az egészségfejlesztésnek célja, hogy csökkentse az emberek egészségi állapotában országtól, életkortól, társadalmi osztálytól függően jelenleg fennálló különbségeket, s hogy mindenki számára lehetővé tegye, hogy a számára elérhető legjobb egészségben élhessen. Ennek érdekében az egészséget támogató

környezetet igyekszik létrehozni, tájékoztatja az embereket a betegségek megelőzési módjáról, és – ha szükséges- életmód-változtatásra ösztönöz. Elősegíti a személyes és társas készségek fejlesztését információközléssel, egészségneveléssel, készségfejlesztéssel. E készségek megszerzése révén ugyanis az embereknek több lehetőségük lesz kontrollt gyakorolni a saját egészségük, illetve az egészségüket befolyásoló egyes környezeti tényezők felett, és az egészségüket elősegítő döntéseket hozni. Az egészség fent idézett pozitív meghatározásából kiindulóan – mely az egészséget nem azonosítja pusztán a fizikai egészséggel, hanem figyelembe veszi annak szociális, pszichológiai, gazdasági, kulturális, lelki vonatkozásait is – az egészségfejlesztés nem pusztán az egészségügy felelősségi körébe tartozik, hanem igényli a kormányok, az egészségi, szociális, és gazdasági szektorok, az önkéntes szerveződések, a helyi hatóságok, az ipar és a média összehangolt cselekvését. Az egészségfejlesztés nem csupán az orvosi értelemben vett betegségek kialakulását igyekszik megelőzni, hanem egy általánosan jobb életminőségre törekszik, s ennek eléréséhez olyan egymástól eltérő módszereket használ fel, mint a pénzügyi rendelkezések, a törvényhozás, az oktatás (pl. egészségmegőrzési módszerek tanítása), a közösségi élet fejlesztése, szervezési változtatások, a spontán helyi megmozdulások támogatása (Ottawa Charter, 1986). Az egészségfejlesztés a bizonyítottan hatékony stratégiák széles repertoárjával rendelkezik, amelyek teljes körű alkalmazása szükséges (Bangkoki Charta, 2005).

A beavatkozás célján és az alkalmazott eszközökön túlmenően a hagyományos orvoslás és az egészségfejlesztés közti további eltérés, hogy míg az előbbi elsősorban a már kialakult betegségek kezelésére koncentrál, addig az utóbbi célja a fenti módszerekkel megakadályozni, hogy a betegségek egyáltalán kialakuljanak. Ezen felül az egészségfejlesztésre az a fajta pozitív megközelítés is jellemző - szemben a nyugati orvoslással -, amely a WHO egészség meghatározásában is tükröződött, nevezetesen, hogy nem elégszik meg a betegségek pusztán hiányával, hanem egyfajta ideális jól-léti állapot elérésére törekszik.

Az egészségfejlesztő programok jelentős része közvetve, vagy közvetlenül a résztvevők egészséggel kapcsolatos szokásainak, egészségviselkedéseinek célszerű megváltoztatását próbálja elérni. Egészségviselkedés, vagy egészségmagatartás alatt olyan cselekvéseket értünk, melyek hatással lehetnek az egészségünkre, addig, amíg még egészségesek vagyunk (Baum et al., 1997). Megkülönböztetjük tehát a betegségmagatartástól, melynek célja az egészség helyreállítása, a közérzet javítása. Harris és Guten (1979, idézi Kulcsár, 1998) szerint egészségviselkedés minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal

a céllal végez, hogy védje, elősegítse, vagy fenntartsa egészségét függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól, és attól, hogy az adott viselkedés objektívan hatékony-e.

Az egészségviselkedéseket befolyásolhatják olyan demográfiai változók, mint az illető neme, életkora, szocio-ökonómiai státusza (lásd például Lantz et al., 2001, Denton és Walters, 1999). (A különböző demográfiai változók magával az egészségi állapottal közvetlenül is kapcsolatban lehetnek. Sőt egyes vizsgálatok szerint (lásd például Denton és Walters, 1999) a strukturális – demográfiai – változóknak nagyobb szerepük van az egészségi állapot meghatározásában, mint a viselkedéses változóknak.) Az egészségviselkedésekre hatással lehetnek még többek között bizonyos személyiségtényezők, valamint az egészséggel kapcsolatos attribúciók. A következőkben ez utóbbiakkal foglalkozom.

1.1 Laikus nézetek az egészségről, az egészség attribúciója

Az attitűdök fontos szerepét az egészségviselkedések meghatározásában az egészségmagatartás modellek is hangsúlyozzák (lásd például Ésszerű Cselekvés Elmélete, Ajzen, 2001). Az, hogy minek tulajdonítjuk egészségi állapotunkat, döntő befolyást gyakorolhat arra, hogy mit teszünk egészségünk megőrzése érdekében (d’Houtaud és Field, 1984), illetve, hogy milyen egészségmegőrző üzenetek érhetnek el minket egyáltalán.

Az attribúció, mely az 1970-es években a szociálpszichológia legfőbb kutatási témája volt, az egészségpszichológiának is fontos fogalma. Az egészségpszichológiában az attribúció leggyakrabban a betegségekre, illetve tünetekre adott laikus magyarázatokra vonatkozik. E laikus magyarázatok, attribúciók vizsgálata mögött az a feltételezés rejlik, hogy az emberek általában elméleteket alkotnak betegségük eredetéről. Ennek az elméletalkotásnak az a célja, hogy képesek legyenek megérteni, előre jelezni és kontrollálni a betegség jelentette fenyegetéseket. Az emberek a betegségről meglévő implicit modelljük alapján döntenek el, hogy tüneteik valamilyen betegséget jelentenek-e, forduljanak-e orvoshoz. Taylor és munkatársai (1984) ma már klasszikusnak számító vizsgálatukban azt találták, hogy a daganatos betegek 95 százaléka, hozzátartozóik 63 százaléka alkotott elméleteket a betegségről. Klonoff és Landrine (1994) eredményei szerint a betegségek kialakulására vonatkozó attribúciók azt is meghatározzák, hogy megbetegedésük esetén milyen egészségviselkedést alkalmaznának a vizsgálati személyek.

Egy magyarországi vizsgálat szintén a laikus betegségfilozófiák és a viselkedés (jelen esetben a betegséggel való megküzdés) összefüggését kutatta kérdőíves és interjú módszerrel (Szántó, Susánszky, Rózsa, 2002). A kutatás eredményei szerint a laikus betegségfilozófiák – különösen a negyven év alatti korcsoportban – a modern egészségnevelési elvek által sugallt

fő betegségmagyarázatokat tartalmazzák: táplálkozás, mozgáshiány, munkakörülmények, stressz, alkoholfogyasztás, dohányzás, lelkiállapot, illetve jelentős magyarázó elv még az adott betegségre való determináció. A kutatás további - témám szempontjából különösen érdekes – eredménye volt, hogy a betegségek magyarázatában a munkahelyi stressz igen fontos szerepet töltött be: a negyven év alatti népesség számára a munka és az életmód jelentik a legfontosabb rizikótényezőket, de e tényezők hatása a negyven és hatvan év közöttiek számára is a második legfontosabb (a determináció után). A betegségmagyarázatokat befolyásolta az aktuálisan átélt egészségi állapot: míg az egészségesek a lelkiállapotot tartották a legfontosabb betegségmagyarázó tényezőnek, a kórházi betegek a munkával és az életmóddal kapcsolatos problémákat, valamint az akaratuktól független testi meghatározottságokat minősítették a legfontosabb rizikóhatásoknak (Szántó – Susánszky, 2006). Az interjúk lakossági vizsgálatban, melyben a betegségek általános okaira is rákérdeztek, a kérdőíves vizsgálathoz képest erőteljesebb volt a preventív szemlélet jelentősége. Az interjúkból kirajzolódó betegségfilozófiákban jelentős a holisztikus szemlélet: a gondolat, hogy az egészségi állapotra a biológiai, fizikai tényezők mellett lelki tényezők is hatnak.

A betegségekre adott laikus magyarázatok kutatásához hasonló vizsgálati paradigmában történik a speciális tünetek attribúcióinak vizsgálata is. Itt azonban nem súlyos betegségekre kérnek oki magyarázatokat, hanem az általában széles körben megélt apróbb napi tünetekről alkotott elképzelésekre kíváncsiak. Ilyen vizsgálatot végeztek Salmon és munkatársai (1996), akik azt találták, hogy a vizsgálati személyek a stresszt, mint kiváltó tényezőt egyforma gyakorisággal kapcsolták az emésztőszervi, mozgásszervi és légzőszervi tünetekhez. Ez szerintük arra utalhat, hogy a stressz afféle általános ártó tényezőként működött a magyarázatokban.

A mindennapi ember egészségről alkotott nézeteit, vélekedéseit kutatja az ún. laikus elméletek területe. E kutatási terület kiemelkedő képviselője Adrian Furnham, aki szerint az emberi viselkedésről alkotott laikus vélekedések elméletekbe rendeződnek (Furnham, 1988). A laikus elméletalkotás jelentős részének célja, hogy a világot stabil, szabályos, előre jelezhető helyé tegyük magunkban. A laikus elméleteknek három fő funkciójuk van: az ok-okozati kapcsolatok megértésén keresztül kontroll gyakorlására adnak lehetőséget, hozzájárulnak az önbecsüléshez és az ön-bemutatáshoz. Ezeket az elméleteket megfigyelések, kapcsolatok, saját-, és médián keresztül szerzett tapasztalatok alapján alakítjuk ki. A stresszre és az egészségre vonatkozó laikus nézetekkel a pszichológia mellett a szociológia és az antropológia is foglalkozik. A szociológusokat és az antropológusokat a laikus elméletekkel

kapcsolatban elsősorban az érdekli, hogy milyen csoporthatások alakítják ezeket a nézeteket, hogyan szocializálódnak az elméletek a csoportok tagjai között, hogyan segítik ezek a hiedelmek a más csoportokkal való interakciót, és hogyan változnak idővel. A pszichológusokat ezzel szemben inkább a hiedelemrendszerek tartalma és működés módja foglalkoztatja (Furnham, 1988).

Az egészséggel, betegséggel kapcsolatos hiedelmekkel az antropológián belül a kulturális antropológia, és az orvosi antropológia is foglalkozik, mivel az antropológusok úgy vélik, hogy az egészséggel és a betegséggel kapcsolatos gondolatok a kulturálisan meghatározott hiedelmeken és értékeken alapulnak (Low, 1984). A betegségnek olyan kulturális elméletei létezhetnek például, hogy „A betegség Isten büntetése”, „A betegség egy stresszel kapcsolatos jelenség”. Az antropológián belül négy olyan fontos elmélet van, melyek jelentős adalékokkal szolgálhatnak az egészség- és betegség-hiedelmek kulturális szempontú értelmezéséhez (Low, 1984):

A *diffúzió elmélet*, mely szerint a kulturális vonások az egymással kapcsolatban levő emberek közt terjednek, s így elvárható, hogy egy adott földrajzi területen élő emberek hasonló egészségviselkedéseket mutassanak.

A *funkcionalizmus*, mely szerint a viselkedés minden elemét annak a társadalomban betöltött szerepe alapján lehet értelmezni. Ebből következően az adott kultúrában jellemző egészségviselkedések megerősítik a domináns kulturális mintákat.

A *szimbolikus elmélet* a betegség szimbolizmusnak a kultúrához való viszonyát vizsgálja. Ide sorolható az az antropológiai irányzat, mely a betegségeket, mint az adott társadalom, kultúra szimbólumait vizsgálja. Például Kapitány Ágnes és Kapitány Gábor (2000) azt vizsgálták, hogyan tükröződnek az adott kor és kultúra jellegzetességei a korszak, kultúra jellemző és leginkább rettegett betegségeiben. Szerintük azok a betegségek, amelyekről az adott kultúrában a leginkább félnek az emberek, azok az adott kultúra szimbólumainak tekinthetőek. Például a kilencvenes években leginkább rettegett betegség az AIDS, a szerzők szerint az ember és a természet, a civilizáció és a természet megbomlott egyensúlyának kifejeződése. A szerzők szerint az AIDS mindegyik összetevőjének szimbolikus jelentése is van amennyiben: „alapja a természet lázadása a ráerőltetett, természetellenes civilizatórikus törekvésekkel szemben, kiváltója az erkölcsi rend szétesése, amitől a társadalom önfenntartó, önvédelmi mechanizmusai rendülnek meg...” (58.o.).

Ennek az irányzatnak egyik bírálója Susan Sontag (1983), aki szerint „a betegség nem metafora, és a betegséghez való emberi viszony legigazabb változata ... az, amely leginkább meg van tisztítva a metaforikus gondolkodás elemeitől.” (5.o.). Sőt a szerző továbbmegy

ennél, és a rákhoz tapadó kulturális hiedelmeket, metaforákat elemezve kijelenti, hogy „A betegség pszichológiai magyarázata olyan fegyver, amely a betegségért a beteget teszi felelőssé. És azokat, akikkel el lehet hitetni, hogy betegségüket – akaratlanul – maguk okozták, arról is meg lehet győzni, hogy a bajt meg is érdemelték.” (67.o.).

S végül – témánk szempontjából – az antropológia negyedik fontos elmélete a *kognitív elmélet*, mely a betegeknek az egészségi témákkal kapcsolatos kognitív kategóriáit elemzi. Ezzel foglalkoznak a különböző egészségmagatartás modellek.

Az antropológiai szemléletre példa Helman (1997) munkája, melyben az egészséggel és betegséggel kapcsolatos fogalmakra vonatkozó, adott népcsoportok körében elterjedt metaforákat kutat. Részletesebben a stresszre vonatkozó metaforákat lásd a következő alfejezetben.

Az egészségről alkotott laikus elképzelések kutatásának – szociológiai nézőpontból közelítő - úttörője Herzlich volt. Ő az egészség társadalmi reprezentációját kutatta. A vizsgálatában, melyet középosztálybeli párizsiak körében végzett a hetvenes években, azt találta, hogy a vizsgálati személyek az egészséget elsősorban a harmónia, egyensúly, önbeteljesítés eredményének látták. Ebben a vizsgálatban a válaszadók az egészségnek három dimenziójára utaltak: egészség egy vákuumban (például az egészség a betegség egyszerű hiánya); az egészség tartalék (kihangsúlyozva, hogy az egyén képes a jó egészség fenntartására); és az egészség a személyes egyensúly, vagy a jól-lét pozitív állapota. A betegséget azonban – mint azt más vizsgálatokban is találták – már gyakrabban tulajdonították külső okoknak (Herzlich, 1973, idézi Blaxter, 1997).

A Herzlich-féle vizsgálat nyomdokain indult el d’Houtaud (d’Houtaud és Field, 1984), mikor azt vizsgálta nyíltvégű kérdéssel, hogyan látja a populáció az egészséget magát. Kutatásában - mely a Herzlich vizsgálatával ellentétben alacsonyabb társadalmi osztályba tartozók véleményét is kutatta, és melyet jóval nagyobb, random mintán végzett – az egészség reprezentációjának a szocio-ökonómiai kategóriatagsággal való kapcsolatát kutatta. A kutatók által feltett kérdés így szólt: „Ön szerint mi az egészség legjobb definíciója?”. A válaszokat tartalomelemzésnek vetették alá. A tartalomelemzést maguk a kutatók végezték, nem független elemzők, és a tanulmányból az sem derül ki, hogy vizsgálták-e az értékelők közti egyetértést (interrater-agreement). Tartalomelemzéssel összesen 41 egészségdefiníciót azonosítottak. A továbbiakban ezt a 41 definíciót csoportosították, illetve a csoportoknak a szocio-ökonómiai státusz mentén történő eloszlását vizsgálták, és próbálták értelmezni. A negyvenegy definícióból tíz csoportot képeztek az egyes szocio-ökonómiai csoportokban való gyakoriságuk és értelmük alapján. Egyes esetekben ezekbe a csoportokba való sorolás

azonban legalábbis kérdéses (a módszertani nehézségekre a szerző is felhívja a figyelmet). Ezeknek a csoportoknak a társadalmi osztályok mentén történő eloszlását egy bipoláris, illetve egy háromoldalú struktúrában mutatja be. Mivel saját vizsgálatom nem a szociológiai különbségek felmérésére irányult, ehelyütt csak röviden az alkalmazotti rétegre jellemző eredményeket ismertetem (lévén, hogy saját kutatásomban zömmel ez a réteg képviseltette magát). Az alkalmazotti réteg számára az egészség leginkább a pszichológiai jóllétben ragadható meg. Az egészség megőrzésének, megszerzésének módja e réteg szerint a személyes higiéné (ez alatt d'Houtaud leginkább az egészségviselkedések gyakorlását érti). Erre a szerző szerint az a magyarázat, hogy a városokban, ahol az alkalmazottak élnek, hosszú ideig a gyorsan terjedő fertőzések jelentették a legfőbb veszélyt, és ezek elkerülésének a személyes higiénia volt a legjobb módja. Szerintem ez a magyarázat a XXI. században nem helytálló, mint ahogy az egyéb eredmények magyarázata is helyenként spekulatív.

Herzlich eredményeit tágabb értelemben véve megerősítik Pierret (1995) szintén Franciaországban végzett kutatásának eredményei is. Kötetlen interjúkat végzett random mintavétellel nyert százfős mintán. Annak alapján, hogy a megkérdezettek milyen jelentést adtak spontán módon az egészség fogalmának, az egészség négy formáját írta le. Tanulmányában nem részletezi, hogy pontosan miért ezt a négy formát különítette el, illetve hogyan sorolta be az egyes interjúkat. Valószínűleg tartom, hogy voltak nem tiszta formák is, ezekről azonban nem olvashatunk. Minden forma a saját logikája szerint épül fel, jelentést ad az egyén helyének a társadalomban. A megkérdezettek majdnem fele (ezen belül is elsősorban a negyven év alattiak, a férfiak, az átlagos vagy magas jövedelemmel rendelkezők) az *egészséget a betegség hiányaként* határozta meg. Ebben a formában a betegség egy külső diszfunkció. Az e véleményen levők szerint a betegség az élet része, váratlanul tör ránk, nem megelőzhető. Ebben a formában az egészség azt jelenti, hogy valaki képes megbetegedni, majd felgyógyulni. A megkérdezettek közel egynegyede számára az *egészség a legfontosabb dolog* az életben. Ebben a formában az egészség egyfajta tőke, ami lehetővé teszi, hogy bármit csináljanak, különösen, hogy dolgozzanak. Az ebbe a csoportba tartozók leginkább az alacsony iskolázottságú-, és jövedelmű rétegből kerülnek ki. Egészségesnek lenni annyit jelent, hogy az illető képes dolgozni. A megelőző orvoslást nagyon ritkán veszik igénybe. A megkérdezettek ötöde az *egészségre, mint* a személyes viselkedés, az életkörülmények és a szociális rendszer *termékére* tekint. Az ebbe a csoportba tartozók negyven év feletti közép- és felsőosztálybeliek. Az egészséges életmódot ez a csoport becsüli a legtöbbre. Foglalkoznak a megelőzéssel. A fenti csoportokba nem tartozó megkérdezettek a társadalmi és egészségügyi struktúráról és orvosi *intézményeken keresztül látják az egészséget*. Az egészség számukra egy

kollektív örökség, amiért a társadalom a felelős. Az e véleményen levők leginkább fiatalok, egyetemi diplomával a közép- és felső vezetésből. Az egyéni egészségviselkedéseknek nem sok jelentőséget tulajdonítanak, sokan közülük isznak és dohányoznak. A megelőzést a gyerekek számára fontosnak tartják, de nem, mint az egyéni életstílus megváltoztatását, inkább orvosi szolgáltatások, és intézmények (pl. iskolaorvosi szolgálat) igénybevételeként.

Blaxter (1997) kutatásában arra a kérdésre kereste a választ, hogy az egészségi állapotban meglévő szociális egyenlőtlenségek okát miben látják az emberek. Vizsgálatában egy kérdező nyílt végű kérdéseket tett fel a vizsgálati személyeknek, majd a válaszokat kódolták. (A kódolás módját ebben a tanulmányban nem ismertették). Kutatásának egyik legfontosabb eredménye szerint a válaszolók nagy része egyetértett abban, hogy az egészség jelentős mértékben az egyén saját egészségviselkedésén múlik. A kérdező által megnevezett betegségek okát is az egészségviselkedésekben látták, ezen belül is elsősorban a testmozgás hiányát és a stresszt említették széles körben. A saját egészségi állapotra vonatkozó kérdésnél azonban ritkábban hozták fel a viselkedéses okokat, mint az absztrakt kérdésnél. Gazdasági, környezeti, társadalmi attribúciókat ritkán említettek, és akkor is inkább a magasabb társadalmi osztályok tagjai. Blaxter a témában korábban végzett vizsgálatokat is összefoglalva leszögezi, hogy az egészség fogalma nem a betegség fogalmának ellentéte. A Blaxter által idézett vizsgálatok eredményei közül saját kutatásom szempontjából érdekes még megemlíteni, hogy bár minden társadalmi osztályban jellemző nézet az egészségviselkedéseknek az egészség megőrzésében betöltött szerepe, egészségfejlesztő viselkedéseket inkább csak a felsőbb társadalmi osztályokban gyakorolnak. A stresszt nagyon gyakran tartják e betegségek okának, fontosabbnak tartják, mint az egészségviselkedést. Blaxter felhívja a figyelmet arra, hogy egyes tanulmányokban a középosztály több mentális, a munkásosztály több fizikai kifejezést használ az egészség élményének, illetve a betegségek okainak leírására, más tanulmányokban viszont a szegény körülmények között élők is kifejezik az érzelmi faktoroknak az egészségre gyakorolt hatását. Blaxter saját eredményeinek magyarázatában veti fel azt, hogy talán az epidemiológiában és az egészségfejlesztésben jelenleg uralkodó nézetek – melyek a külsőről a belső kockázati faktorokra helyezik a hangsúlyt -, mélyen befolyásolták a laikus gondolkodást. Crawford (1980, idézi Blaxter, 1997) szerint korunk társadalmában az egészséggel való törődés az egyén felelősségévé vált, illetve az erkölcsös és sikeres emberré válás receptjévé. Ez az „egészségizmus” az egészséget árucikké teszi. A ma általánosan uralkodó nézet szerint a betegség az egyén hibája, amiért nem élt egészségesen, vagy gyenge volt az akarateréje. Ez a vélemény rokonítható Susan Sontagéval (1983, lásd fent).

1.2. Laikus nézetek a stresszről, a stressz attribúciója

Az egészségpszichológia attribúciós kutatásaiban a stressz leggyakrabban, mint a tünetek, betegségek lehetséges okozója szokott előkerülni. Vannak azonban olyan kutatások is, melyek olyan kérdésekre keresik a választ, mint például, hogy hogyan magyarázzák az emberek a stressz tüneteit; kit, vagy mit tesznek felelőssé a stresszért; milyen magyarázatokat alkotnak a negatív életeseményekről. A kérdéskör vizsgálatának fontosságát támasztja alá többek között az, hogy a munkahelyi stresszre vonatkozó laikus elméletek kutatása információt ad arról, hogy az adott szervezetben hogyan kezelik a stresszt. Az alkalmazottak stresszre vonatkozó értelmezéseit vizsgálva sikeresebb beavatkozásokat alakíthatunk ki (Kinman és Jones, 2005).

McCormick (1997) tanárokat kérdezett meg arról, hogy szerintük mi okozza a munkahelyi stresszüket. Vizsgálatának egyik érdekes eredménye volt az, hogy valaki minnek, vagy kinek tulajdonította jellemzően az őt ért foglalkozási stresszt, az összefüggött az illető „össz” stressz szintjével, s a munkahelyi elégedettségével. Eredményei szerint az emberek nagyobb eséllyel tulajdonítják az általuk átélt stresszt a munkának, mint bármely más életterületnek.

Helman (1997) írja, hogy a laikus képzetek szerint a stressz foglalja magában azt a rejtett és diffúz erőt, mely összeköti az egyént az őt környező társadalmi közeggel. Művében összegyűjti a stressz laikus modelljei címszó alatt az angol nyelvű országokban elterjedt leggyakoribb metaforákat, úgymint súly, drót, belső káosz, széttöredezés, gép működészavara, életnedvek kiszáradása, belső robbanás, személyközi erő. Egyes esetekben azonban az általa példaként hozott laikus megnyilvánulások besorolása a megfelelő metafora alá nehezen érthető (pl. összeszorul a gyomrom = stressz mint belső káosz).

A laikus elméletek egyik legjelentősebb kutatójának, Furnhamnek a véleménye szerint a stresszre vonatkozó laikus vélekedéseket azért fontos vizsgálni, mert fontos szerepük van a stressz kialakulásában és a róla való beszámolóban. A laikus hiedelmek befolyásolják, hogy az emberek kihez fordulnak, megfogadják-e a tanácsot, amit kapnak, és milyen egészségviselkedéseket folytatnak. Az implicit stressz elmélet azt is befolyásolhatja, hogy pl. a vezetők hogyan reagálnak az alkalmazottaikra, illetve, hogy a vizsgálati személyek hogyan töltik ki a stresszel kapcsolatos kérdőívet. Furnham (1997) egy a kutatásában kérdőívvel vizsgálta a stressz észlelt okait, megnyilvánulási módjait, személyes és szervezeti következményeit, illetve csökkentésének módjait. A nem túlságosan nagy és nem reprezentatív mintán végzett kutatás során faktoranalízissel vizsgálták a kérdőívre adott válaszok összefüggéseit, struktúráját. A Furnham által használt kérdőívnek a saját kutatásom

szempontjából legrelevánsabb részei a munkahelyi stressz megnyilvánulására, következményeire és csökkentésére kérdeztek rá. Az ezekben a részekben kapott faktorokat saját eredményeim közlésénél mutatom be. A demográfiai jellemzők közül a nemnek és az iskolázottságnak volt hatása: A nők jobban hangsúlyozták a stressz személyes debilizáló és klinikai következményeit, a magasabb iskolázottságúak pedig kevésbé hangsúlyozták a debilizáló hatást és bizonyos csoportok sérülékenységét. A kutatás eredményei úgy foglalhatóak össze, hogy a laikusok véleménye értelmezhető klaszterekben csoportosul, amelyek logikusan kapcsolódnak egymáshoz. A laikusok szerint a stressz okai pszichológiaiak és szervezeti. A megnyilvánulásai kizárólag pszichés (bár a kérdőív nem tartalmazott a stressz szervezeti megnyilvánulásaira vonatkozó tételket). A megkérdezettek a stressz következményeit is pszichológiai fogalmakban látják.

Ezt a kutatást később egy nagyobb mintán megismételték (Rydstedt et al., 2004). Ebben az újabb kutatásban hosszútávon próbálták vizsgálni a munkahelyi stresszről alkotott laikus elméletek és az észlelt igénybevétel közti kapcsolatot. Bár a minta itt jelentősen nagyobb volt, mint az előző vizsgálatban (2270 fő), sem a mintavétel módja, sem a résztvevők demográfiai jellemzői alapján nem tekinthető reprezentatívnak. A munkahelyi stressz okaira és csökkentésére vonatkozó kérdésekkel végzett faktoranalízis az előző vizsgálatéhoz nagyon hasonló faktorstruktúrát eredményezett. A stressz okaira és csökkentési módjára vonatkozó faktorok pozitívan korreláltak egymással, ezt az eredményt azonban a szerzők nem magyarázzák meg, s nem világos, hogy mi következik ebből. Annyi bizonyosan, hogy a kérdőívvel vizsgált stressz-vélekedések – ellentétes tartalmuk ellenére - egyike sem zárja ki a másikat, ami a kérdőívvel kapcsolatos validitási problémákat vethet fel.

A kutatás kezdetén rögzített laikus vélekedéseknek a tizennégy hónappal későbbi mentális igénybevételre gyakorolt hatását többszörös lineáris regresszióval mérték. A faktorok megmagyarázták a variancia kis – ugyanakkor a stresszcsökkentő beavatkozásokéhoz mérhető mértékű – hányadát.

Jóval kisebb mintán, és nem kérdőíves, hanem interjú módszerrel vizsgálta a munkahelyi stressz laikus reprezentációit Kinman és Jones (2005). A félig strukturált interjúval 45 fős mintán végzett kutatás célja volt, hogy a munkahelyi stressz laikus reprezentációit vizsgálja. A tanulmány nyilvánvaló módszertani gyengeségei ellenére (kicsi, nem reprezentatív minta, a minta jellemzőinek, a tartalomelemzés módszerének hiányos bemutatása, a kutatás korlátjai, az eredmények általánosíthatósága bemutatásának elmulasztása) a saját vizsgálatommal meglevő párhuzamok miatt röviden érdemesnek tartom bemutatni az eredményeket. A vizsgálatban számos stressz definíciót kaptak, s azt találták,

hogy ezek a nézetek meglehetősen pontosan tükrözik a jelenlegi elméletalkotást, amennyiben a munkahelyi stresszt az egyén és a környezet tranzakciójának tartják, illetve a következmények tekintetében megkülönböztetik az akut és a krónikus stresszorokat. Az aktuális kutatási eredmények vélhetően a média támogatásával tudják befolyásolni a laikus gondolkodást. A munkahelyi stressz jelentésének leírásakor a válaszolók többsége a stresszt a környezetből érkező ingernek tartotta. A munkahelyi stressz okait ebben a kutatásban (Furnham eredményeivel összhangban) elsősorban szervezetinek látták, az egyénre gyakorolt hatását azonban gyakrabban említették, mint a szervezeti következményeit. A munkahelyi stressz és az egészség kapcsolatában inkább a kisebb pszichoszomatikus panaszokra való hatást hangsúlyozták, mint a komolyabb megbetegedésekkel való kapcsolatot. A munkahelyi stressz kezelését a válaszolók leginkább egyéni stratégiákkal látják megvalósíthatónak, sokkal kevesebben említették a szervezeti fókuszú stratégiákat. A vezető beosztásban dolgozók gyakrabban tartották a stresszt egy egyéni válasznak, mint a nem vezetők, akik inkább ingernek, vagy inger-válasz kapcsolatnak tartották, és a vezetők a stressz kezelésében is jobban hangsúlyozták az egyéni stratégiákat. A szerzők szerint az alkalmazottak és a vezetők stresszről alkotott laikus nézeteinek tanulmányozása hozzásegíthet a vállalati stresszkultúra megismeréséhez, s ezen keresztül a hatékonyabb beavatkozások megtervezéséhez.

Korábbi kutatások eredményeit áttekintve a szerzők arra a következtetésre jutnak, hogy a vezető beosztásban dolgozók inkább az alkalmazottak felelősségét hangsúlyozzák a munkahelyi stresszel kapcsolatban, míg az alacsonyabb beosztásban lévők a szervezeti, strukturális faktorok jelentőségére hívják fel a figyelmet. Az alkalmazottak a munkahelyi stresszről kialakított véleményük formálásához forrásként felhasználják a szervezeti politikát és gyakorlatot, a szakszervezeti mozgalmat, és a médiát. A média is felelős a munkahelyi stressz fogalmának népszerűsítéséért és a domináns sztereotípiák elterjesztésért (Kinman és Jones, 2005).

Ezt vizsgálta Lewig és Dollard (2001), amikor a munkahelyi stressznek a nyomtatott sajtóban való megjelenési módjáról folytattak kutatást. Kutatásuk eredményei szerint a médiának fontos szerepe van munkahelyi stresszel kapcsolatos tudatosság növelésében, a jelenséggel kapcsolatos ideológiák elterjesztésében. Módszerük az úgynevezett diskurzuselemzés volt, melynek során megvizsgálják a média termékek szó, kép és narratívum választását. Vizsgálták, hogy milyen sztereotípiák, értékek, koncepciók, hiedelmek jelennek meg a szövegekben, illetve, hogyan befolyásolhatják ezek a szövegek az olvasók nézeteit. Az elemzés eredményei szerint a munkahelyi stresszt a médiában úgy mutatták be, mint egy a közszféra költséges, járványos méreteket öltő problémáját, melyet

elsősorban a munkahelyi körülmények váltanak ki. Tekintve, hogy a médiában uralkodó domináns hiedelem szerint a stresszt elsősorban a munkakörnyezet (gyenge kommunikáció, megnövekedett munkaterhelés, gyenge vezetési gyakorlat, az állás bizonytalansága) okozza, meglepő – de Kinman és Jones, 2005-ös vizsgálatának eredményeivel összhangban van-, hogy a stressz enyhítésére javasolt technikák általában egyéni fókuszúak voltak.

Az általam végzett – a II. fejezetben ismertetett – attribúciós és egészségfejlesztő kutatás hipotéziseinek és eredményeinek jobb értelmezhetősége érdekében fontosnak tartom a stressznek és a stresszoroknak az általam elfogadott szakértői meghatározását is közölni. Eszerint stressz alatt a stresszorok hatására a szervezetben létrejövő testi és lelki változások összességét értem. Stressz az, amikor egy személy a környezetből érkező megterhelést, kényszert vagy lehetőséget úgy ítéli meg, mint olyat, ami meghaladja az erőforrásait (Lazarus és Folkman, 1984; idézi Kahn és Byosiere, 1992). Stresszorok pedig azok a szervezetre ható külső erők, körülmények, ingerek, amelyek a stresszállapotban átélt testi változásokat, lelki reakciókat kiváltják. Az általam is elfogadott értelmezésben tehát a stresszor-stressz fogalompár megfeleltethető a megterhelés-igénybevétel fogalompárnak (Izsó, 1995).

Az attribúciós kutatások irodalmáról összefoglalva elmondhatjuk, hogy az egészségpszichológiai irodalom attribúciós vizsgálataiban általában a vizsgálati személyek által átélt tünetekre, betegségekre adott magyarázatokat, illetve ezeknek a magyarázatoknak a megküzdéssel való kapcsolatát vizsgálják. Szociológusok, antropológusok kutatták az egészségről alkotott nézeteket is a laikusok körében. Ezek a vizsgálatok azonban elsősorban a különböző nézeteknek az egyes társadalmi csoportokban való megjelenését kutatták feltáró jelleggel. Ezek a kutatások – szándékuk szerint – nem nyújtottak lehetőséget arra, hogy az egészségről alkotott különböző nézeteknek más nézetekkel, az aktuális egészségi állapottal, vagy más lehetséges mögöttes pszichológiai változóval való kapcsolatát statisztikailag vizsgálják. Ezzel szemben a disszertáció II. fejezetében bemutatott kutatás a jó egészségre adott oki magyarázatokkal, és ezeknek a magyarázatoknak az aktuális egészséggel, az átélt stresszel, az egészségviselkedések gyakorlásával mutatott kapcsolatát kutatja. Ha az egészség pozitív definícióit vesszük alapul, melyek az egészségfejlesztés szemléletének és módszerének is kiindulópontjául szolgálnak, lásd a WHO 1946-os meghatározását, akkor e kérdések kutatása nem tekinthető egyenértékűnek a betegségekről alkotott nézetek, attribúciók vizsgálatával. A mindinkább tért nyerő egészségfejlesztésnek olyan modellekre van szüksége, melyek az egészségre vonatkozó hiedelmek alapján jósolják be a célravezető egészségfejlesztő viselkedéseket. A stresszel kapcsolatos laikus nézetekre, attribúciókra vonatkozóan több pszichológiai szempontú, kvantitatív kutatás is történt. Nem vizsgálták

ugyanakkor egyszerre egy kutatásban a stresszre és az egészségre vonatkozó laikus nézeteket, ezek egymáshoz való viszonyát. Saját kutatásomban ezzel a kérdéskörrel is foglalkozom.

2. KOLLEKTÍV MEGKÜZDÉS

A munkahelyi társas támogatás, s az ennek speciális esetének tekinthető kollektív megküzdés nagyon fontos munkahelyi pszicho-szociális tényezők, melyek, mint ilyenek az egészségfejlesztő beavatkozások célpontjai lehetnek. Az alábbiakban a társas támogatás fogalmának tömör bevezetése után a kollektív megküzdés irodalmával foglalkozom.

A társas támogatás egy olyan kapcsolatrendszer (észlelt vagy valós), amely kedvező hatással van az egyénekre: csökkenti a stresszt, a megbetegedések előfordulását (lásd lent). A társas támogatás azt jelenti, hogy az egyén számára elérhetőek olyan kapcsolatok, melyekben azt élheti meg, hogy elfogadják, szeretik, információval látják el, vagy más módon törődnek vele (Pikó, 1997). Megkülönböztetünk észlelt társas támogatást, támogató viselkedést (részvétel különböző formális és informális szervezetekben), valamint a nagycsaláddal és a barátokkal való kapcsolattartást (Ren et al., 1999). A társas támogatásnak olyan megnyilvánulási formái lehetnek, mint például az érzelmi elfogadás, a kommunikatív megerősítés, az információadó, célorientált támogatás, az anyagi-racionális és a praktikus támogatás (Pikó, 1997).

A társas támogatás sok vizsgálat tanúsága szerint befolyásolja a fizikai és pszichiátriai megbetegedéseket és a halálozást (Stansfeld et al., 1998, Brummet et al., 2005, Temkin-Greener et al., 2004, Brown et al., 2003; Ren et al., 1999). A munkahelyi társas támogatás a pszicho-szociális munkakörnyezet egyik legfontosabb jellemzője a munkahelyi stressz mellett. Empirikus vizsgálatok arra utalnak, hogy a munkahelyi stressz megelőzésében és hatásainak csökkentésében a társas támogatás játszhatja a döntő szerepet. A társas támogatás jelentősen csökkenti a szorongás, a munkahelyi stressz, a burnout tünet-együttes kialakulását (Oehler et al., 1991 és Stechmiller – Yarandi , 1993, idézi Pikó, 2001). (Burnout, vagyis kiegészés alatt a fizikai, mentális és emocionális fáradtság, frusztráció, érzelmi kiürülés, deperszonalizáció állapotát értjük, amely akkor jön létre, ha valamely cél, életmód vagy kapcsolat iránti elköteleződés nem hozza meg az elvárt jutalmat (Sarafino, 1990, Fekete, 1991)).

A társas támogatás az egyik legfontosabb munkahelyi stressz modellnek, a Karasek-féle Megterhelés-Kontroll Támogatás modellnek (Karasek és Theorell, 1990) is fontos eleme. Karasek szerint (Theorell, 1997) a szociális támogatottságnak azon kívül, hogy védőfaktor a munkahelyi pszicho-szociális stresszorok és a megbetegedés közötti kapcsolatban, közvetlen

hatásai is vannak: pozitívan képes befolyásolni az alapvető fiziológiai folyamatokat, s facilitálhatja az aktív megküzdést.

A munkahelyi társas támogatás egy speciális esete az ún. *kollektív* vagy *társas megküzdés*. A munkahelyi stresszorok többsége leggyakrabban nem egy egyént, hanem közösségeket, csoportokat érint. Feltételezhető tehát, hogy ezek a csoportok meg is próbálnak – több vagy kevesebb sikerrel – csoportként megküzdni ezekkel a stresszorokkal. Ebből kifolyólag nem elhanyagolható a kollektív megküzdés vizsgálata, és a sikeres megküzdési stratégiáknak az egészségfejlesztő programokba építése. A kollektív, vagy társas megküzdés azt jelenti, hogy a csoportban megjelenik egy olyan új stratégia, amit a tagok nem tudnak a csoport nélkül gyakorolni, s ami feltehetően egy másik csoportban nem, vagy legalábbis nem így jelenne meg. Megkülönböztethető tehát a megküzdés azon formájától – melyet az irodalomban társas megküzdésnek (social coping) neveznek -, mely a társas támogatás keresésének felel meg (lásd például Pikó, 1997, LaChapelle et al., 2001). A kollektív megküzdés vizsgálatára példa Pennebaker és Harber (1993) kutatása, melyben egész közösségeket érintő katasztrófák hatását, és az ezekkel való egyéni és kollektív megküzdést vizsgálták. Eredményeik szerint az 1989-es San franciscoi földrengés után jellegzetes és általánosan jellemző szakaszok jelentek meg a közösség (a San franciscoi lakosok) megküzdésében. A földrengést követő első három hétben a lakosok sokat gondoltak a földrengésre és sokat beszéltek is róla másokkal. A kollektív megküzdés második szakaszában még mindig sokat gondoltak rá, de sokkal kevesebbet beszéltek róla, és ezzel együtt megnőtt az egészségi és alvási problémák, családi és munkahelyi viták száma. Az ok, amiért hirtelen lecsökkent a földrengéssel kapcsolatos beszámolók, beszélgetések száma, hogy az emberek bár maguk szívesen beszéltek volna róla, nem kívánták meghallgatni mások földrengéssel kapcsolatos élményeit. A harmadik, utolsó szakaszban az emberek többsége túltette magát az eseményeken, ismét lecsökkent az egészségi és egyéb problémák száma. Hasonló eredményeket kaptak akkor, amikor az Öböl-háborúval kapcsolatos kollektív megküzdést vizsgálták: a megküzdésben itt is sikerült elkülöníteniük ezt a három szakaszt. A szerzők értelmezése szerint a második szakaszban megnövekedett egészségi és egyéb problémák oka abban rejlik, hogy a minket felzaklató eseményekről való feltáró beszélgetés – amely ebben a szakaszban gátolva volt – egészségjavító hatású. Ugyanakkor a szerzők által kínált szakaszmodell inkább leíró, mint magyarázó jellegű, így nem kínál magyarázatot arra sem, miért következik be ez a gátlás, ami a feltáró beszélgetéseket megakadályozza a második szakaszban. A kutatási eredményeik alapján Pennebaker és Harber hangsúlyozzák, hogy

megrázkódtatások után közvetlenül megváltoznak a hagyományos szociális normák, az emberek szabadon beszélnek idegenekkel is, mintegy természetes társas támogatási folyamatok alakulnak ki a stresszhatás alatt állók megsegítésére, és ezek az első időszakban meglehetősen jól is működnek.

A különféle megküzdési módoknak (köztük a kollektív megküzdésnek) a stresszorokhoz való illeszkedésen keresztül a jóllétre gyakorolt hatását vizsgálta Hardie (2005). A kutatás arra irányult, hogy az egyén self-aspektusai (egyéni, társas vagy kollektív) hogyan befolyásolják az aktuális stresszhelyzetekkel való megküzdést. Hardie feltételezése szerint az, hogy melyik self-aspektus a domináns, befolyásolja, hogy milyen megküzdési stratégiát fog választani az illető. A kutatás során a megküzdési módokat és a stresszorokat is a self-aspektusoknak megfelelően három csoportba sorolták (egyéni, társas vagy kollektív). Hardie értelmezésében a kapcsolati megküzdés olyan stresszcsökkentő cselekvés, amibe egy másik fontos személy is bevonódik, a kollektív megküzdés pedig egy társas csoport bevonását jelenti (pl. valaki a vallási csoportjához fordul segítségért). Valójában, mint az irodalomban legtöbbször, ő is egy egyéni stresszorral társas támogatás révén történő megküzdést ért kollektív megküzdés alatt. Kutatásának eredményei szerint az egyéni és a kapcsolati stressz a hozzá illeszkedő megküzdésen keresztül pozitívan korrelált a jól-léttel, míg a nélkül negatívan (bár nem szignifikánsan). A kapcsolati és az egyéni stressz közvetlenül pozitívan korrelált a betegséggel, a nem illeszkedő megküzdésen keresztül pedig nem volt szignifikáns a korreláció. A második modell (változók kapcsolata a betegséggel) elemzésének így nem sikerült maradéktalanul igazolnia a hipotéziseket, s ez a megbeszélésben valahogy elsikkad. A szignifikáns útvonalak hiányát a kollektív területen a szerző azzal magyarázza, hogy a kollektív self-aspektus a vizsgált mintában meglehetősen gyenge volt. Ez magyarázható többek között azzal, hogy ezt a vizsgálatot – mint a hasonló vizsgálatok többségét – nyugati, ún. individualista társadalmakban végezték.

Ezzel szemben Dwairy (2005) tanulmányában azt hangsúlyozza, hogy a kollektív társadalmakban (mint például az izraeli palesztinoké) a stresszorok fő forrása a kollektív életben tapasztalt nyomás, kapcsolatban van a kollektív identitással. Ennek megfelelően a megküzdés is inkább kollektív, mint egyéni. A kollektív társadalmakban élők részére létrehozott stresszkezelő programoknak a kollektív identitásukat kellene erősíteni, a csoportok-közötti területtel is foglalkoznia kellene, nemcsak az intrapszichikussal. A stresszkezelő programoknak a szerző szerint itt, pl. a családokat, vagy a közösségeket kellene megcéloznia.

Összefoglalóan a kollektív megküzdéssel foglalkozó irodalomról elmondhatjuk, hogy a téma fontosságához képest érdemtelenül kevés kutatásban foglalkoznak vele, munkahelyi környezetben pedig egyáltalán nem vizsgálták. A kollektív megküzdéssel foglalkozó kutatások többsége ezt a megküzdési formát egyszerűen a társas támogatás keresésével azonosítja.

Saját olvasatomban ugyanakkor a kollektív megküzdés egy szociális folyamat, ami megnyilvánulhat viselkedésesen (pl. egyes, a csoportban alkalmazott feszültségoldó rituálékban), vagy gondolati, érzelmi szinten is (közös vélekedések, hiedelmek a stresszről, annak kontrollálhatóságáról, stb.). Maguk az alkalmazott megküzdési stratégiák feltételezésem szerint nem különböznek jelentősen az egyéni szinten alkalmazottaktól: ezek is probléma- és érzelemközpontú megküzdésre bonthatóak. A disszertáció III. fejezetében ismertetett vizsgálatban a kollektív megküzdéssel is foglalkozom.

3. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

„A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók, és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jólét javítására irányul. A cél eléréséhez szükséges lépések és eszközök a munkaszervezet javítása, a dolgozói részvétel biztosítása és a személyi kompetencia fejlesztése.” (A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának Luxemburgi Deklarációja, 1997).

Az 1986-os Ottawai Charta, mely az egészségfejlesztésről tartott első nemzetközi konferencián született megállapodásokat gyűjti össze, már tartalmaz utalásokat a munkahelynek az egészségfejlesztésben betöltött kitüntetett szerepére vonatkozóan: „A munka és a szabadidő, az egészség forrásai kell, hogy legyenek az emberek számára....Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket hoz létre, amelyek biztonságosak, ösztönzők, kielégítőek és élvezetesek.”(id.m. 541. o.). A 2005-ös Bangkoki Charta szerint az egészség fejlesztése érdekében megvalósítandó egyik legfontosabb kötelezettség az egészségfejlesztést a jó vállalati gyakorlat számára követelménnyé tenni. A vállalati szektor ugyanis közvetlen hatást fejt ki az emberek egészségére, valamint az egészséget meghatározó tényezőkre. A munkáltatók felelősséggel tartoznak a munkahelyi biztonság és egészség biztosításáért, alkalmazottaik, azok családja, valamint a közösség egészségének és jóllétének előmozdításáért. (Bangkoki Charta, 2005).

A munkahely kitüntetett helyszíne az egészségfejlesztő programoknak egyrészt azért, mert a célcsoport itt könnyen elérhető. (A részvétel valószínűségét növeli, hogy munkaidőben és helyben zajlanak a programok.). Ezen felül az alkalmazotti réteg fogékony közönséget

jelent az ilyen programokra, és gyakran ők a hagyományos egészségügy által a legnehezebben elérhetők, ugyanakkor több súlyos betegség szempontjából a legveszélyeztetettebbek. Nem elhanyagolható további előnye még a munkahelyeknek, hogy a program szervezéséhez felhasználhatóak a munkahelyen már működő, létező kommunikációs csatornák, a munkatársak közti kapcsolatok. (Pencak, 1991, Naidoo és Wills, 1999).

3.1. A munkavégzés és az egészség közötti kapcsolat

A munkahelyi egészségfejlesztés érdeklődésének középpontjában a munkának az egészségre gyakorolt hatása van. Ez a hatás többféle lehet:

A munka egyrészt előnyös az egészség szempontjából: jövedelmet hoz, növeli az önértékelést, társas kapcsolatok kiépítésére teremt lehetőséget. A jövedelem azért – is – fontos, mert a felmérések tanulsága szerint az emberek rendelkezésére álló anyagi eszközök nagymértékben befolyásolják az egészségi állapotukat. A munkavégzés az önértékeléshez elsősorban a sikeres feladatmegoldáson, illetve az arra kapott pozitív értékelésen keresztül járul hozzá. A legtöbb munkavégzést követi ugyanis valamilyen értékelés – ha csak informális is – a vezető, vagy a kollégák részéről. Ezekből az értékelésekből a személy információt kaphat a saját képességeiről, így fejlesztheti önismeretét, növelheti önbizalmát, magabiztosságát. A munkatársakkal kialakított kapcsolat pedig a szociális támogatottsághoz járul hozzá (Naidoo és Wills, 1999).

A munka olyan pozitív jellemzői, mint a kontroll magas szintje, támogatás és jutalmazás – a fent említett önértékelés fokozásán túl – növelik az én-hatékonyságot, és a környezet feletti észlelt kontroll mértékét is. Ezek a pozitív pszichológiai állapotok pedig csökkentik a krónikus fiziológiai arousalt, fokozzák az immunrendszer válaszkészségét, ami pedig jobb egészségi állapothoz vezet (Stansfeld, 1998). Ugyanakkor e pozitív jellemzők hiánya, illetve a munka olyan negatív jellemzői, mint a nagy megterhelés, az erőfeszítés-jutalom egyensúlyának hiánya növelheti a fiziológiai arousalt vagy a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese rendszeren keresztül, vagy a “harcolj, vagy menekülj” válaszon (Cannon, 1929) és a mellékvesevelő hormonok felszabadulásán keresztül.

A munka és az egészségi állapot közötti negatív kapcsolat egy sokat kutatott formáját a munkahelyi stressz okozta megbetegedések alkotják. A munkahelyi stressznek, megterhelésnek az egészségi állapotra gyakorolt hatását elemezendő számos modell született. Ezek közül talán a legtöbbet vizsgált modell a Karasek nevéhez fűződő már hivatkozott *Megterhelés-Kontroll-Támogatás* modell (Karasek és Theorell, 1990, DeJonge et al., 1999, Theorell, 1997). A modell feltételezi, hogy a legnagyobb munkahelyi stressz a magas

pszichológiai követelmények/megterhelés, és az alacsony döntési jogkör, kontroll kombinációjával jellemezhető munkakörökben alakul ki. Az elmélet későbbi továbbfejlesztett változata szerint a munkahelyi szociális támogatottság képes még a rossz munkakörülmények (alacsony kontroll, nagy megterhelés) hatását is enyhíteni. A modellt ellenőrizendő, a munka pszicho-szociális jellemzőinek a szívkoszorúér betegségekkel való kapcsolatát kutatva, nagy számú vizsgálatot folytattak. Az alacsony döntési jogkörnek a szív-érrendszeri betegségekre való kockázatát szinte minden vizsgálat kimutatta (Theorell, 1997). Sluiter et al. (2001) vizsgálatukban azt találták, hogy az alacsony szociális támogatás, a magas megterhelés nagyobb pihenés iránti igényvel, több egészségi panasszal járt együtt. Ebben a vizsgálatban ugyanakkor a kontrollnak az egészségi panaszokra gyakorolt – sok vizsgálatban kimutatott – hatását nem tudták megerősíteni.

A munkahelyi stressz és egészség kapcsolatával foglalkozó másik jelentős modell a Siegrist (1996) *Erőfeszítés és jutalom egyensúlya modell*. A modell szerint az egészségre veszélyes munkahelyi körülmények akkor állnak elő, ha össze nem illés van a megterhelés és a jutalmak között, vagyis ha a nagy munkahelyi megterheléshez a hosszú-távú jutalmak fölötti alacsony kontroll társul. Vizsgálatokban sikerült igazolni, hogy a nagy erőfeszítés/kis jutalom jól előre- jelezte a szívkoszorúér betegségek előfordulását.

A harmadik fontos modell a *Személy-környezet illeszkedés modellje* (Harrison, 1978). Az elmélet szerint feszültség abból fakad, ha rossz az illeszkedés a személy képességei és a munkakörülmények, valamint a dolgozó igényei, céljai és a konkrét munka elrendezés/jelleg vagy munkakörnyezet között. Az össze nem illés fokozott igénybevételhez vezet, a hosszú ideig fennálló túlzott munkahelyi igénybevétel pedig különböző mentális, és fizikai betegségek kialakulását eredményezi.

A munkának vannak közvetett hatásai is az egészségi állapotra: a munka pozitív jellemzői az egészségre kedvező, a negatív jellemzői pedig az egészségre káros viselkedések, szokások (pl. dohányzás, elhízás) felvételét valószínűsíti. Ugyanakkor Stansfeld (1998) saját vizsgálatában nem tudta igazolni a munkajellemzők e közvetett – az életmódon keresztül gyakorolt – hatását.

A munkának lehet *közvetlen negatív hatása is az életmódra*, amennyiben bizonyos foglalkozások együtt járnak egészségre káros szokások felvételével (pl. vendéglátás – alkoholfogyasztás, dohányzás), illetve a szervezeti kultúra is “előírhatja” a kockázatos viselkedések gyakorlását (pl. dohányipari cégeknél a dohányzást).

A munkának az egészségre gyakorolt negatív hatásai közé tartoznak a veszélyes, mérgező anyagok kezeléséből fakadó megbetegedések, a kedvezőtlen fizikai körülmények

között végzett munka, a túlzott fizikai, vagy mentális igénybevétellel járó munkák, a munkahelyi balesetek.

A munkának az egészségre gyakorolt negatív hatásai az egyén, a család, a vállalat, valamint az ország, a társadalom szintjén is éreztetik hatásukat. (Bővebben lásd a Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon alfejezetben). Éppen ezért e negatív hatások megelőzése, kezelése több terület, intézményrendszer feladatkörébe is beletartozik. E területek közül ebben a dolgozatban részletesen a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozom, de az alábbiakban röviden utalok az ergonómia, a humán-erőforrás gazdálkodás, és a foglalkozás-egészségügy szerepére is.

3.2. Ergonómia, humán-erőforrás gazdálkodás, foglalkozás-egészségügy és munkahelyi egészségfejlesztés

Az ***ergonómia*** az ember és munkakörnyezete kölcsönhatásának tudományos tanulmányozása (Murrel, 1965, idézi Antalovits, 2001). Az ergonómia egyik fontos célja biztosítani az ember számára a munkahelyen (és azon kívül) a hatékony, biztonságos és kényelmes tevékenység feltételeit. Az ergonómiai szempontú munkahely- és munkakörnyezet kialakítás, az emberi erőforrás hatékony felhasználásával egyidejűleg biztosítja az egészséges, komfortos munkavégzés feltételeit és a jó közérzetet. Az ergonómiai szempontok figyelmen kívül hagyása a termelési rendszerek, gépek, berendezések tervezésénél olyan következményekhez vezet, mint például:

- Növekvő hiányzás
- Hibázások és balesetek növekvő valószínűsége
- Fizikai és pszichés egészségkárosodás

Az ergonómiai szemlélet gyakorlati alkalmazási lehetőségei sokrétűek: megjelenhet a munkahely, munkafeladat kialakításának műszaki-technikai és szervezési megoldásában, a folyamatirányításban, a termékek fejlesztésében, valamint a munkahelyen kívüli környezet kialakításában. (Antalovits, 2001).

Az ***emberi erőforrás gazdálkodás*** számára szintén fontos tényező a dolgozók egészségi állapota. Az emberi erőforrás mára ugyanis a hosszú távú versenyképesség kulcsává, elsőrendű versenytényezővé vált (Bakacsi et al., 2000). Az emberi erőforrás menedzsment feladata, hogy hatékony szervezetté összehozza azokat az embereket, akikből a szervezet áll, lehetővé téve számukra, hogy egyénenként és a csoport tagjaiként is maximálisan hozzá tudjanak járulni a szervezet sikeréhez. Segít méltányos munkafeltételeket- és körülményeket teremteni, és olyan munkát biztosítani, amely a dolgozó számára kielégítő.

(Ezekbe a méltányos munkafeltételekbe természetesen beletartoznak az egészségre nem káros körülmények is). A dolgozó egyének egészségi állapota, mint személyes erőforrás is fontos, hiszen ezekből a személyes erőforrásokból integrálódik a szervezeti erőforrás. A személyzeti vezetés funkciói között explicit módon is szerepelhet az egészségvédelem és biztonság kérdése (Gazdag és Szatmáriné, 2004). Közvetve pedig az emberi erőforrás menedzsment által kidolgozott teljesítményértékelő, jutalmazó rendszerek is - a fent már említett módon - kihathatnak az egészségi állapotra.

A *foglalkozás-egészségügyi* szolgálatoknak az előzőekkel szemben már központi feladatuk a dolgozók egészségével való törődés. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok feladataival, működési módjával alább (a magyarországi munkahelyi egészségfejlesztést tárgyaló alfejezetben) részletesebben foglalkozom, most röviden áttekintem a foglalkozás-egészségügy és a munkahelyi egészségfejlesztés közti leglényegesebb eltéréseket. A két terület megközelítése közötti eltérés egyrészt az egészségért való felelősség megítélésében van. A foglalkozás-egészségügy alapfeltevése, hogy minden munkahelyi sérülésért, foglalkozási megbetegedésért a munkáltató a felelős, függetlenül attól, hogy az adott konkrét esetben ki hibázott; míg a munkahelyi egészségfejlesztés – annak is főként az egyéni megközelítése (lásd alább) – a felelősséget inkább az egyéni munkavállalóra helyezi.

A másik lényeges eltérés a két megközelítés fókuszában álló problémákban van. A *foglalkozás-egészségügy* fő célja a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek felismerése, e veszélyek által a dolgozók egészségére kifejtett hatások elemzése, kezelése, az egészségkárosító hatások lehetőség szerinti csökkentése (például az üzemben jelenlevő mérgező gázok koncentrációjának csökkentésével), illetve a dolgozók egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése. A foglalkozás-egészségügy reagál a munkafolyamat során fellépő problémákra. Ezeknek a reakcióknak a célja leginkább a bizonyos egészség-kockázatok indikátoraként értelmezett bio-kémiai, fizikai, élettani faktorok fejlesztése (Chu és Simson, 1994). A *munkahelyi egészségfejlesztés* célja ezzel szemben a dolgozók általános egészségének fejlesztése, növelve az egyéneknek a saját egészségük feletti kontrollját, az érte való felelősségvállalásukat. A hagyományos orvoslással szemben tehát – ahova a foglalkozás-egészségügy is tartozik -, amely a klienst egyfajta gyermeki szerepbe helyezi, akinek az egyetlen feladata, hogy gondosan betartsa a „szülő”, vagy jelen esetben az orvos utasításait, a munkahelyi egészségfejlesztés felnőttként kezeli kliensét, akinek joga és lehetősége van dönteni a saját egészségét érintő kérdésekben. Ideális esetben e kétféle szemléletnek és gyakorlatnak együttműködve kellene a dolgozók jobb egészségének célját szolgálni.

3.3. A munkahelyi egészségfejlesztés célja, elterjedtsége

A munkahelyi egészségfejlesztési programok megjelenésének elsődleges kiváltó oka a dolgozók betegsége miatt a munkáltatókra nehezedő költségek radikális megnövekedése volt. Egyes országokban ugyanis (pl. USA) a munkáltató fizeti a dolgozói, és azok családtagjainak egészségbiztosítását. De azokban az országokban is, ahol ez nem így van, a dolgozók hiányzása jelentős költségeket ró a vállalatokra. A programok célja tehát elsősorban a dolgozók egészségének javításán keresztül e költségek csökkentése volt. Időközben azonban kiderült, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak a fentiekén kívül egyéb kedvező hatásai is vannak (lásd a 3.4. fejezetet), melyek közvetett módon szintén javíthatják a vállalat eredményességét.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok az USA-ból indultak, ott rohamosan nő az elterjedtségük: egy 1989-es felmérés szerint a magán szektor 50 főnél többet foglalkoztató vállalatainak 65,5 százaléka végzett valamilyen egészségfejlesztési tevékenységet (Pencak, 1991). Egy 1992-es felmérés szerint a munkahelyek 81%-a kínált legalább egy egészségfejlesztő aktivitást (Stokols és mtsai, 1995). Időközben ezek a programok Nyugat-Európában is egyre gyakoribbá válnak. Az Egyesült Királyságban például 1996-os adatok szerint a nagyvállalatok 69 százaléka, a kicsik 40 százaléka foglalkozik egészségfejlesztéssel (Sanders és Crowe, 1996).

3.4. A (sikeres) munkahelyi egészségfejlesztés eredményei

A sikeres munkahelyi egészségfejlesztő programok eredményei – miként a dolgozók rossz egészségi állapotából fakadó költségek, problémák is – több szinten is megjelennek. A programot bevezető *szervezet szintjén* a hatásvizsgálatok tanúsága szerint az egészségfejlesztő programok eredményeképpen javul a vállalat külső megítélése – egy, a dolgozóiról gondoskodó szervezet képét mutatja -, valamint nő a termelékenység a dolgozók nagyobb elégedettségének, kevesebb hiányzásának és a javuló munkatársi kapcsolatoknak köszönhetően (Pencak, 1991). Csökkenek az orvosi, illetve a dolgozók hiányzásából fakadó költségek. Ez utóbbi eredmény jelentős, és viszonylag könnyen kimutatható költségmegtakarítást hoz a vállalatok számára. A Marwick (1992) által idézett példák 15% körüli hiányzáscsökkenést mutatnak. A programok további eredménye még, hogy csökken a dolgozók kilépési aránya, a fluktuáció, javul a munkahelyi légkör, a morál, a szervezettel szembeni attitűdök, a munkatársak közti kapcsolatok (Sanders és Crowe, 1996). A munkavállaló *egyén szintjén* a munkahelyi egészségfejlesztő programok legfontosabb eredménye, hogy javul a dolgozók egészségi állapota, közérzete, valamint pénzt és időt

takarítanak meg az egészségi szolgáltatások munkahelyen való hozzáférhetőségével (Segal, 1999). A *társadalom szintjén* a munkahelyi egészségfejlesztő programok fontos eredménye, hogy csökkentik a különböző társadalmi csoportok egészségi állapotában meglévő egyenlőtlenségeket. Csökkennek a társadalombiztosítási, egészségügyi költségek, hiszen ezeket a munkahelyi programokat a vállalatok részben vagy teljes egészében maguk finanszírozzák. Figyelembe véve, hogy egyes becslések szerint (Breucker és Schröer, 1999) – betegségfajtától függően – a leggyakoribb megbetegedések 25-40%-a munkával kapcsolatos, az egészségfejlesztő programok révén jelentős mértékű megtakarítás érhető el. A munkahelyi egészségfejlesztő programok mindezekon felül hatékony módon javítják az állampolgárok egészségi állapotát, ami hozzájárul az ország versenyképességének növekedéséhez (Segal, 1999).

3.5. A munka, mint egészségfejlesztő tényező

A munkának az egészségre gyakorolt hatásainál megemlítettük, hogy pozitív hatásai is lehetnek az egészségre. Ezt az is mutatja például, hogy idős emberek életét sokszor években mérhető mértékben meg tudja hosszabbítani a testüket-elméjüket fitten tartó munka vagy hobbi. A nyugdíjazás utáni aktivitás befolyásolja a túlélést, növeli a jóllétet. A súlyosan fogyatékosok életminőségét és jól-létét is drámaian javítani tudja még a fizetetlen (de nem az értelmetlen) munka is (Schilling, 1989).

Néhány ember számára a munka kreatív, ösztönző tevékenység végzésére nyújt lehetőséget. Mások számára, akiknek a munkája unalmasabb, inkább kapcsolatok kiépítését teszi lehetővé (Schilling, 1989). Mindkét tényező pozitívan hat az emberek önértékelésére, testi-lelki jól-létére.

Antonovsky (1987) felhívja a figyelmet, hogy az egészséggel foglalkozó kutatások, elméletek, beavatkozások többségét túlzottan kóroki megközelítésmód jellemzi, vagyis mindig azt keresik, mi az, ami beteggé tesz, s nem azt: mi az, ami egészségesen tart. Az utóbbi kérdés már az ő nevéhez kapcsolódó ún. salutogenikus megközelítést fémjelzi. Ez a megközelítés azokat a tényezőket keresi, melyek képessé teszik az embereket a – nem csak immunológiai értelemben vett – kórokozókkal való megküzdésre, az egészségük károsodása nélkül, sőt akár az egészségük kifejezett javulásával.

Antonovsky szerint a túlzottan kóroki szemlélet a foglalkozási stressz kutatására is jellemző. Véleménye szerint azonban a foglalkozási stressz és a munkahelyi egészségfejlesztő tényezők tanulmányozásakor több okból is célszerűbb a salutogenikus szemléletmódot alkalmazni. A kóroki szemlélet alkalmazásával szembeni kifogásai a következők: *Először* is a

pszicho-szociális stresszorok a munkahelyen mindig jelen vannak, nem lehetséges teljesen stresszmentes munkahelyi környezet létrehozni. Nem célravezető tehát a munkahelyi stresszorokat kiküszöbölendő, zavaró tényezőnek tekinteni. *Másodszor* a kóroki szemlélet a stresszorokat válogatás nélkül károsnak tartja az egészségre, holott sok, sikeresen leküzdhető stresszor nemhogy káros hatást eredményezne, inkább pozitív élményhez vezet. *Harmadrészt* a kóroki megközelítés figyelmen kívül hagyja a munka salutogenikus jellemzőit. Ez olyannyira igaz, hogy szavunk sincs azoknak az egészségfejlesztő faktoroknak a leírására, melyek jelenléte – a stresszorok egyfajta ellentettjeként – bizonyos körülmények között a feszültség és az egészség megfelelő kezeléséhez vezet. *Negyedszer* a kóroki megközelítés nem ad egy átfogó elméleti keretet, amire a salutogenikus megközelítés viszont alkalmas lenne.

Mindezen okokból kiindulva Antonovsky bemutatja saját, salutogenikus megközelítésű elméleti modelljét, mint a munkakörülmények tanulmányozásának alkalmas eszközét. Ennek a modellnek a központi hipotézise az, hogy minél nagyobb koherencia-érzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy megfelelő módon tud majd megküzdeni a ránehezedő pszicho-szociális stresszorokkal. A *koherencia-érzék* az egyént érő ingereknek, azok kontrollálhatósága mentén történő általános érzelmi-kognitív észlelését jelenti. A koherencia-érzéknek három összetevője van: mennyire látja az illető az ingereket felfoghatónak, kezelhetőnek, illetve értelmesnek, jelentéssel bírónak. A *felfoghatóság* azt jelenti, hogy az egyén mennyire találja meg a rá ható ingerek kognitív értelmét. A *kezelhetőség* azt jelöli, hogy az egyén szerint az ő rendelkezésére álló erőforrások megfelelőek-e az ingerek által felvetett igények kielégítésére, vagyis, hogy érzése szerint tudja-e majd kezelni a helyzetet (vö. Lazarus-féle másodlagos értékelés). Az *értelmesség* pedig arra vonatkozik, az egyén úgy érzi-e, hogy az életnek mind érzelmileg, mind kognitívan értelme van, s hogy legalább néhány probléma azok közül, amikkel találkozik, megéri az energia-befektetést, elköteleződést, bevonódást, és inkább kihívásnak, mint tehernek tekinthető. Az ebből a három faktorból összetevődő koherencia-érzék egyik fő funkciója pedig megküzdeni a stresszorokkal, megakadályozni, hogy a kezdeti feszültségből stressz alakuljon ki, s ily módon védeni, fejleszteni az egészséget.

A magas fokú koherencia-érzék akkor alakul ki egy emberben, ha élete során sok olyan élményben volt része, melyeket az állandóság, a túlterhelés-alulterhelés egyensúlya és a döntéshozatalban való részvételi lehetőség jellemez. Bár a koherencia-érzék kialakulásában az élet első 20-30 évének van kitüntetett szerepe, kisebb változások, fejlődések később is bármikor előfordulhatnak, például a munkahelyi körülmények következtében. Milyen

munkahelyi tényezők azok, melyek a koherencia-érzék három komponensének, az értelmességnek, a kezelhetőségnek és a felfoghatóságnak a megjelenését, fejlődését eredményezik, és így egészségfejlesztő faktoroknak tekinthetők?

Az *értelmesség* érzésének kialakulásához lényeges, hogy a dolgozók részt vehessenek a munkájukat érintő döntések meghozatalában. Ha az egyén szabadon megválaszthatja, hogy milyen munkát végez, örömet és büszkeséget fog átélni. A munkahelyi öröm és büszkeség érzésének kialakulásához vezethet továbbá az, ha az egyénnek lehetősége van a munkájában az ön-kifejezésre, illetve ha a társadalom és maga az egyén megbecsüli, értékesnek tartja az általa végzett munkát, és a vállalatot, amiben dolgozik. A munka értelmességének érzéséhez hozzájárul még a munkavégzés intrinszc motivációja, illetve az érzés, hogy a munka által megszerzett javak felhasználhatóak más – az egyén számára fontos – értékek megvalósításához. Egy sokat kutatott változó, a döntési jogkör (ami a Karasek féle munkahelyi stresszmodellnek központi faktora) is központi elem a munka értelmességének kialakulásában. A dolgozó minél inkább maga határozhatja meg az általa elvégzett feladatokat, annál nagyobb energiát fog ezekbe a feladatokba befektetni.

A *kezelhetőség* érzésének kialakulásához az kell, hogy a dolgozó úgy érezze nincs kitéve a munkahelyén se túl, se alulterhelésnek. A túlterhelés ugyanis azt jelenti a dolgozó számára, hogy nem rendelkezik a problémák kezeléséhez szükséges erőforrásokkal (tudással, készségekkel, anyagiakkal, felszereléssel), vagyis nem tud megküzdeni velük. A kezelhetőség érzésének létrejöttéhez fontos, hogy a dolgozó úgy érezze, a munkahelye biztosítja számára a munkavégzéshez szükséges környezetet, felszerelést, valamint rendelkezésére áll az informális kapcsolatok jelentette társas támogatás is. A túlterhelés mellett az alulterhelés is – vagyis, ha a munkában nincs tényleges komplexitás – gátja lehet a kezelhetőség érzés kialakulásának.

A munkahelyi környezet *felfoghatóságának* érzéséhez vezethet a munkahelyen, ha a dolgozó ismeri a kollégái szerepét, a problémák többféle megoldását, a vállalat átfogó céljait, terveit. A felfoghatóság érzéséhez nagyon lényeges még az állás biztonsága: az, hogy a dolgozó bízhatson benne,

- hogy nem fogják elbocsátani, hacsak nem szegi meg durván a szabályokat,
- hogy az a szektor, amiben dolgozik nem fog minden előjel nélkül feleslegessé válni,
- hogy a vállalat, ahol dolgozik életképes,
- hogy a társadalmi rendszer, amiben él, kellően stabil.

Tehát ha a munkahelyi környezet lehetővé teszi, hogy a dolgozó lássa a teljes spektrumot és benne a saját helyét, ha ez a környezet elősegíti a bizalmat és a biztonságérzést, támogatja a jó kommunikációt és társas kapcsolatokat, akkor jelentősen megerősödik a dolgozónak az érzése, hogy a világ – és benne az ő munkahelye – egy megérthető, felfogható hely.

Végül fontos megemlíteni, hogy Antonovsky szerint – ugyanúgy, ahogy az egészség sem egyenlő a betegség hiányával – a stresszorok és az egészségfejlesztő munkahelyi tényezők sem egyszerűen ugyanazon dimenzió ellentétes végpontjai. Ezt a feltételezést alátámasztja az a tény, hogy vannak olyan munkahelyi jellemzők, amelyek fejlesztik a koherencia-érzékét, de amelyek hiánya nem jelent automatikusan stresszort; például ha a gyári munkás nem látja a saját szerepét a teljes termelési folyamatban, az nem feltétlenül jelent stresszt számára, de csökkenti a koherencia-érzékét.

Antonovsky felfogása újítónak tekinthető amennyiben a hangsúlyt a munkahelyi károsító tényezők, a stresszorok tanulmányozásáról áthelyezi az egészségfejlesztő munkahelyi faktorok kutatására. (Meg kell azonban jegyezni, hogy a hatásában pozitív stressz, az *eustressz* már Selyénél (1983) is megjelent).

3.6. A munkahelyi egészségfejlesztő programok értékelése, gazdaságossága

Tekintve, hogy a munkahelyi egészségfejlesztő programokat a vállalatok gyakorlati, és anyagi igénye hívta és tartja életben, nem elhanyagolható kérdés e programok gazdaságosságának vizsgálata. Ugyanakkor nem könnyű feladat ez, hiszen a programban való részvétel, a szervezeti egészségügyi kezdeményezések, a vállalati jellemzők és az egészségi állapot közötti kapcsolatok rendkívül bonyolultak, valamint külső tényezők is szerepet játszanak, emiatt nehéz az egészségi állapotban bekövetkező bármilyen változást a programnak tulajdonítani (Segal, 1999). Az egészségfejlesztő programok értékelésénél olyan adatokat szoktak használni, mint az egészségi állapot kulcs paraméterei, az életstílus jellemzők, a vállalati teljesítménymutatók, valamint a résztvevők szubjektív értékelése.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésénél arra a kérdésre keressük a választ, hogy a program által nyert haszon meghaladja-e a bevezetés költségeit, vagyis, hogy az egészségfejlesztő program révén nagyobb haszonhoz jutunk-e, mintha az adott összeget valami másba fektettük volna. Mivel a dolgozók egészségi állapotára közvetlen és közvetett (pl. a munkahelyi hangulaton keresztül) hatása is lehet a programnak, valamint a dolgozók egészségi állapota is több módon képes a vállalat eredményességére hatni, ezért a program hatékonyságának értékeléséhez fel kell tárni:

- az egészségfejlesztő program és a dolgozó viselkedése közötti,
- a viselkedések és az egészségi mutatók változása közötti,
- az egészségváltozás és a vállalati jellemzők (hangulat, életstílus és hiányzás) közötti,
- és az egyes vállalati jellemzők (pl. hiányzás és nyereségesség) közötti kapcsolatot.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésének nehézsége egyrészt abból fakad, hogy nehéz az egészségi állapotban bekövetkező bármilyen változást a programnak tulajdonítani, másrészt abból, hogy ezekben a beavatkozási formákban nehéz randomizált vizsgálatokat végezni. A randomizáció ugyanis csak olyan szűk, egy meghatározott egészségi mutatóra irányuló programoknál segíthet hozzá a hatékony összehasonlításhoz, amelyekben világos a kapcsolat a beavatkozás és a várt kimenetel között. A munkahelyi egészségfejlesztési programoknál gyakran nem ez a helyzet. Komplex, az egész szervezeti egészségpolitikát érintő programoknál könnyen előfordulhat, hogy sosem tudunk teljes biztonsággal válaszolni arra a kérdésre, mi történt volna, ha nem vezetjük be a programot. Éppen ezért a munkahelyi egészségfejlesztés hatásvizsgálatában nehezen alkalmazható az általában használt költség-haszon, költség-hatékonyság és költség-hasznosságelemzés. Mindezen nehézségek miatt bevezették a gazdasági elemzés egy, a randomizációt nem megkívánó, a programelemek értékelésében a szubjektivitásnak nagyobb teret adó alternatív formáját, az ún. *Eljárás-elemzést*, melyben a programelemeket az előzetesen rögzített célokhoz való hozzájárulásuk szempontjából elemzik. Az eljárás elemzés lényege, hogy meghatározzák a program azon elemeit, jellemzőit, amelyeknek hozzá kellene járulniuk a célokhoz, áttekintik a program egyes részeinek a hatékonyságát, felméri a vállalat általános teljesítményét és az alkalmazottak egészségi állapotát, szubjektív értékelését adják a programelemek lehetséges hatásainak, következtetést vonnak le arról, hogy működik-e a megközelítés, s végezetül megfontolják, hogyan lehetne javítani a programon. A korábban használt gazdasági elemzésekhez képest tehát ez a módszer több szubjektivitást, ítéletet tartalmaz (Segal, 1999). Az eljárás elemzés során olyan kérdésekre is választ keresünk, mint hogy a program a szándékoknak megfelelően lett-e bevezetve, felleptek-e a kimenetelt befolyásolni képes egyéb tényezők, mi volt a résztvevők véleménye a folyamatról, stb. (Speller et al., 1997).

A munkahelyi egészségfejlesztő programok gazdaságosságának értékelésekor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezek a beavatkozások több szinten fejtik ki hatásukat :

- a munkavállaló egyén szintjén
- a munkavállalók családja szintjén
- a vállalat szintjén

- az ország, a társadalom szintjén.

Ezért egy átfogó, mindenre kiterjedő hatékonyság elemzésnek mindezekben a különböző szinteken kifejtett hatásokat figyelembe kell vennie (vö. a munkahelyi egészségfejlesztés eredményeivel a 3.4-es fejezetben).

3.7. A munkahelyi egészségfejlesztés etikai kérdései

Lévén a disszertáció célja hozzájárulni egy, a gyakorlatban alkalmazható munkahelyi egészségfejlesztő modell kidolgozásához, fontosnak tartom röviden megemlíteni a munkahelyi egészségfejlesztő programok etikai vonatkozásait.

Conrad és Walsh (1992) szerint a munkahelyi egészségfejlesztő programok – az alkalmazottakat segítő tanácsadás és a munkahelyi drogtesztek alkalmazása mellett – a dolgozók magánszférájába való behatolás eszközeül szolgálhatnak. Erre utalnak szerintük többek között azok az esetek, mikor az – elvben önkéntes – munkahelyi egészségfejlesztő programokon való részvétel a kiválasztás, előléptetés szempontja lehet. A szerzőpáros szerint ezek a programok valójában egyfajta új vállalati egészség-etika megnyilvánulásai, mely etikának fő jellemzője, hogy az egészségre és a jól-létre hivatkozva áttöri a dolgozók munkája és magánélete között húzódó határvonalat. A szerzők szerint ez az új etika egyenes folyománya a társadalomban jelenleg mind nagyobb teret nyerő „életstílus elméletnek”, mely elmélet az egyének életstílusát tekinti a betegségek elsődleges kiváltó okának. Ebből kifolyólag az egyének maguk tehetőek felelőssé esetleges betegségükért, elterelve a figyelmet a környezeti-, szociális-rendszerbeli problémákról. Conrad és Walsh szerint felmerül a kérdés, hogy a jövőben milyen messzire fog elmenni ez az egészség-etika. Előfordulhat-e például, hogy a vállalatok szelektíven azokat az alkalmazottakat fogják előléptetni, akik a kívánt életstílusbeli jellemzőkkel rendelkeznek? Ennek nyomán kialakulnak-e a kiválasztásnak – az egyének életstílusán és egészségén alapuló – új formái? A szerzők szerint az új egészség-etika kialakulásának magyarázata nem annyira a gazdasági okokban, a programok költséghatékonyságában, mint inkább egy újfajta, *szociális* természetű kontroll megjelenésében rejlik. Ezt az újfajta kontrollt az hívta életre, hogy manapság a vállalatok az alkalmazottak újító ötleteire, elkötelezettségére, motivációjára építenek, ez hozhatja meg számukra a versenyelőnyt. A *szociális kontroll* az alkalmazottaknak a szervezeti kultúra felé való elkötelezettségét kívánja elérni. Az elkötelezettség feltételeinek megteremtése érdekében már a felvételnél, illetve később az előléptetésnél is előnyben részesítik azokat a dolgozókat, akik jól beleillenek ebbe a kultúrába, például azáltal, hogy fittek és egészségesek. Mint ahogy azt egyszer egy USA-beli piacvezető nagyvállalat alelnöke mondta: „Én az

egészségfejlesztést jó eszköznek látom arra, hogy pontosan olyan alkalmazottakat vonzzunk és tartsunk meg a vállalatnál, amilyenekre szükségünk van. Az a fickó... aki elég fegyelmezett ahhoz, hogy heti 15-20 kilométert fusson, vagy rendszeresen sportoljon, vagy abbahagyja a dohányzást, vagy fogyókúrázzon, az pontosan olyan, amilyen alkalmazottakat én szeretnék... fegyelmezett, jól teljesítő” (idézi Conrad és Walsh, 1992, 105.o.).

Összegezve, a szerzők szerint az új vállalati egészség-etika nem az orvosi költségek csökkentéséről szól, inkább a termelékenységnek oly módon történő ellenőrzéséről, melyben az alkalmazottak értékeit és attitűdjeit átalakítják egy, a fittséget, a küzdést és az erőt jutalmazó, a gyengeség jeleivel szemben intoleráns kultúrának megfelelően.

Az egészségfejlesztés egyre terjedő ideológiája más szerzők szerint is etikai problémákat vet fel. Lupton (1995, idézi Marks et al., 2000) egyenesen azt állítja, hogy korunkban az *egészségkockázat* helyettesíti a *bűn* idejétmúlt fogalmát. Lupton rámutat arra, hogy ma az egészségi kockázatokat egyre inkább kapcsolják olyan személyiségtulajdonságokhoz, mint a lustaság, a morális gyengeség, az akaraterő hiánya. Ily módon a „veszélyeztetett” emberekből „kockázatvállalók” lesznek, akik maguk felelősek az egészségükért, betegségükért. A „veszélyeztetett” címke ugyanakkor fatalizmushoz, szorongáshoz, bizonytalansághoz és félelemhez is vezethet.

3.8. A munkahelyi egészségfejlesztés megközelítései

A következőkben azt tárgyalom, hogy az eddig egységes irányzatnak bemutatott munkahelyi egészségfejlesztésnek milyen különböző szemléleti és gyakorlati megközelítései léteznek, ezek milyen módszereket alkalmaznak, valamint, hogy melyek az egyes megközelítések előnyei és hátrányai (Mercier és Francois, 2001 alapján).

3.8.1. Egyéni megközelítés

Mint arról már szó volt, a munkahelyi egészségfejlesztési programok az USA-ban indultak el, ahol a munkáltatók ezeknek a programoknak a bevezetésével az egészségi költségeket akarták csökkenteni. Az uralkodó szemlélet itt az volt, hogy a dolgozók maguk felelősek az egészségi problémájukért: a munkáltató pusztán segítséget akar nyújtani nekik a jobb egészségi állapot eléréséhez. Ennek érdekében ismeretbővítő, készségfejlesztő, viselkedésváltozást szorgalmazó programokat kínáltak az alkalmazottak számára. Feltételezték, hogy a hiányzó készségek és ismeretek megszerzése után a dolgozók egészségesebb életmódot fognak folytatni, és ezzel megelőzik különféle betegségek kialakulását. Ez a szemlélet a munkahelyi egészségfejlesztési programok egyéni

megközelítése, hiszen az egyént helyezi a beavatkozások középpontjába, célja az alkalmazottak megküzdő képességének javítása.

Ez az egyéni megközelítés azonban számos problémát vet fel: mivel az egyéneket hibáztatja egészségi problémáikért – s nem ismeri el, hogy adott esetben a munkahely is felelős lehet például a munkahelyi stresszért – ezzel végső soron növelheti is a dolgozók szorongását. (Nem elég, hogy betegek, még büntudatot is kell érezniük emiatt). Ezen felül az egyénre fókuszáló programoknak az egészségi állapotra is csak kevés, rövid távú pozitív hatásuk van.

Mindezek ellenére a mai napig is az egyéni fókuszú programok uralják a terepet. Ennek oka egyrészt az, hogy könnyebb a vezetőségnek a dolgozók egészségi problémáit azok egyéni tulajdonságaira visszavezetni, és így a felelősséget rájuk átruházni, mint felelősséget vállalni ezeknek a problémáknak a kialakulásáért, másrészt ezek a programok olcsóbbak, könnyebben megvalósíthatóak, és hatásvizsgálatuk is könnyebben elvégezhető, mint az alább bemutatandó másik megközelítésé.

3.8.2. Szervezeti megközelítés

A szervezeti megközelítés az egyénről az őt körülvevő környezetre, vagyis munkahelyi egészségfejlesztés esetén magára a munkahelyre, szervezetre helyezi a hangsúlyt. Az egyéni megközelítéssel ellentétben itt nem az a cél, hogy az alkalmazottakat edzettebbé és ellenállóbbá tegyék a fennálló stresszorokkal szemben, itt magukat a munkahelyi stresszorokat igyekeznek csökkenteni, így megelőzendő a stresszfüggő betegségek kialakulását. Ezzel a megközelítéssel a stresszorok csökkentésén kívül egyéb, az egészség védelmét, illetve fejlesztését célzó környezeti, szervezeti átalakítások is összhangban vannak, ilyen lehet például a berendezések megfelelő átalakítása a balesetek előfordulásának csökkentése érdekében. (A szervezeti fókuszú egészségfejlesztés így szoros rokonságban van az ergonómiával is – lásd fent).

Ez a fajta beavatkozás szervezeti, környezeti átalakításokat kíván, így az egyéni fókuszúnál jóval költségesebb, nehezebben kivitelezhető és a hatékonysága, eredményessége is nehezebben mérhető. Utóbbi nehézségnek az az oka, hogy az átalakítások az egész szervezetet érintik, amelyre azonban az aktuális változtatásokon kívül adott pillanatban még egy sor más tényező is hat (például a piaci viszonyok változása), s így a program hatása nehezen lesz elkülöníthető ezektől a szervezetet érő egyéb hatásoktól. Az egészségügyi mutatók esetleges kedvező irányú változása esetén sem tudhatjuk tehát biztosan, hogy az általunk bevezetett program hatott-e így (s nem a piaci viszonyok változása). A nagyobb

költségeket ellensúlyozza viszont, hogy ezeknek a programoknak a hatásai jóval tartósabbak, mint az egyéni fókuszú programokéi.

Összefoglalóan, a hatásvizsgálatok tanulsága szerint leghatékonyabbnak a megelőző, munkakörnyezetre, szervezetre irányuló beavatkozás bizonyult, legkevésbé hatékonynak a gyógyító, egyénre irányuló (Mercier és Francois, 2001).

3.9. Az egyes megközelítések által alkalmazott módszerek

3.9.1. Egyéni megközelítés

A munkahelyi egészségfejlesztés egyéni megközelítéséhez tartozó módszerek egyrészt irányulhatnak a dolgozók egészséggel kapcsolatos tudatosságának fokozására, ismereteinek növelésére: például felhívják a figyelmet különböző egészségügyi kockázatokra, vagy szűrővizsgálatokat végeznek a munkahelyen a bizonyos betegségekre veszélyeztetettek kiszűrése érdekében. Az egyéni módszerek másik csoportja az alkalmazottak életstílus változtatását hivatott elősegíteni. Ez olyan eljárások segítségével zajlik, mint a kognitív alkalmazkodási stratégiák tanítása, a relaxációs, meditációs technikák, a biofeedback (az utóbbi három módszert összefoglaló néven stresszkezelő tréningeknek is szokták nevezni), a pszichológiai tanácsadás, vagy a fitness programok (pl. aerobic edzések) a munkahelyen (Mercier és Francois, 2001, Ivancevich és Matteson, 1988).

A *testező programok* elterjedésének oka a rendszeres testmozgás jótékony – a szív-érrendszerre, az immunrendszerre és az anyagcserére kifejtett – fiziológiai (áttekintést lásd Penedo és Dahn, 2005), illetve pszichológiai – relaxáló, szorongás-és depresszió-csökkentő – hatásaiban keresendő (Gronningsaeter et al., 1992, Shephard, 1997). A kihívást a testező programok szervezői számára leginkább az jelenti, hogyan érhetik el, hogy az emberek kitartóan járjanak az edzésekre. (Ezt Gronningsaeter és munkatársai szerint (1992) például célszerződésekkel, ön-ellenőrzéssel lehet elérni).

Relaxációs technikák gyűjtőnév alatt azokat a pszichofizikai, pszichoszomatikus önszabályozó módszereket értjük, amelyekben a test, a vázizomzat ellazítása a pszichikus egyensúly helyreállításának fontos eszköze. Ezen technikák egyik leggyakrabban alkalmazott módszere az autogén tréning, melynek a keringésre, illetve az idegrendszerre kifejtett hatásain keresztül olyan panaszoknál érhető el javulás, mint a krónikus magas-vérnyomás, szorongás, hangulati labilitás, túlzott mértékű izzadás, álmatlanság, hasi panaszok, remegés. A relaxációval elérhető az, hogy az emberek képesekké váljanak saját vegetatív testi funkcióik szabályozására, illetve, hogy fokozódjon a teljesítőképeségük és az önbizalmuk is. Az

autogén tréning szinte mindenkinek javasolható, bár jelentős egyéni különbségek vannak abban, hogy ki mennyire képes elsajátítani ezeket a gyakorlatokat (Koronkai, 1995). A relaxációhoz kapcsolva szokták alkalmazni a *biofeedback* eljárást, melynek segítségével megtanulható az autonóm szervek szabályozása, akár a szívritmus és a vérnyomás kontrollálása is. A biofeedback módszerek a relaxációs technikák hatékonyságát is növelik.

A *kognitív-behaviorális megközelítések* lényege annak felismerése, hogy az emberek nem közvetlenül a környezetükre, hanem az arról alkotott gondolataikra reagálnak, amely gondolatok tökéletesen irracionálisak is lehetnek. Ennek a megközelítésnek a célja a nem megfelelő gondolkodási minták azonosítása, valóságtesztelése, és kijavítása. Ide tartozó módszerek például a szisztematikus deszenzitizáció, a kognitív átstrukturálás, és az önkontroll technikák (Baum et al., 1997).

A munkahelyi egészségfejlesztés egyéni megközelítéséhez tartozó komplex módszer az ún. *stresszkezelő tréning*. (Sokszor – vélhetőleg a jobb „eladhatóság” reményében – az egyszerű relaxációs módszert is stresszkezelő tréningnek szokták nevezni, én azonban nem ezt értem alatta). A stresszkezelő tréning az egyéni fókuszú megközelítés szinte összes módszerét magában foglalja: a relaxációt, a biofeedbacket, az imaginációt, a kognitív-viselkedéses terápiát. A módszerek ötvözése révén általában a pozitív hatások is hatványozódnak. A programok eredményeképpen például egy vizsgálat szerint javultak a résztvevők megküzdő készségei, változás következett be az attitűdökben, egészségi szokásokban, mely pozitív változások 6 hónappal a beavatkozás után is fennmaradtak (Gronningsaeter et al., 1992), egy másik vizsgálat szerint, pedig csökkent a résztvevők szorongása, kevesebb egészségi panaszuk volt, kevésbé érezték magukat stresszeltnek, mint a programban nem résztvevő munkatársaik (Timmerman et al., 1998).

A munkahelyi egészségfejlesztés egyéni megközelítésének keretein belül olyan egyéb módszereket is használhatnak, mint a *szűrések* (vérnyomás, koleszterin-szint, vércukor, testsúly, depresszió, szorongás, rákszűrés), *tanácsadás*, *oktatás* például a munkabiztonságról, az egészséges táplálkozásról, illetve az *alkalmazottakat segítő programok*, melyek a problémás (pl. alkoholista) dolgozók segítségével foglalkoznak.

3.9.2. Szervezeti megközelítés

Ez a megközelítés – az egyéni fókuszúval szemben – nem a dolgozókat kívánja a stresszel szemben edzettebbé, ellenállóbbá tenni, hanem magukat a – munkahelyi, a munkaszervezésen és feltételein át ható – stresszorokat igyekszik csökkenteni a dolgozók jobb egészségi állapotának elérése érdekében. Ehhez először azonosítani kell a munkahelyi

stresszorokat, majd ezeknek megfelelően szervezeti átalakításokat kell végezni. (Mercier és Francois, 2001). Ezek az átalakítások például a következők lehetnek: a munkát az alkalmazottak igényeihez, képességeihez igazítani, és érdekesebbé tenni, világosabbá tenni a szerepeket, felelősségeket, lehetővé tenni, hogy az alkalmazottak részt vehessenek a munkájukat érintő döntésekben. Elősegíteni, támogatni a dolgozók közti társas interakciókat, javítani a szervezeti kommunikációt, képzéseket tartani a vezetők számára a foglalkozási stressz kezelésével kapcsolatban. A hierarchikus vezetési struktúrát helyettesíteni egy laposabb, a dolgozók nagyobb mértékű részvételét lehetővé tevő szerkezeti formával (Segal, 1999), képzési lehetőségeket biztosítani a dolgozók számára.

Bár rengeteg kutatást szenteltek a munkahelyi stressz forrásainak, valamint ezeknek a forrásoknak a negatív egészségi és szervezeti kimenetekkel való kapcsolatának azonosítására, nagyon kevés erőfeszítés történt arra, hogy a munkahelyi környezet fejlesztése kerüljön a beavatkozások fókuszába (Kompier és Cooper, 1999a). Ezt jól illusztrálja az is, hogy az egyéni fókuszú egészségfejlesztő programokhoz képest milyen kevés publikáció foglalkozik szervezeti fókuszú programokkal. A MEDLINE Psychinfo adatbázisán végeztem keresést több különböző, a szervezeti fókuszú egészségfejlesztést körülíró kulcsszóval. A kapott találatok abstractjainak elolvasása alapján döntöttem el, hogy a cikk tartalma szerint megfelel-e a keresett tárgykörnek. Az 1. Táblázat szemléltetésképpen bemutatja a legfontosabb kulcsszavakra kapott találatszámokat, és a találatok közül ténylegesen a témával foglalkozó tanulmányok számát.

A témába vágó tanulmányok döntő többsége ráadásul Magyarországon nem hozzáférhető, így szisztematikus metaelemzésüket sem tudtam elvégezni. Az alábbiakban a hozzáférhető tanulmányok főbb eredményeit foglalom össze.

Kahn és Byosiere (1992) irodalom elemzésük alapján arra a következtetésre jutnak, hogy szinte egyáltalán nincs olyan (publikált) program, amelyben az objektív stresszorokért felelős szervezeti tényezőket próbálnák meg kezelni. Geurts és Gründemann (1999) a rendelkezésre álló irodalmak áttekintése után azt állítják, hogy a stresszkezelő programok között a munkára, szervezetre irányuló megelőző beavatkozások a legritkébbak. Geurts és Gründemann (1999) beszámolnak egy hét európai ország 1451 vállalatánál végzett kérdőíves felmérésről (Wynne és Clarkin, 1992, idézi, Geurts és Gründemann, 1999). Bár a kérdőívre válaszoló vállalatok semmilyen szempontból nem tekinthetők reprezentatívnak, mégis megfontolásra érdemesek a felmérés eredményei. Érdekes módon a felmérés eredményei szerint a vállalatok által végzett aktivitások jelentős része a megelőző, szervezetre irányuló beavatkozások közé volt sorolható, bár ezek többsége a fizikai kockázatok csökkentésére

irányult. De a vállalatok 56%-a jelezte, hogy rugalmasabb munkaórákat vezetett be, vagy vezetői készségfejlesztő képzést tartott. A szerzők szerint ezt a jelentős eltérést az irodalomelemzések eredményeitől magyarázhatja az, hogy vélhetőleg az egészségfejlesztés területén legaktívabb vállalatok válaszoltak a kérdőívre (a válaszadási arány 23% volt), illetve az, hogy a kérdőívben szereplő aktivitások jelentős részét törvényi előírások szabályozták. Ehhez hozzátenném még azt, hogy a leírásból nem derül ki, vajon a vállalatok az általuk megjelölt aktivitásokat egészségfejlesztő, stresszcsökkentő céllal vezették-e be. A legtöbb nagyvállalatnál hazánkban is tartanak például vezetői készségfejlesztést anélkül, hogy végig gondolnák a vezetői készségeknek a beosztottak egészségére gyakorolt hatásait, illetve ennek fényében szerveznék meg a programot.

kulcsszó	találatok	megfelelő
Organizational directed strategies and stress (szervezetre irányuló stratégiák és stressz)	0	
Organizational directed strategies and health (szervezetre irányuló stratégiák és egészség)	0	
Organizational change and health in title (szervezeti változtatás és egészség a címben)	29	6
Job intervention and health (munkaszervezési beavatkozások és egészség)	2	1
Work redesign and health (Munka átalakítás és egészség)	13	3
Health promotion and job oriented (egészségfejlesztés és munkára irányuló)	0	
Health promotion and organization-oriented (egészségfejlesztés és szervezetre irányuló)	0	
Worksite health promotion and job (munkahelyi egészségfejlesztés és munka)	19	2
Worksite health promotion and organization (munkahelyi egészségfejlesztés és szervezet)	12	1
Job stress interventions (foglalkozási stresszkezelés)	5	4
Comprehensive approach to stress prevention (stressz megelőzés komplex megközelítése)	1	1

1. Táblázat: Szervezeti fókuszú egészségfejlesztés – irodalomkutatás, kulcsszavas keresés találatai

A szervezeti fókuszú egészségfejlesztéssel foglalkozó szisztematikus kutatások, hatásvizsgálatok alacsony számát magyarázhatják e kutatások kivitelezésének nehézségei is:

nehéz például egy egész szervezetre kiterjedő beavatkozáshoz megfelelő kontrollcsoportot találni. Erre jó példa Kalimo és Toppinen (1999) tanulmánya, melyben beszámolnak egy több, mint tíz éves, komplex, szervezeti fókuszú egészségfejlesztő programról, ahol az eredeti elképzelésekkel ellentétben a fejlesztéseket nem tudták kontrollcsoportos elrendezésben véghez vinni, így a program hatékonyságának értékelése is nehezzé vált: inkább csak folyamat-értékelést tudtak végezni kimenetel-értékelés helyett.

Mindazonáltal léteznek a szervezeti fókuszú egészségfejlesztés hatékonyságát igazoló tanulmányok: Terra (1995, idézi Liukkonen et al, 1999) például kutatásában bizonyította, hogy a munkafeladat átalakítása és önszabályozó munkacsoportok kialakítása ötven százalékkal csökkentette a betegségből fakadó hiányzásokat. Lourijzen és munkatársai (1999) tanulmányukban, egy holland kórházban végeztek komplex, a szervezetre és a dolgozók életstílusára is kiterjedő egészségfejlesztő programot. Ebben a kutatásban egy másik kórházat választottak kontrollcsoportnak. A program hatékonyságának értékeléséhez megismételték a kezdeti felmérést, felhasználták a hiányzási adatokat, valamint költség-hatékonyságelemzést végeztek. A felmérés alapján a beavatkozások után a dolgozók elégedettebbek voltak a munkakörükkel és a munkakörnyezetükkel, kisebb emocionális stresszt éltek át, mint a program előtt. A kontrollcsoporthoz viszonyítva is kevesebbet panaszkodtak a dolgozók a munkakörükre, ugyanakkor a munka több más aspektusában fordított volt a helyzet: a kontroll kórházban voltak elégedettebbek a dolgozók. Ennek egyik magyarázata az lehet, hogy időközben, a kutatás négy éve alatt a kontroll kórházban is történtek jelentős fejlesztések. A hiányzási arány jelentősen csökkent a program előttihez, illetve a kontrollcsoporthoz viszonyítva. A hiányzások jelentős csökkenése önmagában költség-hatékonnyá tette a programot. Egy másik pozitív példa Theorell és Wahlstedt (1999) kutatása, melyben egy postafeldolgozóban, és egy levélkézbesítő szervezetben végeztek szervezeti, munkaköri átalakításokat – a megterhelés-kontroll-támogatás modell szellemében – a magas hiányzási adatok csökkentése érdekében. A levélkézbesítő szervezetben kontrollcsoportos összehasonlításra is lehetőség nyílt (a posta állomást kettébontották, és az egyik új részlegben történtek a jelentősebb szervezeti átalakítások). Az eredmények szerint a postafeldolgozóban végzett programban jelentősen (15-30 százalékkal) csökkent a betegségből fakadó hiányzások száma. A levélkézbesítő szervezet által alkotott intervenciós csoportban szignifikánsan csökkent a mozgásszervi panaszok száma, ugyanakkor a munka pszicho-szociális jellemzői nem minden esetben a várakozásoknak megfelelően változtak. Az ilyen jellegű kutatások eredményeinek általánosíthatóságát csökkenti az, hogy a vizsgálati minták - mivel egy (vagy több) adott szervezet dolgozóiból állnak, szinte sosem tekinthetők reprezentatívnak, sőt

gyakran még az elemszám is meglehetősen kicsi (mint például a Theorell és Wahlstedt, 1999 által ismertett vizsgálatban). A postafeldolgozóban végzett programban jelentősen (15-30 százalékkal) csökkent a betegségből fakadó hiányzások száma.

Theorell és munkatársai (1995) egy másik kutatásban a szervezeti fókuszú beavatkozás hatásait három különböző hormon szintjének változásával kívánták lemérni egy kontrollcsoportos, utánkövetéses kutatásban: vizsgálták a tesztoszteron, a prolaktin és a kortizol szintjét. Eredményeik szerint az aktív (egyéni és szervezeti fókuszú) intervenció csoportban csökkent a – distresszt jelző – kortizol, emelkedett a tesztoszteron, ami az aktív megküzdést jelezheti. A prolaktin szintben nem volt szignifikáns különbség az aktív és a passzív (egyéni fókuszú) intervenció csoport között. Eredményeik azt jelzik, hogy a szervezeti fókuszú, aktív hozzáállás az egészségfejlesztéshez eltérő endokrin mintázatok megjelenéséhez vezet, mint az egyéni fókuszú egészségfejlesztés. Kutatási eredményeik ugyanakkor a résztvevők alacsony száma (különösen a férfiak esetében) miatt óvatosan kezelendők.

Mikkelsen és munkatársai (2000) kontrollcsoportos, utánkövetéses kutatásukban egy szervezeti fókuszú beavatkozás hatásait vizsgálták. Az ún. résztvevő szervezeti beavatkozás célja volt elindítani egy tanulási folyamatot arról, hogyan kell azonosítani és megoldani munkahelyi problémákat az egészség és a szervezeti teljesítmény javítása érdekében. A beavatkozás elején történtek nagyon hasonlítottak ahhoz, ami az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz zajlik (lásd lejjebb). A kiválasztott, fejlesztendőnek ítélt problémákkal külön-külön munkacsoportok foglalkoztak. Az általuk kidolgozott javaslatokat aztán írásban eljuttatták az irányító bizottsághoz, amely írásban reagált. A tanulmány nem közöl adatokat arra vonatkozóan, hogy a kidolgozott javaslatok milyen arányban kerültek bevezetésre. A beavatkozás eredményeképpen csökkent a stressz és a pszichológiai megterhelés, nőtt az észlelt döntési jogkör és a társas támogatás. Kedvezően változott a vezetési stílus és a szervezeti légkör. Ugyanakkor a beavatkozást egy évvel követő második utánkövetés alkalmával már nagyon alacsony volt a válaszadási arány (20%), ami arra enged következtetni, hogy a résztvevők nem maradtak eléggé elkötelezettek a folyamat folytatására a szakértők szervezetből való kivonulása után. Így a beavatkozás hosszú távú hatásai sem voltak lemérhetőek.

A szervezeti megközelítéshez sorolható módszerek egy kitűnő példája a főként Németországban alkalmazott ún. *egészség körök* (egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz) módszere (Aust és Ducki, 2004, Beermann et al., 1999). Ennek a módszernek célja elemezni a különböző munkahelyi egészségi kockázatokat, majd a dolgozók aktív részvételével

megoldási javaslatokat kidolgozni. A módszer kidolgozása és bevezetése azon a feltételezésen alapul, hogy az alkalmazottak ismerik legjobban a saját munkakörülményeiket és megterheléseiket, valamint, hogy ezeket az ismereteket fel kellene használni a helyzet javítása érdekében. Az egészség körök – a bevezetett javaslatok közvetlen hatásán felül – jótékony hatásukat az alkalmazottak kontrolljának növelésén keresztül is kifejtik. A körülmények felett gyakorolt kontroll több modell szerint is (lásd például Karasek és Theorell, 1990) az egészség megőrzésének fontos tényezője. Az egészség körök célja a megterheléseket az alkalmazottak erőforrásaihoz illeszteni. Az alkalmazottak, valamint az alkalmazottak és a vezetők közti kommunikáció javítása révén az egészség körök a társas támogatást is képesek fejleszteni.

Egészség köröket általában olyan szervezeti egységekben hoznak létre, ahol például magas a hiányzások száma, vagy rossz a munkahelyi légkör. Az egészség körök elindítása előtt átfogóan elemzik az adott szervezet, szervezeti egység hiányzási, és egyéb egészségi adatait, majd a dolgozók kitöltenek egy, a munkával kapcsolatos problémákkal, illetve az egyéni egészséggel és jól-léttel foglalkozó kérdőívet. Ezután a dolgozók kijelölik maguk közül azokat, akik képviselni fogják őket az egészség körökben. Az egészség körökben általában 5-10 alkalmazott van jelen, ezen felül néha az egészségkörökbe meghívják a feletttest, a foglalkozás-egészségügyi szakorvost, a biztonsági szakértőt is. Az egészség körök néhány hónap alatt 6-10 alkalommal jönnek össze 90 perces, munkaidőben tartott ülésekre. Az első találkozásukkor megbeszélik a kérdőíves felmérés eredményeit, reagálnak ezekre, és más problémákra. Összegyűjtik és csoportosítják a problémákat, majd fontosság szerint rangsorolják őket. A következő üléseken a résztvevők megoldási javaslatokat dolgoznak ki a különböző problémákra. A megvalósítható változtatásokat amint lehet, bevezetik. A megbeszélések eredményeit rögzítik, és az adott szervezeti egységben dolgozó összes alkalmazott számára elérhetővé teszik. Az utolsó ülés során minden résztvevő értékeli az elért eredményeket. Néha az utolsó ülés után félévvel egy újabb ülésre kerül sor, ahol áttekintik, hogy mit sikerült elérni az eltelt idő alatt. A folyamat végén egy újabb felmérést szoktak végezni az elégedettség, illetve az esetleges változások mérésére. Az egészség körök fent bemutatott alkalmazásán belül két irányzat különül el: a berlini és a düsseldorfi modell. A két modell közti leglényegesebb eltérések abban rejlenek, hogy a részt vevők azonos, vagy különböző hierarchia szintekről érkeznek-e, illetve, hogy a cél az egészséges stresszkezelés kialakítása, vagy a megterhelő munkakörülmények megváltoztatása. A két megközelítés azonban újabban jelentősen közelebb került egymáshoz (Aust és Ducki, 2004, Beermann et al., 1999).

Az egészség körök eredményességével kapcsolatban Aust és Ducki (2004) metaelemző tanulmányukban azt írják, hogy a legtöbb vállalat az egészség körök által kidolgozott javaslatok jelentős részét (45-86 százalékát) bevezette. Az egészség körökben részt vevő szervezeti egységek dolgozói általában a munkakörülmények javulásáról, a stressz csökkenéséről számoltak be. A javaslatok jelentős hányada (48%-a) költséghatékonynak is bizonyult. Az általuk áttekintett tanulmányok nyolcvan százalékában találtak pozitív egészségi hatásokat. A betegállományban töltött napok száma általában csökkent, ahogy az átélt pszichológiai stressz is, javult a munkával való elégedettség és a munkahelyi klíma. Ugyanakkor az eredmények erejét csökkenti az a tény, hogy a metaelemzésbe vont tanulmányok jelentős részében nem használtak kontroll csoportot. Az egészség körökben nem résztvevő, de a program által érintett dolgozók általában kisebb mértékben élik át a pozitív hatásokat, illetve némely esetben nem is élik át azokat.

Az egészség körökön kívül is léteznek más, a dolgozók részvételére építő, a munkakörülmények megváltoztatására irányuló egészségfejlesztő megközelítések. Ugyanakkor az egészség körök azok, amelyek sikeresen váltak kutatási projektből egy számos vállalat által rutinszerűen alkalmazott eljárássá.

3.10. A munkahelyi egészségfejlesztési programok gyakorlati problémái

A munkahelyi egészségfejlesztő programok – mind kutatási, mind gyakorlati céllal történő – bevezetésekor számolnunk kell néhány gyakran előforduló problémával. Ezek közül a két legjelentősebb a dolgozók ellenállása, valamint az alacsony részvételi arány. A fizikai dolgozók sokszor ellenállnak az egyénközpontú munkahelyi egészségfejlesztő programoknak, mert ez azt kíváná, hogy elismerjék felelősségüket saját egészségi állapotukért, holott ők megszokták, hogy a munkáltatójuk a felelős az egészségükért (vö. hagyományos egészség etika). (DeJoy, Southern, 1993). Az Egyesült Államokban – ahol a munkahelyi egészségfejlesztő programok a legelterjedtebbek – a részvételi arány általában csak kb. 20-40%-os, és éppen az egészségi szempontból legkockázatosabb csoportba tartozók azok, akik nem vesznek részt a programokon. Tervet kell kidolgozni a dolgozók motiválására – különös tekintettel a legveszélyeztetettebbekre -. A részvételre való motiválás hatékony módszere lehet az, ha a dolgozókat már a program megtervezésébe, kialakításába is bevonják, így ugyanis valóban magukénak érezhetik azt. (Sanders és Crowe, 1996).

4. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MAGYARORSZÁGON

Jelen alfejezetben áttekintem, összefoglalom a munkahelyi egészségfejlesztés jelenlegi európai és magyarországi helyzetét a jogszabályok, irányelvek, illetve az aktuális gyakorlat kivonatos bemutatásával.

4.1. Munkahelyi egészségfejlesztés Európában

4.1.1. Szabályok, irányelvek

A munkahelyi egészségfejlesztés szellemiségének, küldetésének jogi alapjai már az Európai Közösséget létrehozó ún. Amszterdami Szerződésben le lettek fektetve: a szerződés 152-ik cikkelye leszögezi, hogy minden európai közösségbeli eljárás, tevékenység, politika meghatározásánál és bevezetésénél biztosítani kell az emberi egészség megőrzésének magas szintjét. „... A Közösség fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat, a népegészségügyi helyzet javítására, az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberi egészséget fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. Az ilyen fellépés magában foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás előmozdítása által.”. A munkahelyi egészségvédelem és fejlesztés megjelenik az 1986-os Egységes Európai Okmányban: a 118/a cikkben foglaltak szerint a tagállamok különös figyelmet fordítanak arra, hogy javításokat ösztönözzenek különösen a munkakörnyezet tekintetében a munkavállalók egészségének és biztonságának védelme érdekében.

Levi (2000) összefoglalója szerint a munkahelyi egészségfejlesztés jelenlegi európai helyzetét jellemzi a növekvő tudatosság a munkahelyi stressz, és annak egészségkárosító hatásaival kapcsolatban. 1984-ben a WHO készített egy beszámolót, melyben feltárta a munkahelyi pszicho-szociális faktoroknak a dolgozók egészségére, jól-létére gyakorolt hatásait. A dokumentum arra is tett javaslatot, hogy milyen beavatkozásokat kell tenni vállalati, nemzeti és nemzetközi szinten. A javaslat szerint az egészségfejlesztő beavatkozásoknak magukban kell foglalniuk a munka-átszervezést, széleskörű szervezeti és ergonómiai méréseket, a dolgozók nagyobb mértékű részvételét, képzésekhez való hozzájárását lehetővé tévő szervezeti átalakításokat, valamint a megküzdésüket segítő programokat.

A munkahelyi egészségfejlesztés létjogosultságát az Európai Közösség 89/391/EEC számú keretutasítása alapozza meg. A keretutasítás leszögezi, hogy a munkáltatók feladata biztosítani a dolgozók egészségét, biztonságát. Ennek a feladatnak a megelőzés alábbi általános elvein kell alapulnia (idézi Levi, 2000):

- a kockázatok elkerülése,
- az el nem kerülhető kockázatok értékelése,
- a kockázatok leküzdése kialakulásukkor,
- a munkának az egyénhez való illesztése (a munkahelyek megfelelő kialakítása, a felszerelések és a munkamódszerek gondos kiválasztása, különös figyelmet szentelve a monoton, illetve előírt tempójú munka elkerülésére, illetve ezeknek az egészségre való hatásának csökkentésére),
- koherens, átfogó megelőzési politika kialakítása, amely foglalkozik a technológia kialakításával, a munkaszervezéssel, a munkakörülményekkel, a vállalaton belüli szociális kapcsolatokkal és a munkakörnyezethez kapcsolódó faktorokkal.

A rendelet hetedik cikkelye azt is rögzíti, hogy a munkáltatónak a prevenció feladatok ellátására ki kell jelölnie dolgozókat, vagy dolgozók egy csoportját. Ez a rendelkezés rokonítható a saját kutatásunkban alkalmazott egészségfejlesztő-fókuszcsoporthoz koncepciójával. Szintén ezzel a megközelítéssel hozható összefüggésbe a fenti rendelet 11-ik cikkelye, mely leszögezi, hogy a munkáltatóknak konzultálniuk kell a munkavállalókkal, vagy azok képviselőivel az egészségi kérdésekről, lehetővé kell tenniük a dolgozók számára, hogy javaslatokat is tehessenek az egészségi problémák megoldására, valamint megfelelő kiképzésben kell részesíteniük a dolgozók képviselőit e feladatuk ellátásához. Ez a keretutasítás tulajdonképpen előkészítette a talajt a hagyományos foglalkozás-egészségügyi szabályozás és gyakorlat átalakításához.

Az Európai Unió tagállamok 1997-ben elfogadtak egy nyilatkozatot a munkahelyi egészségfejlesztésről (Luxembourg Declaration). E nyilatkozat szerint az egészséges, motivált, jól képzett munkaerő alapvető az Európai Unió társadalmi, gazdasági jól-léte szempontjából. Éppen ezért kezdeményezték egy munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó európai hálózat megteremtését (Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata - European Network for Workplace Health Promotion). Ez az 1996-ban létrejött európai hálózat a tagállamok, az Európai Gazdasági Övezet tagállamainak, valamint a csatlakozásra váró országoknak a delegált szervezeteiből áll, amely szervezetek, mint nemzeti kapcsolattartó irodák működnek. (Galgóczy, 2004b). A hálózat célja a tagok közti információ- és tapasztalatcsere révén meghatározni és elterjeszteni a példás munkahelyi egészségfejlesztési programokat, beavatkozásokat. Ily módon kívánja az Unió bátorítani a tagállamokat, hogy kezeljék megfelelő súllyal a munkahelyi egészségfejlesztést.

A nyilatkozat szerint a munkahelyi egészségfejlesztés akkor tudja elérni az „egészséges emberek egészséges szervezetekben” megfogalmazású célt, ha az alábbi irányelvek szerint épül fel:

- Mindenki részt vesz benne.
- A munkahelyi egészségfejlesztést figyelembe veszik a fontos döntéseknél, a szervezet minden területén.
- Minden beavatkozás, program a következő szakaszokból áll: szükségletelemzés, a prioritások kijelölése, tervezés, kivitelezés, folyamatos ellenőrzés és értékelés.
- A munkahelyi egészségfejlesztés egyénre irányuló és a környezetre irányuló intézkedéseket, beavatkozásokat is tartalmaz. Ötvözi a kockázatcsökkentést (egészségvédelem) az egészségfejlesztéssel.

Az Európai Unió 25 tagállamának vezetői által aláírt Európai Alkotmány rendelkezik az emberi egészség védelméről, javításáról, a határokon áttérjedő egészségügyi veszélyek figyelemmel kíséréséről, valamint a közös biztonsági teendőikről (Európai Alkotmány 2004.).

4.1.2. Gyakorlat: Munkahelyi egészségfejlesztés Európa és a világ néhány országában

Nézzük meg most, hogy mennyire érvényesülnek a fenti irányelvek a munkahelyi egészségfejlesztés európai és amerikai gyakorlatában néhány ország példáján keresztül. A már idézett 1992-es, hét európai országra, 1451 vállalatra kiterjedő felmérés szerint (Wynne és Clarkin, 1992, idézi, Geurts és Gründemann, 1999) a megkérdezett vállalatok jelentős része foglalkozik a munkakörnyezetre irányuló megelőző beavatkozásokkal, elsősorban a fizikai stresszorok megelőzésével, de a pszicho-szociális stresszorok megelőzésével is foglalkozott a vállalatok közel fele. A megelőző programok bevezetésének legfőbb motiváló tényezői a vállalatvezetés számára az európai és nemzeti törvényeknek, szabályoknak való megfelelés voltak. Kompier és Cooper (1999b) összehasonlító tanulmányukban, a saját felmérésükben résztvevő európai országokat klaszterekbe sorolták aszerint, hogy mekkora hangsúlyt fektetnek a szabályozásban, a vállalati politikában és gyakorlatban a munkahelyi stresszre, és annak megelőzésére irányuló beavatkozásokra.

Az első – a munkahelyi stresszt és megelőzését kiemelt fontosságú tényezőként kezelő - csoportba olyan országok tartoznak, mint: Svédország, Finnország, Hollandia. *Svédországban* például az ún. Munkahelyi Környezet Törvény többek között leszögezi a következőket (Levi, 2000):

- A munkahelyi körülményeket az emberek eltérő fizikai és pszichológiai sajátosságaihoz kell adaptálni.

- Lehetővé kell tenni az alkalmazottak számára, hogy részt vehessenek saját munkafeltételeik, a munkájukban bekövetkezett változások kialakításában.
- A munka legyen változatos, az egyes részfeladatok alkossanak egy értelmes egészet, a munka adjon lehetőséget társas kapcsolatok építésére, együttműködésre, személyes és szakmai fejlődésre, önállóságra, szakmai felelősségvállalásra.

A svéd megközelítés a munkahelyi stresszorok – szervezeti, környezeti átalakításokkal történő – csökkentésén felül kifejezetten egészségfejlesztő munkahelyi faktorok megteremtését is szorgalmazza, például a szociális hálók, illetve a dolgozók megküzdési képességeinek fejlesztése révén, a hangsúlyt pedig egyértelműen a dolgozók egészségének védelmére, fejlesztésére szolgáló szervezeti átalakításokra helyezi (Theorell és Wahlstedt, 1999). Svédországban, a kilencvenes években elindult egy országos szintű kezdeményezés a munkahelyeknek, munkavégzésnek a fenti szempontok szerint történő átalakítására, a dolgozók egészségének és a vállalatok eredményességének fejlesztése céljából (Levi, 2000).

A második csoportba tartozó országokban (Belgium, Dánia, Egyesült Királyság, Németország és Írország) szintén fontos vállalati kérdésként ismerik fel a munkahelyi stresszt, de a beavatkozások zöme az egyénre és nem a szervezetre irányul, nem végeznek költséghatékonyság-elemzést, nemzeti szinten nem monitorozzák a stresszorokat. *Németországban* egy törvény révén a biztosítótársaságok kínálnak a dolgozóknak különféle megelőző programokat. Ezeknek a programoknak a többsége egyéni életmód-változtatásra fókuszált, de fokozatosan megjelentek az átfogóbb, hosszabb távú, a munkavégzés és a szervezet átalakítását hangsúlyozó programok is (Beermann et al, 1999). Utóbbi típusú programoknak egy népszerű elemét alkotják az ún. *egészség körök* (lásd fent). Felmérések szerint az ötszáz főnél többet foglalkoztató cégek egynegyede szervezett már egészség köröket Németországban (Aust és Ducki, 2004).

A harmadik csoportba tartozó országokban (Olaszország, Görögország és Portugália) a munkahelyi stresszt nem tekintik fontos vállalati problémának, alig zajlanak megelőző programok. *Görögországban* az egészség és biztonság kérdése gyakorlatilag teljesen hiányzik az emberi erőforrás-gazdálkodás területéről. Jellemző a veszélyes munkavégzés, a biztonsági előírások hiánya, illetve figyelmen kívül hagyása. A munkahelyi stresszkezelő, egészségfejlesztő programok még ezeknél is kisebb prioritást kapnak. Kevés, nem jól kidolgozott stresszkezelő program van ma Görögországban (Petsetaki, 1999).

4.2. Munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon

Mielőtt rátérnék a munkahelyi egészségfejlesztés hazai helyzetének vizsgálatára, röviden felvázolom, hogy mi jellemzi a hazai foglalkozás-egészségügy jogi kereteit, gyakorlati tevékenységeit, nehézségeit.

4.2.1. Foglalkozás-egészségügy

Magyarországon a hatályos törvények szerint az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés körülményeinek megvalósítása – a munkavállalók ez irányú felelősségével összhangban – a munkáltató kötelessége. E cél megvalósítása érdekében ún. *foglalkozás-egészségügyi szolgálatok* tevékenysége vehető és veendő igénybe. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknak két fontos tevékenységi körük van: a munkahigiéne és a szorosán vett foglalkozás-egészségügy. A *munkahigiéne* a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek és kockázatok felismerésével, értékelésével és kezelésével foglalkozik. A *foglalkozás-egészségügy* feladata pedig a munkakörnyezeti kóroki tényezők által okozott, illetve a munkavégzésből származó megterhelések, és az ezekből kialakuló igénybevétel vizsgálata és befolyásolása, továbbá a dolgozók egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése és elősegítése (Perlaky, 1999).

Hogyan, milyen körülmények között, milyen feltételek szerint működnek ezek a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok?

A törvény értelmében minden vállalatnak szerződést kell kötnie egy foglalkozás-egészségügyi szolgálattal. Sajnálatosan azonban a kvóta, amit a szervezetek a szolgálatoknak fizetnek, nem elég a törvény által előírt feladatokra, ezért a szolgálatok általában a minimum feladatokra (ezek leggyakrabban az alkalmasság-vizsgálatok) korlátozzák működésüket. Arra pedig, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok valódi megelőző, netalántán egészségfejlesztő tevékenységet végezzenek, végképp nem elegendő a törvényben rögzített fejkvóta (Perlaky, 1999).

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok felügyelete, ellenőrzése az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladata, azonban az ÁNTSZ megfelelő eszközök hiányában szigorú ellenőrzést nem tud végezni. Az ÁNTSZ törvényben meghatározott feladata a lakosság népegészségügyi helyzetének elemzése, s a különböző szintereken megjelenő befolyásoló tényezők, egészségkárosító kockázati tényezők feltárása. Ezek összegzése alapján egészségvédelmi programokat szervez, vezet, melyekkel segíti az állampolgárok egészséges életmódjának kialakítását. (1991. évi XI. trv., idézi Szatmári, 2005).

4.2.2. Munkahelyi egészségfejlesztés

Jogi szabályozás

A Magyar Köztársaság Alkotmánya leszögezi, hogy az országban élőknek joguk van a lehető legmagasabb szintű testi-lelki egészséghez, mely a munkavédelem, orvosi ellátás megszervezésével, testedzés biztosításával és a környezet védelmével valósul meg. (XII. fejezet, 70. D §, idézi Szatmári, 2005). Az Európai Közösség 89/391/EEC számú keretutasításával összhangban született meg az 1993. évi XCIII. Munkavédelmi Törvény. Ez a jogszabály kitér a munkahelyek szerepére az egészség megőrzésében, és többek között leszögezi, hogy a munkáltató köteles figyelembe venni az emberi tényezőt a munkahely kialakításánál, a munkaeszközök és a munkafolyamat megválasztásánál, különös tekintettel az egyhangú, vagy monoton munkavégzés időtartamának csökkentésére.

A munkahelyi egészségfejlesztés lehetőségeit megalapozó jogszabályok tehát vannak, ugyanakkor azok betartása a magyarországi munkavállalók többségét foglalkoztató kis- és középvállalkozásokban egyáltalán nem valósul meg (Kapás, 2006b).

Kormányzati szintű intézkedések

Magyarországon a fenti törvények szellemében országos szintű megelőző programok indultak az elmúlt években. Így például 2003-ban a Magyar Kormány aláírta a WHO Dohányzásellenőrzési Keretegyezményét, melynek célja, hogy világméretű beavatkozással minimális szintre csökkentse a dohányzást (2005. évi III. trv., idézi Szatmári, 2005). 2006. januárjában indult a Kormány rákellenes stratégiája, melynek végső célja, hogy 2010-ig 10%-kal csökkenjen a rákos megbetegedésben elhunytak száma.

2003-ban az országgyűlés elfogadta a Nemzeti Népegészségügyi Programot (Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja) (Gábor és Kiss, 2005). Ennek egyik alappillére az egyének, csoportok, intézmények és közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében. A tízéves program további fő értékei: az egészség, mint alapvető emberi jog, valamint az egyenlőtlenségek csökkentése és a szolidaritás.

A program komponensei közül kiemelkedően fontosak a színtér programok, melyek az élet azon közösségi színtereinek (pl. iskola, munkahely, település) egészségesebbé tételét szolgálják, ahol az emberek idejük nagy részét töltik (Gábor és Kiss, 2005). A program célja, hogy a magyarországi munkahelyek a kötelező munkaegészségügyi intézkedéseken túlmenően dolgozók és azok családtagjainak egészségfejlesztésére is helyezzenek kiemelkedő hangsúlyt. A program ezen belül célul tűzi ki, hogy az Egészséges

Munkahelyekért mozgalom szélesedjen ki, kormányzati, ön-kormányzati munkáltatók is lépjenek be az egészséges munkahelyek körébe, illetve, hogy a munkahelyi önkéntes kölcsönös egészségpénztárak kiemelt partnerként jelenjenek meg a munkahelyi egészségfejlesztésben (Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja). Ugyanakkor a program forrásigénye nem lett kimunkálva, így kérdéssé vált, hogy elérhetőek lesznek-e a kitűzött célok (Kapás, 2006b).

Az egészségfejlesztéssel összefüggésben további állami, kormányzati szintű intézkedés, hogy az Egészségügyi és a Munkaügyi Minisztérium minden évben kiírja a "Munkahelyi egészségfejlesztési programok" pályázatát, melynek keretein belül egyrészt odaítélik egy, illetve több vállalatnak az Egészségbarát Munkahely címet, illetve pályázni lehet (évente összesen csupán 17 millió forint erejéig!) munkahelyi egészségfejlesztő programok finanszírozására.

A munkahelyi egészségfejlesztés szemlélete a társadalomban

A lakosság indokolatlanul rossz egészségi állapotát jelző egészségi mutatók, a rossz egészségi szokások, a környezettudatosság elmaradottsága, a vadkapitalista szemlélet a munkaerő kihasználásában mind azt jelzik, hogy a magyar lakosság "nincs kellően tisztában azzal, hogy van egy *értéke, egy tulajdona, az egészsége*" (Simon, 2006, 2. o.). Különböző felmérések szerint a magyar emberek kívánságai között az egészség az elsők között szerepel, de tenni érte nem nagyon tesznek. "Minden egészségfejlesztési aktivitás megbukik, ha olyan embereket akar célba venni, életmód-változtatásba bevonni, akik nem ismerik, nem élik meg tulajdonosi szemlélettel egészségük értékét." (Simon, 2006, 2. o.).

Kié a felelősség a munkavállalók egészségi állapotával kapcsolatban? Jogszabály szerint a munkáltatóé. Tagadhatatlan ugyanakkor a társadalom felelőssége is, hiszen a dolgozók rossz egészségi állapota társadalmi, makrogazdasági szinten is komoly következményekhez vezet: Az egészség hiánya, mint anyagi kár az állam szintjén megjelenik az elmaradt haszon miatt csökkent GDP-ben, a társadalombiztosítási költségekben. Éppen ezért „... a lakosság egészségi állapotának és jóllétének javítása a gazdasági és társadalmi fejlődés előfeltétele és célja is egyben...”(Gábor és Kiss, 2005, 3.o.). A WHO 2001-ben készített elemzése szerint az egészség fejlesztése érdekében alkalmazott hatékony beruházásoknak gyorsító, továbbgyűrűző hatásuk van a gazdasági növekedésre és gazdasági fejlődésre (Gábor és Kiss, 2005).

Az egészség hiánya, mint anyagi kár a társadalom többi szintjén is jelentkezik: a vállalatok, vállalkozások szintjén az elmaradt haszonban, a büntetések, helyettesítés

költségeiben, a rossz hírnév piaci veszélyében, illetve az egyének szintjén a kiesett jövedelmekben, vagy akár az állás elvesztésében. Mindebből következik a vállalatok, illetve az egyének felelőssége a dolgozók egészségi állapotáért. A vállalatok számára az egészség a hatékonyság egyik eleme, a humán tőke megtérülésének egyik feltétele, a munkavállaló elégedettségének mozzanata, imázs javító tényező, az egészség hiánya pedig költség elem. A munkáltató egészségmagatartását befolyásolja a piaci helyzete, a rövid-, közép- és hosszú távú jövőképe, illetve ennek hiánya (például, ha a pusztta túlélésért küzd, vagy kényszervállalkozásról van szó), a szervezeti kultúra, valamint az egészséggel kapcsolatos ismeretek megléte, vagy hiánya. (Kapás, 2006a). A magyarországi vállalatok többségét alkotó kis- és középvállalatokban, melyek igen gyakran a túlélésért küzdenek, nem terveznek hosszútávra, ott nem érték az ember, így a dolgozók egészségének megőrzésével sem foglalkoznak, sőt az alapvető munkabiztonsági feltételeket sem teljesítik. Ugyanakkor a munkavállaló egyének sem tudnak, vagy nem mernek kiállni a saját érdekeikért: Magyarországon nagyon ritka a munkahelyi egészségkárosítással kapcsolatos perek száma. Igazi áttörésre a vállalatvezetés hozzáállásában pedig addig nem lehet számítani, amíg senki sem kéri számon rajtuk az előírások, jogszabályok betartását. (Kapás, 2006b).

Munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetek

Magyarország már az Európai Unió tagja előtt, 1999-től tagja volt a *Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának*, így megismerhette az egyes európai országok munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatát, szemléletét, problémáit, valamint részt vett a hatékonysági irányelvek kidolgozásában (Galgóczy, 2004a).

Az Országos Egészségfejlesztési Központban (elődje a NEFI) törekszenek a munkahelyi egészségfejlesztési kezdeményezések összefogására, koordinálására. Ennek jeleként 1997-ben létrejött az „*Egészségesebb Munkahelyekért*” Egyesület, amely olyan tagszervezeteket (magyarországi vállalatokat) tömörít, ahol érdeklődés van valamilyen munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység iránt. Az egyesületnek jelenleg több mint hetven tagja van. Az egyesület célja kialakítani a munkavállalók, munkaadók és szakmai specialisták kapcsolatrendszerét a munkahelyek egészségesebbé tétele érdekében (Kapás, 2004 és 2006), valamint koordinálni, segíteni az egészség fejlesztését célzó, akár a munkáltatói, akár a munkavállalói oldalról érkező erőfeszítéseket (Galgóczy, 1999).

Az egészséges munkahelyek teremtését elősegítendő céllal jött létre az Amerikai Kereskedelmi Kamara *Egészséges Munkahely Programja* is (Healthy Workplace Program) melyhez mostanáig 56 szervezet csatlakozott. A programban részt vevő vállalatok dolgozói

különböző szolgáltatásokat (szűrővizsgálatok, ingyenes látásvizsgálat) vehetnek igénybe, valamint minden évben egy bizottság kiosztja az év egészséges munkahelyének járó díjat. A programhoz való csatlakozás feltételei nem túlságosan szigorúak: a hatályos foglalkozás-egészségügyi törvények betartásán túl, egy-két egyéni egészségfejlesztő akcióban való részvételt (pl. szűrővizsgálatok, védőoltás) írják elő.

Egészségfejlesztés a magyarországi vállalatoknál

Ott a legjobb az esély az egészség segítésére, ahol ez egybeesik a gazdasági érdekekkel (Makara, 2005).

Az egészségfejlesztő tevékenységek a magyarországi vállalatoknál ma még leginkább egy-egy egészségi részproblémára irányulnak, nem kezelik komplexen a kérdést. Van azonban néhány olyan – elsősorban nagy – vállalat, ahol a több problémára fókuszáló egyéni egészségfejlesztés mellett ergonómiai szempontokat figyelembe vevő munkakörnyezeti átalakítás is folyik. Ilyen például a Dunaferri Rt., a székesfehérvári Alcoa-Köfém, a szintén fehérvári Visteon Hungary Kft., a pécsi Elcotec Magyarország Kft., az Ericson Magyarország Kft. (Szatmári, 2005).

A munkahelyi egészségfejlesztő programok nagyobb arányú elterjedését segíthetné egy megfelelően kialakított adópolitika, ösztönzőrendszer, amelynek kereteiben például az adott helyi önkormányzat elengedhetné a munkahelyi egészségfejlesztő programokat nyújtó vállalatok helyi iparüzési adójának egy részét, illetve az állam felmentést adhatna részben vagy egészben az egészségügyi járulék fizetése alól (Kapás, 2006b).

Egészségpénztárak

Magyarországon a törvényi keret – adókedvezményekkel – alkalmas arra, hogy a munkaadók az *egészségpénztárak* útján gondoskodjanak dolgozóik jobb egészségi állapotáról, életminőségéről. Az egészségpénztárak a munkahelyeken keresztül elérik a még nem beteg, de nagy kockázatnak kitett személyeket, és kortól, egészségi állapottól függő egyéni programot ajánlanak. Piackutatások szerint az emberek komoly összegeket hajlandóak áldozni biztonságukért, többlétszolgáltatásokért. (Skrabski, 2004). Az egészségpénztárak kiegészítik a TB által nyújtott szolgáltatásokat, a megelőzés áll a működésük középpontjában, illetve mivel valódi “vásárlókat” jelenítenek meg, a minőség irányába kényszerítik a szolgáltatókat (Kapás, 2006a).

Ugyanakkor, ha megnézzük, hogy mire költik általában a pénztárhoz az egyéni számlájukon levő pénzt, látjuk, hogy nem elsősorban megelőző, egészségfejlesztő, hanem készpénz-helyettesítő szolgáltatásokra (például gyógyszerek árkiegészítése) (Matolay, 1998).

Képzés

Az egészségfejlesztés szellemiségének fokozatos elterjedésének jeleként Szegeden a Juhász Gyula Tanárképző Főiskolán beindult egy Egészségfejlesztő Mentálhigiénés posztgraduális képzés. A képzés célja, hogy a résztvevők a saját munkaterületükön hozzájáruljanak az egészség- és mentálhigiénés kultúra kialakításához, szükség esetén korrekációjához preventív módszerek birtokában. Egy másik, szintén az egészségfejlesztéssel foglalkozó, a közelmúltban indult képzés a szombathelyi Berzsényi Dániel Főiskola Testnevelési és Művészeti Karának Egészségtudományi Tanszékén, három féléven át zajló munkahelyi egészségfejlesztési szakirány. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán 1996 óta kétéves egészségfejlesztés posztgraduális képzés folyik (Népegészségügyi szakirányú továbbképzéseken belül egészségfejlesztés szak).

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy az utóbbi években, hazánkban is megjelent a törekvés a munkahelyi egészségfejlesztés szemléletének és gyakorlatának meghonosítására, elterjesztésére. A jelenleg futó programok azonban általában – kevés kivételtől eltekintve - nem elégítik ki maradéktalanul a munkahelyi egészségfejlesztéssel szemben állított követelményeket: csak egy-két részproblémával foglalkoznak, nem terjednek ki a teljes dolgozói állományra, illetve nem foglalnak magukban szervezeti fókuszú átalakításokat. Egy, a Dunaferr-nél végzett vizsgálat (Kapás-Kaprielan, 1997) szerint 1996-ban a Dunaferrnek a beteg dolgozói után mintegy 340 millió Ft táppénzt kellett kifizetnie, a helyettesítés költségeivel együtt ez 1 milliárd forint kiesést jelentett a vállalatnak. Jelentékeny mértékű lenne tehát a megtakarítás, amit a vállalatok, és a nemzetgazdálkodás megfelelő munkahelyi megelőző programok alkalmazásával elérhetne. Ahhoz azonban, hogy ezek a programok széles körben elterjedjenek, szemléletváltásra van szükség mind az egyének, mind a szervezetek részéről. A programok általános alkalmazásához szükséges az egészség értékékként való elfogadása, a munkaerővel való hosszú távú tervezés, az anyagi nehézségekkel küzdő kis- és középvállalkozások megfelelő támogatása, a törvényi rendelkezések következetes betartatása, ellenőrzése, valamint nem utolsósorban az egészségfejlesztés szemléletének, módszereinek és hatékonyságának a vállalatvezetőkkel való megismertetése megfelelően

kontrollált munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó kutatások, hatásvizsgálatok elvégzése révén. Ehhez kíván hozzájárulni a saját kutatásom is.

5. ÖSSZEFOGLALÁS

A munkahelyi egészségfejlesztés egy olyan eljárás, melynek célja a dolgozók egészségének, életminőségének fejlesztése, de a hagyományos orvoslástól eltérően ezt az egészség feletti kontrollnak és felelősségnek az egyének kezébe helyezésével éri el. Ebben a fejezetben foglalkoztam az egészség, egészségviselkedés, egészségattribúció fogalmakkal. Kitértem a szociális támogatásra, s ezen belül elsősorban a kollektív megküzdésre, mely többek szerint a munkahelyi stressz mellett a legfontosabb munkahelyi pszichoszociális tényező, és mint ilyen, az egészségfejlesztő programok célpontja lehet. A fejezetben bemutattam a munkahelyi egészségfejlesztés különböző megközelítéseit, és módszereit. A fejezet végén a munkahelyi egészségfejlesztés magyarországi helyzetét a jogszabályokkal, illetve néhány nemzetközi példával összevetve elemeztem.

II. RÉSZ: A STRESSZRŐL ÉS AZ EGÉSZSÉGRŐL ALKOTOTT KÖZNAPI FELFOGÁSOK

A disszertáció második fejezetében az egészségfejlesztő kutatást előkészítő, a stresszről és az egészségről, illetve ezek kapcsolatáról alkotott laikus nézetekkel foglalkozó vizsgálatról számolok be. A vizsgálat célja volt felmérni, hogy minek tulajdonítják ma a köznap emberek a jó egészségi állapotot, és az attribúciójuk összhangban van-e az általuk gyakorolt viselkedéssel.

A jelen kutatásnak az elsődleges jelentősége az egészségfejlesztő beavatkozások, egészségnevelő kampányok megtervezésében lehet majd. A beavatkozások, ismeretközlések megtervezéséhez célszerű ugyanis ismerni a résztvevők előzetes elképzeléseit, hiedelmeit, hogy az új ismereteket ezekhez kapcsolhassuk, vagy ezekkel állíthassuk szembe.

1. MÓDSZER

1.1 Vizsgálati személyek

A laikus nézetekre vonatkozó kutatás több vizsgálatában összesen (az elővizsgálatot nem számítva, erről lásd alább) 528 felnőtt, dolgozó személy vett részt. A kutatás egyes szakaszaiban az alkalmazott módszerek is némileg eltérőek voltak. (lásd az 1. Táblázatot). A disszertáció jelen fejezetében csupán az azonos módszerekkel vizsgált 420 fő adatainak felhasználásával végzett vizsgálatot (II-III. szakasz, ld. 2. Táblázat) ismertetem. (Az Eszközök fejezetben a kutatásban használt kérdőívek alakításának folyamatát bemutatva utalok a többi vizsgálati szakaszban történetekre).

Az alábbiakban részletesen ismertetett vizsgálatban szereplő 420 főnek az alábbi demográfiai jellemzőit vizsgáltam: nem, életkor, foglalkozás, végzettség, foglalkozási ágazat, beosztás (vezető vagy beosztott). A kérdőíveket kitöltők 79,8%-a nő volt. A vizsgálatban részt vevők átlagéletkora 32,5 év volt (19-65). Alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezett a személyek 2,2 százaléka, középfokúval 80,6%, felsőfokúval 17,3% (lásd 14. Táblázat). A vizsgált populáció több részmintából tevődött össze: a mintában szerepeltek több budapesti nagyvállalat dolgozói a közlekedés, a pénzügy és a szolgáltatás (ezen belül kiemelten a telekommunikáció területéről (365 fő), valamint szakmai továbbképzésekben résztvevők. A mintavétel nem random módon történt: a telekommunikációs vállalatnál adott szervezeti egységek (telefonos ügyfélszolgálat két helyszínen) szinte minden dolgozója (84 %) kitöltötte

a kérdőívet. (A minta e része azonos az egészségfejlesztő kutatásban használt mintával). A többi vállalat dolgozói közül a Műszaki Egyetemen tartott szakmai továbbképzésen résztvevők, illetve a vizsgálatvezető számára elérhető egységekben dolgozók vettek részt a vizsgálatban. A vizsgálati személyek által képviselt főbb gazdasági ágazatok a következők: telekommunikáció (88%), egyéb szolgáltatás (5,1%), közlekedés (6,3%). A kutatásban szereplők 5,1%-a vezetőként dolgozott.

1.2 Eljárás

A vizsgálat kérdőíves módszerrel történt. Kérdőívvel vizsgáltam a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézeteket, attribúciókat, a munkahelyi stresszt és a szubjektív egészségi állapotot. A válaszolókat munkahelyükön, illetve több esetben a szakmai továbbképzésük helyszínén kerestem fel, és kértem meg a vizsgálatban való részvételre. A kérdőívek kitöltése az esetek többségében a helyszínen történt. 365 fő esetében a kérdőívek kitöltése nem papíron, hanem számítógépen, az Intranetes hálózaton zajlott. A kérdőívek névtelenek voltak.

A vizsgálati személyek egyidejűleg töltötték ki a munkahelyi stressz kérdőívet, a stressz és az egészség attribúciójával foglalkozó kérdőívet, és válaszoltak a demográfiai kérdésekre. A kérdőívet Intraneten kitöltők a fentiekén kívül egy másik vizsgálatához tartozó kérdésekre is válaszoltak (lásd alább az Eszközök résznél). E kérdésekre adott válaszok feldolgozásával a disszertáció III. fejezete foglalkozik.

A stresszről és az egészségről alkotott laikus nézetekre vonatkozó vizsgálatok 2000 és 2003 között zajlottak.

1.3 Eszközök

Ebben az alfejezetben ismertetem a teljes kutatás egyes szakaszaiban használt kérdőíveket azzal a céllal, hogy bemutassam a végleges – utolsó szakaszban használt – kérdőívek kialakításának folyamatát. Bár a fejezetben bemutatott vizsgálatban mind a munkahelyi stresszel, mind a stressz és egészség attribúciójával foglalkozó kérdőívnek csak a legvégső változatát használtam, fontosnak tartom bemutatni a kérdőívek kialakításának folyamatát is. A kutatás egyes szakaszaiban használt módszereket és az egyes szakaszokban résztvevők számát áttekintően a 2. Táblázat mutatja be.

	Elővizsgálat	I. szakasz	II. szakasz	III. szakasz
Részvevők száma	46	88	55+20	365
Attribúciós kérdőív	Nyílt végű	Nyílt végű	Zárt végű súlyozással, ill. a nélkül (20 fő)	Zárt végű súlyozással
Kérdőív mellékletben	1. melléklet	2. melléklet	3, 4. melléklet	4. melléklet
Stressz kérdőív	14 tételes (1. melléklet)	16 és 26 tételes (5, 6. melléklet)	26 tételes (6, 7. melléklet)	26 tételes (7. melléklet)

2. Táblázat: Az attribúciós kutatás szakaszai és módszerei

Kérdőív a stresszről és az egészségről alkotott köznap elképzelésekről

A kutatás *első szakaszában* nyílt végű kérdőívvel vizsgáltam a stresszről és az egészségről alkotott köznap elképzeléseket. (A nyílt végű kérdésekből álló kérdőív megtalálható a 2. *Mellékletben*).

A nyílt végű kérdésekkel csökkenthető az a torzító hatás, ami a vizsgálatvezető saját egészség- és betegségfelfogásának a felkínált válaszlehetőségekben való megjelenéséből eredhetne. A laikus elméletek kutatásának Furnham (1988) szerint is a leggyakoribb, és mindmáig a legjobb módszere a vizsgálati személyek önbeszámolóján alapul. A tulajdonképpeni kutatás megkezdését megelőzte egy, a témában 46 egyetemi hallgatóval általam végzett elővizsgálat.

Az *elővizsgálatban* használt kérdőív főbb részei a következők voltak (az elővizsgálatban használt kérdőív megtalálható az 1. *Mellékletben*):

- A stressz laikus felfogásának vizsgálata: mit jelent a stressz a kitöltő számára, egy konkrét stresszhelyzet leírása okokkal, megküzdéssel együtt, leggyakoribb stresszorok felsorolása, a stresszre adott fiziológiai reakciók, a stressz leküzdése, megelőzése, a hosszú ideig fennálló stressz következményeiről alkotott elképzelés, kit tesz felelőssé a munkahelyi stresszért, mennyire tartja stresszkeltőnek a foglalkozását.
- Gyakori tünetekre adott oki attribúciók: a kérdőívben olyan tüneteket soroltam fel, amelyeket az irodalom alapján összefüggésbe lehet hozni a stresszel (a tünetek kiválasztása a „Jobb egészséget a nőknek” program kérdőíve (Kopp és munkatársai, 1999), és Larsen és Kasimatis, 1991 alapján történt). A vizsgálati személyeknek be kellett jelölniük, hogy mely tünetek szoktak előfordulni náluk,

megfigyeléseik szerint mikor jelentkeznek ezek a tünetek, milyen okok váltják ki megjelenésüket, s mit tesznek a leküzdésükre.

- Jól ismert, súlyos, krónikus betegségekre adott oki attribúciók (betegségek kiválasztása a „Jobb egészséget a nőknek” program kérdőíve (Kopp és munkatársai, 1999) alapján történt).
- A jó egészségi állapot attribúciója.

Önbeszámoló az egészségvédő viselkedésekről.

Az elővizsgálatban a kérdésekre adott válaszokat tartalomelemzésnek vettem alá, válaszkategóriákat alakítottam ki. A tartalomelemzés kézzel történt, a kategóriák kialakítása és elnevezése tapasztalati alapon zajlott: nem voltak előzetes kategóriáim, az előforduló válaszokat próbáltam jelentésük alapján csoportosítani, és a bennük lévő közös elemeket leginkább megragadva elnevezni. Ezután felmértem az egyes kategóriák gyakorisági eloszlását, a válaszok összefüggéseit. Az elővizsgálat eredményeinek elemzése nyomán alakítottam ki a kutatás első szakaszában használt nyílt végű kérdőívet. Ez a kérdőív megtalálható a 2. *Mellékletben*.

A kutatás *első szakaszában* használt kérdőívben kibővíttem az egészség attribúciójára vonatkozó kérdéscsoportot, valamint elhagytam – az előbbihez képest jóval gyakrabban vizsgált – krónikus betegségekre, illetve gyakori tünetekre adott attribúciókat vizsgáló kérdéseket, valamint nem szerepeltek a tünetek kezelésére vonatkozó kérdések, illetve a konkrét stressz-epizód leírására és a stresszkeltő helyzetek közös jellemzőire vonatkozó kérdések. Az így kialakított nyílt végű kérdőívre 88 személy által adott válaszokat tartalomelemzésnek vetettük alá két független bíráló bevonásával. Ebben a szakaszban a válaszadók MBA hallgatók, szakoktató és közoktatási vezető képzés résztvevői, valamint a Hídépítő Vállalat dolgozói közül kerültek ki. Demográfiai mutatók szerinti eloszlásuk: 67% nő, 40% vezető, 60% beosztott, középfokú végzettség 28%, felsőfokú 72%. 45%-uk az oktatás területén dolgozik, 27,5% ipar, 27,5% szolgáltatási szférában. Az átlagéletkor 35,48 (sz: 9,014, 20-54). A tartalomelemzéshez kiindulópontul az elővizsgálatban talált kategóriák szolgáltak, amelyeket szükség esetén új kategóriákkal egészítettek ki az elemzők. Az elemzésben csak a mindkét elemző által megjelölt kategóriákat használtam. Hetvenegy kérdőívet értékelt mindkét bíráló. A tartalomelemzés során a két bíráló véleménye meglehetősen jól egybevágtott. Az ítéletek egyezőségét Kappa mutatóval vizsgáltam. A Kappa mutatók eloszlását az elemzett válaszok százalékában az alábbi táblázat mutatja be. A Kappa mutató (Király, 2007) szerint 0,4-ig gyenge, 0,4 és 0,6 között közepes, 0,6 és 0,8 között jó, 0,8 fölött kiválónak tekinthető.

Kappa mutató	Válaszok százaléka
0-0,4	8 %
0,4-0,6	13 %
0,6-0,8	33 %
0,8 fölött	45%

3. Táblázat: A két bíráló véleményének egyezősége a Kappa mutató alapján

A két bíráló véleményének egyezőségét tekintve gyenge válaszok többnyire az egyéb kategóriába estek, illetve olyan kategóriák voltak, amelyeket nagyon ritkán adtak a bírálók.

A tartalomelemzés során talált kategóriákat, például a mögöttük húzódó tartalmakra, a 8. *Melléklet* tartalmazza. A tartalomelemzés kézzel történt. A kategóriák kialakítása és elnevezése tapasztalati alapon történt: az elővizsgálatban kialakított kategóriákba nem besorolható válaszokat próbáltam jelentésük alapján csoportosítani, és a bennük lévő közös elemeket leginkább megragadva elnevezni.

A válaszok elemzése révén létrejött kategóriák alapján szerkesztettem meg a *zárt végű* kérdőívet, melyet a vizsgálat *második szakaszában* használtam. A zárt végű kérdőív kérdései megegyeztek a nyílt végűével. Az egyes kérdésekre adható válaszokat az első szakaszban, illetve a fent említett elővizsgálatban megjelölt kategóriák alapján alakítottam ki. Minden kategóriát legalább egy, de szükség szerint több válaszlehetőség is képviselt. (A zártvégű kérdőív két változatát a 3. és 4. *Melléklet* tartalmazza). A zárt végű kérdőív második, végleges változatának kitöltésekor a vizsgálati személyektől azt kértük, hogy minden egyes kérdés esetében 100 pontot osszanak fel a megadott válaszlehetőségek között. Ily módon a válaszok súlyozhatóak voltak, és kivédhető volt, hogy a kitöltő minden lehetséges válaszlehetőséget bejelöljön. Ezt a zártvégű kérdőívet 420 személy töltötte ki, további 20 fő ugyanezt a kérdőívet töltötte ki súlyozás nélkül.

Munkahelyi stressz kérdőív

A munkahelyi stresszt vizsgáló kérdőív kialakítása is egy többlépcsős folyamatban zajlott. A kérdőív első formájában tizenegy, majd tizenhat, a végső formájában huszonhat tétellel vizsgálta a munkahelyi stresszt. A kérdőív a munkahelyi stressz-kutatások által

stresszorként leggyakrabban leírt munkahelyi tényezőket tartalmazta (Kahn és Byosiere, 1992; Siegrist, 1996; deJonge et al., 1999 alapján). A munkahelyi stresszorok listájának összeállításához a legfontosabb munkahelyi stressz-elméleteket használtam fel: a Karasek féle Megterhelés-Kontroll-Szociális támogatás modellt (Karasek és Theorell, 1990), a Michigan-i Személy-Környezet Illeszkedés modellt (Harrison, 1978), és a Siegriest féle Erőfeszítés és Jutalom Egyensúlya modellt (Siegrist, 1996). A kérdőívben kérdések szerepeltek az ezen elméletek által fontos munkahelyi stresszornak tekintett tényezőkre. Ezt a listát kiegészítettem olyan jelentős munkahelyi stresszorokra vonatkozó kérdésekkel, mint a fizikai környezet, a kedvezőtlen munkafeltételek (műszakozás, monotonía), a munkatársakkal, felettessel való rossz kapcsolat, szerep kétértelműség, szerep konfliktus, túl sok, vagy túl kevés felelősség más dolgozókért, az állás bizonytalansága. A felsorolt munkahelyi stresszorokról kellett a vizsgálati személyeknek eldönteniük egy-egy 6 fokú skálán, hogy mennyire jellemzőek az ő munkahelyükre, és hogy mekkora stresszt okoznak nekik. A kérdőív alapján az alábbi mutatók voltak kiszámíthatóak: stresszorok összesített gyakorisága, az összesített stresszkeltő jelleg (összpontszám).

A munkahelyi stressz kérdőív az elemzések alapján kellően megbízhatónak mutatkozott: A Cronbach alfa értéke 0,92 volt. A korrigált item-totál korrelációk 0,37 és 0,68 közötti értékeket vettek fel. (lásd a *12. Mellékletben*).

A kritérium érvényesség vizsgálatához a kérdőív kialakításának első fázisaiban korreláltattam a korábbi változatokkal kapott összpontszámot a Cooper-féle OSI 2. (Occupational Stress Indicator, Cooper és Williams, 1996) munkahelyi stressz kérdőív megfelelő alskálájának (a munkából adódó terhelésforrások (kényszerítés, nyomás) skálája) összpontszámával. A kutatás első szakaszában a saját stresszkérdőívem első (tizenhat tétéles) és második (26 tétéles, egy skálás) változatával összesen negyvenegy (tizenkettő és huszonkilenc) fővel végeztem az elemzést. Az OSI 2. a kérdőívem első változatával magasan korrelált: A Pearson-féle korrelációs együttható (a változók normális eloszlásúak) értéke 0,761 volt, mely 5%-os szinten szignifikáns. A kérdőívem második változatával azonban már nem volt szignifikáns az OSI 2. korrelációja. Ennek oka valószínűleg a két kérdőív jelentősen eltérő szerkezetében van, hiszen maguk a tétélek a két változat esetében jelentős részben (60%-ban) azonosak. A kérdőív végső formájában szerkezetét tekintve inkább az első változattal rokon, ami valószínűsíti az OSI 2.-vel való korrelációt, de ezt ebben a szakaszban már közvetlenül nem vizsgáltam. (Az OSI 2. kérdőívet magyarrá Dr. Dienes Erzsébet és Dr. Simon Péter adaptálta, akiktől engedélyt kaptam a kérdőív szigorúan csak kutatásban való

felhasználására. Mivel az engedélyezés során kikötötték, hogy a kérdőívvel kapott adatokat publikációban nem ismertethetem, ezért volt szükség saját kérdőív kialakítására).

A kérdőív továbbá tartalmazott kérdéseket arra vonatkozóan, hogy a személy általában mennyire érzi stresszkeltőnek a munkáját, és összességében jelenleg mekkora stresszt él át az életében (5 fokú skálán).

A telekommunikációs vállalatnál dolgozó 365 fős részmintát a következő fejezetben ismertető munkahelyi egészségfejlesztő kutatásnak is mintáját képezte, így az általuk kitöltött kérdőív a stressz és egészség attribúción kívül több más területet is vizsgált. Jelen fejezetben csak az attribúcióra, valamint a munkahelyi stresszre vonatkozó eredményeiket dolgozom fel. A további eredményeket a következő fejezet mutatja be.

1.4 Elemzés

Az eredmények statisztikai elemzése során három fő kérdéscsoportot vizsgáltam. Vizsgáltam először is az egyes kategóriák egymáshoz viszonyított rangsorát. A kategóriák átlagpontszámainak elemzése ad ugyanis választ azokra a kérdésekre, hogy mit jelent ma az emberek számára a stressz, az egészség, véleményük szerint mi okozza, illetve segíti elő egyiket, másikat. Azoknál a kérdéseknél, ahol egy kategóriát több válaszlehetőség is képviselt, kategóriaátlagokat számoltam. A változók számának csökkentése érdekében faktoranalízist végeztem külön-külön az egyes kérdésekre, illetve az összes stresszel foglalkozó és az összes egészséggel foglalkozó kérdésre. A kapott faktorokat – ahol lehetséges volt - összevettem a korábbi kutatásokban kialakult struktúrákkal.

Az elemzések másik csoportja arra irányult, hogy feltárja, az aktuálisan átélt (munkahelyi és egyéb) stressznek, a szubjektív egészségi állapotnak, és az egyén élethelyzetét befolyásoló illetve tükröző demográfiai változóknak (nem, végzettség, beosztás) milyen hatásuk van a stresszről és az egészségről alkotott elképzelésekre.

Az elemzések harmadik csoportja a stresszel és az egészséggel kapcsolatos kogníciók, vélekedések belső összefüggéseinek vizsgálatával foglalkozott. Az összefüggéseket a kérdőív összes kategóriáján együtt végzett faktoranalízis segítségével próbáltam meg felderíteni.

A statisztikai elemzéseket az SPSS 11.0. programmal végeztem el.

1.5 Hipotézisek

A stresszről és az egészségről alkotott laikus nézetek elemei

1. Az egészségről és a betegségről alkotott nézetek belső struktúráját faktoranalízissel vizsgálom. Vizsgálni kívánom, hogy a kapott faktorstruktúra mennyire feleltethető meg az egészségről alkotott nézetek esetében d’Houtaud és Field (1984), valamint Pierret (1995) más módszerrel kapott dimenzióinak, illetve a stresszre vonatkozó nézetek esetében Furnham (1997) faktorainak. Feltételezem, hogy egy világos, értelmezhető faktorstruktúra fog kialakulni minden kérdés, illetve a kérdőív két fő része esetén (stressz és egészség nézetek)
2. A kitöltő által gyakorolt egészségviselkedésekre vonatkozó kérdés – az általános egészség attribúciós kérdésnél – erőteljesebben hozza elő a valódi személyes hiedelmeket, s kevésbé a köztudatban uralkodó nézeteket. Így azt várom, hogy az egészségviselkedésekre vonatkozó kérdésre kisebb gyakorisággal fognak a vizsgálati személyek az egyén felelősségét feltételező – a modern egészségnevelési elveket tükröző – választ adni, mint az egészségattribúciós kérdésre. Ez megfeleltethető lenne Blaxter (1997) eredményének, mely szerint a vizsgálati személyek a saját egészségi állapotra vonatkozó kérdésnél ritkábban hozták fel a viselkedéses okokat, mint az általában az egészségre vonatkozó absztrakt kérdésnél.

Demográfiai mutatók szerinti eltérések, az aktuálisan átélt stressz és egészségi állapot szerepe

3. A demográfiai változók (kor, nem, iskolai végzettség) valamint az aktuálisan átélt stressz és az egészségi állapot szignifikáns előrejelzői lesznek a stressz és egészség faktoroknak.
4. Feltételezem, hogy az iskolai végzettség – úgyis, mint a szociális-ökonómiai státusz mutatója - összefügg a stressz és az egészség meghatározásával, az egészség attribúciójával, és a gyakorolt egészségviselkedésekkel. Az eltérések oka a modern egészségnevelési elvek eltérő ismerete a különböző társadalmi rétegekben. (Ennek megfelelőjét a betegségmagyarázatoknál lásd Szántó – Susánszky (2006), valamint Herzlich (1973), d’Houtaud és Field (1984) valamint Pierret (1995) eredményei).
5. McCormick (1997) eredményei alapján azt várom, hogy az aktuálisan átélt stressz befolyásolja a stressz meghatározását, összefügg a stresszorok mibenlétével.
6. Irodalmi eredményeknek (lásd például Rydstedt et al., 2004) megfelelően azt várom, hogy a stressz attribúciós faktorok megmagyarázzák az átélt stressz varianciájának egy jelentős részét.
7. Feltételezem, hogy az aktuálisan átélt egészségi állapot befolyásolja az egészség meghatározását, az egészség attribúcióját (önkiszolgáló torzítás, megfelelőjét a betegségmagyarázatoknál lásd Szántó – Susánszky (2006)), és az egészségviselkedéseket (ld.

például Egészségihiedelem modell, (Rosenstock, 1966, Becker és Maiman, 1975, idézi Kulcsár, 1998)).

8. Korábbi kutatási eredmények alapján feltételezem (lásd például Kinman és Jones, 2005), hogy a vizsgálati személyek beosztása összefügg az általuk adott stressz definícióval. A vezető beosztásúak a stresszt inkább egy egyéni válasznak tekintik, s nem annyira ingernek, mint a beosztottak.

Belső összefüggések

A stresszre és egészségre vonatkozó laikus nézetek elemeinek belső összefüggéseire a kérdőív összes kérdésén végzett faktoranalízis segítségével következtetek: az összefüggéseket a kategóriák faktorokba sorolódása alapján elemzem. Feltételezem, hogy ki fog alakulni egy értelmezhető faktorstruktúra, mely szerint a stresszre, és az egészségre vonatkozó laikus elméletek különböző részei logikusan kapcsolódnak össze.

2. EREDMÉNYEK

2.1 Leíró statisztikák

Az alábbiakban bemutatom az egyes kérdésekhez tartozó kategóriák átlagpontszámait (zárójelben a szórásokkal). Az átlagok (mediánok) és eloszlások összehasonlítására a nemparaméteres Friedman és Wilcoxon próbákat végeztem. A Friedman teszt minden kérdés esetében szignifikáns volt - jelezve, hogy adott kérdéshez tartozó kategóriák között minden esetben van legalább kettő, amelyek mediánja különbözik - ezért annak eredményeit külön nem ismertetem a táblázatban. Az adott kérdéshez tartozó kategóriák páronkénti összehasonlítását páros Wilcoxon-próbával végeztem. Mivel a Wilcoxon-próba a legtöbb páros összehasonlításban szignifikáns volt, alább csak a nem szignifikáns párosításokat említem külön. A 4. Táblázat mutatja be, hogy a vizsgálati személyek átlagosan hány pontot adtak az egyes kategóriákba tartozó válaszoknak (zárójelben a szórások).

Stressz definíció ^a							
Negatív feszültség	Kiváltó tényező	Életmód	Stressz= Probléma	Egyéb negatív érzelmek	Teljesítmény-károsodás		
25,6 (21,3)	15,1 (17,4)	13 (16,9)	7,8 (15,5)	7,5 (7,4)	7 (10,5)		
Stresszorok ^b							
Anyagiak	Munkahely	Negatív érzelmek	Ismeretlen	Idő, késés	Megmértetések	Emberek	Közlekedés
12,1 (15)	9,3 (11,4)	5,2 (6,7)	3,3 (4,2)	3 (4,7)	2,7 (4,4)	2,2 (2,9)	2,1 (4,5)
Stressz érzések ^c							
Szomorúság	Düh	Kognitív károsodás	Szorongás	Megküzdés	Hosszú távú tünetek	Fiziológiai reakciók	Öröm
9,1 (12,6)	7,2 (10,4)	6,1 (9,8)	5 (7,1)	3,5 (8)	3 (4,5)	2,8 (3,5)	1,9 (5,4)
Megküzdés a stresszel ^d							
Probléma-fókuszú	Stresszorok elkerülése	Nem tudja megelőzni	Felkészülés	Figyelem-elterelés	Segítségkérés	Önnyugtató	Sehogy
15,3 (20,3)	9,3(15)	7,7 (20,3)	6,8(10,8)	6,8 (12)	5,8 (10,6)	4,5 (6,2)	1 (7)
A stressz következményei ^e							
Pszichés problémák	Testi tünetek	Alkalmazkodási zavar	Teljesítmény-csökkenés	Testi betegségek	Kapcsolatok megromlása	Életmód	Negatív érzelmek
14,5 (13,2)	13,4 (12,7)	9,5 (9,6)	9,3 (9,7)	8,4 (9,3)	7,9 (8)	6 (8,9)	5,1 (6,3)
Egészség definíció ^f							
Testi-lelki egyensúly	Jó kedély	Egészséges életmód	Jó kapcsolatok	Aktivitás	Jó közérzet	Betegség hiánya	Legfontosabb
34,7 (27,1)	13,8 (14,8)	11 (12,7)	10,8 (12,8)	9,5 (11,5)	8,3 (10,3)	6,3 (10,3)	4,5 (9,6)
Egészség hatásai ^g							
Általános pozitív hatás	Jókedv, boldogság	Munkavégzés	Társas kapcsolatok				
31,1 (27,7)	29,9 (22,1)	21,5 (17,3)	15,6 (13,2)				
Egészségérzések ^h							
Jókedv, boldogság	Minden rendben	Aktivitás	Kapcsolatok	Erő, fitness			
29,6 (21,9)	23 (25,2)	20,1 (15,7)	16,5 (16,7)	14,7 (14,9)			
Egészség attribúció ⁱ							
Egészséges életmód	Kapcsolatok	Lelki harmónia	Odafigyelés	Anyagiak	Munkahelyi sikerek	Isten, gének	
24,3 (22,2)	16,6 (16,7)	14,4 (15,8)	6,6 (10)	6,1 (9,5)	5,1 (6,9)	1 (3,7)	
Egészségviselkedés ^j							
Kapcsolatok	Lelki harmónia	Egészséges életmód	Munkavégzés	Sehogy			
21,3 (19,1)	15,8 (12,8)	5,3 (6,8)	4,1 (8,5)	0,6 (4,6)			

4. Táblázat : Az attribúciós kérdőív kérdéseire tartozó kategóriák átlagpontszámai*

*Az eredmények egy tizedes jegyre vannak kerekítve.

^aPáronkénti összehasonlításban csak a stressz maga a probléma és a teljesítménykárosodás, illetve az életmód és a kiváltó tényező említése kategóriaátlagok közti különbség nem szignifikáns.

^bPáronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség: az idő – megmérettetés, emberek – megmérettetés, idő- ismeretlen, kudarc, valamint a közlekedés – emberek kategóriák között.

^cPáronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: düh – kognitív károsodás, szorongás – kognitív károsodás, hosszabbtávú tünetek – fiziológiai reakciók, megküzdés – fiziológiai reakciók, megküzdés- hosszabbtávú tünetek.

^d Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: felkészülés – nem tudja megelőzni, figyelemelterelés – nem tudja megelőzni, segítségkérés – nem tudja megelőzni, önnyugtató – nem tudja megelőzni, figyelemelterelés – felkészülés, segítségkérés – felkészülés, elkerülés – problémafókuszú, segítségkérés – figyelemelterelés, önnyugtató – segítségkérés.

^e Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: pszichés problémák – testi tünetek, alkalmazkodási zavar – testi betegségek, teljesítményromlás – testi betegségek, családi problémák – testi betegségek, teljesítményromlás – alkalmazkodási zavar, családi problémák – teljesítményromlás, negatív érzelmek – életmód.

^f Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: jó közérzet – aktivitás.

^g Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: általános pozitív hatás – boldogság.

^h Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: minden rendben – aktivitás.

ⁱ Páronkénti összehasonlításban nem szignifikáns a különbség az alábbi kategóriák között: anyagi eszközök – odafigyelés, munkahely – anyagi eszközök.

^j Páronkénti összehasonlításban minden különbség szignifikáns.

Kinman és Jones (2005) kutatási eredményeitől eltérően - ahol a stressz a leggyakoribb laikus meghatározás szerint egy, a környezetből érkező inger -, jelen vizsgálatban a *stressz definíciós* kérdésben a legmagasabb pontszámot kapott kategória a *negatív feszültség* volt. Ebben a mintában a stressz leggyakoribb meghatározása szerint egy (külső helyzetre adott) válasz. Jóval kisebb pontszámot kapott a stressznek stresszor (környezetből érkező inger) értelemben való meghatározása. A tranzakcionista szemlélet ebben a mintában egyedül a – második legmagasabb átlagpontszámú - *kiváltó tényező említése* kategóriában jelent meg.

McCormick (1997) kutatásában a *munka* volt a legjelentősebb *stresszor*. A munka saját vizsgálatomban is magas átlagpontszámot kapott (a második legmagasabbat a stresszorok között), de megelőzték az *anyagiak*.

A *stressz következményének* vizsgálati személyeim leginkább a *pszichés problémák* és a *testi tünetek* megjelenését tartják. A pszichés problémák Kinman és Jones (2005) kutatásában is a leghangsúlyosabbak voltak. Az ő kutatásukban ezt a kognitív problémák, és a testi tünetek (kisebb pszichoszomatikus panaszok) követték. A komolyabb megbetegedések mindkét kutatásban hátrébb szorultak a kategóriák rangsorában.

Az *egészségdefiníció* kutatásomban szereplő kategóriái sok párhuzamot mutatnak a d'Houtaud (1984) vizsgálatában talált egészségdefiníciókkal. Jelen kutatásban a legmagasabb pontszámot kapott kategóriák a *testi-lelki egyensúly*, a *jó kedély*, az *egészséges életmód* és a *jó kapcsolatok* voltak. D'Houtaud leggyakoribb definíciói a teljes mintában a következők voltak: nem betegnek lenni, csúcsformában lenni, jó fizikai egyensúly, jó mentális egyensúly, életöröm. Az alkalmazotti réteg számára kutatásában az egészség leginkább a pszichológiai jóllétben volt megragadható. Az egyensúly, a pszichológiai jóllét (jó kedély) az általam vizsgált mintában is nagy hangsúlyt kapott, míg a betegség hiánya nem volt jelentős.

Az egészséget az általam vizsgált minta leginkább az *egészséges életmódnak* tulajdonítja. Ehhez hasonlóan Blaxter (1997) kutatásában is a legfontosabb *egészségattribúció* az egészségviselkedés volt.

1. hipotézis

A faktoranalízis menete

Az attribúciós kérdőívre adott válaszokon több faktorelemzést is végeztem. Vizsgáltam először az egyes kérdésekre jellemző kategóriaátlagokból kialakítható faktorokat. Ily módon azt kívántam vizsgálni, hogy mely kategóriák vannak szorosabb kapcsolatban, illetve, hogy csökkenthető-e a kategóriák száma az információ többségének megtartásával.

A faktoranalízist a Főkomponens analízis módszerével Kaiser normalizációval történő Varimax rotációval végeztem. Az elemzés során az alábbi kritériumok alapján alakítottam ki a végső faktorstruktúrát (Székelyi és Barna, 2002).

- a változók közti parciális korrelációkat vizsgáló Kaiser-Meyer-Olkin (továbbiakban KMO) mutató legyen legalább 0,5*
- a változók páronkénti korrelációit vizsgáló Bartlett-teszt legyen szignifikáns

- a faktoranalízisben szereplő változók kommunalitása legyen legalább 0,3 (A kommunalitás azt méri, hogy a bevezetett faktorok az eredeti változók szórásának hány százalékát magyarázzák meg.)
- a faktorstruktúra által megmagyarázott összvariancia legyen legalább 50% **
- a változók mindegyike egyértelműen besorolható legyen valamelyik faktorba

Ezen kritériumok kiinduláskor egyik faktoranalízis esetében sem teljesültek, ezért változók elhagyásával próbáltam meg elérni őket. Először a 0,3-nál kisebb kommunalitású változókat hagytam el az elemzésből. Megnéztem, hogy melyik az a legkevesebb számú faktorból álló struktúra, amely már megmagyarázza a variancia minimum 50%-át s azt tartottam meg. Ekkor ismét ellenőriztem a kommunalításokat. Amennyiben valamelyik változó nem volt egyértelműen besorolható egyik rotált faktorba sem, azt elhagytam, s újból vizsgáltam a kommunalításokat, a megmagyarázott varianciát. (A változót akkor tekintettem egyértelműen besorolhatónak, ha a többi komponensbe fele, vagy annál kisebb súllyal tartozik). Mindezt addig folytattam, amíg az összes fenti feltétel nem teljesült. Volt néhány olyan elemzés, ahol a fenti feltételek eléréséhez már olyan sok változót ki kellett volna hagyni, hogy a kapott faktorok nem lettek volna használhatóak a további elemzésben, illetve olyan is előfordult, hogy nem sikerült a változók elhagyásával sem teljesíteni ezeket a feltételeket. Ezeket az eseteket alább a faktorstruktúrák bemutatásánál közlöm.

(* , ** : Ezt a két kritériumot néhány esetben nem kezeltem túlságosan szigorúan: már a 0,5-öt megközelítő KMO értékű faktorstruktúrát is megtartottam, ha az a többi vonatkozás tekintetében megfelelt. Ugyanez érvényes volt a megmagyarázott varianciára is. A kritériumoktól való eltéréseket alább, a faktorok bemutatásánál jelzem.)

Kérdésenkénti faktorok

stresszdefiníció

A stresszdefiníciós kérdésre adott válaszokból nem alakult ki megfelelő faktorstruktúra. Bár változók elhagyásával a KMO mutató, a kommunalítások és a megmagyarázott variancia megfelelő lett, de a kialakult kétfaktoros, háromváltozós struktúrában az egyik változó nem volt egyértelműen besorolható, további változó elhagyása pedig már értelmetlenné tette volna a faktoranalízist.

stresszorok

A kritériumok kielégítéséhez két változót kellett elhagyni: a pénzhiány, létbizonytalanság, és a munkahely kategóriákat. Az így kialakult faktorstruktúra KMO értéke 0,570, a faktorok

által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat az alábbi táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Érzelmi kihívások (sajátérték =1,544, megmagyarázott variancia = 23,13%)		
	Emberek	0,742
	Ismeretlen, kudarc	0,650
	Negatív érzelmek	0,618
2. Kognitív kihívások (sajátérték =1,094, megmagyarázott variancia = 20,49%)		
	Idő	0,741
	Megmérettetés	0,711
3. Közlekedés (sajátérték =1,039, megmagyarázott variancia = 17,67%)		
	közlekedés	0,889

5. Táblázat: A stresszorokra vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

Bár Furnham (1997) nem általában a stressz, hanem speciálisan a foglalkozási stressz okaira kérdezett rá kérdőívében – és az általa alkalmazott kérdőív szerkezete is jelentősen eltért az enyémtől: az ő kérdőívében állításokról kellett a személyeknek eldönteniük egy hétfokú skálán, hogy mennyire értenek velük egyet -, érdemesnek tartom összevetni az általa kapott faktorokat a saját faktoraimmal. Furnham kutatásában öt faktor alakult ki a stressz okaira vonatkozó huszonegy itemből. Ezek: Konfliktus és elégedettség, Karrierfejlődés, Demográfiai alcsoportok, Veszély és megfélemlítés, Autoritás. A két faktorstruktúra között annyi hasonlóság felfedezhető, hogy mindkettőben külön faktorba kerülnek az érzelmi és a kognitív jellegű kihívások, stresszorok: Furnhamnál rendre a Konfliktus és elégedettség, illetve az Autoritás faktorokba.

stresszérzések

A kritériumok kielégítéséhez három változót kellett elhagyni: a szorongás, depresszió és kognitív károsodások kategóriákat. Az így kialakult faktorstruktúra KMO értéke 0,539, a faktorok által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 6. Táblázat tartalmazza.

A stresszérzések faktorstruktúráját összevettem Furnham (1997) foglalkozási stressz megnyilvánulásai faktorstruktúrájával. Furnham a következő faktorokat kapta: Intolerancia és türelmetlenség, Szorongás és interakcióktól való félelem, Tagadás, Depresszió és intolerancia, Energiahiány. A két faktorstruktúra között nem találtam közös vonást. Ezt azzal magyarázom,

hogy Furnham kérdőívében az enyémától jelentősen eltérő itemek szerepeltek: állításai inkább viselkedésformákat írtak le, s nem érzéseket, élményeket.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Testi változások (sajátérték =1,409, megmagyarázott variancia = 25,31%)		
	Hosszabbtávú tünetek	0,842
	Fiziológiai reakciók	0,739
2. Pozitív érzések (sajátérték =1,154, megmagyarázott variancia = 23,76%)		
	öröm	0,778
	megküzdés	0,759
3. Düh (sajátérték =0,932, megmagyarázott variancia = 20,81%)		
	düh	0,950

6. Táblázat: A stresszérzésekre vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

megküzdés a stresszel

A stresszel való megküzdésre vonatkozó kérdés esetén nem alakult ki megfelelő faktorstruktúra. A változók számának jelentős csökkenése révén sem lett 0,5 feletti a KMO érték, bár megközelítette azt (KMO=0,481), de az így kialakult kétfaktoros, és mindössze háromváltozós struktúrában sem volt az egyik változó egyértelműen besorolható. További változó elhagyása már értelmetlenné tette volna a faktoranalízist a túl sok információ elvesztése miatt.

stressz következményei

A végleges faktorstruktúra kialakításához három változót kellett elhagyni: a pszichés problémák, a családi problémák és kapcsolatok megromlása, valamint az életmód megváltozása kategóriákat. Az így kialakult faktorstruktúra KMO értéke csak 0,430, így a kritérium alatt marad, de mivel egyéb szempontból jó, értelmezhető a faktorstruktúra, ezért megtartottam. A faktorok által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 7. Táblázat tartalmazza.

Az általam kapott faktorstruktúrát itt is összevetettem Furnham (1997) azonos témájú faktorelemzésével. Furnham által a foglalkozási stressz következményeire vonatkozó állításokból kialakított struktúra a következő faktorokból állt: Fizikai és külső következmények, Tehetetlenség és kontrollhiány, Öndestrukció, Önértékelés csökkenése. A két faktorstruktúra jelentősen eltér egymástól: az általam kapott struktúrában a két faktor a változások idejében és időtartamában térnek el leginkább egymástól, de mindegyikben

megtalálhatóak testi és érzelmi, illetve kognitív következmények is, szemben Furnhaméval, ahol inkább a változások jellegében különböznek egymástól a faktorok.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Hosszabbtávú pszicho-szociális alkalmazkodás (sajátérték =1,312, megmagyarázott variancia = 25,69%)		
	Testi betegségek	-0,719
	Teljesítményromlás	0,675
	Alkalmazkodási zavar	0,507
2. Rövidtávú változások (sajátérték =1,149, megmagyarázott variancia = 23,53%)		
	Testi tünetek	-0,775
	Negatív emocionális állapotok	0,702

7. Táblázat: A stressz következményeire vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

egészségdefiníció

A kritériumok kielégítéséhez két változót kellett elhagyni: a betegség hiánya és a testi-lelki egyensúly kategóriákat. Az így kialakult faktorstruktúra KMO értéke 0,511, a faktorok által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 8. Táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Jó általános állapot (sajátérték =1,308, megmagyarázott variancia = 21,07%)		
	Jó közérzet	0,743
	Aktvitás, erőnlét	0,706
2. Érték - kapcsolatok (sajátérték =1,104, megmagyarázott variancia = 18,23%)		
	Legfontosabb, hosszú élet	0,730
	Jó családi kapcsolatok	0,671
3. Egészséges életmód (sajátérték =1,027, megmagyarázott variancia = 18,04%)		
	Jó kedélyállapot	-0,823
	Egészséges életmód	0,605

8. Táblázat: Az egészségdefiníciós kérdés faktorstruktúrája

Összevetve az általam kapott egészségdefiníciós faktorokat a d'Houtaud kutatásában (d'Houtaud és Field, 1984) megjelenő ún. egészségtémákkal, és ezek nagyobb csoportjaival, megállapítható, hogy az én struktúrámban szereplő minden kategória jelen van d'Houtaud negyvenegy egészségtémája között, ugyanakkor a közös elemek csoportosítása eltérő: az én struktúrámban szereplő minden kategória nála külön-külön csoportba került. Pierret (1995) egészségértelmezési formáival még kevesebb a kapcsolata a jelen struktúrának: egyedül az egészség, mint a legfontosabb dolog volt közös elem.

egészség hatásai

A kritériumok kielégítéséhez két változót kellett elhagyni: a társas kapcsolatokra gyakorolt hatás és az általános pozitív hatás kategóriákat. Az így kialakult egyfaktoros struktúra KMO értéke 0,500, a faktor által megmagyarázott varianciát, sajátértéket, a faktorba tartozó kategóriákat a 9. Táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Egészség hatása (sajátérték =1,205, megmagyarázott variancia = 60,26%)		
	Egészség hatása a munkavégzésre	0,776
	Egészség hatása a boldogságra	-0,776

9. Táblázat: Az egészség hatásaira vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

egészség érzések

A jó egészségi állapotban átélt érzésekre vonatkozó kérdés esetén nem alakult ki megfelelő faktorstruktúra. A változók számának csökkentésével sem lett 0,5 feletti a KMO érték, további változó elhagyása pedig már értelmetlenné tette volna a faktoranalízist.

egészségattribúció

A kritériumok kielégítéséhez három változót kellett elhagyni: a lelki harmónia, a környezet és Isten, valamint az anyagi eszközök kategóriákat. Az így kialakult faktorstruktúra KMO értéke 0,496, a faktorok által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 10. Táblázat tartalmazza. Az egészség munkának illetve egészséges életmódnak tulajdonítása ellentétes előjelű faktorsúllyal szerepelnek az első faktorban.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Munkahelyi sikerek (sajátérték =1,302, megmagyarázott variancia = 30,78%)		
	Egészséges életmód	-0,737
	Munkahelyi sikerek, jó munkahelyi légkör	0,735
2. Odafigyelés (sajátérték =1,104, megmagyarázott variancia = 29,38%)		
	Odafigyelés	0,724
	Kapcsolatok	-0,715

10. Táblázat: Az egészségattribúciós kérdés faktorstruktúrája

egészségmegőrzés

A jó egészségi állapotban átélt érzésekre vonatkozó kérdés esetén nem alakult ki megfelelő faktorstruktúra. A változók számának jelentős csökkentésével sem lett 0,5 feletti a KMO érték, további változó elhagyása pedig már értelmetlenné tette volna a faktoranalízist.

A stresszre vonatkozó kérdések faktorstruktúrája

Vizsgáltam azt is, hogy a kérdőív összes, stresszre vonatkozó kérdésére adott választ – a stresszorokra vonatkozót kivéve – egy faktoranalízisben elemezve milyen faktorstruktúrát kapok. A stresszorokra vonatkozó kérdést azért hagytam ki ebből az elemzésből, mert jellegében jelentősen eltér a többi kérdéstől: nem az általános laikus nézetekre kérdez rá, hanem a kitöltő konkrét stresszoraira. A fentiekben bemutatott kritériumok eléréséhez itt is jelentős mértékben csökkenteni kellett a változók számát. A végső, minden kritériumot kielégítő struktúrában összesen tizennégy kategória rendeződött el (a kiinduláskor még harmincegy kategóriából) hat faktorban. A végső struktúra KMO értéke 0,543, a faktorokat, az általuk megmagyarázott varianciát, a sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 11. Táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Testi változások és önnyugtató (sajátérték =1,871, megmagyarázott variancia = 12,89%)		
	Megküzdés: önnyugtató, lazítás	0,818
	Stresszézés: fiziológiai reakciók	0,754
	Stresszézés: hosszabbtávú tünetek	0,669
2. Pozitív hozzáállás a stresszhez (sajátérték =1,591, megmagyarázott variancia = 11,16%)		
	Megküzdés: megelőzés felkészüléssel	0,759
	Stresszézés: megküzdés	0,714
	Stresszézés: öröm	0,602
3. Stressz kognitív hatásai (sajátérték =1,358, megmagyarázott variancia = 9,60%)		
	Stressz következményei: teljesítményromlás	0,778
	Stresszézés: kognitív károsodások	0,752
4. Kapcsolatok megromlása és kiváltó tényező (sajátérték =1,251, megmagyarázott variancia = 9,36%)		
	Stressz következményei: családi problémák, kapcsolatok megromlása	0,785
	Stressz definíció: kiváltó tényezőt említ	0,698
5. Teljesítménykárosodás és segítségkérés (sajátérték =1,189, megmagyarázott variancia = 8,37%)		
	Stressz definíció: teljesítménykárosodás	0,747
	Megküzdés: segítségkéréssel	0,698
6. Alkalmazkodási zavar (sajátérték =1,092, megmagyarázott variancia = 8,28%)		
	Stressz következményei: alkalmazkodási zavar	0,725
	Stressz definíció: a stressz maga a probléma	-0,709

11. Táblázat: A stresszorokon kívül az összes stresszre vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

Az első faktor alapján arra következtethetünk, hogy az önnyugtatónak, lazításnak elsősorban a stressz fizikai vonatkozásait átélőknél van nagyobb szerepe. A második faktor a stresszhez

való egyfajta pozitív hozzáállást takar: a megküzdés és öröm érzését (vö. a Selye-féle eustresszel). A harmadik faktor a kognitív károsodásokat és az ezekkel vélhetőleg összefüggő teljesítményromlást foglalja magában az érzések és a következmények szintjén. A negyedik faktorban már nehezebben értelmezhető, hogyan tartozik össze a kapcsolatok megromlása, mint stressz következmény, és a kiváltó tényező említése a stressz definícióban. Az ötödik faktor arra utal, hogy a segítségkéréssel történő megküzdés elsősorban a stresszt teljesítménykárosodásként meghatározókra jellemző. Nehezen értelmezhető a hatodik faktor: két kategória alkotja, s ellentétes előjelű a faktorsúlyuk.

Az egészségre vonatkozó kérdések faktorstruktúrája

Az attribúciós kérdőív összes, egészségre vonatkozó kérdését is elemeztem egy közös faktoranalízisben. A fentiekhez hasonlóan itt is jelentősen csökkenteni kellett a változók számát a kritériumok eléréséhez. A végső, minden kritériumot kielégítő struktúrában összesen nyolc kategória rendeződött el (a kiinduláskor még huszonhat kategóriából) három faktorban. A végső struktúra KMO értéke 0,530, a faktorokat, az általuk megmagyarázott varianciát, a sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 12. Táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Kapcsolatok és egészség (sajátérték =1,950, megmagyarázott variancia = 21,10%)		
	Egészség attribúció: kapcsolatok	0,777
	Egészség megőrzés: kapcsolatokkal	0,726
	Egészség megőrzés: lelki harmóniával	-0,535
	Egészség attribúció: egészséges életmód	-0,510
2. Egészség pozitív hatásai (sajátérték =1,556, megmagyarázott variancia = 19,97%)		
	Egészség hatásai: boldogságra	-0,888
	Egészség hatásai: általános pozitív hatás	0,866
3. Minden rendben van érzése (sajátérték =1,264, megmagyarázott variancia = 18,55%)		
	Egészség érzések: aktivitás	-0,852
	Egészség érzések: minden rendben van	0,808

12. Táblázat: Az összes egészségre vonatkozó kérdés faktorstruktúrája

Az első faktor – melyben attribúcióra és egészségmegőrzésre vonatkozó kategóriák is szerepelnek – arra utal, hogy a kapcsolatokkal történő egészségmegőrzés, illetve a jó egészségi állapot kapcsolatoknak tulajdonítása ellentétes a lelki harmóniával történő egészségmegőrzéssel és az egészség életmódnak tulajdonításával. A második faktorban különös, s nem logikus, hogy az egészség boldogságra gyakorolt hatása ellentétes faktorsúlyú,

mint az általános pozitív hatás. A harmadik faktor két egészség érzés kategóriából áll: ezek faktorsúlya is ellentétes előjelű.

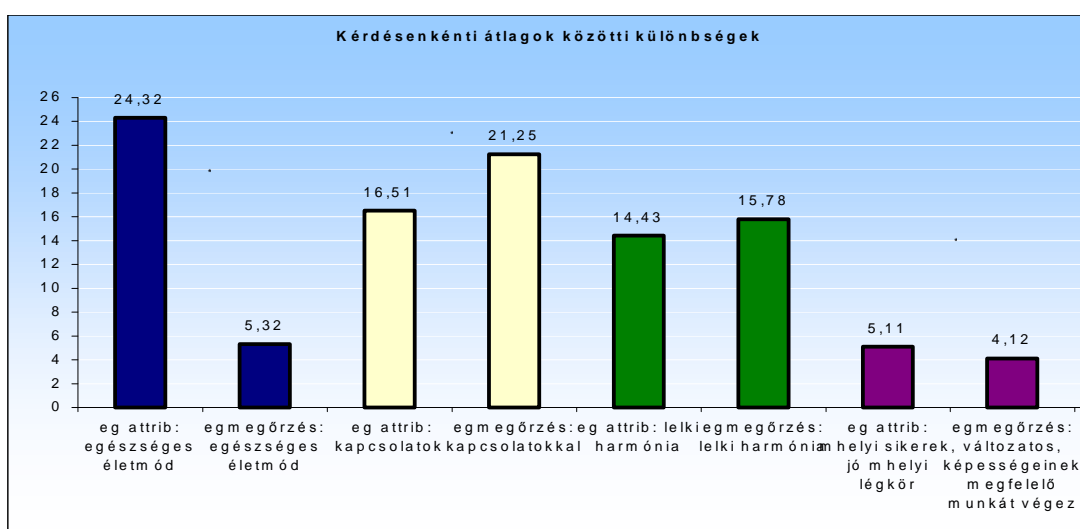
A faktoranalízisek eredményét összefoglalva elmondhatjuk, hogy a kérdésenkénti faktorok általában jelentős mértékben eltértek a más kutatásokban – igaz eltérő módszerekkel – kapott struktúráktól. Az összes stresszre és az összes egészségre vonatkozó kérdésem végzett faktoranalízis jelentős információvesztéssel járt: a kategóriák nagy részét el kellett hagyni a kritériumok kielégítése érdekében. Ez a struktúrák értelmezhetőségét is csökkenti. Ezen felül a létrejött struktúrák egyik-másik faktora nehezen, a többi általában jól értelmezhető, logikusan szerveződő volt. Így az első hipotézis csak részben nyert megerősítést.

2. hipotézis

Wilcoxon-próbával hasonlítottam össze, hogy az egészségattribúciós és az egészségmegőrzés kérdések esetében a tartalmuk alapján páronként összerendelhető kategóriák átlagai szignifikánsan eltérnek-e egymástól. (A kategóriák átlagait az egyes kérdéseknél lásd a 4. táblázatban). Szignifikáns eltérést sikerült kimutatni az egészséges életmód, a kapcsolatok és a munka kategóriák összetartozó átlagai között a két kérdésben (lásd 13. Táblázat), ezzel alátámasztva a hipotézist, miszerint az egészségmegőrzésre vonatkozó kérdésnél az egészséges életmód kisebb pontszámmal jelenik meg, mint az egészségattribúciós kérdésnél.

	egészségmegőrzés: egészséges életmód - egészségattribúció: egészséges életmód	egészségmegőrzés: kapcsolatokkal - egészségattribúció: kapcsolatok	egészségmegőrzés: lelki harmónia - egészségattribúció: lelki harmónia	egészségmegőrzés: munkavégzéssel - egészségattribúció: munka
Z	-14,664	-2,779	-0,810	-4,433
Szignifikancia.	p<0,001	P=0,005	P=0,418	p<0,001

13. Táblázat: Az egészségattribúció és az egészségmegőrzés kérdés páronként összetartozó kategóriáinak összehasonlító vizsgálata Wilcoxon próbával



1. ábra: Egészségattribúció és egészségmagatartás páronként összerendelt kategória-átlagai

2.2 Kapcsolat a demográfiai mutatókkal, az átélt stresszel és az egészségi állapottal

A minta demográfiai mutatók, átélt stressz és szubjektív egészségi állapot szerinti eloszlását az alábbi táblázat mutatja be.

Nem	férfi		nő		
	20,2 % (84 fő)		79,8 % (332 fő)		
Iskolai végzettség	alapfokú		középfokú		felsőfokú
	2,2 % (9 fő)		80,6 % (336 fő)		17,3 % (72 fő)
Kor*	19-35		36-45		46-65
	69,3% (289 fő)		18,7% (78 fő)		12% (50 fő)
Beosztás	beosztott			vezető	
	94,9% (392 fő)			5,1 % (21 fő)	
Jelenlegi egészségi állapot	Nagyon rossz	Rossz	Közepes	Jó	Nagyon jó
	0,3% (1)	5,3% (19)	34,6% (125)	49,9% (180)	10% (36)
Milyen gyakran egészséges ?	Mindig		Legtöbbször	Gyakran	Ritkán
	11,8% (49)		63,4% (263)	21,9% (91)	2,9% (12)
Jelenleg egészséges?*	igen			nem	
	85,5% (47 fő)			14,5% (8 fő)	
Munka stresszkeltő jellege***	Egyáltalán nem	Enyhén	Közepesen	Nagyon	Extrém módon
	6,6% (23)	30,9% (108)	44,6% (156)	16,3% (57)	1,7% (6)
Összességében átélt stressz	Nagyon kevés	Kevés	Közepes	Sok	Extrém nagy
	5,5% (19)	17,2% (60)	54,3% (189)	21,3% (74)	1,7% (6)

14. Táblázat: A minta eloszlása a demográfiai mutatók valamint az egészségi állapot és az átélt stressz szerint.

* A mintában az átlagéletkor 32,5 év volt, a szórás: 9,5.

** A kérdőívet papír formában kitöltőknél a jelenlegi egészségi állapotot egy eldöntendő kérdés vizsgálta: „Jelenleg egészségesnek érzi magát?”.

*** Az átélt munkahelyi stresszt vizsgálta még a munkahelyi stressz kérdőív is. Összpontszámának átlaga a mintában: 59,12, szórása: 24,26.

3. hipotézis

A hipotézis teszteléséhez vizsgáltam, hogy a demográfiai mutatók, a kérdőívben található három stresszmutató, illetve az egészségi állapot mutatói mennyire magyarázzák meg a kérdésenkénti, illetve az összes stressz és összes egészségfaktort. (Az elemzésben egyváltozós többutas varianciaanalízist és lineáris regressziót alkalmaztam).

A kérdésenkénti faktorok közül az *iskolai végzettség az egészség hatása faktornak* magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,011, $p<0,05$). Az *iskolai végzettség* magyarázta még a *3. Közlekedés stresszor faktort* (Partial Eta Squared=0,040, $p=0,001$). A *nem a 1. Testi változások stresszézés faktort* magyarázta (Partial Eta Squared=0,019, $p<0,05$), a *kor a 3. Düh stresszézés faktort* (Partial Eta Squared=0,026, $p=0,003$), és az *1. Érzelmi kihívások stresszor faktort* (Partial Eta Squared=0,017, $p<0,05$).

A stressz faktorok közül a *nem a 2. Pozitív hozzáállás a stresszhez stresszfaktornak* magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,011, $p=0,05$). A *kor a 6. Alkalmazkodási zavar stresszfaktort* magyarázta (Partial Eta Squared=0,023, $p=0,005$).

Az egészségfaktorok közül a *nem a 3. Minden rendben van érzése egészségfaktort* magyarázta (Partial Eta Squared=0,016, $p<0,05$).

A demográfiai változókon túl az átélt stressz és az aktuális egészségi állapot is befolyással van a stressz és egészségattribúciós faktorokra. Az összefüggések vizsgálatához a variációs lehetőségek számának csökkentése érdekében a stresszmutatók (átélt stressz, munka stresszkeltő jellege, stresszkérdőív összpontszám) közül csak a stresszkérdőív összpontszámát, az egészségi állapot mutatói (jelenlegi egészségi állapot, általános egészségi állapot) közül pedig a jelenlegi egészségi állapotot használtam.

A kérdésenkénti egészségattribúciós faktorok közül a *jelenlegi egészségi állapot* szignifikáns magyarázó tényezője a *2. Odafigyelés egészségattribúciós faktornak* a demográfiai változók és a munkahelyi stressz hatásának kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,021, $p<0,05$, a kapcsolat előjele pozitív: a jobb egészségi állapotban levőkre jellemzőbb ez a faktor: Béta=0,145, $p<0,05$).

Az összesített egészségfaktorok közül a *stresszkérdőív összpontszám* magyarázó tényezője a 3. *Minden rendben van érzése egészségfaktornak* a demográfiai változók és az egészségi állapot hatásának kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,022, $p<0,05$, a kapcsolat előjele negatív, a kisebb stresszt átélőkre jellemzőbb ez a faktor).

A kérdésenkénti stresszattribúciós faktorok közül a *stresszkérdőív összpontszám* magyarázó tényezője a 2. *Rövidtávú változások stresszkövetkezmény faktornak* (Partial Eta Squared=0,018, $p<0,05$, a kapcsolat iránya pozitív, a nagyobb stresszt átélőkre jellemzőbb ez a faktor: Béta=0,137, $p<0,05$). Az összpontszám magyarázta a 2. *Kognitív kihívások stresszor faktort* is (Partial Eta Squared=0,021, $p<0,05$, a kapcsolat előjele itt is pozitív).

Az összesített stressz faktorok közül az *összpontszám* magyarázta az 1. *Testi változások és önnyugtató stresszfaktort* (Partial Eta Squared=0,021, $p<0,05$, a kapcsolat előjele itt negatív: Béta=-0,144, $p<0,05$), és a 6. *Alkalmazkodási zavar stresszfaktort* (Partial Eta Squared=0,031, $p=0,007$, a kapcsolat előjele pozitív: nagyobb stresszt átélőkre jellemzőbb ez a faktor).

4. hipotézis

A hipotézis teszteléséhez vizsgáltam, hogy az iskolai végzettség szignifikáns magyarázó tényezője-e a stresszdefiníciós kategóriáknak, az egészségdefiníciós faktoroknak, egészség attribúciós faktoroknak, illetve az egészségviselkedés kategóriáknak a többi demográfiai változó hatásának kontrollálásával. (Az elemzésben egyváltozós többutas varianciaanalízist és lineáris regressziót alkalmaztam).

Az elemzések alapján el kell vetnem ezt a hipotézist. Az iskolai végzettség nincs kapcsolatban a fent említett faktorokkal és kategóriákkal.

5. hipotézis

A hipotézis teszteléséhez azt vizsgáltam, hogy a kérdőívben szereplő három stresszmutató mennyire jól magyarázza a stresszdefiníciós és a stresszor kategóriák, illetve a stresszor faktorok varianciáját a demográfiai változók hatásának kontrollálásával. (Az elemzésben egyváltozós többutas varianciaanalízist és lineáris regressziót alkalmaztam).

A *stressz definíciós kategóriák* közül az *átélt munkahelyi stressz* magyarázza a negatív feszültségként történő meghatározás varianciájának 2,5%-át (Partial Eta Squared=0,025, $p=0,004$). A kapcsolat a változók között negatív: minél kisebb munkahelyi stresszt él át a vizsgálati személy, annál inkább határozza meg a stresszt negatív feszültségként (Béta=-0,162, $p=0,004$), illetve az életmódként történő meghatározás varianciájának 1,3%-át (Partial

Eta Squared=0,013, $p<0,05$). A kapcsolat iránya itt pozitív: nagyobb stressz növeli a stressz életmódként történő meghatározásának pontszámát (Béta=0,115, $p<0,05$). A *munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma* szintén szignifikáns magyarázó tényezője volt a negatív feszültségként történő meghatározásnak (Partial Eta Squared=0,027, $p=0,002$). A kapcsolat itt negatív: a nagyobb stresszt átélők kisebb pontszámot adtak erre a kérdésre (Béta=-0,166, $p=0,002$).

A *stresszor kategóriák* közül a megmérettetést szignifikánsan magyarázta az *általában átélt stressz*: a demográfiai változók kontrollálása mellett a variancia 2,5%-át magyarázta meg (Partial Eta Squared=0,025, $p=0,005$). A kapcsolat előjele negatív: a magasabb stresszt átélőkre kevésbé jellemző a megmérettetés, mint stresszor (Béta=-0,158, $p=0,005$). A *munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma* magyarázta a negatív érzelmeket, mint stresszort (Partial Eta Squared=0,024, $p=0,005$), a kapcsolat közöttük negatív (Béta=-0,157, $p=0,005$). Az embereket, mint stresszort (Partial Eta Squared=0,014, $p<0,05$, negatív kapcsolat), a pénzihiányt és létbizonytalanságot (Partial Eta Squared=0,015, $p<0,05$, negatív kapcsolat), a munkahelyet, mint stresszort (Partial Eta Squared=0,014, $p<0,05$, pozitív kapcsolat: Béta=0,117, $p<0,05$). Nem meglepő módon az *átélt munkahelyi stressz* a stresszorok közül a munkahellyel volt összefüggésben, utóbbi varianciájának 6,8%-át megmagyarázta (Partial Eta Squared=0,068, $p<0,001$, a kapcsolat pozitív, Béta=0,263, $p<0,001$).

Az 1. *Érzelmi kihívások stresszor faktort* magyarázta a *munkahelyi stresszkérdőív összpontszáma* (Partial Eta Squared=0,022, $p=0,009$, a kapcsolat iránya negatív: Béta=-0,147, $p=0,009$). A 2. *Kognitív kihívások stresszor faktornak* szignifikáns magyarázó tényezője volt az *általában átélt stressz*: a demográfiai változók kontrollálása mellett a variancia 1,5%-át magyarázta meg (Partial Eta Squared=0,015, $p<0,05$, a kapcsolat előjele negatív Béta=-0,124, $p<0,05$), és a *munkahelyi stresszkérdőív összpontszáma* (Partial Eta Squared=0,013, $p<0,05$, a kapcsolat előjele pozitív: Béta=0,114, $p<0,05$).

6. hipotézis

A hipotézis teszteléséhez azt vizsgáltam, hogy a fent leírt módon kialakult stressz faktorok megmagyarázzák-e a három stresszmutatót a demográfiai változók kontrollálásával.

A *munkahelyi stresszkérdőív összpontszámának* szignifikáns magyarázó tényezője az 1. *Testi változások és önnyugtató stressz faktor*: a variancia 1,4%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,014, $p<0,05$, a kapcsolat előjele negatív: Béta=-0,120, $p<0,05$), illetve a 6. *Alkalmazkodási zavar stressz faktor* (Partial Eta Squared=0,013, $p<0,05$, a kapcsolat előjele pozitív: Béta=0,114, $p<0,05$).

Az átélt munkahelyi stresszt csak a 2. Pozitív hozzáállás a stresszhez stressz faktor magyarázta szignifikánsan (Partial Eta Squared=0,013, $p<0,05$, a kapcsolat előjele negatív: Béta=-0,114, $p<0,05$).

Az összességében átélt stresszt szintén a 2. Pozitív hozzáállás a stresszhez stressz faktor magyarázta szignifikánsan (Partial Eta Squared=0,024, $p=0,008$, a kapcsolat előjele negatív: Béta=-0,156, $p=0,008$).

7. hipotézis

A (öt fokú skálán mért) *jelenlegi egészségi állapot* a kor, nem, és iskolai végzettség hatásának kontrollálása után az *egészségdefiníció* jó kedélyállapot kategóriájának szignifikáns magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,033, $p<0,05$). (Az elemzéseket egyváltozós többutas variancia-analízissel végeztem). A két változó közötti kapcsolat azonban még a kevés vizsgálati személyre (20 fő) jellemző nagyon rossz és rossz válasz figyelmen kívül hagyásával sem lineáris. A 15. Táblázat tartalmazza az egészség jó kedélyállapotként történő meghatározásához rendelt pontszámok átlagait az egészségi állapot függvényében (az átlagok közti eltérések csak a közepes és a jó egészségi állapotúak esetében szignifikáns):

Jelenlegi egészségi állapot	Átlag
Nagyon rossz	10,545
Rossz	13,090
Közepes	17,078
Jó	11,570
Nagyon jó	16,093

15. Táblázat: Az egészség jó kedélyállapotként történő meghatározása a jelenlegi egészségi állapot függvényében

Az *általános egészségi állapot* ugyanezen demográfiai változók kontrollálásával az *egészségdefiníció* aktivitás, erőnlét kategóriájának szignifikáns magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,027, $p<0,05$). A kapcsolat a nagyon kevesekre jellemző (12 fő) ritkán válasz figyelmen kívül hagyásával lineáris, az átlagokat lásd a 16. Táblázatban.

Milyen gyakran egészséges	Átlag
Mindig	10,649
Legtöbbször	10,347
Gyakran	5,782
Ritkán	7,896

16. Táblázat: Az egészség aktivitásként, erőnlétként történő meghatározása a jelenlegi egészségi állapot függvényében (Páronkénti összehasonlításban a mindig – gyakran, és a legtöbbször-gyakran egészségesek között szignifikáns az eltérés az egészségdefinícióban)

Az egészségdefiníció többi kategóriájára egyik egészségi állapotot mérő változó sincs hatással.

A kétfokú skálán mért *jelenlegi egészségi állapot* a demográfiai változók kontrollálásával az *egészségattribúció* munkahelyi sikerek, jó munkahelyi légkör kategóriájának szignifikáns magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,090, $p<0,05$). Az egészségesebbek átlagosan alacsonyabb pontszámot adtak az egészség munkának való tulajdonítására. Lásd a 17. Táblázatot:

Jelenleg egészséges	Átlag
Igen	5,508
Nem	13,643

17. Táblázat : Az egészség munkának tulajdonítása az egészségi állapot függvényében.

Az *általános egészségi állapot* a demográfiai változók kontrollálásával az *egészségattribúció* odafigyelés kategóriájának szignifikáns magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,022, $p<0,05$). A kapcsolat a ritkán válaszok figyelmen kívül hagyásával lineáris, az átlagokat lásd a 18. Táblázatban.

Milyen gyakran egészséges	Átlag
Mindig	7,759
Legtöbbször	7,509
Gyakran	3,967
Ritkán	6,065

18. Táblázat: Az egészség odafigyelésnek tulajdonítása az általános egészségi állapot függvényében (Páronkénti összehasonlításban a mindig – gyakran, és a legtöbbször-gyakran egészségesek között szignifikáns az eltérés)

Az ötfokú skálán mért *jelenlegi egészségi állapot* a demográfiai változók kontrollálásával az *egészségmagatartás* alábbi kategóriájának szignifikáns magyarázó tényezője:

- változatos, képességeinek megfelelő munkát végez (Partial Eta Squared=0,044, $p<0,05$)

A kapcsolat a nagyon kevés személyre jellemző nagyon rossz és rossz egészségi állapot válaszok figyelmen kívül hagyása esetén lineáris: minél jobb egészségi állapotban van a válaszadó, annál inkább jellemző rá, hogy munkavégzéssel próbálja megőrizni egészségét. Páronkénti összehasonlításban csak a közepes és a jó egészségi állapotúak között szignifikáns az eltérés. Az átlagokat lásd az 19. Táblázatban.

Jelenlegi egészségi állapot	Átlag
Nagyon rossz	5,029
Rossz	9,712
Közepes	2,042
Jó	4,654
Nagyon jó	5,032

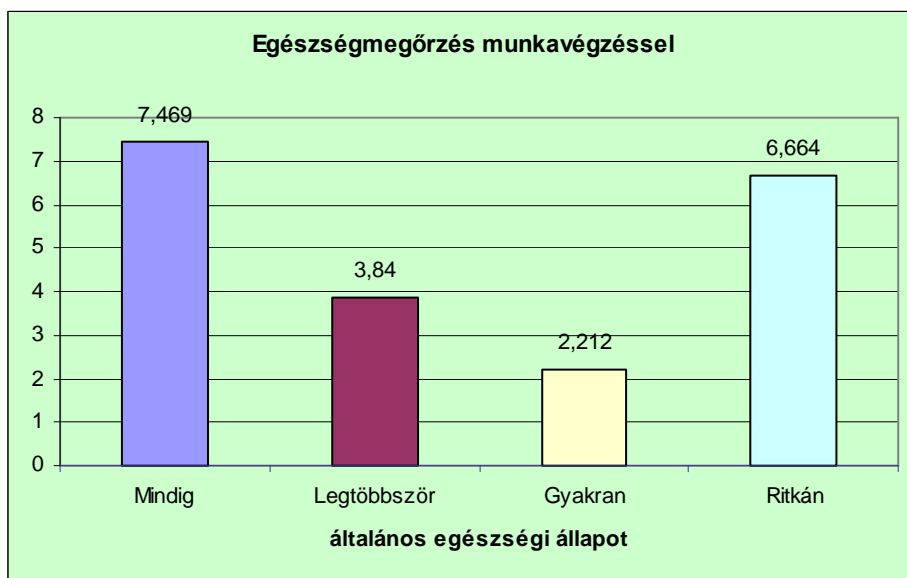
19. Táblázat: Egészségmegőrzés munkavégzéssel a jelenlegi egészségi állapot függvényében

Ennek az *egészségmegőrzésnek* az *általános egészségi állapot* is szignifikáns magyarázó tényezője (Partial Eta Squared=0,032, $p<0,05$) a demográfiai változók kontrollálásával. A ritkán válaszok figyelmen kívül hagyásával a kapcsolat lineáris lesz: minél gyakrabban egészséges a válaszadó, annál jellemzőbb rá, hogy munkavégzéssel próbálja megőrizni az egészségét (lásd 20. Táblázat).

Milyen gyakran egészséges	Átlag
Mindig	7,469
Legtöbbször	3,840
Gyakran	2,212
Ritkán	6,664

20. Táblázat: Egészségmegőrzés munkavégzéssel az általános egészségi állapot függvényében

(Páronkénti összehasonlításban a mindig-legtöbbször, mindig-gyakran egészségesek között szignifikáns az eltérés)



2. Ábra: Egészségmegőrzés munkavégzéssel az általános egészségi állapot függvényében

Az általános egészségi állapot ezen felül magyarázza még a lelki harmóniával történő egészségmegőrzést (Partial Eta Squared=0,039, $p<0,05$) a demográfiai változók kontrollálásával. A kapcsolat nem lineáris, az átlagokat lásd a 21. Táblázatban.

Milyen gyakran egészséges	Átlag
Mindig	15,972
Legtöbbször	16,965
Gyakran	11,524
Ritkán	23,348

21. Táblázat: Egészségmegőrzés lelki harmóniával az általános egészségi állapot függvényében (Párónkénti összehasonlításban a legtöbbször - gyakran és a gyakran - ritkán egészségesek között szignifikáns az eltérés az egészségmagatartásokban)

8. hipotézis

Hipotézisemmel ellentétben a beosztás az egyéb demográfiai változók kontrollálása esetén nem függ össze szignifikánsan a stressz definícióval. Összefügg viszont az egészségmagatartással: a beosztás a munkavégzéssel történő egészségmegőrzés varianciájának 3,9 %-át magyarázza meg a demográfiai változók kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,039, $p<0,001$): a vezetők átlagosan nagyobb pontszámot adtak erre a kérdésre, mint a beosztottak.

2.3 A laikus nézetrendszer belső összefüggései

A teljes attribúciós kérdőív faktorstruktúrája

A laikus nézetrendszer belső összefüggéseinek feltárása érdekében a kérdőívben szereplő összes kategórián együtt végeztem egy faktorelemzést. Mivel ezt a faktorstruktúrát elsősorban az egyes kategóriák, kérdések közti kapcsolatok vizsgálatára kívántam felhasználni, ezért nem végeztem el a korábbi elemzésekben alkalmazott lépéseket a kritériumok teljesítése érdekében. Ez a faktorstruktúra tehát nem felel meg az általam korábban felállított kritériumoknak, így csak a változók közötti összefüggések elemzéséhez használtam fel, a kialakult faktorokkal nem végeztem további próbákat. Az alább bemutatott tizenhét faktoros struktúra KMO értéke 0,264, - tehát bőven alatta marad a kritériumnak - és a kategóriák besorolása sem minden esetben egyértelmű. (Éppen ezért a faktorokat nem is neveztem el). A faktorok által megmagyarázott varianciát, sajátértékeket, a faktorokba tartozó kategóriákat a 22. Táblázat tartalmazza.

Faktor	kategóriák	faktorsúly
1. Faktor (sajátérték =4,567, megmagyarázott variancia = 4,64%)		
	Megküzdés: önyugtatas, lazítás	0,690
	Stresszor: emberek	0,620
	Stresszérzés: hosszabtvú tünetek	0,582
	Stresszor: ismeretlen, kudarc	0,574
	Egészség attribúció: munkahelyi sikerek, jó munkahelyi légkör	0,572
	Stresszérzés: fiziológiai reakciók	0,538
2. Faktor (sajátérték =3,156, megmagyarázott variancia = 3,57%)		
	Egészség hatásai: társas kapcsolatokra	0,664
	Egészség definíció: jó kedélyállapot	0,590
	Egészség definíció: testi-lelki egyensúly	-0,523
	Egészség hatásai: általános pozitív hatás	-0,523
	Stresszdefiníció: teljesítménykárosodás	0,383
3. Faktor (sajátérték =2,872, megmagyarázott variancia = 3,36%)		
	Megküzdés: megelőzés a stresszorok elkerülésével	0,634
	Stresszor: megmérettetés	0,607
	Egészségérzések: egyéb	0,593
	Egészségattribúció: környezet, Isten	0,590
	Egészségérzések: kapcsolatok	-0,291

4. Faktor (sajátérték =2,683, megmagyarázott variancia = 3,28%)		
	Egészség hatásai: munkavégzésre	0,584
	Egészség definíció: aktivitás, erőnlét	0,529
	Egészségérzések: erő, fittség	0,521
	Egészség attribúció: lelki harmónia	-0,429
	Egészség attribúció: odafigyelés	0,421
	Egészség definíció: betegség hiánya	0,308
5. Faktor (sajátérték =2,383, megmagyarázott variancia = 3,19%)		
	Egészség definíció: egészséges életmód	0,621
	Egészségmegőrzés: egészséges életmóddal	0,529
	Egészségmegőrzés: kapcsolatokkal	-0,411
	Egészség hatásai: boldogságra	0,397
6. (sajátérték =2,268, megmagyarázott variancia = 3,14%)		
	Stresszérzés: megküzdés	0,698
	Megküzdés: megelőzés felkészüléssel	0,606
7. Faktor (sajátérték =2,166, megmagyarázott variancia = 3,14%)		
	Stressz következmények: testi betegségek	0,614
	Egészség attribúció: egészséges életmód	0,551
	Megküzdés: leküzdés elkerüléssel	0,338
	Stresszor: idő	0,318
	Egészség definíció: jó közérzet	-0,302
	Stressz következményei: pszichés problémák	-0,280
8. (sajátérték =2,078, megmagyarázott variancia = 3,07%)		
	Stressz definíció: egyéb	0,883
	Stressz következményei: egyéb	0,865
9. Faktor (sajátérték =2,017, megmagyarázott variancia = 2,93%)		
	Stressz definíció: egyéb negatív érzelmek	0,633
	Stresszor: munkahely	-0,577
	Stressz definíció: feszült életmód	-0,395
	Stressz következmények: életmód megváltozása	-0,299
10. Faktor (sajátérték =1,957, megmagyarázott variancia = 2,90%)		
	Megküzdés: problémafókuszú	-0,518
	Stresszérzés: depresszió	-0,492
	Stresszérzés: kognitív károsodások	-0,480
	Stresszor: egyéb	-0,460
	Megküzdés: figyelemeltereléssel	0,446
	Stresszérzés: szorongás	0,375
	Stressz következmények: teljesítményromlás	-0,299

11. Faktor (sajátérték =1, 874, megmagyarázott variancia = 2,86%)		
	Egészségérzések: minden rendben	0,754
	Stressz következmények: családi problémák, kapcsolatok megromlása	0,536
	Egészségérzések: aktivitás	-0,507
	Egészségérzések: jókedv, boldogság	-0,460
	Egészség hatásai: egyéb	-0,347
	Megküzdés: ahogy	0,286
12. Faktor (sajátérték =1,788, megmagyarázott variancia = 2,79%)		
	Egészség definíció: jó családi kapcsolatok	-0,697
	Egészség attribúció: kapcsolatok	-0,653
	Stresszor: közlekedés	-0,219
13. Faktor (sajátérték =1,712, megmagyarázott variancia = 2,75%)		
	Stresszérzés: düh	0,620
	Egészség attribúció: anyagi eszközök	0,558
	Stressz következmények: alkalmazkodási zavar	0,385
	Stresszor: negatív érzelmek	-0,362
14. Faktor (sajátérték =1,691, megmagyarázott variancia = 2,70%)		
	Egészségdefiníció: egyéb	0,753
	Megküzdés: egyéb	0,704
	Megküzdés: segítségkérés	0,283
15. Faktor (sajátérték =1,636, megmagyarázott variancia = 2,63%)		
	Megelőzés: nem tudja megelőzni	-0,675
	Egészségmegőrzés: ahogy	-0,568
	Stressz definíció: kiváltó tényezőt említ	-0,369
16. Faktor (sajátérték =1,568, megmagyarázott variancia = 2,57%)		
	Stressz definíció: a stressz maga a probléma	0,605
	Stressz következmények: negatív emocionális állapotok	0,389
	Stressz definíció: negatív feszültség	-0,359
	Stressz következmények: testi tünetek	-0,317
17. Faktor (sajátérték =1,508, megmagyarázott variancia = 2,42%)		
	Stresszérzés: egyéb	0,479
	Stresszérzés: öröm	0,475
	Egészségmegőrzés: lelki harmóniával	-0,406

22. Táblázat: A teljes kérdőív faktorstruktúrája

Jól látható, hogy a kategóriák nem kérdéscsoportonként kerültek közös faktorokba. Ez azt jelzi, hogy a laikus nézetekben a stressz okaira, megjelenési formáira, következményeire és az egészségre vonatkozó nézetek összefüggnek egymással.

Mivel a jelen, laikus nézetekre vonatkozó kutatás célja volt munkahelyi egészségfejlesztő programok kidolgozását segítő információkat gyűjteni, az alábbiakban azt vizsgálom, hogy a munkavégzés, munkahely stresszorként, stressz következményként, egészségattribúcióként, az egészség hatásának helyeként és egészségmagatartásként milyen más attribúciós kategóriákkal kerül egy faktorba, valamint, hogy az egyéni fókuszú egészségfejlesztő programok célpontját jelentő egészséges életmód, mint egészségattribúció és egészségmagatartás milyen faktorba kerül. Vizsgálatra érdemesnek találtam még azt megnézni, hogy az egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésre adott „sehoggy” válasz milyen egyéb kategóriákkal kerül közös faktorba, illetve, hogy a faktorok alapján következtethetünk-e a stressz testi és lelki következményei közötti viszonyra.

A munkahely, mint stresszor negatív faktorsúllyal van jelen a *kilencedik faktorban*, a szintén negatív súllyal szereplő feszült életmód stressz definícióval, és az életmód megváltozásával, mint stressz következménnyel.

A munkahelyi sikerek, jó munkahelyi légkör, mint egészségattribúció az *első faktorban* olyan tételek mellett szerepel, mint a rövid és hosszabbtávú fiziológiai tünetek, mint stresszérzések, az emberek, az ismeretlen és kudarc, mint stresszorok, valamint az önnyugtatóssal, lazítással történő megküzdés. Ebből látszik tehát, hogy akik összefüggésbe hozzák az egészségi állapotukat a munkájukkal, azok látják a stressznek a testi tünetekkel, panaszokkal való kapcsolatát.

Az egészséges életmód, mint egészségmagatartás közös faktorba (*ötödik faktor*) került az egészséges életmóddal, mint egészségdefinícióval, de az ugyanilyen tartalmú egészségattribúcióval már nem (alátámasztva a harmadik hipotézis vizsgálatánál tapasztaltakat). Érdekes eredmény továbbá, hogy az *ötödik faktorban*, ahol az egészséges életmóddal történő egészségmegőrzés pozitív faktorsúllyal van jelen, a kapcsolatokkal történő egészségmegőrzés negatív faktorsúlyú.

Az egészséges életmód, mint egészségattribúció a *hetedik faktorban* szerepel, együtt – többek között – a testi betegségekkel, mint stressz következményekkel, mindkettő pozitív faktorsúllyal. Bár a laikus nézetek e két eleme, nem ellentmondóak egymásnak, logikusan elvárható lett volna a lelki harmónia, mint egészségattribúció jelenléte ebben a faktorban. Érdekes továbbá, hogy a pszichés problémák, mint stressz következmények negatív faktorsúllyal szerepelnek ebben a komponensben.

Az egészségnek a munkavégzésre gyakorolt hatása kategória a *negyedik faktorban* szerepel. Ez a faktor az egészséggel kapcsolatos egyfajta aktív, dinamikus, ugyanakkor leegyszerűsítő, felszínes hozzáállást képvisel: az egészség aktivitásként való meghatározása, az erő és fittség, mint egészség érzések, az odafigyelés, mint egészségattribúció, és a betegség hiánya, mint egészség definíció szerepelnek benne pozitív súllyal, az egészség lelki harmóniának való tulajdonítása pedig negatívval.

Az egészségmegőrzéssel kapcsolatos kérdésre adott „sehogy” válasz negatív faktorsúllyal szerepel a *tizenötödik faktorban*, csakúgy, mint a nem tudja megelőzni a stresszt és a kiváltó tényező említése a stresszdefinícióban kategóriák, jelezve, hogy aki nem törődik az egészségével, az a stresszel sem tud megküzdeni, és a stresszt külső tényezők következményének tartja.

A *tizenhatodik faktorban* – csakúgy, mint a hetedik faktorban - ismét jól látható, hogy a stressz lelki és testi következményei között negatív kapcsolat van: míg a lelki következményeket képviselő negatív érzelmi állapotok pozitív faktorsúlyúak, addig a testi tünetek negatív súllyal vannak jelen.

Úgy tűnik, annak ellenére, hogy az emberek többsége látja az egészségi állapotnak a pszichés tényezőkkel való kapcsolatát (hiszen a vizsgálati személyek 79 illetve 76 százaléka által egészségattribúcióként megjelölt jó kapcsolatok és a lelki harmónia a második és a harmadik legmagasabb átlagos pontszámot kapták az egészségattribúciók között), ezzel együtt mégis jelen van a szemléletben egyfajta test-lélek dualizmus. Erre utalnak az ötödik faktorban az egészséges életmóddal történő egészségmegőrzés és a kapcsolatokkal történő egészségmegőrzés ellentétes faktorsúlya, a hetedik faktorban a pszichés problémák, mint stressz következmények és a testi betegségek, mint stressz következmények ellentétes faktorsúlya. A negyedik faktorban az egészség betegség hiányaként történő meghatározása és lelki harmóniának való tulajdonítása ellentétes faktorsúlyúak, illetve a tizenhatodik faktorban a negatív érzelmi állapotok és a testi tünetek, mint stressz következmények ellentétes súllyal vannak jelen.

3. ÉRTELMEZÉS

Az eredmények értelmezése előtt fontosnak tartom leszögezni, hogy a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézetrendszer felmérése nem országosan reprezentatív mintán történt ugyan, ám mivel a minta demográfiai szempontból jól reprezentálja a munkahelyi egészségfejlesztési programok által leginkább elérhető célcsoportot (nem, életkor, végzettség

tekintetében), így a vizsgálat eredményei fontos tanulságokkal szolgálhatnak az egészségfejlesztő, egészségnevelő, stresszkezelő programok megtervezéséhez. Az eredmények ugyanakkor valószínűleg nem tükrözik a mai magyar társadalom egészének vélekedéseit, nézeteit. A vizsgálat további korlátja keresztmetszeti jellege: az eredményekből nem következtethetünk a stressz és az egészségi állapot, valamint a laikus nézetek közötti oki kapcsolatokra.

Az általam vizsgált minta nézeteit összevetve más kutatások eredményeivel látható, hogy sok a hasonlóság annak ellenére, hogy ezek a vizsgálatok más módszerekkel, más mintákon történtek. Ez arra utal, hogy a stresszre és az egészségre vonatkozó nézetek mára – legalábbis azonos kultúrkörön belül – országhatárokon át érvényesek. További értelmezésre inkább a különbségek érdekesek. Lényeges különbség van a stressz definícióban. Míg Kinman és Jones (2005) vizsgálati személyei a stresszt elsősorban ingerként látták, jelen mintában a stressz inkább, mint válasz jelent meg. A két minta demográfiai jellemzői eltértek egymástól: Kinman és Jones mintája idősebb volt, nagyobb volt a férfiak, és a vezető beosztásúak aránya. Az eltérések hátterében állhat ez is (bár a demográfiai mutatók saját vizsgálatomban nem voltak kapcsolatban a stressz definícióval), illetve kulturális különbségek is magyarázhatják azt. A stresszorok rangsorában voltak közös pontok McCormick (1997) eredményeivel, de talán nem igényel külön magyarázatot az a tény, hogy a magyarországi mintában (szemben az attól demográfiai jellemzőiben is eltérő ausztráliaitól) az anyagiak állnak az első helyen. Az egészség meghatározása sok közös pontot mutatott D'Houtaud (1984) kutatásával, eltérés volt viszont, hogy jelen mintában a betegség hiánya, mint egészségdefiníció csak a hetedik volt a kategóriák rangsorában, míg d'Houtaud-nál szerepelt a legfontosabb definíciók között. Ennek magyarázata rejtőzhet a két vizsgálat között eltelt majdnem húsz évben, hiszem az utóbbi években a laikusok is rengeteget hallhattak az életmódnak és a lelkiállapotnak az egészségre gyakorolt hatásáról, és ezen információk biztosan befolyásolták nézeteiket.

Az *első hipotézis* vizsgálatához faktoranalízist végeztem. A faktoranalízis eredményeinek értelmezhetőségét csökkenti az a tény, hogy a megfelelő faktorstruktúra kialakításához sok kategóriát el kellett hagynom. Némelyik kérdés esetében még így sem sikerült elfogadható struktúrát kapnom. A legtöbb esetben, kezdetben nagyon alacsony volt a KMO érték, mely a változók közti együtt járásokat vizsgálja - s ami miatt csökkentenem kellett a változók számát -, s ez arra utalhat, hogy a nézetrendszer egyes elemei nem feltétlenül függenek össze szorosan egymással, vagy legalábbis néhány elem nem tartozik igazán közéjük. A kérdésenkénti faktoranalízisek eredményét összevetve más kutatásokban

kapott dimenziókkal és faktorokkal (d'Houtaud és Field, 1984, Pierret, 1995, Furnham, 1997) megállapíthatjuk, hogy a kapott struktúrák jelentősen eltérőek. Ennek oka egyrészt a különböző kutatásokban használt, egymástól jelentősen eltérő módszerekben lehet, másrészt abban, hogy saját faktorstruktúráimból sok - néhány esetben az átlagpontszámok alapján nagyon fontos - kategória a fent említett okokból kimaradt. Az összes egészségre és az összes stresszre vonatkozó kérdésen végzett faktoranalízisben is jelentősen csökkentenem kellett a kategóriák számát. A kapott struktúrákban a faktorok többsége jól, némelyik viszont nehezen volt értelmezhető, nem logikusan szerveződött. Mindezek ellenére a kapott struktúrákat – eszközként a változók számának csökkentésére – felhasználtam a további hipotézisek ellenőrzésére. A fentiek alapján az első hipotézist csak részben sikerült megerősítenem.

Igazolást nyert viszont a *második hipotézis*, amennyiben az egészséges életmód válasz sokkal jelentősebb az egészségattribúciók, mint az egészségviselkedések között. Ez arra utal, hogy az emberek nem mindig hiedelmeikkel, és nézeteikkel összhangban cselekszenek az egészségüket érintő kérdésekben.

A demográfiai mutatók és a nézetrendszer összefüggéseire vonatkozó *harmadik hipotézist* megerősítettem: a demográfiai változóknak a kérdésenkénti faktorok közül leginkább a stresszorokra, az egészség hatására és a stresszézésre vonatkozó faktorokra van hatásuk. Nincs hatása viszont a stressz következmények faktorokra sem a nemnek, sem az iskolai végzettségnek Furnham (1997) eredményeivel ellentétben. Az aktuálisan átélt stressz és egészségi állapot szintén befolyásolja a laikus nézetek faktorait. Míg a jelenlegi egészségi állapot csak egyetlen egészségattribúciós faktort magyaráz, s nincs kapcsolatban a stressz faktorokkal, az átélt stressz (stresszkérdőív összpontszám) kapcsolatban van egy egészségfaktoral, és több stressz faktoral is. Mindez azt jelzi, hogy az aktuálisan átélt stressz jelentősebb magyarázó tényezője a laikus nézetek elemeinek, mint az aktuális egészségi állapot.

Az iskolai végzettség hatására vonatkozó *(negyedik) hipotézis* nem nyert igazolást: az iskolai végzettség nincs szignifikáns kapcsolatban a stressz- és egészségdefinícióval, egészség attribúcióval és egészségviselkedéssel, vagyis – sok más kutatással ellentétben - nem sikerült kimutatnom a modern egészségnevelési elvek eltérő ismeretét a különböző társadalmi rétegekben. Ennek egyik lehetséges magyarázata az, hogy a mintában lényegében csak közép- és felsőfokú végzettségűek szerepeltek, s a közöttük lévő eltérések etekintetben vélhetőleg kisebbek, mint az alap- és felsőfokú végzettségűek között lettek volna.

Az aktuálisan átélt stressz ugyanúgy, ahogy a stressz faktorokat is magyarázta, a stresszdefinícióra és a stresszorokra vonatkozó kérdés kategóriáinak is szignifikáns

magyarázó tényezője (összhangban McCormick, 1997 eredményeivel), megerősítve így az *ötödik hipotézist*. Ezek szerint az, hogy ki mekkora stresszt él át, kapcsolatban van azzal, hogy miként határozza meg a stresszt, illetve mi okoz számára stresszt. Keresztmetszeti vizsgálat lévén, ok-okozati kapcsolatra az eredményekből következtetni nem tudunk.

A fordított irányú kapcsolatot is igazoltam, megerősítve így a *hatodik hipotézist*: az első és a hatodik stresszfaktor is szignifikáns magyarázó tényezője a munkahelyi stresszkérdőív összpontszámának.

A jelenlegi és az általános egészségi állapot a *hetedik hipotézisnek* megfelelően kapcsolatban van az egészségdefinícióval: a gyakrabban egészségesek inkább határozzák meg az egészséget aktivitásként és erőnlétként. A jelenlegi és az általános egészségi állapot az egészségattribúciónak is magyarázó tényezője: az egészségesek például kevésbé tulajdonítják a jó egészséget a munkahelynek, gyakrabban tulajdonítják viszont azt az odafigyelésnek. (Ez megfelel Szántó – Susánszky, 2006-os, a betegségfilozófiákra vonatkozó kutatási eredményeinek). Az előbbi kapcsolat egy lehetséges magyarázata lehet, hogy a kevésbé egészségesek munkahelyüket (is) hibásnak tartják a megromlott egészségi állapotukért, így ők az általuk átéltek ellentétét is feltételezik: vagyis, hogy a jobb munkahelyi körülmények jobb egészséget eredményeznének. Az egészségi állapot kapcsolatban van az egészségmegőrzés módjával is: az egészségesebbek körében gyakoribb az egészségmegőrzés a képességeknek megfelelő, változatos munkavégzéssel. Ez az együtt járás többféle kapcsolatot jelezhet: elképzelhető, hogy azok a szerencsések, akik valóban változatos, kihívást jelentő munkát végezhetnek, ennek hatására egészségesebbek lesznek, az is lehetséges, hogy a jobb egészséggel bírók hatékonyabbak a munkájukban, ami így sikerélményhez, esetleg előléptetéshez vezetve jobb munkafeltételeket hoz magával. További lehetőség, hogy a kapcsolat csak kognitív szinten létezik. Keresztmetszeti vizsgálatról lévén szó, az eredményekből ezt nem tudjuk eldönteni.

A *nyolcadik hipotézist* nem tudtam igazolni: Kinman és Jones (2005) eredményeivel szemben saját vizsgálatomban a beosztás az egyéb demográfiai változók kontrollálása esetén nem függ össze szignifikánsan a stressz definícióval. A vezetőkre jellemzőbb viszont a munkavégzéssel történő egészségmegőrzés, ami arra utalhat, hogy a vezetők által ellátott munka jobban megfelel a kérdésben megfogalmazott „változatos, képességeinek megfelelő” munkának.

A laikus nézetrendszer belső összefüggéseinek feltárása érdekében a kérdőívben szereplő összes kategórián együtt végeztem egy faktorelemzést. A belső összefüggések

megismerése különösen jelentős, ha a rendszer egyik vagy másik elemét meg akarjuk változtatni (mint ahogy az, például egy egészségnevelő program során történik).

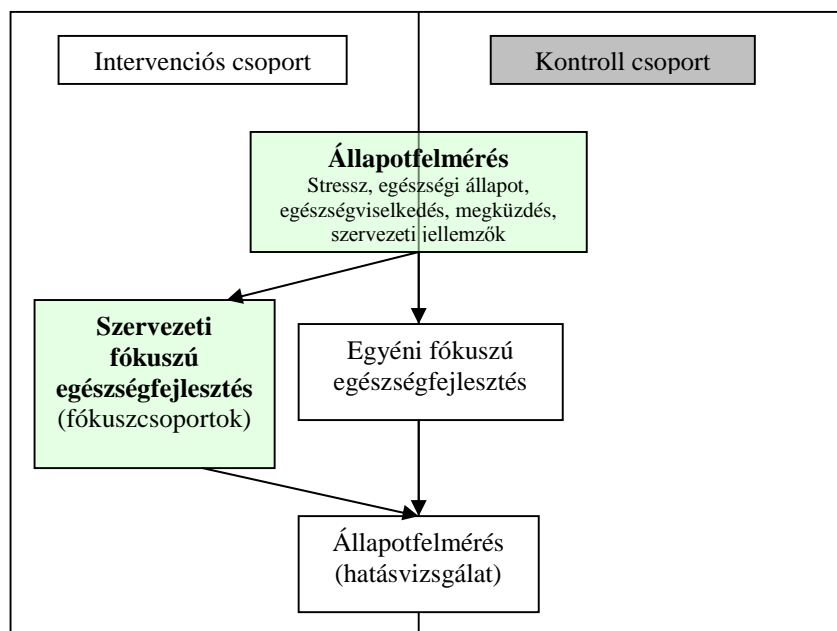
Tekintve, hogy a jelen kutatás elsődleges célja az volt, hogy ismereteket szolgáltatson jövőbeli munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások megtervezéséhez, összefoglalásképpen nézzük meg, hogy kik lehetnek e programok résztvevői, és mit tudunk meg róluk ebből a vizsgálatból. Kik alkotják a munkahelyi egészségfejlesztési programok elsődleges célcsoportját? Azok a dolgozók, akik jelentős mértékű munkahelyi stresszt élnek át (szükségük van a programra), és/vagy akik látják a kapcsolatot a munkavégzésük és az egészségük között, valamint az egészséges életmód és az egészségi állapot között (fogékonyak lennének egy ilyen beavatkozásra), és/vagy akik maguk is az egészségviselkedéseik közé sorolják a kihívást jelentő, képességeiknek megfelelő munkavégzést (motiváltak lennének a programban való részvételre). Mit tudunk meg az eredmények alapján erről a célcsoportról? Az átlagosnál rosszabb egészségi állapotban vannak (ők tulajdonítják a jó egészségi állapotot a munkahelyi sikereknek), vezető beosztásban vannak (ők inkább tulajdonítják a jó egészségi állapotot a munkahelyi sikereknek), a stresszről és az egészségről pedig részben a többiektől eltérő vélekedéseket alakítottak ki: Látják a stressznek a testi tünetekkel, panaszokkal és betegségekkel való kapcsolatát, a stresszt feszült életmódként definiálják, következményének látják az életmód megváltozását. Az egészséget egészséges életmódként, vagy aktivitásként határozzák meg, jellemző egészségérzésük az erő és fittség, a jó egészségi állapotot az odafigyelésnek, a munkahelyi sikereknek tulajdonítják. Az egészségfejlesztő programokon való részvétel szempontjából kedvező eleme a fenti csoportra jellemző nézetrendszernek a stressznek és az egészségnek egyfajta életmódként való meghatározása, hiszen az életmód egy belső, akaratlagosan változtatható, nem állandó állapot, és mint ilyen belső kontrollosságra, az életem, az egészségen aktívan változtatni akarásra serkenthet. Az egészségfejlesztési programoknak pedig éppen ez a céljuk: visszaadni az embereknek a saját egészségük feletti kontrollt. Az egészségnevelési programok kidolgozása során érdemes figyelembe venni a célcsoportba tartozók nézetrendszerének leglényegesebb elemeit, és ezekre építeni a programot.

III. RÉSZ: LÉPÉSEK AZ EGYÉNI ÉS A SZERVEZETI FÓKUSZÚ MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS KÍSÉRLETI MODELLJÉNEK KIALAKÍTÁSA FELÉ

Ma Magyarországon egyre nagyobb figyelem irányul a társadalom több szintjén az egészség megóvására, fejlesztésére, egyre több ilyen irányú kezdeményezés, program lát napvilágot a munkahelyeken is. Ezek azonban egyelőre szinte kizárólagosan az egyénnel, a dolgozóval foglalkoznak, őt próbálják a fennálló munkahelyi és egyéb megterhelésekkel szemben ellenállóbbá, és egészségesebbé tenni. Sokkal ritkábbak az olyan komplex, longitudinális munkahelyi egészségfejlesztő programok, melyek foglalkoznának magukkal a munkahelyi, potenciálisan egészségkárosító körülményekkel is (szervezeti fókuszú egészségfejlesztés), növelve így az életmód-változtató programok hatékonyságát. A disszertáció jelen fejezete egy olyan kutatásról számol be, melynek célja volt megtenni a kezdőlépéseket egy, az egyéni és a szervezeti fókuszú egészségfejlesztés elveit és módszereit ötvöző modell kidolgozása felé.

A kétéves utánkövetéssel megtervezett kontrollcsoportos kutatás¹ egy magyarországi telekommunikációs vállalatnál zajlott. A tervezett kutatás modelljét lásd a 3. Ábrán. A kutatás első szakaszában egy az intervenció és a kontrollcsoportra is kiterjedő állapotfelmérés történt. Az állapotfelmérés az alábbi témakörök vizsgálatára irányult: szubjektív egészségi állapot, egészségviselkedési szokások, munkahelyi és magánéleti stressz, szervezeti elkötelezettség, munkahelyi elégedettség, szervezeti légkör, a stresszel való megküzdés egyéni és kollektív formái és a munka egészségfejlesztő jellemzői. A fenti témakörök kérdőíves, interjú és megfigyeléses vizsgálatán túl a program kezdetén rögzítettük a hiányzási és teljesítménymutatókat is (az intervenció és a kontrollcsoportra vetítve). Az állapotfelmérés eredményeinek felhasználásával készült el az egészségfejlesztő beavatkozások tervezete. Röviddel a szervezeti fókuszú beavatkozások megkezdése után azonban a vizsgált szervezetnél történt rendkívüli változások miatt (ezekről részletesebben lásd lent) be kellett fejezni a kutatást. Az egyéni fókuszú beavatkozások bevezetésére már nem kerülhetett sor, illetve a hatásvizsgálatot sem tudtuk elvégezni. Ezért ebben a fejezetben csupán az állapotfelmérés eredményeit, a vizsgált változók összefüggéseit, illetve a program keretén belül megvalósult szervezeti fókuszú beavatkozást mutatom be kvalitatív elemzéssel, valamint a fejezet végén kitérek a kutatás általánosítható, máshol is felhasználható eredményeire, tanulságaira.

¹ (A kutatás az NKFP 1B/0015/2002 pályázat támogatásával zajlott).



3. Ábra: Az egészségfejlesztő kutatás modellje (zölddel kiemelve a megvalósult szakaszok)

1. ÁLLAPOTFELMÉRÉS

1.1 Módszer

Minta

A kutatás intervenciós és kontrollcsoportját a konzorcium egyik tagja, a Magyar T-COM Nyrt. két szervezeti egysége alkotta. A két szervezeti egység az ország két különböző pontján, hasonló feltételek és körülmények mellett hasonló munkát végez (telefonos ügyfélszolgálat).

Az intervenciós csoportban 174, a kontrollcsoportban 200 fő vett részt az első kérdőíves állapotfelmérésben. Az interjúkon 49, a megfigyelésekben 16 fő vett részt. Az elemzéseket az intervenciós és a kontrollcsoport adatainak együttes felhasználásával végeztem. Mivel az intervenciók utáni ismételt állapotfelmérésre nem kerülhetett sor, nem vizsgáltam a két csoport eltéréseit a vizsgált változók mentén. A két csoport demográfiai mutatók szerinti eltéréseit az alábbiakban közlöm.

A vizsgálati személyeknél a következő demográfiai adatokat mértük fel: nem, kor, családi állapot, iskolai végzettség, beosztás (vezető, vagy beosztott). A vizsgálati személyek nyolcvanegy százaléka nő, az átlagéletkor 31,4 év (19-60 év). A vizsgálati személyek nyolcvanhárom százalékanak közép, tizenöt százalékanak felsőfokú végzettsége van. A

résztevőknek csak öt százaléka dolgozik vezetői beosztásban. Családi állapotukat tekintve a válaszolók 51%-a egyedül él, 10% elvált, 37% házas. Az intervenció és a kontrollcsoport között az alábbi demográfiai változókban volt szignifikáns eltérés:

- nem: a kontrollcsoportban több a férfi: 22,5 % (a kísérleti csoportban: 14%)
- kor: a kontrollcsoport tagjai fiatalabbak (átlagéletkor: 30 év, a kísérleti csoportban: 32,8 év)

Eszközök

A vizsgálat során egy elektronikus formátumú, összesen hetven kérdésből álló hálózati alapú **kérdőívet** dolgoztam ki és használtam. A kérdőív vizsgálta a dolgozók stresszről, egészségről alkotott vélekedéseit, szubjektív egészségi állapotát, életmódját, egészségi szokásait, kockázati faktorait, a rájuk ható munkahelyi és magánéleti stresszt, a szervezeti elkötelezettséget, a munkahelyi elégedettséget és a szervezeti légkört. A kérdőív kialakítása egy többlépcsős folyamat eredménye volt.

A *munkahelyi stressz*re vonatkozó kérdőívről az előző fejezetben esett szó. Ezen felül stressz mutatóként használtam a kérdőív négy további kérdését:

- Általában mennyire érzi stressz-keltőnek a munkáját?
- Összességében jelenleg mekkora stresszt él át az életében? (mindkettő ötfokú skálán)
- Mekkora stresszt okoznak az életében az alábbi magánéleti problémák: családi gondok, anyagi gondok, egészségügyi gondok, házimunka, gyerek (hatfokú skálán)
- A munkából vagy a magánéletből származó stressz jelentősebb-e számára (összön fel köztük 100%-ot)

A fentiek mellett a kérdőív nyílt és zárt végű kérdéseket tartalmazott a szubjektív egészségi állapotra, életmódra vonatkozóan. A *vizsgált egészségviselkedések* a következők voltak (a kérdések kialakításához támpontul a Jobb egészséget a nőknek program (1998) kérdőíve szolgált (Kopp és mtsai, 1999)):

- dohányzás (igen - nem)
- egészséges táplálkozás (ötfokú skálán)
- sportolás gyakorisága (ötfokú skálán)
- alkoholfogyasztás gyakorisága (ötfokú skálán)
- egy alkalommal elfogyasztott alkoholegységek száma
- munkanapokon alvással töltött órák száma
- munkaszüneti napokon alvással töltött órák száma

A *szubjektív egészségi állapotot* két direkt kérdéssel vizsgáltam:

- Jelenleg milyenek érzi egészségi állapotát? (ötfokú skálán)

- Milyen sűrűn érzi egészségesnek magát? (négyfokú skálán)

Továbbá a *szubjektív egészségi állapot* mutatójaként használtam fel az alábbi kérdésekre adott válaszokat (a kérdések kialakításához támpontul a *Jobb egészséget a nőknek* program (1998) kérdőíve szolgált (Kopp és mtsai, 1999)):

- Van-e olyan betegsége, ami miatt rendszeresen gyógyszert szed, kezelésre szorul? (igen-nem)
- Volt-e egy hétnél hosszabb ideig fekvőbeteg az elmúlt évben? (igen - nem)
- Hányszor volt orvosnál az elmúlt évben? (hatfokú skálán)
- Átélt tüneteinek, egészségi problémáinak száma (0-18). A tünetek kiválasztása a „*Jobb egészséget a nőknek*” program kérdőíve (Kopp és mtsai, 1999), valamint Larsen és Kasimatis, 1991 alapján történt).

(A kérdőívben szerepeltek még további kérdések az egészségi állapotra és az életmódra vonatkozóan, amelyekkel az elemzésben nem foglalkoztam, így ezeket ehelyütt nem is ismertetem.)

A *munkahelyi elégedettség* egy hat kérdésből álló skála vizsgálta. Az elégedettség skála a *Munkamotivációs kérdőív*ből (Roe et al., 2000) származik, melyet magyarra Dienes Erzsébet adaptált. A skála megbízhatósági mutatói megfelelőnek bizonyultak (A Cronbach alfa 0,83 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,54 és 0,74 közötti értékeket vettek fel). (Az eredeti skála pszichometriai mutatóiról részletesebben lásd TenHorn et al., 1996). A *szervezeti elkötelezettség* egy szintén megbízható (Cronbach alfa: 0,71, korrigált item-totál korrelációk 0,24 és 0,6 között) hét kérdésből álló skála vizsgálta. A kérdések a *Munkamotivációs kérdőív* (Roe et al., 2000) *Szervezeti elkötelezettség* és *Munkába való bevonódás* skáláiból származnak (Az eredeti skála pszichometriai mutatóiról részletesebben lásd TenHorn et al., 1996).

A *szervezeti légkört* vizsgáló kérdőív (részlet a Focus Questionnaire rövidített változatából (Muijen et al., 1999), magyarra fordította Juhász Á.) 12 kérdésből állt, melyek három külön skálát alkottak. Ezek a skálák: a cél orientáció, támogatás orientáció és szabály orientáció. Az első skála a szervezeti célokra vonatkozott (van-e teljesítménymérés, jutalmazás arányos-e ezzel). A második skála a dolgozók támogatásával foglalkozott (felettesek foglalkoznak-e a beosztottak személyes problémáival, konfliktusaival). A harmadik skála a szabályokra irányult (tevékenységek előrejelezhetőek-e, instrukciók le vannak-e írva). A cél skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,75 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,47 és 0,67 közötti értékeket vettek fel. A támogatás skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,70 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,34 és

0,60 közötti értékeket vettek fel. A szabályok skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,46 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,20 és 0,37 közötti értékeket vettek fel. A szabályok skála a megbízhatósági mutatók alapján nem felel meg a kritériumoknak (Cronbach alfa 0,70 felett, item-totál korreláció 0,2 felett lásd, Kline, 1986, illetve Nunnally, 1978), így az elemzésben sem vettem figyelembe. A bekezdésben említett három kérdőív megbízhatósági mutatói megtalálhatóak a *14. számú Mellékletben*. (Az eredeti kérdőív részletes megbízhatósági és érvényességi mutatóit lásd Muijen et al., 1999).

A kérdőív – mely megtalálható a *9. Mellékletben* – a szervezet belső hálózatára került, itt töltötték ki a dolgozók. A kérdőívek névtelenek voltak, jeligével különböztettük meg őket.

A kérdőíves felmérést megfigyelések és interjúk egészítették ki. A strukturált **megfigyelések** célja volt részletesebb és objektívabb információk szerzése a dolgozók munkafeladatairól, a rájuk ható stresszorokról, az egyéni és kollektív megküzdési módokról. A megfigyelések egyenként 4 órányi időtartamúak voltak, két kutató végezte őket megadott szempontok alapján, egymástól függetlenül. Igyekeztünk minden munkakörből legalább egy dolgozót megfigyelni. A megfigyelési szempontokat az *10. Melléklet* tartalmazza.

Az egyenként harminc perces dolgozói **interjúk** célja a stresszel való megküzdés egyéni és csoportos, kollektív formáiról mélyebb információkat szerezni, és kiegészíteni a megfigyelés során tapasztaltakat, illetve a kérdőív eredményeit. Az interjú vázlatot a *11. Melléklet* tartalmazza.

Eljárás

A felmérés megkezdése előtt minden dolgozó szóban tájékoztatást kapott a kutatásról, annak céljáról, módszereiről. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a kérdőíveket a dolgozók saját maguk által választott jeligékkel töltötték ki. A kérdőívek kitöltése, az interjúk felvétele és a megfigyelések is munkaidőben zajlottak. A kérdőívet kitöltőket óránként tízes csoportokban kivették a rendszerből, majd rövid tájékoztatást kaptak a kutatásról, ezután saját számítógépükön kitöltötték az on-line kérdőívet. A kérdőíveket a két helyszínen háromezréztől töltötték ki. A dolgozói létszám a kitöltés időpontjában négyszáznegyvenhét volt, ebből következtetve a kérdőív kitöltését visszautasítók és a hiányzók, szabadságon lévők aránya együttesen tizenhat százalék volt.

A statisztikai elemzéseket az SPSS 11.0 statisztikai programmal készítettem.

Hipotézisek

Mint arról már feljebb szó esett, ez a kutatás utánkövetéses vizsgálatként lett tervezve, ahol a különböző egészségfejlesztő beavatkozásoknak az egészségi állapotra, egészségviselkedésre, átélt stresszre gyakorolt hatását akartam lemérni. Tekintettel arra, hogy a már említett, illetve később részletezett okokból nem volt lehetséges a kutatás befejezése, a beavatkozások teljes körű bevezetése, illetve hatásának lemérése, ezért keresztmetszeti elemzéseket végeztem a munkahelyi stressz, az egészségi állapot és az egészségviselkedések összefüggéseinek vizsgálatára. Vizsgálódásaim egy esetleges jövőbeli egészségfejlesztő beavatkozás alapját képezhetik: azt kívántam felmérni, hogy a jelen mintában milyen összefüggésben van egymással az egészségi állapot, a munkahelyi és egyéb stressz, valamint az egészségviselkedés. Korábbi irodalmi hivatkozásokra épülő feltételezésem szerint mindhárom változó összefügg mindegyik másikkal. E feltételezés igazolásának a beavatkozások megtervezésében lehet jelentősége: ha a kölcsönös összefüggések valóban fennállnak, bárhol is avatkozunk be (akár a stresszt csökkentjük, akár az egészségviselkedéseket fejlesztjük), az kihatással lesz a többi tényezőre is (az egészségi állapotra, az átélt stresszre és az egészségviselkedésekre). Természetesen ezen állításom is igazolást igényelne, amelyre azonban sajnos a saját vizsgálatom – keresztmetszeti jellegéből fakadóan - nem nyújtott lehetőséget. Ennek megfelelően vizsgálni kívántam az egészségi állapot, a stressz és az egészségviselkedések együtt járását, valamint a munkahelyi elégedettségnek a stresszel és a szervezeti légkörrel való kapcsolatát. Hipotéziseim a következők:

1. *Egészségi állapot és stressz*: A munkahelyi és egyéb stressznek az egészségi állapot különböző mutatóival való negatív kapcsolatát számos vizsgálat kimutatta (lásd például Theorell, 1997, Bosma et al., 1998, Siegrist, 2004, Danna és Griffin, 1999). Ennek alapján feltételezem, hogy az általam vizsgált mintában az átélt stressz negatív kapcsolatban lesz a szubjektív egészségi állapottal.
2. *Egészségmagatartás és stressz*. A stressznek irodalmi adatok alapján (lásd például Steptoe et al. (1996) longitudinális vizsgálatát a stressz és az egészségviselkedések kapcsolatáról a szociális támogatás függvényében, Deinzer et al. (2005) tanulmányát, Green és Johnson (1990) tanulmányát a stressz és az elszívott cigaretta mennyiségének kapcsolatáról) pozitív együtt járását várom a dohányzással és az alkoholfogyasztással, és negatív a testmozgással.
3. *Egészségmagatartás és egészségi állapot*: A kutatók általában egyetértenek abban, hogy az egészségmagatartások lényeges szerepet játszanak az egészség fenntartásában, a betegségek megelőzésében (Belloc és Breslow (1976, idézi Baum et al., 1997, Adler és Matthews, 1994,

Denton és Walters, 1999, Penedo és Dahn, 2005), ennek megfelelően azt várom, hogy az egészségviselkedések korrelálnak az egészségi állapottal. Főleg a dohányzásról és az alkoholfogyasztásról feltételezem, hogy negatívan fog korrelálni a szubjektív egészségi állapottal.

4. *Munkahelyi elégedettség és stressz*: A munkahelyen tartósan fennálló stresszhatások azt eredményezhetik, hogy a dolgozók elégedetlenné válnak a munkahelyükkel, a szervezettel, az abban elfoglalt szerepükkel. Ennek megfelelően, illetve irodalmi adatok alapján (lásd például Heslop et al., 2002 longitudinális tanulmányát a stressz, elégedettség és szívkoszorúér betegségek előfordulásának összefüggéseiről, illetve Prosser et al. (1997) vizsgálatát az egyes munkahelyi megterhelésekből fakadó stressz és az elégedettség negatív kapcsolatáról) a munkahelyi stressz és a munkahelyi elégedettség között fordított viszonyt feltételezek.

5. *Szervezeti légkör és munkahelyi elégedettség*: Korábbi tanulmányok (lásd például Griffin, 2001) találtak kapcsolatot a szervezeti/munkahelyi klíma és a munkahelyi elégedettség között. Ezek alapján a szervezeti légkör mindkét – az elemzésben figyelembe vett - skálájának a munkahelyi elégedettséggel való pozitív összefüggését várom el.

1.2 Eredmények

A hipotézisek vizsgálata előtt felmértem a minta jellegzetességeit az általam vizsgált változók mentén. Vizsgáltam a demográfiai változóknak e változókra gyakorolt hatását is. Az alábbiakban először ezeket a leíró alapstatisztikákat mutatom be, ahol lehetséges táblázatos formában, majd rátérek a hipotézisek vizsgálatára.

*Egészségviselkedések**

dohányzás	igen		nem		
	38,9 %		61,1 %		
alkoholfogyasztás	soha	évente pár	havonta	hetente	naponta
	13,9 %	50,3 %	16,7 %	17,3 %	1,9%
testmozgás	soha	havonta	hetente egyszer	hetente többször	naponta
	22,7 %	29 %	16,7 %	24,3 %	7,3 %
egészséges táplálkozás	soha	ritkán	gyakran	legtöbbször	mindig
	4 %	32,6 %	31,1 %	30,5 %	1,8 %

23. Táblázat: Egészségviselkedések önbeszámolás gyakorisági eloszlása a mintában

*Az alvással töltött időt folytonos változóval mértem: A vizsgált személyek munkanapokon átlagosan 6,6 órát alszanak, munkaszüneti napokon 8,5 órát.

Szubjektív egészségi állapot

Kezelt betegség	Van					nincs					
	23%					77%					
Fekvő beteg tavaly	Volt					nem volt					
	14,5%					85,5%					
Hányszor kereste fel orvosát tavaly	0	1-2	3-5	6-10	>10	nem tudja					
	12,8 %	53,4 %	17,4 %	8,7 %	5,7 %	1,6 %					
Miért kereste fel orvosát	panasz	gyógyszer	igazolás	beutaló	tanács	kivizsg.					
	47%	19,7 %	8,3 %	3,7 %	5,3 %	28%					
Milyen gyakran érzi egészségesnek magát	mindig		legtöbbször		gyakran nem	ritkán					
	11,4 %		63,3 %		22,2 %	3,1 %					
Jelenleg milyen az egészsége	Nagyon rossz		Rossz	közepes	jó	nagyon jó					
	0,3 %		5,3 %	34,6 %	49,9 %	10 %					
Tünetek*	megfázás	fejfájás	allergia	fáradékonyság	gyomor panasz	székrekedés	izület fáj	végtag fáj	szédülés	lehangoltság	szorongás
	18,1%	35,6%	20,9%	57,8%	24%	19,2%	21,9%	16,5%	15,3%	31,7%	18,3%

24. Táblázat: A szubjektív egészségi állapot mutatóinak eloszlása a mintában

*A pszichológiai stresszhez az irodalomban leggyakrabban kapcsolt tizennyolc tünet közül a minta átlagosan 3,5-et említett (szórás:2,5). Mivel egy személy több tünetről is beszámolhatott, a gyakoriságok összege meghaladja a 100%-ot.

Stressz

Munka mennyire stresszkeltő*	egyáltalán nem	enyhén	közepesen	nagyon	extrém módon
	6,4 %	29,2 %	44,6 %	17,8 %	2%
Magánéleti stressz forrásai**	családi gondok	anyagi gondok	eü-i gondok	házimunka, gyerek	
	2,93 (1,95)	3,58 (1,58)	2,91 (1,83)	1,55 (1,63)	
Összességében átélt stressz	nagyon kevés	kevés	közepes	nagy	extrém nagy
	5,4 %	16,2 %	54,7 %	22 %	1,7 %
Stressz munka-család	munka			család	
	58 %			42 %	

25. Táblázat: A munkahelyi és általános stressz-mutatók eloszlási gyakorisága a mintában

*Az átélt munkahelyi stressz mértékét ezen felül egy 26 itemből álló két, egyenként hatfokú skálán kellett a személyeknek megítélniük. A kérdőívről részletesebben a disszertáció előző fejezetében volt szó. A kérdőív alapján az alábbi mutatók voltak kiszámíthatóak: stresszorok összesített gyakorisága, összesített stresszkeltő jelleg (összpontszám). A stresszkeltő jelleg összpontszámának átlaga a mintában 59,7 (szórás: 24,6).

A kérdőívben felsorolt megterhelések közül a vizsgálati személyek munkájára az alábbiak jellemzőek leginkább (zárójelben az átlagpontszámok és a szórás):

- alacsony fizetés, kevés jutalmazás (á: 3,93, sz:1,79)
- kedvezőtlen fizikai körülmények a munkahelyen (á: 3,86, sz:1,76)
- nincs előmeneteli lehetőség (á: 3,71, sz:1,99)
- túl sok munka (á: 3,46, sz:1,63)
- túl egyszerű, vagy túl nehéz a feladat (á: 3,24, sz:1,46)
- kevés kontroll (á: 3,24, sz:1,82)
- nincs elég idő a feladatok elvégzésére (á: 3,18, sz:1,7)

A vizsgált populáció számára a legnagyobb stresszt a munkahelyen az alábbi tényezők okozzák

- alacsony fizetés, kevés jutalmazás (á: 3,64, sz:1,84)
- nincs elég idő a feladatok elvégzésére (á: 3,12, sz:1,8)
- kedvezőtlen fizikai körülmények a munkahelyen (á: 3,11, sz:1,72)
- túl sok munka (á: 3,07, sz:1,72)

** A táblázatban a magánéleti stresszorok hatfokú skálán mért (a „Mekkora stresszt okoznak a magánéletében az alábbi problémák?” kérdésre adott válaszok alapján számolt) átlagpontszámait és szórásait ismertettem.

*** A kérdőívet kitöltőknek 100%-ot kellett felosztaniuk munka és család között aszerint, hogy melyiknek mekkora szerepe van a rájuk ható terhelés előidőzésében.

Szervezeti elkötelezettség, elégedettség, szervezeti légkör

A munkahelyi elégedettséget egy hat kérdésből álló ötfokú skálán mérő kérdőív vizsgálta. Az elérhető maximális összpontszám a kérdőívben 30 volt. A minta átlaga 19,84 pont (szórás: 4,13), ami az elérhető pontszám 66%-a. Úgy tűnik, hogy a minta a közepesnél csak kicsit elégedettebb.

A szervezeti elkötelezettséget egy hét kérdésből álló kérdőív vizsgálta ötfokú skálán. Az elérhető maximális összpontszám itt harmincöt volt. A mintában az átlagos összpontszám: 22,3 (szórás: 5,4), ami az elérhető pontszám 64%-a. Az átlagos elkötelezettség a közepesnél csak kicsit magasabb.

A szervezeti légkört vizsgáló kérdőív két (három) skálából állt. A nemzetközi vizsgálati mintán kapott eredményekkel összevetve (Muijen et al., 1999) a jelen kutatásban részt vevő dolgozók mindkét skálán alacsonyabb átlagos pontszámot értek el: a cél skála nemzetközi mintán kapott átlagpontszáma (3,79 (sz: 0,85)) nem esik bele a jelen mintán kapott konfidencia intervallumba (3,06-3,29, á: 3,18 (sz:0,99)), illetve egy-mintás t-próbával nézve a két átlag szignifikánsan eltér egymástól ($t=-10,450$, $p<0,001$). Ugyanez igaz a támogatás skálára is: nemzetközi mintán kapott átlagpontszáma (3,20 (sz: 0,97)), nem esik bele a jelen mintán kapott konfidencia-intervallumba (2,20-2,35, á: 2,27 (sz: 0,65)), illetve a két átlag szignifikánsan eltér egymástól ($t=-23,661$, $p<0,001$). A különbség különösen a támogatás skála esetében szembetűnő.

Demográfiai változók hatása

(Az elemzéseket Mann-Whitney próbával, Kruskal-Wallis teszttel, t-próbával, egyszempontos ANOVA, valamint Pearson-féle khi négyzet próbával végeztem)

BEOSZTÁS		vezető	beosztott
dohányzik ^a	igen	66,7%	38%
	nem	33,3%	62%
Szervezeti elkötelezettség (átlag) ^b		25,21	22,07
ISKOLAI VÉGZETTSÉG		felsőfokú	középfokú
Munkahelyi stressz gyakoriság összpontszám ^c		73,33	66,08

26. Táblázat: beosztás és iskolai végzettség szerinti eltérések a vizsgált mintában

^a ($\chi^2=4,918$, $df=1$, $p<0,05$) · ^b ($Z=-2,014$, $p<0,05$, $t=2,156$, $p<0,05$) · ^c ($t=-2,041$, $p<0,05$), az alapfokú végzettségűeket alacsony számuk miatt nem elemzem

NEM		férfi	nő
Általános egészségi állapot ^a	Ritkán	4,5%	2,8%
	Gyakran	13,6%	24,1%
	Legtöbbször	59,1%	64,5%
	Mindig	22,7%	8,6%
Alkohol fogyasztás gyakorisága ^b	Soha	8,2%	15,4%
	Evente néhányszor	26,2%	56%
	Havonta	19,7%	15,8%
	hetente	41%	11,6%
	naponta	4,9%	1,2%
Szűrővizsgálatra járás gyakorisága ^c	Soha	11,5%	1,9%
	Ritkábban	19,7%	11,2%
	Kétévente	11,5%	13,1%
	Évente egyszer	37,7%	55%
	Évente többször	19,7%	18,8%
Alkoholegységek száma (átlag) ^d		6,23	2,69
Tünetek száma (átlag) ^e		2,62	3,72
Hány szűrővizsgálatra jár (átlag) ^f		2,66	3,19
Egészségügyi probléma mekkora stresszt okoz (átlag) ^g		2,42	3,02
Család stressz százalék (átlag) ^h		33,98	43,22
Munkahely stressz százalék (átlag) ⁱ		65,25	56,28

27. Táblázat: Nem szerinti eltérések a vizsgált mintában

^a (Z=-2,603, p<0,05), ^b (Z=-5,413, p<0,001), ^c (Z=-2,139, p<0,05), ^d (Z=-4,176, p<0,001, t=3,982, p<0,001), ^e (Z=-3,417, p<0,001, t=-3,114, p=0,002). ^f (Z-3,144, p<0,05, t=-3.323, p=0,001). ^g (Z=-2,230, p<0,05, t=-2,194, p<0,05), ^h (Z=-2,693, p<0,05, t=-2,753, p=0,006), ⁱ Z=-2,605, p<0,05, t=2,678, p=0,008).

CSALÁDI ÁLLAPOT		egyedül	elvált	házas	özvegy
Sportolás gyakorisága ^a	Soha	14,5%	35,3%	30,4%	25%
	Havonta	26,7%	23,5%	34,8%	25%
	Hetente egyszer	18,8%	17,6%	14,3%	
	Hetente többször	30,9%	11,8%	17%	50%
	Naponta	9,1%	11,8%	3,6%	
Fekvőbetegség tavalý ^b	Volt	7,6%	20,6%	22,6%	25%
	Nem volt	92,4%	79,4%	77,4%	75%
Kezelt betegség ^c	Van	32,4%	32,4%	32,5%	25%
	Nincs	67,6%	67,6%	67,5%	75%
Munkahelyi stressz gyakoriság összpontszám (átlag) ^d		67,90	56,60	69,62	59
Munkahelyi stressz stresszkeltő összpontszám (átlag) ^e		59,02	47,37	64,73	48,75
Házimunka mekkora stresszt okoz (átlag) ^f		1,1	1,57	2,14	1,5
Szervezeti elkötelezettség (átlag) ^g		21,21	24,23	23,16	23,75
Munkahelyi klíma támogatás skálája (átlag) ^h		2,14	2,62	2,34	2,62
Hányféle szűrővizsgálatra jár (átlag) ⁱ		2,91	3,29	3,30	3

28. Táblázat: Családi állapot szerinti eltérések a mintában

^a ($\chi^2=19,332$, $df=3$, $p<0,001$) ^b ($\chi^2=13,827$, $df=3$, $p<0,05$) ^c ($\chi^2=11,986$, $df=3$, $p<0,05$), ^d ($\chi^2=15,238$, $df=3$, $p<0,05$, $F=2,971$, $p=0,006$) ^e ($\chi^2=14,486$, $df=3$, $p<0,05$, $F=4,477$, $p=0,004$) ^f ($\chi^2=24,439$, $df=3$, $p<0,001$, $F=9,387$, $p<0,001$) ^g ($\chi^2=16,979$, $df=3$, $p<0,001$, $F=4,63$, $p=0,004$) ^h ($\chi^2=17,046$, $df=3$, $p<0,001$, $F=7,382$, $p=0,001$) ⁱ ($\chi^2=12,094$, $df=3$, $p<0,05$, $F=4,173$, $p=0,006$).

Összefüggés az egészségi állapot és a stressz szint között (1. hipotézis)

A szubjektív egészségi állapot mutatójaként az alábbi változók szolgáltak: (A szubjektív egészségi állapotnak a kérdőív válaszai alapján kialakított mutatóiról bővebben lásd az Eszközök fejezetet).

- Jelenlegi egészségi állapot
- Általános egészségi állapot
- Tünetek száma

Az átélt stressz mutatójaként az alábbi változók szolgáltak (Ezekről bővebben szintén az Eszközök fejezetben írtam):

- munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma
- átélt munkahelyi stressz
- összességében átélt stressz

Az elemzésben e változók egymással való kapcsolatát vizsgáltam logisztikus regresszióval vagy egyváltozós többutas varianciaanalízissel, egyes esetekben lineáris regresszióval.

Először azt vizsgáltam, hogy az átélt stressz mint független változó mennyire jó magyarázó tényezője az egészségi állapotnak, mint függő változónak.

Az eredmények szerint a *munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma* szignifikáns kapcsolatban van a *tünetek számával* a kor, a nem, a családi állapot, a beosztás és az iskolai végzettség hatásának kontrollálásával is (Partial Eta Squared=0,047, $p<0,001$), a stresszkérdőív összpontszáma a tünetek száma varianciájának 4,7%-át magyarázza meg. Lineáris regresszió alapján kijelenthetjük, hogy a nagyobb stressz több tünettől jár együtt (Beta=0,22, $p<0,001$). A szignifikáns összefüggés az egészségviselkedést mérő változóknak a tünetek számára gyakorolt hatásának kiszűrése után is fennmarad (Partial Eta Squared=0,030, $p<0,05$).

A *munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma* nem szignifikáns magyarázó tényezője az általános egészségi állapotnak. Szignifikáns összefügg viszont a *jelenlegi egészségi állapottal*: a demográfiai változók hatásának kiszűrése után a variancia 4,1%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,041, $p<0,001$). A nagyobb stressz rosszabb egészségi állapottal jár együtt (Béta=-0,20, $p<0,001$). Az egészségmagatartás változók kiszűrése sem szüntette meg ezt az összefüggést (Partial Eta Squared=0,035, $p<0,05$).

Az *átélt munkahelyi stressz* mutató szintén kapcsolatban van a *jelenlegi egészségi állapottal*: a demográfiai változók hatásának kiszűrése után is a variancia 11,1%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,111, $p<0,001$). Az egészségviselkedéseknek a magyarázó modellbe léptetése sem szüntette meg ezt az összefüggést (Partial Eta Squared=0,097, $p<0,001$). Alacsonyabb átélt munkahelyi stressz jobb egészségi állapottal jár együtt, ha figyelmen kívül hagyjuk a nagyon kevés személyre jellemző egyáltalán nem és extrém módon válaszokat (lásd 29. Táblázat).

Az *átélt munkahelyi stressz* a *tünetek számával* is szignifikáns összefüggésben van: a demográfiai változók hatásának kiszűrése után is a variancia 8,5 %-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,085, $p<0,001$). Az egészségviselkedéseknek a magyarázó modellbe léptetése sem szüntette meg ezt az összefüggést (Partial Eta Squared=0,067, $p<0,001$). A nagyobb stressz több tünettől jár együtt (lineáris regresszióban a Beta=0,254, $p<0,001$).

Munka mennyire stresszkeltő	Egészség
Egyáltalán nem	3,59
Enyhén	4,24
Közepesen	3,72
Nagyon	3,51
Extrém módon	3,52

29. Táblázat. A jelenlegi egészségi állapot az átélt munkahelyi stressz függvényében (a nagyobb szám jobb egészséget jelez), kontrollálva a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatását. Az átlagok közötti eltérések szignifikánsak az enyhén és az összes többi kategória között.

Szignifikáns kapcsolat van az *átélt munkahelyi stressz*, és az *általános egészségi állapot* között. Az átélt munkahelyi stressz a demográfiai és az egészségviselkedés változók hatásának kontrollálásával is a variancia 3,1 százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,031, $p=0,004$). Lineáris regresszió alapján a kapcsolat közöttük negatív: nagyobb stressz rosszabb egészségi állapottal jár együtt (Béta=-0,18, $p<0,001$).

Az *összességében átélt stressz* bizonyult a három mutató közül a legerősebb magyarázó erejűnek a *jelenlegi egészségi állapotra* nézve: a demográfiai változók kiszűrése után a variancia 24,1%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,241, $p<0,001$). Az egészségviselkedéseknek a magyarázó modellbe léptetése sem szüntette meg ezt az összefüggést (Partial Eta Squared=0,224, $p<0,001$). A kapcsolat iránya negatív lineáris regresszió alapján: nagyobb stressz rosszabb egészségi állapottal jár együtt (Béta=-0,475, $p<0,001$). Az összességében átélt stressz a *tünetek számával* is szignifikánsan összefügg a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatásának kontrollálása után is (Partial Eta Squared=0,150, $p<0,001$). Nagyobb stressz több tünettől jár együtt (Béta=0,374, $p<0,001$). Az összességében átélt stressz az *általános egészségi állapottal* is összefüggött: a demográfiai és az egészségviselkedés változók hatásának kontrollálásával a variancia 14 százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,14, $p<0,001$). A kapcsolat iránya negatív lineáris regresszió alapján: nagyobb stressz rosszabb egészségi állapottal jár együtt (Béta=-0,37, $p<0,001$).

A fordított irányú kapcsolatokat is vizsgáltam: az egészségi állapot milyen magyarázó erővel bír a stresszre (függő változóra) nézve.

Az *általános egészségi állapot* az *összességében átélt stressz* varianciájának 7,8%-át magyarázza meg a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatásának

kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,078, $p<0,001$), a *jelenlegi egészségi állapot* 20,1%-át (Partial Eta Squared=0,201, $p<0,001$), az *átélt tünetek száma* pedig a 14,6%-át (Partial Eta Squared=0,146, $p<0,001$, Béta=0,389, $p<0,001$). Minél ritkábban egészséges, minél rosszabb a jelenlegi egészségi állapota, illetve minél több tünete van a vizsgálati személynek, annál nagyobb stresszt él át (lásd 30. Táblázat).

Jelenlegi egészségi állapot	Átélt stressz
Nagyon rossz	4,86
Rossz	3,72
Közepes	3,34
Jó	2,89
Nagyon jó	2,09

30. Táblázat: Az összességében átélt stressz mértéke a különböző egészségi állapotú személyeknél kontrollálva a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatását. Az átlagok közötti eltérések szignifikánsak a nagyon jó és az összes többi, a jó és a nagyon rossz, rossz, valamint a közepes és nagyon rossz kategóriák között.

Az *általános egészségi állapot* a *munka stresszkeltő jelleg* varianciájának 4,1%-át magyarázza meg a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatásának kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,041, $p<0,05$), a *jelenlegi egészségi állapot* 7,1%-át (Partial Eta Squared=0,071, $p<0,001$) az *átélt tünetek száma* pedig a 6,6%-át (Partial Eta Squared=0,066, $p<0,001$, kapcsolat előjele pozitív: Béta=0,26, $p<0,001$). Minél ritkábban egészséges, illetve minél rosszabb a jelenlegi egészségi állapota, minél több tünete van, annál stresszkeltőbbnek érzi a munkáját (lásd 31. Táblázat).

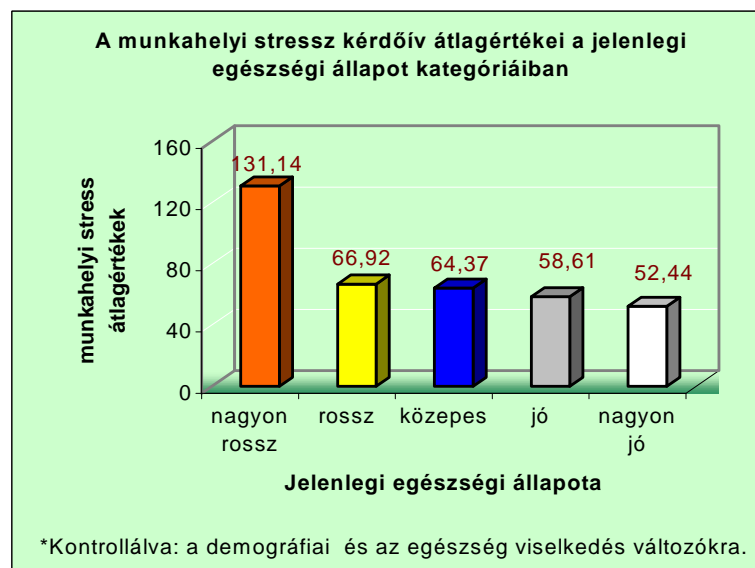
Jelenlegi egészségi állapot	Munkahelyi stressz
Nagyon rossz	4,62
Rossz	3,23
Közepes	3,19
Jó	2,92
Nagyon jó	2,27

31. Táblázat. Az átélt munkahelyi stressz mértéke a különböző egészségi állapotú személyeknél kontrollálva a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatását. Az átlagok közötti eltérések szignifikánsak a nagyon jó és az összes többi, valamint a nagyon rossz és a jó kategóriák között.

A jelenlegi egészségi állapot a stresszkérdőív összpontszám varianciájának 5%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,05, $p < 0,05$, lásd 32. Táblázat), a tünetek száma pedig 3%-át (Partial Eta Squared=0,03, $p < 0,05$, a kapcsolat előjele pozitív: Béta=0,178, $p=0,004$). Minél rosszabb az egészségi állapot, annál nagyobb az összpontszám.

Jelenlegi egészségi állapot	Összpontszám
Nagyon rossz	131,140
Rossz	66,916
Közepes	64,372
Jó	58,613
Nagyon jó	52,438

32. Táblázat: A munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma a különböző egészségi állapotú személyeknél kontrollálva a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatását. Az átlagok közötti eltérések szignifikánsak a nagyon rossz és az összes többi kategória között, valamint a közepes és nagyon jó kategóriák között



4. Ábra: Munkahelyi stressz összpontszám az egészségi állapot függvényében

Egészségmagatartás és stressz (2. hipotézis)

Az alábbi egészségmagatartásoknak vizsgáltam a fent már bemutatott stressz - mutatókkal való összefüggését:

- dohányzás (igen - nem)
- egészséges táplálkozás
- sportolás gyakorisága

- alkoholfogyasztás gyakorisága
- munkanapokon alvással töltött órák száma
- munkaszüneti napokon alvással töltött órák száma

Először vizsgáltam, hogy a stressz (független változó) mennyire magyarázza meg az egészségviselkedéseket (függő változó). Az egészségi állapotot mérő változókat – a köztük lévő jelentős átfedések miatt – külön-külön kontrolláltam.

A munkahelyi stressz kérdőív összpontszáma az egészségmagatartásokkal nincs szignifikáns összefüggésben.

Az összességében átélt stressz szignifikánsan összefügg az alkoholfogyasztás gyakoriságával. A demográfiai változók és a jelenlegi egészségi állapot hatásának kontrollálása után a variancia 2,1%-át magyarázta meg (Partial Eta Squared=0,021, $p<0,05$). A tünetek számának, illetve az általános egészségi állapotnak a kontrollálásával azonban megszűnt a szignifikancia. A kapcsolat iránya a várttal ellentétes: a nagyobb stressz ritkább alkoholfogyasztással jár együtt (lásd 33. Táblázat).

Milyen gyakran fogyaszt alkoholt	Átélt stressz
Soha	3,034
Évente néhányszor	2,989
Havonta	2,877
Hetente	2,876
Naponta	2,809

33. Táblázat: Az összességében átélt stressz mértéke az alkoholfogyasztás gyakorisága szerint kontrollálva a demográfiai változók és az egészségi állapot hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban egyik esetben sem szignifikánsak.

Vizsgáltam a fordított irányú összefüggéseket is: az egészségviselkedések mennyire magyarázzák meg a stresszt (függő változó).

Az egészséges táplálkozás az átélt stressz varianciájának 3,7 %-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,037, $p<0,05$) a demográfiai változók és a tünetek számának kontrollálása után. A jelenlegi, és az általános egészségi állapot kontrollálása után azonban a szignifikancia tendenciaszintűre csökken. Az egészségesebb táplálkozás kisebb átélt stresszel jár együtt. (lásd 34. Táblázat).

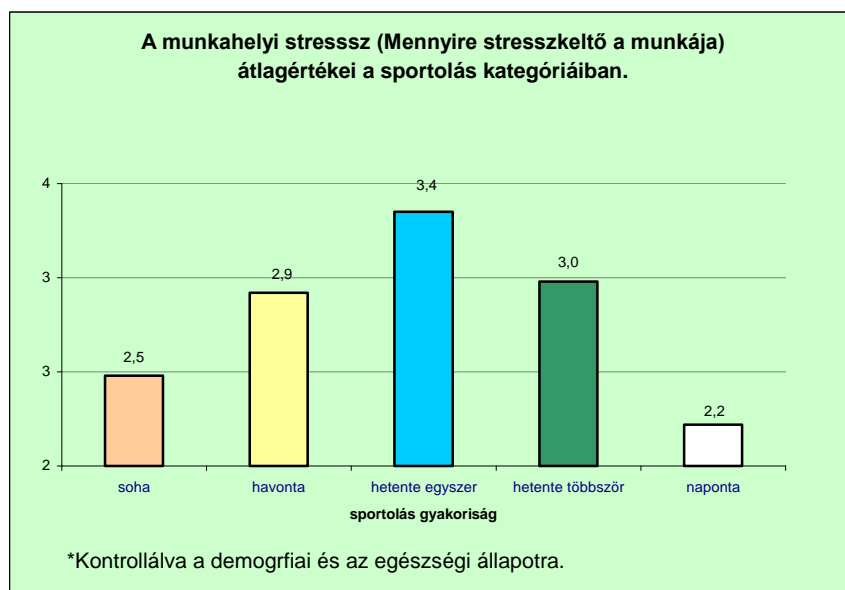
Milyen gyakran táplálkozik egészségesen	Átélt stressz
Soha	3,62
Ritkán	2,96
Gyakran	2,89
Legtöbbször	2,72
Mindig	2,37

34. Táblázat. Az összességében átélt stressz mértéke az egészséges táplálkozás gyakorisága szerint kontrollálva a demográfiai változók és az egészségi állapot (tünetek száma) hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban a soha és az összes többi válasz esetében szignifikánsak.

A stresszkérdőív összpontszámát egyik egészségmagatartás sem magyarázza meg szignifikánsan. A *munka stresszkeltő jellegének* varianciájából a *sportolás gyakorisága* 8,7%-ot magyaráz meg a demográfiai változók és a jelenlegi egészségi állapot hatásának kontrollálása után (Partial Eta Squared=0,087, $p < 0,001$). Az általános egészségi állapot és a tünetek számának kontrollálása nem szüntette meg a kapcsolatot, csak némileg csökkentette a megmagyarázott varianciát (7,5 illetve 6,9 százalékra). A kapcsolat a változók között nem lineáris: a legnagyobb stresszt a hetente egyszer sportolók élik át, a legkisebbet a naponta sportolók (lásd 35. Táblázat).

Milyen gyakran sportol	Munka stresszkeltő jellege
Soha	2,48
Havonta	2,92
Hetente egyszer	3,35
Hetente többször	2,98
Naponta	2,22

35. Táblázat. A munka stresszkeltő jellege a sportolás gyakorisága szerint kontrollálva a demográfiai változók és az egészségi állapot (jelenlegi egészség) hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban a naponta – havonta, hetente egyszer illetve többször, soha – hetente egyszer különbségek esetében szignifikánsak.



5. Ábra: Munkahelyi stressz a sportolás függvényében

Egészségmagatartás és egészségi állapot összefüggései (3. hipotézis)

Vizsgáltam először, hogy az egészségviselkedések mennyire jó magyarázó tényezői az egészségi állapotnak a demográfiai változók és a stressz mutatók hatásának kontrollálásával. A stresszmutatókat a köztük lévő nagy átfedések miatt külön-külön kontrolláltam.

A *jelenlegi egészségi állapottal az egészséges táplálkozás* van szignifikáns összefüggésben a demográfiai változók és a munkahelyi stressz kérdőív összpontszámának kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,053, $p=0,006$), az egészségesebb táplálkozás jobb egészségi állapottal jár együtt (lásd 36. Táblázat).

Egészségesen táplálkozik	Jelenlegi egészségi állapot
Soha	2,95
Ritkán	3,92
Gyakran	3,84
Legtöbbször	3,94
Mindig	4,36

36. Jelenlegi egészségi állapot az egészséges táplálkozás gyakoriságának függvényében kontrollálva a demográfiai változók és a munkahelyi stressz hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban nem szignifikánsak.

A *jelenlegi egészségi állapottal kapcsolatban van a munkanapokon alvással töltött órák* száma is a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés hatásának kontrollálásával (Partial Eta Squared=0,015, $p<0,05$). Lineáris regresszió alapján a kapcsolat

iránya pozitív: több alvással töltött óra jobb egészségi állapottal jár együtt (Béta=0,130, $p<0,05$). A stressz változók hatásának kontrollálásával azonban eltűnt a szignifikancia. A *jelenlegi egészségi állapottal a sportolás* is szignifikáns kapcsolatban van: a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés hatásának kontrollálásával a variancia 4,2 százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,042, $p<0,05$). A kapcsolat a változók között nem lineáris: a hetente egyszer sportolók kevésbé érzik magukat egészségesnek, mint a havonta sportolók, lásd 37. Táblázat). A szignifikáns összefüggés azonban az összességében átélt stressz kontrollálásával tendenciaszintűre csökkent.

Milyen gyakran sportol	Jelenlegi egészségi állapot
Soha	3,48
Havonta	3,87
Hetente egyszer	3,72
Hetente többször	4,00
Naponta	4,00

37. Táblázat: Jelenlegi egészségi állapot a sportolás gyakoriságának függvényében kontrollálva a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban a soha – havonta, hetente többször, naponta különbségek esetében szignifikánsak.

A *tünetek számával a munkanapokon alvással töltött órák* száma van szignifikáns összefüggésben: a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés kontrollálásával a variancia öt százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,050, $p<0,001$). A kapcsolat előjele negatív: több alvással töltött óra kevesebb tünettél jár együtt (Béta=-0,211, $p<0,001$). A kapcsolat a stressz változók kontrollálásával is szignifikáns marad. A *tünetek számával* összefüggésben van még a *sportolás* gyakorisága is: a demográfiai és egészségviselkedés változók kontrollálásával a variancia 1,6 százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,016, $p<0,05$). Ez a szignifikancia azonban eltűnik a stressz változók kontrollálásával. A sportolás gyakoriságával csökken a tünetek száma, de a hetente egyszer sportolók itt is kiugranak (lásd 38. Táblázat).

Milyen gyakran sportol	Tünetek száma
Soha	3,95
Havonta	3,27
Hetente egyszer	3,87
Hetente többször	3,29
Naponta	2,83

38. Táblázat: Tünetek száma a sportolás gyakoriságának függvényében kontrollálva a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban nem szignifikánsak.

Az általános egészségi állapottal a sportolás gyakorisága van összefüggésben: a többi egészségviselkedés és a demográfiai változók hatásának kontrollálásával a variancia 2,4 százalékát magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,024, $p<0,05$). Ez a kapcsolat a stresszkérdőív összpontszám és az átélt munkahelyi stressz változók egyenletbe léptetésével szignifikáns marad, de az összességében átélt stressz kontrollálása után tendenciaszintűre csökken. A kapcsolat a változók között nem lineáris: legritkábban azok érzik egészségesnek magukat, akik soha nem sportolnak, majd akik hetente egyszer (lásd 39. Táblázat).

Milyen gyakran sportol	Általános egészségi állapot
Soha	2,64
Havonta	2,92
Hetente egyszer	2,73
Hetente többször	2,89
Naponta	3,01

39. Táblázat: Általános egészségi állapot a sportolás gyakoriságának függvényében (a nagyobb szám jobb egészségi állapotot jelez) kontrollálva a demográfiai változók és a többi egészségviselkedés hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban nem szignifikánsak.

Vizsgáltam azt is, hogy az egészségi állapot az egészségviselkedéseknek mennyire jó magyarázó tényezője a stressz hatásának kontrollálása mellett.

A tünetek száma a munkanapokon alvással töltött órák varianciájának 3,2%-át magyarázza meg a demográfiai változók és a munkahelyi stressz kérdőív összpontszámának kontrollálása után (Partial Eta Squared=0,032, $p<0,05$). A kapcsolat előjele negatív: több átélt tünet kevesebb alvással töltött órával jár együtt (Béta=-0,184, $p=0,002$). Ez a kapcsolat a másik két stresszmutató kontrollálásakor is fennmarad. *Az általános egészségi állapot és a*

tünetek száma a sportolás gyakoriságának előrejelzője: Az általános egészségi állapot a demográfiai változók és a stresszkérdőív összpontszámának kontrollálása után a sportolás gyakoriság varianciájának 3,1%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,031, $p<0,05$), ez a szignifikancia a munka stresszkeltő jellegének kontrollálása után is megmarad, az összességében átélt stressz kontrollálásakor azonban megszűnik. Az egészségesebbek gyakrabban sportolnak (lásd 40. Táblázat).

Milyen sűrűn érzi egészségesnek magát	Sportolás
Ritkán	2,15
Gyakran	2,82
Legtöbbször	2,73
Mindig	3,18

40. Táblázat. A sportolás gyakorisága (ötfokú skálán, a nagyobb szám gyakoribb sportolást jelez) az általános egészségi állapot szerint, kontrollálva a demográfiai változók és a munkahelyi stressz (összpontszám) hatását. Az átlagok közötti eltérések páronkénti összehasonlításban nem szignifikánsak.

A tünetek száma a demográfiai változók és a stresszkérdőív összpontszámának kontrollálása után a sportolás gyakoriság varianciájának 1,6%-át magyarázza meg (Partial Eta Squared=0,016, $p<0,05$), ez a szignifikancia a munka stresszkeltő jellegének kontrollálása után is megmarad, az összességében átélt stressz kontrollálásakor azonban itt is megszűnik. A kapcsolat itt negatív: több tünet ritkább sportolással jár együtt (Béta=-0,143, $p<0,05$).

Munkahelyi elégedettség és stressz (4. hipotézis)

A három stressz-mutató és a munkahelyi elégedettség skála összpontszámának együtt járását parciális korrelációval vizsgáltam, kontrollálva a kor, a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, és a beosztás hatását. A várakozásoknak megfelelően a stressz összes mutatója negatívan korrelál a munkahelyi elégedettség skála összpontszámával (lásd 41. táblázat).

	Elégedettség összpontszám	Összességében átélt stressz	Munkahelyi stressz stresszkeltő összpontszám	Munkahelyi stressz gyakoriság összpontszám	Munka mennyire stresszkeltő
Elégedettség összpontszám		-0,406 $p<0,001$	-0,309 $p<0,001$	-0,413 $p<0,001$	-0,499 $p<0,001$

41. Táblázat: Munkahelyi elégedettség és munkahelyi stressz mutatók parciális korrelációi

Szervezeti légkör és munkahelyi elégedettség (5. hipotézis)

A munkahelyi elégedettség skála összpontszámának és a szervezeti légkör kérdőív skáláinak együtt járását parciális korrelációval vizsgáltam, kontrollálva a kor, a nem, az iskolai végzettség, a családi állapot, a beosztás, és a három stresszmutató hatását. A munkahelyi elégedettség csak a szervezeti légkör támogatás skálájával korrelál szignifikánsan, de alacsonyán ($r=0,178$, $p<0,001$).

Megküzdés

Az állapotfelmérő kérdőívvel kapott adatokat kiegészítendő megfigyeléseket és interjúkat is végeztünk. Ezeknek egyik fontos fókuszpontja az egyéni és kollektív megküzdés vizsgálati személyek által alkalmazott módszereinek felmérésére irányult.

Egyéni megküzdés

A 42. Táblázat mutatja be, hogy a vizsgálati személyek a megfigyelések, illetve az interjúk szerint milyen gyakran alkalmazták az egyes megküzdési stratégiákat az összes megküzdési stratégia százalékában. A stratégiák felsorolását, rövid értelmezését lásd a *Megfigyelési szempontoknál* a 10. számú *Mellékletben*. (Oláh, 1994 alapján).

A mintában a megfigyelések és az interjúk szerint a munkahelyi stressz kezelésére alkalmazott leggyakoribb egyéni megküzdési stratégiák a *problémafókuszú megküzdés*, az *emóció-kiürítés*, a *támaszkeresés*, a *feszültségkontroll* és a *negatív egészségi hatású viselkedéses stratégiák* (dohányzás, alkoholfogyasztás, gyógyszerfogyasztás) voltak.

	Megfigyelések	Interjúk	össz %
Emóció kiürítés	8,7%	22,5%	31,2
Támaszkeresés	14%	15%	29
Feszültség kontroll	14%	14,2%	28,2
Emóció fókusz: önnyugtatás	3,5%	10,5%	14
Viselkedéses megküzdés: Pozitív (sport, jóga, hobbi)		12%	12
Viselkedéses megküzdés: Negatív (dohányzás, gyógyszer, romboló viselkedésformák)	22,8%	2,2%	25
Problémacentrikus reagálás	24,5%	8,3%	32,8
Figyelemelterelés	1,75%	6%	7,75
Menekülés a helyzetből, visszahúzódás	8,7%	6,8%	15,5
Belenyugvás	1,75%	2,2%	3,95
Összesen	100%	100%	

42. Táblázat: az egyes megküzdési stratégiák alkalmazása az összes megküzdési stratégia százalékában

Kollektív megküzdés

A 43. Táblázat bemutatja, hogy a vizsgált mintában melyek azok a leggyakrabban előforduló megküzdési stratégiák, melyekkel nem az egyének, hanem a csoportok próbálják meg közösen leküzdeni, csökkenteni a munkahelyi stresszt.

A leggyakrabban alkalmazott kollektív megküzdési stratégiák: az esetek megbeszélése feszültségcsökkentés céljából, az esetmegbeszélés tanácskérés céljából és a munkatársak mobilizálása.

	Megfigyelések	Interjúk	Összesen
Esetmegbeszélés ventilálás céljából	23,5%	28,7%	52,2
Privát szabadidős programok kollégákkal		24,5%	24,5
Társas mobilizálás	19,6%	13,8%	33,4
Csoportszintű szervezett szabadidős programok		10,6%	10,6
Esetmegbeszélés tanácskérés céljából / tapasztalatcsere	29,4%	6,4%	35,8
Társas monitorozás	7,8%	5,3%	13,1
Közös „lázaság”		3,2%	3,2
Viccelődés	3,9%	5,3%	9,2
Pozitív gondolkodás	11,7%	2,1%	13,8
Pletykálás	3,9%		3,9
Összesen	100%	100%	

43. Táblázat: A leggyakrabban előforduló kollektív megküzdési stratégiák

A munka egészségfejlesztő jellemzői

A kérdőív vizsgálta, hogy a dolgozók véleménye szerint munkájuknak milyen, testi-lelki egészségüket, képességeiket, személyiségüket fejlesztő hatásai vannak. A válaszokat tartalomelemzésnek vetettük alá. A tartalomelemzés kézzel, intuitív módon történt. A leggyakoribb kategóriák (a kategóriába tartozó válaszok előfordulását tekintve) a következők voltak:

- Kollégákkal való kapcsolat, jó légkör (28%)
- Kihívás, sikerélmény, ambíció, versenyszellem, ösztönzés, felelősség (21%)
- Pozitív visszajelzés, emberi bánásmód, jó légkör (15%)
- Intellektuális fejlődés, kreativitás, koncentráció fejlődése (14%)
- Létbiztonság (10%)
- Készségfejlődés: rugalmasság, szervezőkészség, pontosság, magabiztosság, határozottság fejlődése (6%)
- Kommunikáció, emberismeret fejlődése (5%)

1.3 Értelmezés

A vizsgálat eredményei szerint a minta szubjektív egészségi állapota általában kielégítő, azonban a vizsgálati személyek 5,6%-a rossz egészségi állapotban van, 25%-ának pedig jelenleg is kezelés alatt álló betegsége van. Ők adhatják az egészségfejlesztő beavatkozások elsődleges célcsoportját. A depresszióhoz, lehangoltsághoz kapcsolódó tünetek különösen gyakoriak a vizsgált mintában. A vizsgált minta életmódja több szempontból is egészségtelen: kiemelkedően magas például a dohányzók aránya.

A vizsgált személyek húsz százaléka magas, vagy extrém magas munkahelyi stresszt él át, ami kiemeli a munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások fontosságát. A stressznek, mint a beavatkozások fókuszpontjának fontosságát az átélt stressz és az egészségi állapot közti kapcsolatok is alátámasztják (lásd lejjebb).

A keresztmetszeti vizsgálatok szerint az *első hipotézis*nek megfelelően a munkahelyi, illetve az összességében átélt stressz negatív kapcsolatban van az egészségi állapottal. Legerősebb kapcsolat az összességében átélt stressz és a jelenlegi egészségi állapot között van. Az átélt stressz az egészségi állapot varianciájának 22 százalékát önmagában megmagyarázta a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatásának kontrollálásával. A fordított irányú kapcsolatok vizsgálata rámutatott arra, hogy a nagyon rossz és a nagyon jó egészségi állapotban levők különböznek leginkább az átélt stressz tekintetében a többiektől. Változók közti oki kapcsolatra keresztmetszeti vizsgálatból természetesen következtetni nem lehet, de a kapcsolat felerősítheti a szervezeti fókuszú egészségfejlesztő programok hatását, melyek mind a stressz csökkentését, mind az egészségi állapot javítását célul tűzik ki.

A *második hipotézis* a stressz és az egészségmagatartások összefüggésére vonatkozott. Nem sikerült megerősíteni a dohányzás és az átélt stressz együtt járására vonatkozó feltételezést: a dohányzás nincs szignifikáns kapcsolatban a stresszmutatókkal. Az alkohol pedig a várttal ellentétes – gyenge - kapcsolatban van az utóbbiakkal: a nagyobb stressz ritkább alkoholfogyasztással jár együtt. A várttal ellentétes eredmény egy lehetséges magyarázata, hogy az alkoholfogyasztás rövidtávon képes csökkenteni a stressz hatásait (lásd például Zaleski és mtsai, 1998). A sport nem lineáris kapcsolatban van a stresszel: a naponta és - érdekes módon - a soha nem sportolók élik át a legkisebb, a hetente egyszer sportolók pedig a legnagyobb munkahelyi stresszt. Az egészséges táplálkozás negatív kapcsolatban van a stresszel, bár ez a szignifikáns kapcsolat az egészségi állapot kontrollálásakor megszűnik. A második hipotézist így nem sikerült igazolnom.

A *harmadik hipotézist* megerősítve az egészséges táplálkozás és a munkanapokon alvással töltött órák száma jobb egészségi állapottal jár együtt. A gyakoribb sportolás általában jobb egészségi állapottal jár együtt, a kapcsolat a változók között azonban nem lineáris: a hetente egyszer sportolók több mutató esetén is kevésbé egészségesek, mint a havonta sportolók. Az eredmény értelmezése érdekében megvizsgáltam, hogy mi jellemzi a hetente egyszer sportolókat: a teljes mintánál nagyobb arányban vannak köztük soproniak, egyedülállók, férfiak, fiatalabbak. Mindez utalhat arra, hogy egy speciális csoportról van szó, akik például rendszeresen hetente egyszer focizni járnak a barátaikkal nem annyira a sport, mint inkább a társasági esemény kedvéért. Ebben az esetben maga a testmozgás valószínűleg ténylegesen háttérbe is szorulna a szórakozás mögött, és az egészségre gyakorolt jótékony hatásait is kevésbé tudná kifejteni. A dohányzás és az alkoholfogyasztás várakozásaimmal ellentétben nincs kapcsolatban az egészségi állapottal. A harmadik hipotézis részben megerősítést nyert.

Az előző három hipotézisvizsgálatot röviden összefoglalva elmondhatjuk, hogy a legerőteljesebb kapcsolatokat az átélt stressz és a szubjektív egészségi állapot között találtam.

Az eredmények szerint a munkahelyi elégedettség kapcsolatban van a stresszel (megerősítve a *negyedik hipotézist*), valamint a munkahelyi légkör támogatás alszálájával, igaz utóbbival meglehetősen gyenge a kapcsolata (*ötödik hipotézis*).

A vizsgált mintában negatív hatású megküzdő stratégiák is megjelentek, ugyanakkor a dolgozók látják munkájuk egészségfejlesztő hatásait is.

Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy fontos, és várhatóan pozitív hatású lenne egy egészségfejlesztő program bevezetése, ugyanis van egy jelentős populáció, amelynek komoly gondjai vannak a munkahelyi stresszel, illetve az egészséggel, az egészségviselkedések gyakorlása nem túlságosan gyakori a dolgozók körében, ugyanakkor ezek kapcsolata egymással már a keresztmetszeti vizsgálatban is kimutatható volt. A kapcsolatok elemzése pedig arra utal, hogy a szubjektív egészségi állapotra gyakorolt legnagyobb hatása várhatóan a stresszcsökkentő beavatkozásoknak lenne, ami a szervezeti fókuszú beavatkozások fontosságára hívja fel a figyelmet.

2. EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ BEAVATKOZÁSOK

Az átfogó állapotfelmérés eredményeinek felhasználásával a minta igényeire, szükségleteire szabott egészségfejlesztő programok kerültek kialakításra, mely programokat az alább ismertetett nehézségek miatt csak részben vezettük be. Az alábbiakban röviden ismertetem az

egyéni fókuszú beavatkozásokkal összefüggésbe hozható – az állapotfelmérés eredményeiből kirajzolódó – igényeket, problémákat, valamint részletesebben bemutatom a szervezeti fókuszú beavatkozásokat, melyek az intervenciók csoportban zajlottak, de a felmerült javaslatok nagyobbik részének bevezetésére már nem kerülhetett sor (lásd alább).

2.1 Egyéni fókuszú beavatkozások

Egyéni fókuszú egészségfejlesztő programok a tervek szerint mind az intervenciók, mind a kontrollcsoportban bevezetésre kerültek volna. Az egyéni fókuszú beavatkozások célja a dolgozók egészségesebb életmódra nevelése, a stresszel (ezen belül is elsősorban a munkahelyi stresszel) való jobb megküzdésük elősegítése. Az állapotfelmérés alapján az alábbi egészségi, életmódbeli problémák azok, melyekkel az egészségfejlesztő programoknak foglalkozniuk kell: magas a dohányzók aránya, a vizsgált mintára jellemző a mozgásszegény életmód, a műszakozással összefügg a túl kevés pihenés és az erre visszavezethető gyakori fáradékonyság, mint panasz, gyakori a lehangoltság és az inadekvát megküzdési stratégiák alkalmazása (dohányzás, alkohol- és gyógyszerfogyasztás). Mivel a vizsgálat folytatása – s így az egyéni fókuszú beavatkozások megvalósítása megghiúsult – a továbbiakban a szervezeti fókuszú beavatkozásokkal foglalkozom részletesebben.

2.2 Szervezeti fókuszú beavatkozások

Szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások csak az intervenciók csoportban kerültek bevezetésre. A szervezeti fókuszú beavatkozások célja a dolgozók egészségi problémáit kiváltó okok megszüntetése, csökkentése, valamint az egészségnek, mint értéknek a vállalati kultúrában való elültetése.

Egészségfejlesztő fókuszcsoporthok

A szervezeti fókuszú beavatkozások megtervezésének, kivitelezésének egyik legfontosabb fóruma az ún. egészségfejlesztő fókuszcsoporthok. Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthok a dolgozókból szerveződnek, feladatuk összegyűjteni, majd fontosságuk szerint rangsorolni a dolgozók egészségével potenciálisan összefüggő munkahelyi problémákat (felhasználva az állapotfelmérés eredményeit is), ezt követően, pedig megoldási javaslatokat kidolgozni a felmerült problémákra. A fókuszcsoporthok az utolsó ülésen javaslataikat átadják a vezetőségnek, akik visszajelzést adnak a csoportoknak a javaslatok megvalósíthatóságáról, a megvalósíthatónak ítélt javaslatok bevezetésének módjáról és

idejéről. (A fókuszcsoporthoz működéséről, hatékonyságáról részletesebben lásd a disszertáció I. fejezetét).

Jelen kutatás keretein belül a kísérleti csoportban a szervezeti egység két telephelyén két fókuszcsoporthoz szerveződött nyolc, illetve négy dolgozó részvételével. A csoportok munkaidőben, hetente egy órára találkoztak, hat illetve öt alkalommal. Az üléseken részletesen kidolgozták javaslataikat, melyeket az utolsó alkalommal átadtak az általuk meghívott vezetőknek, illetve foglalkozás-egészségügyi szakembereknek.

A csoportok által kidolgozott javaslatok az alábbi főbb témákba voltak besorolhatók:

- fizikai körülmények javítása a munkahelyen
- étkezési lehetőség biztosítása a munkahelyen
- munkatársi kapcsolatok fejlesztése
- információáramlás javítása
- szünetek értelmes, nem egészségkárosító módon való eltöltése
- oktatások, tréningek szervezése
- igény a pozitív visszajelzésekre, igazságos ösztönző rendszerre
- foglalkozás-egészségügyi, egészségpénztári szolgáltatások (szemtorna, gerinctorna, ergonómiai és pszichológiai tanácsadás)

A fókuszcsoporthoz utolsó ülését négy hónappal követő utánkövető ülés idejére a javaslatok egy (kis) része bevezetésre került, más részét a vezetés nem látta kivitelezhetőnek, megint másik részének a megvalósítása pedig a szervezetben időközben bekövetkezett változások (lásd alább) miatt állt le.

Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz működése – Kvalitatív elemzés

Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz működésének szemléltetésére az alábbiakban az üléseken elhangzottak kvalitatív elemzésével foglalkozom. Az elemzéshez a beszéd (diskurzus) elemzés módszerét választottam. A diskurzuselemzésnek a beszélgetés-elemzés fajtája az, amit elvégeztem a két fókuszcsoporthoz ülésein rögzített anyag néhány részletén. Az elemzéshez mindkét csoport egy-egy ülésének egy általam jellegzetesnek ítélt részletét választottam, illetve elemeztem az ún. visszajelző ülésnek - ahol mindkét csoport tagjai, valamint a közvetlen vezetők, és a foglalkozás-egészségügyi szakemberek is részt vettek – egy részletét. A jegyzőkönyvek elemzett részletei megtalálhatóak a 14. Mellékletben. A fejezet végén összefoglalóan elemeztem az utánkövető ülést, illetve a program megszakadásakor a közvetlen vezetőkkel folytatott interjút is.

Az üléseken elhangzottakat a résztvevők engedélyével magnószalagra rögzítettem, majd utólag begépeltem. A jegyzőkönyvekben a résztvevők – személyiségi jogaik védelmében – nem névvel szerepelnek.

A jegyzőkönyv átírása, jelölése Ten Have (1990) és Antaki (2007) alapján történt. A jelmagyarázat megtalálható a *15. Mellékletben*.

A kvalitatív elemzéssel a fókuszcsoportok működésmódjára, a beszélgetések hangulatára, eredményességére kívántam következtetéseket levonni.

Az elemzés szempontjai: Először átfogóan elemeztem a beszélgetés témáját, szerkezetét, illeszkedését az ülés folyamatába. Vizsgáltam a megszólalások hosszát, a beszélő váltás módját, a párhuzamos beszéd gyakoriságát, hosszát, kezelését, az egymást követő megszólalások egymással való kapcsolatát, az egyes beszélők megnyilvánulásainak főbb jellegzetességeit (pl. igeragozás módját, a jellemző megfogalmazást), a szünetek hosszát és helyét, szerepét a beszélgetésben, a beszélők által használt kifejezések konnotációját, a beszélgetők által használt egyes kifejezések előfeltételeit és következményeit. Az elemzési szempontokat VanDijk (2000), Antaki (2007) és Ten Have (1990, 2002) alapján állítottam össze.

Az 1. számú fókuszcsoport működése

Az elsőként összeülő fókuszcsoport a budapesti szervezeti egység két telephelye közül a több dolgozót foglalkoztató telephelyen szerveződött. Az ülésekre általában a műszakváltás időpontjában került sor, így a délelőtti műszakban levők fél órával tovább maradtak, a délutánosok fél órával előbb jöttek be a csoportülésekre. Ennek a csoportnak nyolc tagja volt, ebből a nyolc főből csak kettő volt, aki kivétel nélkül minden ülésen jelen volt.

A csoport demográfiai jellemzőit tekintve abban tért el leginkább a 2. számú fókuszcsoporttól, hogy ebben a csoportban több volt az egyedülálló, vagy elvált családi állapotú, több volt a fiatal. A 2. számú fókuszcsoportban kivétel nélkül családos nők vettek részt (lásd alább). Az első csoport a visszajelző üléseket nem számítva öt alkalommal ült össze. Az egyes ülések tematikája a következő volt: Az első ülésen bemutattam a csoporttagoknak az állapotfelmérés eredményeit fóliák segítségével. Ők reagáltak az elhangzottakra, kiegészítették például a leggyakrabban említett stresszorok listáját. Már az első ülésen is, és ettől kezdve folyamatosan elhangzottak egészségfejlesztő javaslatok. A második ülésen a kérdőívet kitöltők, illetve az interjúkon résztvevők által a „Milyen intézkedéseket látna szükségesnek a munkahelyi légkör javítására, a stressz csökkentésére” kérdésre adott válaszokat ismertettem. A résztvevők menetközben reagáltak az egyes

válaszokra, javaslatokra. A harmadik ülésen a résztvevők összeállították a saját listájukat azokról a problémákról, amelyekkel foglalkozni szeretnének, amelyek szerintük összefüggésben vannak az egészséggel, és lehetne tenni ellenük. A problémákat fontosságuk szerint rangsorolták. Első helyre a fizikai környezet problémaköre került. A következő (negyedik ülésen) ezzel foglalkoztunk. Ugyanezen az ülésen volt szó arról is, hogy a hatodik, visszajelző ülésre kiket, milyen vezetőket hívjunk meg, milyen formában történjen a javaslatok ismertetése. A résztvevők ekkor elmondták, hogy meglehetősen pesszimisták a javaslataik megvalósítását illetően: szerintük nem azért nem lesz itt nagy változás, mert a helyi vezetők nem akarják, hanem egyszerűen a ház nem kap erre keretet, nincs pénz. Az utolsó ülésen továbbfolyt a javaslatok kidolgozása, a felkészülés a visszajelző ülésre.

A csoport működés módjára jellemző volt, hogy a tagok többsége felületesen ismerte egymást, voltak, akik eleinte a másik nevét sem tudták. A csoportnak nem volt egyetlen domináns tagja, többen is voltak, akik az átlagosnál gyakrabban, és hosszabban beszéltek. A csoport egyik fő hangadója például komoly, megfontolt hozzászólásokat tett, egy másik hangadó tagot vehemens, érzelmetli hozzászólásai jellemeztek. Megint egy másik tag megszólalásaira pedig főleg a humor és az irónia voltak jellemzőek. Az üléseken a beszélgetések úgy zajlottak, hogy először a facilitátor (a dolgozat szerzője) röviden összefoglalta az előző ülésen történeteket, majd feltett egy indító kérdést az aznapi témával kapcsolatban. Ezt követően megindult egy szabad beszélgetés. Az elhangzottakat a facilitátor időnként összefoglalta, megpróbálta értelmezni. Az ülés végén egy rövid listát állított össze az aznap megtárgyalt témákról, majd jelezte, hogy a következő héten mivel fog a csoport foglalkozni. A csoportülések hangulata általában oldottnak volt mondható. A beszélgetésekre ugyanakkor nagyon jellemző volt a hangzavar, amikor egyszerre hárman, vagy akár többen is beszéltek

Az első elemzésben az 1. számú fókuszcsoport 3. ülésén készült jegyzőkönyvvel foglalkoztam. Az ülésen a fókuszcsoport hét tagja volt jelen, valamint a facilitátor. Az ülésen összeállítottuk azon problémák listáját, amelyekkel ez a fókuszcsoport foglalkozni szeretne. Összegyűjtötték, szerintük, mik azok az aktuális problémák, amik összefüggésben lehetnek az egészséggel, és lehetne tenni ellenük. Ahol lehetett, javaslatot is próbáltak megfogalmazni. Az elemzésre kiválasztott részletben a csoport azzal foglalkozott, hogy kerékpártároló létesítésére lenne szükség. Az itt bemutatott beszélgetés előzménye, hogy a facilitátor röviden összefoglalta, hogy milyen témák merültek fel eddig, majd feltette a kérdést, hogy „Mi lehet még?” Erre egy rövid szünet következett, majd az egyik dolgozó nevetve felvetette a fizetés problémáját, néhányan nevetve helyeseltek, majd *Dolgozó5* váratlanul előhozta a

kerékpártároló kérdését. A beszélgetés részlet (Ten Have (1990) és Antaki (2007) alapján) átírt jegyzőkönyve megtalálható a *14. Melléklet*ben.

Röviden összefoglalva az elemzett beszélgetésrészletben a résztvevők azzal foglalkoztak, hogy nincs biciklitároló, szükség lenne rá, illetve, hogy a vállalat részéről kötelező lenne-e egy biciklitároló létesítése.

A beszélgetésrészlet felépítésére jellemző, hogy először egy dolgozó felvetett egy ötletet, ahhoz többen csatlakoztak, továbbfejlesztve azt. Érveket kerestek a javaslat szükségességéhez, majd a kivitelezésre is tettek röviden javaslatokat. Majd egy dolgozó vissza vitte a beszélgetést egy általánosabb szintre a vállalat felelősségét, hiányosságait hangsúlyozva a kérdésben.

Mint az átírt jegyzőkönyvről is első ránézésre feltűnik, nagyon gyakran beszéltek párhuzamosan többen is. A párhuzamos beszéd gyakoriságát jól mutatja, hogy a beszélgetésrészlet átírt jegyzőkönyvének hatvannégy sorából negyvenötben párhuzamosan beszélt valaki a megszólalóval. A párhuzamos megszólalások általában nem voltak hosszúak (kettő - négy szó), s ritkán álltak fent a teljes megszólalás alatt, de előfordult olyan is, aki a teljes megszólalását valakivel párhuzamosan mondta (pl. 12. sor). A résztvevők eltérő módon próbálták azt kezelni, ha valaki a szavukba vágott. *Dolgozó5* például félbehagyta a mondandóját, vagy lehalkította a hangját, és megvárta a viszonylagos csendet, hogy újból elkezdhesse beszélni. *Dolgozó10* pedig addig ismételte a hozzászólását (50-55. sor), amíg nem reagáltak rá. A beszélgetésbe, hosszabb-rövidebb ideig mindenki bekapcsolódott, de ketten (*Dolgozó8* és *Dolgozó9*) a megszólalásaik tartalma és humorossága révén kívülállók voltak, távol tartották magukat a témától. A többiek mind lelkes résztvevői voltak a témának, ami ezért is különösen feltűnő, mert mind kiderült, a résztvevők közül csak ketten szoktak, vagy szeretnének rendszeresen a munkahelyre biciklizni. A legtöbb megszólalás rövid volt (4-5 szó), a hosszabb megszólalásokba mindig közbevágott valaki. Többször előfordult, hogy a résztvevők párhuzamosan (lásd például 44-48. sor), vagy kis időbeli elcsúszással (pl. 21-23. sor) ugyanazt ismételték meg, mintegy kánonszerűen. Az is előfordult, hogy az egyik résztvevő gondolatát a másik fejezte be (3-4. sor), illetve, hogy mintegy nyomatékosítandó valaki megismételte az előzőekben elhangzottakat (28-29. sor). Az egymást követő megszólalások ugyanakkor nem mindig kapcsolódtak össze (pl. 31-32. sor, 40-41. sor). A beszélgetés felfokozott ritmusát jelzi a gyakori párhuzamos beszéd mellett az is, hogy szünetek ritkán fordulnak elő, s akkor is leginkább egy dolgozó (*Dolgozó5*) megszólalásai közben, mintegy egyéni jellegzetességként, nem két megszólalás között.

Az egyes beszélők megnyilvánulásának főbb jellegzetességei: *Dolgozó5* vetette fel az egész témát, ugyanakkor megszólalásainak módja, körülményei nem utalnak dominanciára: szinte minden megszólalásába közbevág valaki, és ilyenkor ő általában félbehagyja a mondandóját (lásd például 7, 16, 24-ik sor). Főleg eleinte, a megszólalásai közepette gyakran hagy szüneteket, mintegy keresi a szavakat (1. sor, 6. sor). Jellemző rá, hogy inkább kijelent („Nincs egy biciklitároló”- sor), de nem szólít fel. Az általa elmondottakból a következtetéseket nem ő, hanem mások vonják le. Fontos szerepe van ugyanakkor a kommunikációban: az ő ötleteit továbbfejlesztik, magukénak érzik a többiek, és ő is reagál mások ötleteire (pl. 33. sor). Ugyanakkor a beszélgetés vége felé visszahoz egy olyan témát, ami elhangzott már más szájából, és nem is kötődik szorosan az előtte közvetlenül elhangzottakhoz (40. és 42. sor), mintha próbálna visszakerülni a beszélgetés főáramába. A beszélgetés vége felé haladva egyre kisebb a szerepe. *Dolgozó6* a beszélgetés elején inkább egyfajta befejező szerepkörben van: ő fejezi be mások gondolatait, mondatait (pl. 3. és 8. sor). A beszélgetés közepe táján új információkat is megfogalmaz: egyrészt felhossa az egyik vezetőt, mint referenciát, akinek szintén ez a problémája (18. sor), másrészt a problémafelvetést az elvek szintjéről átviszi a gyakorlatba, amikor a biciklitároló konkrét kivitelezésére ad ötleteket (27- 31. sor). Ha vele párhuzamosan kezdenek beszélni, az nem zavarja meg, folytatja a mondandóját. Finomítva bár, de ő fogalmazza meg először nyíltan az igényt: „nem ártana mondjuk egy kerékpártároló” (3. sor). A beszélgetés végét gyakorlatilag ő zárja le azzal, hogy csatlakozik egy tréfához (63.sor). *Dolgozó7* a támogató szerepét tölti be a beszélgetésben: mások véleményéhez csatlakozik (5. sor), helyesel (19. sor), újabb információkat hoz annak alátámasztására (14-15.sor). A megfogalmazás módjáról, igeragozásából is látszik, hogy nem a saját problémájáról beszél, ritkán beszél egyes szám első személyben. *Dolgozó10* csak a beszélgetés utolsó harmadában kapcsolódik be, mintegy későn eszmélve. Próbálja magára felhívni a figyelmet, eleinte kevés sikerrel, folyamatosan beszélnek vele párhuzamosan (32, 36, 41. sor), a 43. sorban egy meglepő kijelentést tesz, amely eltúlozza a probléma súlyát (ami ráadásul a megszólalásai alapján neki nem is problémája, hiszen nem jár biciklivel). Ez sok résztvevő részéről vált ki választ. Az 50. sorban próbálja magánál tartani a szót, illetve közvetve alátámasztani a korábbi kijelentését, de nem hallják meg, így háromszor elismétli azt, míg végül reagálnak rá, s a beszélgetés végén egy korábban egyáltalán nem aktív résztvevővel (*Dolgozó11*) egy tréfában vesznek részt. Megfogalmazás módja neki a legerőteljesebb, ő használ például elsőként olyan kijelentést, hogy „kell”.

A beszélgetés – az átírt és elemzett jegyzőkönyvben már nem szereplő - folytatásában a fókuszcsoporthoz résztvevői - továbbra is főleg párhuzamosan - arról beszéltek, hogy hova kellene tenni a biciklitárolót, hogy fedett legyen, valamint, hogy milyen anyagból kellene csinálni. Néhányan elmondták, hogy nem szeretnék a nagy forgalmú utakon biciklizni. A témát felvető dolgozó erre válaszul elmondta, hogy ő a kis utcákon közlekedik.

Összefoglalóan a beszélgetésrészlet elemzéséből az derült ki, hogy egy viszonylag marginális téma is megmozgatta a csoportot, sokan hozzászóltak, reagáltak egymás gondolataira, ugyanakkor nem várták meg, hogy a másik befejezze a mondandóját. Mindenki hozzá akarta tenni a magáét a témához, függetlenül attól, hogy volt-e valóban újdonságértéke, információtartalma annak, amit elmondott. Megszületett egy javaslat, amelynek már a konkrét kidolgozásán is gondolkozni kezdtek, ugyanakkor egyes hozzászólások nem, hogy segítették volna ezt a folyamatot, hanem inkább hátráltatták azzal, hogy a konkrétól ismét eltolták az általános felé a beszélgetés síkját. Voltak olyan humoros, vagy a téma súlyához képest eltúlzott érzelmi reakciókat mutató megszólalások, amelyek azt jelezték, hogy bár sokan hozzászóltak a témához, a legtöbben mégsem vették azt komolyan. Érdekességképpen megjegyzem, hogy a kerékpártároló létesítésére tett javaslat az egyike volt azon keveseknek, amelynek megvalósítására a visszajelző ülésen a csoport határozott ígéretet kapott.

A 2. számú fókuszcsoporthoz működése

A második fókuszcsoporthoz tagjai egy olyan telephelyen dolgoznak, ahol az általam vizsgált szervezeti egységet csak az ő csoportjuk képviseli, de rajtuk kívül az adott szervezet más egységének tagjai is dolgoznak ott, mindenki telefonos ügyfélszolgálatban. A csoport tagjainak egyik alapélménye ezzel kapcsolatban, hogy távol vannak a saját szervezeti egységüktől, könnyen elfeledkeznek róluk, kiszorulnak egyes juttatásokból, kívülállók, nem azonos munkafeltételek között dolgoznak, mint a többiek, megjelenik náluk az „ők és mi” különbségtétel. Mint később látni fogjuk ez az ellentét a visszajelző ülésen nyílttá is válik.

A fókuszcsoporthoz időbeli szerveződése a fent leírtakhoz hasonló módon történt. Ennek a csoportnak négy tagja volt, akik közül mindenki jelen volt az összes – a visszajelző üléseket nem számítva négy – alkalommal. Az első ülésen a fentiekhez hasonló módon az állapotfelmérés eredményeit ismertettem, melyekre reagáltak a csoporttagok. Egy-két javaslat már itt is megfogalmazódott. A második ülésen ismertettem a felmérésben, illetve az interjúkban kapott stresszcsökkentő javaslatokat (lásd lent), a résztvevők ezekkel kapcsolatban kifejtették a véleményüket. Elhangzottak javaslatok is, de főleg sok-sok panasz. A harmadik ülésen a saját problémalistáját állította össze a csoport. Itt az első helyre –

szemben a másik helyszín fizikai környezetével – a szünetek munka nélküli eltöltése, és egyáltalán a szünetek hossza, az étkezési lehetőség hiánya került. Az utolsó ülésen ismertettem a csoport tagjaival a másik csoport által kidolgozott javaslatokat, illetve beszélgettünk a visszajelző ülés szervezéséről, módjáról. A fókuszcsoporthoz ideje alatt jelentős szervezeti változások történtek ebben a szervezeti egységben (változott a csoportbeosztás, új csoport alakult, többen új csoportvezetőt kaptak, rengeteg új, gyakorlattal nem rendelkező kollégát kaptak, akiket nekik kellett betanítaniuk). A csoport tagjai több esetben megrökönyödéssel fogadták a másik csoport által kidolgozott javaslatokat (pl. darts és csocsó a szünetekben), komolytalannak tekintették azokat az őket ért egzisztenciális és egyéb problémák tükrében. Többen azon gondolkodtak az utolsó ülésen, hogy nem jönnek el a visszajelző ülésre, megfogalmazódott a gondolat, hogy az életükben semmilyen lényeges változást ez a program nem fog hozni, felsőbb szintű vezetés elé kellene vinni ezeket a problémákat. Végül mégis megjelentek a visszajelző ülésen teljes létszámban.

A csoport működésére jellemző, hogy mind a négyen jól ismerik egymást, oldott, baráti hangulatban teltek az ülések. A csoport legbeszédesebb, legdominánsabb tagja *Dolgozó4*, a leghalkabb *Dolgozó3*. A beszélgetésekre jellemző, hogy a leghalkabb és a legbeszédesebb tag megszólalásai inkább hosszúságukban, mint gyakoriságukban térnek el egymástól. A csoportülések, beszélgetések hangulatára a panaszkodás, egyfajta depresszió volt jellemző. A résztvevőknek kezdetektől fogva kételyeik voltak abban, hogy eléri-e majd a célját az egészségfejlesztő fókuszcsoport, fog-e változni valami a szervezetben. Már az első ülésen megfogalmazódott az aggodalom, hogy az általuk kidolgozott javaslatokból semmi sem lesz. A vezetés szerintük nem törődik igazán velük, csak a statisztika számít. A középvezetés nem áll ki a dolgozóikért. Végül arra jutottak, ha csak egy-két dolog megvalósul a javaslataikból, már nem volt hiába.

Az elemzéshez kiválasztott beszélgetésrészletet a második ülésen rögzítettem. Az ülésen az állapotfelmérő kérdőív „*Tapasztalata szerint melyek azok a munkahelyi, szervezeti intézkedések, amelyek csökkentik az Önre ható munkahelyi stresszt?*” kérdésére a dolgozók által leggyakrabban adott válaszokat tekintettük át. Ezekhez fűztek megjegyzéseket, ezeket egészítették ki a fókuszcsoport résztvevői. A kiválasztott részletben a csoport a közvetlen vezetés részéről érkező dicséret, pozitív visszajelzés hiányával foglalkozott. Az itt bemutatott beszélgetés előzménye, hogy a dolgozók kifejtették, úgy érzik a vezetőiktől nem, vagy csak nagyon ritkán kapnak dicséretet, leginkább egymást dicsérik. A jó teljesítményt a vezetők természetesnek veszik, csak elmarasztalást kapnak. Az egyik dolgozó (a

jegyzőkönyvben *Dolgozó1*) erre kifejtette, hogy ez az életben máshol is így van, például az iskolában is. Erre válaszolt *Dolgozó2* az elemzésben már szereplő megszólalásával.

A beszélgetés során a facilitátoron (a dolgozat készítőjén) kívül három részt vevő vett részt. A csoport legbeszédesebb, legdominánsabb tagja nem volt jelen. A beszélgetést kezdő dolgozó először az iskolai dolgozatokat hozza fel párhuzamként: ott is szükség lenne a hibák kijavítása mellett a dicséretre, majd áttér arra, hogy ennek a munkahelyen hogyan kellene megvalósulnia. Egy másik dolgozó válaszképpen elmondja, hogy a jelen keretek között mi lenne a módja annak, hogy valaki saját maga hívja fel a figyelmet saját jó teljesítményére, hozzátéve, hogy ezt szinte senki nem csinálja így. A beszélgetés végén finom iróniával a vezetéssel való szembenállásuknak adnak hangot.

A megszólalások ebben a beszélgetésrészletben jóval hosszabbak, mint az előzőben. Egy megszólalás nem ritkán négy-öt soron át zajlik, de olyan is előfordul, hogy valaki nyolc soron át tartja magánál a szót (1-9. sor). Ritkán vágnak egymás szavába, párhuzamos beszéd leginkább a beszélőváltáskor fordul elő (pl. 15-16, 21-22. sor), mintegy versengenek azért, ki vegye át a szót. A beszélgetés vége felé a kifejezett érzelmek intenzitásával együtt a párhuzamos beszéd gyakorisága is nő. A párhuzamos megszólalásokra jellemző, hogy a másodsorra megszólaló röviden szól, az első beszélő általában visszaveszi a szót (pl. 9-11. sor), néha megismétli a párhuzamos beszéd alatt általa elmondottakat (pl. 42-43. sor), vagy hangerejét felemelve megpróbálja a másikat túlkiabálni (pl. 11. sor). Egyedül a 21-22. sorban fordul elő, hogy az először megszólaló hagyja félbe a mondandóját, amikor vele párhuzamosan kezd el beszélni valaki. Ez a legkevésbé domináns csoporttaggal történik (lásd alább).

Az előző fejezetben elemzett beszélgetéshez képest itt több, és hosszabb szünet van. Szünetek előfordulnak az egyes megszólalások közben is, mintegy hatásszünetként (lásd például 20. sor), illetve egy-egy megszólalás végén (pl. 13. sor). Érdekes a 6. sorban tartott nagyon hosszú szünet, ami után ugyanaz a személy szólal meg, aki korábban is beszélt. A szünet azt jelezheti, hogy *Dolgozó2* arra várt, valaki közbeszól, esetleg helyesel, befejezi a gondolatmenetét. Mivel ez nem történt meg, folytatta ő a beszédet. A megszólalások közbeni szünetek két dolgozó esetében is (*Dolgozó2* és *Dolgozó1*) egyéni jellegzetességnek tekinthetők, s sajátos kommunikációs hatást eredményeznek (lásd lent). A szünetekbe soha nem vág bele másik beszélő. A szünetek ilyen számban és hosszúságban való jelenléte egy lassabb, nyugodtabb beszélgetés jele.

A beszélgetésbe mindenki bekapcsolódik. A beszélgetés három szakaszra bontható aszerint, hogy mikor ki beszél dominánsan: Az első szakaszban (1-12. sor) – egy rövid

közbevetést leszámítva – végig *Dolgozó2* beszél. A második szakaszban (13-27. sor) eleinte *Dolgozó3* beszél, majd *Dolgozó2* visszaveszi a szót (22. sor). A szakasz végén belép *Dolgozó1*, aki innentől kezdve néhány rövid, többnyire párhuzamosan elhangzó közbevetéstől eltekintve, végig magánál tartja a szót.

Dolgozó2 a beszélgetés elején az iskolai párhuzammal azt hiányolja, hogy a közvetlen vezető (a „tanár néni megfelelője”) az ügyfelektől érkező visszajelzések alapján miért nem dicséri meg a dolgozóit, jelezve ezeket a pozitív visszajelzéseket a központvezető felé. Megszólalását rövid szünet követi. Az általa felhozott párhuzamra, az igény jogosságára senki sem reagál, csak az utolsó mondatára („De ilyen nincs”). *Dolgozó1* a későbbi (27. sortól kezdődő) megszólalását vetíti előre reagálásával. Vele párhuzamosan szólal meg *Dolgozó3*, aki az ügyfelektől – ritkán, de – érkező pozitív visszajelzéseket említi. *Dolgozó2* a 22. sorban belé folytatja a szót, aki maga vet fel egy *Dolgozó1* által később kifejtett mintegy képtelen ötletet, hogy ti. az ügyféltől pozitív visszajelzést kapott dolgozó maga hívja fel a felettesei figyelmét saját pozitív teljesítményére a visszajelzés rendszerben való írásos rögzítésével. Válaszképpen *Dolgozó1* mintegy szakértőként kifejti ennek a konkrét megvalósítási módját, és várható következményeit. Szintén ugyanő a 42. sortól elmondja, hogy neki személy szerint nincs szüksége a feletteseitől érkező vállveregetésre, elég, ha az ügyfél hangot ad elégedettségének. Ezzel, ha nem is nyíltan, szembehelyezkedik *Dolgozó2*-nek a beszélgetés elején kifejtett álláspontjával.

Helyeslés kevés helyen fordul elő a beszélgetés során (pl. a 31.sorban). A csoporttagok reagálnak a többiek által elhangzottakra, de nem tesznek fel, például tisztázó és egyéb kérdéseket egymásnak. Kevés érzelem jelenik meg a beszélgetés során. Nevetetés is csak egyszer fordul elő, az 50. sorban.

A csoporttagok által használt kifejezések jelzik, hogy munkahelyi beszélgetésről van szó: Elhangzik több „szakkifejezés” is: előfizető, „beiktatod ügyféljelzésre”, „visszahallgatják”, „OTÚ”. Összességében azonban egy kívülálló számára is jól követhető a beszélgetés tartalma. Történnel utalások közelmúltbeli (10. sor), és régebben történt eseményekre (51.sor), amelyekkel a beszélgetés alapján úgy tűnik a faciliátoron kívül mindenki tisztában van. A beszélgetésen használt legtöbb kifejezés konnotációja semlegesnek tekinthető, és szó szerint értelmezhető. Talán az egyetlen kivétel a beszélgetés vége felé elhangzó „Nekem ne veregesse (a vállam) senki onnan fönről, mert lehet, hogy fájdalmas lenne”, ami a vezetéssel kapcsolatos ellenérzésekre, a vezetők figyelmébe kerülésének veszélyeire utalhat.

Az egyes beszélők megnyilvánulásának főbb jellegzetességei: *Dolgozó2* kezdi a beszélgetést a már említett iskolai párhuzammal. Mondandója közben gyakran hagy szüneteket a mondatok végén (5. sor), hatáskeltés miatt (26. sor), illetve mintha nem lenne teljesen biztos a mondani valójában (11. sor). Érdekes a 23-26. sorig tartó megszólalása: a félmondatonként visszatérő hangsúlyos „és”-ek mintegy ritmusossá teszik az elhangzottakat. Ha vele párhuzamosan beszél valaki, nem hagyja abba a mondandóját, hangsúlyozva, hangerőt növelve befejezi azt. A beszélgetés harmadik részében szorul csak hátra *Dolgozó1*-el szemben, de időről-időre egy-egy közbevetéssel megmutatja, hogy ő is jelen van, s végül ő zárja le a beszélgetést egy *Dolgozó1*-el történt múltbeli eseményre utalva, csatlakozva a tréfához. *Dolgozó3* a legkevésbé domináns tag. Ő szólal meg legritkábban, megszólalásai is rövidebbek, mint két társáé. Ha vele párhuzamosan beszél valaki, legtöbbször visszakozik, félbehagyja mondandóját (pl. 10. sor, 21. sor). Beszéde halk, ritkán hangsúlyoz. Ő is tart szüneteket, de nem olyan hosszúakat, mint *Dolgozó2*, és nem olyan ritmusosakat, mint *Dolgozó1*. A beszélgetés harmadik részében támogató szerepe lesz: rövid közbevetései (pl. 36., 46. sor) alátámasztják a *Dolgozó1* által elmondottakat. *Dolgozó1* a beszélgetés első részében egyáltalán nem, második részében egyetlen egy párhuzamos közbevetés erejéig szólal csak meg. Igazán dominánssá a beszélgetés harmadik – utolsó – szakaszában válik. Itt egyfajta szakértőként viselkedik: kiigazítja *Dolgozó2* tévedését, majd átveszi az ő általa alkalmazott stílust: hangsúlyos „és”-ekkel és szünetekkel tagolja a mondanivalóját, hangsúlyozva az elmondottakat (33-35. sor). Megszólalásaiban ő is alkalmaz szüneteket, leginkább a hangsúlyos helyeken. Ha vele párhuzamosan beszélnek, a beszélgetés első részében félbehagyja mondandóját (pl. 16. sor), a harmadik szakaszban már nem, befejezi, esetleg hangsúlyozva meg is ismétli azt.

Összegezve a beszélgetésrészlet elemzését látszik, hogy bár mindenki hozzászólt a témához, a megszólalásokra egyfajta fásultság volt jellemző, ami megnyilvánult az érzelmek hiányában, a hosszú szünetekben, egymás kevés megszólításában. Bár a csoporttagok jól ismerték egymást, jó viszonyban is voltak, ez ebben a beszélgetésben csak abból látszott, hogy utaltak a másikkal történt eseményekre. A megszólalóknak valóban volt mondanivalójuk a témában, nem volt cél a dominánssá válás a beszélgetésben. Ritkán vágta egymás szavába, ami azt jelzi, hogy a beszélgetés nyugodt, lassú tempóban folyt, a téma érzelmileg nem mozgatta meg túlzottan a résztvevőket.

A visszajelző ülés

A visszajelző ülésre az után került sor, hogy mindkét csoport kidolgozza egészségfejlesztő javaslatait. A visszajelző ülésekre a csoportok meghívták a közvetlen vezetőiket (központvezető és helyettese), valamint foglalkozás-egészségügyi szakembereket. Az ülésre a nagyobbik fókuszcsoport telephelyén került sor, mindkét csoport tagjainak részvételével, a korábbiakhoz hasonlóan munkaidőben.

Az ülésen a 2. számú fókuszcsoport minden tagja részt vett, az 1.számú csoportból csak öten. Rajtuk kívül jelen volt két vezető és két foglalkozás-egészségügyi szakember.

A fókuszcsoportok tagjai korábban azt választották, hogy az általuk előzetesen kidolgozott javaslatokat én ismertessem. Így az ülés során témákba sorolva bemutattam a javaslatokat, majd a vezetők, illetve a foglalkozás-egészségügyi szakemberek reagáltak ezekre. Ezután általában egy beszélgetés bontakozott ki a résztvevők és a vezetők között. Az ülésre mindvégig jellemző volt a feszített tempó, a központvezető helyenként autokrata, lezáró, vitát elutasító attitűdje. Ezt a hozzáállást jól tükrözi az alábbi hozzászólása: „(a melegítkeztetés) a Városház utcában megoldott, ne húzzuk vele az időt.”

A teljes ülés anyagát elemeztem az alábbi szempontok mentén: a felmerült javaslatok kezelése a vezetés részéről, valamint a vezetők és a csoporttagok közti kommunikáció stílusa.

Az ülés során nagyon sok (tizenkét) javaslat visszautasításra került. Ennek a legfőbb indokai a következők voltak: pénzkérdés (három javaslat), szakmai ok (hét javaslat). Utóbbi esetben nem fejtették ki a vezetők, hogy mit értenek ez alatt pontosan. Válaszuk azt sugallta, mintha ezeket az ún. szakmai okokat nem foghatnák fel a dolgozók, vagy nem tartozna rájuk, de ezek a szakmai okok mindenképpen szentek és sérthetetlenek. A javaslatok egy részére a résztvevők azt a választ kapták, hogy „utánanézzünk”, illetve „térjünk vissza rá később” (tíz esetben). Vagy azért, mert további információra volt szükség, más dolgozókat is meg kellene kérdezni, vagy, felsőbb vezetői szintre kell vinni a dolgot, vagy, mert nincs idő a probléma részletes megvitatására. A nem visszautasított javaslatok közé olyanok tartoztak, mint, a kerékpártároló építése, konyhai házirend kifejlesztése, darts tábla beszerzése, évenkénti csapatépítő buli szervezése, pozitív visszajelzések a vezetők részéről (dicsőségtábla), ergonómiai szolgáltatások, szemtorna a munkahelyen, rendezvény esetén műszakot elcserélni a másik központtal. Látható, hogy a valódi szervezeti, munkaszervezési átalakításokat igénylő javaslatok mind elutasításra kerültek, illetve néhány esetben a vezetők ígéretet adtak arra, hogy felsőbb szintre viszik ezeket.

Az ülés során végig nagyon kevés volt a vezetők és a dolgozók közti közvetlen kommunikáció. A dolgozók által kidolgozott javaslatokat én ismertettem, erre a vezetők

válaszoltak: elsősorban a központvezető, illetve ezt kiegészítendő, pontosítandó a helyettese. Az ülés hangulata meglehetősen autoriternek volt tekinthető: a központvezető zárta le többnyire az egyes témákat. Ritkán kért tisztázást, nem szólított meg senkit. Nem tett fel kérdéseket. A dolgozókat láthatóan elbátortalanította a vezető hozzáállása: míg a beszélgetés elején többször is hozzászóltak dolgozók, a közepe táján radikálisan lecsökkent ezen közbevetések, hozzászólások száma. A beszélgetés utolsó negyedében a központvezető – egyéb elfoglaltsága miatt - már nem vett részt, s az általunk addig használt termet is el kellett hagynunk, így a beszélgetést a központvezető-helyettes, a foglalkozás-egészségügyi szakemberek és a dolgozók részvételével a kertben folytattuk. Ez a beszélgetés sokkal oldottabb volt, a dolgozók is aktívan hozzászóltak a témákhoz, valódi párbeszéd, kommunikáció zajlott. A beszélgetés e részében főleg foglalkozás-egészségügyi témákról volt szó. Ezekre a jelenlevő foglalkozás-egészségügyi főorvos nagyon pozitív hangnemben válaszolt. Egyetlen javaslatot sem utasított el, többnek a megvalósítására konkrét ígéretet tett.

Az ülésnek egy kiválasztott, általam jellemzőnek ítélt részletét részletesebb kvalitatív elemzésnek vetettem alá, a fentiekben már alkalmazott szempontok szerint.

Az elemzett beszélgetésrészletre az ülés első felében került sor, amikor még a központvezető is jelen volt. A beszélgetés előzményeként arról volt szó, hogy egyik telephelyen sem megoldott a melegételhez jutás. A jelenlevő vezetők válaszképpen elmondták, hogy a 2. számú fókuszcsoporthelyén ez hamarosan megoldódik, mert nyílik étterem. Mikor egy dolgozó (az elemzett részletben is szereplő *Dolgozó2*) felvetette, hogy a gond az, hogy a húszperces szünet nem elegendő arra, hogy ebédeljenek, a vezető kategorikusan visszautasította ezt, mondván, hogy műszakba járók esetében ez a törvényi előírás, nem több, oldják meg. A konyhatakarítás kérdése felé tett rövid kitérő után ismét az étkezés és a szünetek hosszának/rövidségének kérdése merült fel, amely problémát a 2. számú fókuszcsoporthelyezte.

A beszélgetésbe, – mint az egész ülés során végig – kevés dolgozó kapcsolódott be: ketten az 1.számú fókuszcsoporthelyéből, és egy dolgozó a 2. számú csoportból. Az ülés során a felvétel helyenként igen gyenge minősége miatt többször előfordult, hogy egyáltalán nem lehetett érteni, amit egyik, vagy másik résztvevő mond, vagy találgatni kellett.

Az ülés első negyedében (1- 25. sor) a facilitátor által ismertetett problémára a vezető – elutasítóan – válaszolt, az ő válaszát erősítette meg, színezte két dolgozó humoros – s ezzel a probléma súlyát, komolyságát leértékelő közbevetése. A beszélgetés következő részében (26-42. sor) a 2. számú csoport dolgozója bátortalanul, nagyon halk hangon felvetett aggályára ebben az esetben egy dolgozó adott elutasító választ, amelyet a vezető is

megerősített. Ezt követően a pillanatnyi patthelyzetet, amit a szünet is jelzett (42.sor), a jelenlévő foglalkozás-egészségügyi főorvos javaslata oldotta fel (43-44- sor). A vezető és az ő véleménye mellett korábban felszólaló dolgozók (*Dolgozó7*, és *Dolgozó11*) gyorsan a javaslat mellé álltak. A problémafelvető 2. számú fókuszcsoporthoz tartozó tagjai nem reagáltak a javaslatra. A 61. sorban kezdődik a beszélgetés negyedik része, melyben a problémát felvető *Dolgozó2* az előzőekben elhangzott javaslatra nem is reagálva, visszatér a korábbi eredeti javaslatához, a szünet meghosszabbításához. Egy félmondat erejéig a problémafelvetésben támogatja őt a szintén a 2. fókuszcsoporthoz tartozó *Dolgozó4*, majd *Dolgozó2* magára marad a véleményével, a vezető helyettes, a vezető, a másik fókuszcsoporthoz tartozó *Dolgozó11* is szembehelyezkedik vele. Maga a tényleges javaslat csak a 73. sorban hangzik el, addig *Dolgozó2* más szervezeti egységet próbál számára pozitív példaként felhozni. A párhuzam jogosságát a vezető és a helyettese is visszautasítják, majd *Dolgozó11* azért támadja a javaslatot (76-81. sor), mert hátrányba hozná a saját telephelyén dolgozókat a másik telephellyel szemben (szerinte a kért előny nekik is „járna”). Megjelenik a ti és mi különbségtétel. Ezt az ellenvéleményt *Dolgozó2* egy meglepően ható érveléssel próbálja meg elhárítani (82. sor), amire *Dolgozó7* válaszol hasonló szellemben, érzékeltetve annak nem helyénvalóságát. Ekkor többen is felvetik, hogy nem érdemes bele menni ebbe a vitába (86-89. sor). A beszélgetést az összegző, lezáró szerepbe kerülő helyettes fejezi be azzal, hogy visszatér a foglalkozás-egészségügyi szakember korábbi javaslatára, úgy tekintve azt, mint a probléma mindenki által elfogadott megoldását.

A beszélgetés során érdekes módon szembe került egymással a két fókuszcsoporthoz tartozó nézőpontja. Az 1.számú fókuszcsoporthoz tartozó tagjainak megszólalásai arra utaltak, hogy ők osztják a vezető álláspontját, s nem értik a 2.számú fókuszcsoporthoz tartozó felvetését, vagy legalábbis nem ismerik el jogosnak. A 2. számú fókuszcsoporthoz tartozó összesen egy dolgozó szólalt meg, ő került a támadások ösztüzébe. Egy másik dolgozó (*Dolgozó4* – 62. sor) egy félmondat erejéig megkísérelte őt támogatni, nem sok sikerrel: a szavába vágta, mondanóját nem fejezte be.

A beszélgetés első részében hosszúak a megszólalások, nincs is igazán beszélgetés: a vezető reagál a facilitátor által előhozott problémára. A második rész első felében elindul egy rövid párbeszéd, gyorsabb beszélőváltásokkal, de hamarosan a vezető „pártján álló” *Dolgozó11* magához ragadja a szót, és hosszan beszél. Igazán párbeszéd jellegű gyors beszélőváltások csak a 43. és 60. sor közötti szakaszban vannak, amikor elhangzik a foglalkozás-egészségügyi szakember javaslata. Ekkor fokozódik a beszélgetés üteme, amit a párhuzamos megszólalások is jeleznek: míg a beszélgetés első felében alig beszélnek párhuzamosan, itt a megszólalások többsége párhuzamosan folyik. A beszélgetés utolsó

részében, a felfokozódó vitában szintén gyakoriak a párhuzamos megszólalások, de az előző szakasz szintjét nem érik el. Ekkor a megszólalások átlagos hossza is újfent megnő egy kicsit, de *Dolgozó11* érvelését nem számítva egy-két sornál nem lesz hosszabb.

A párhuzamos beszédet a különböző szakaszokban eltérő módon kezelik. A beszélgetés első felében az egymással párhuzamosan beszélők zavartalanul folytatják tovább a mondandójukat (pl. 11.12. sor), a harmadik szakaszban leginkább rövid, egy-kétszavas helyeslések hangzanak el párhuzamosan, ezzel nem kizökkentve a beszélőt (pl. 47-48. sor). Az utolsó szakaszban a párhuzamos megszólalás egyesekbe bent rekeszti a szót (pl. 62, 63. sor), más esetben folyik tovább a megszólalás. Sőt olyan is előfordul, hogy az egymással párhuzamosan beszélők reagálnak a másik által velük egyidőben elmondottakra (66-68. sor). A beszélgetés vége felé, az indulatok intenzitásának növekedésével az is előfordul, hogy hárman beszélnek egyszerre.

A beszélő váltásokat eleinte ritkán előzi meg versengés a szóért, néha szünetek is vannak az egyes megszólalások között (pl. 26., 28. sor). A harmadik szakaszban, mikor felgyorsul a beszélgetés üteme, többször előfordul ugyanakkor, hogy a következő megszólaló nem tudja kivárni az előző megszólalásának végét, és vele párhuzamosan elkezd beszélni, ekkor általában az előző megszólaló félbehagyja mondandóját (pl. 54-55. sor). A beszélgetés utolsó, érzelmileg legfelfokozottabb szakaszában többször előfordul, egymás szavába vágva szereznek szót a beszélők (pl. 81., 85. sor).

Az egymást követő megszólalások általában reagálnak egymásra. Van néhány – általában párhuzamosan elhangzó – megszólalás, ami válasz nélkül marad, mintha meg se hallanák őket (pl. 53. sorban a helyettes idő előtt elhangzó lezáró javaslata).

Szünetek megjelennek egyrészt a megszólalások közben, egyéni jellegzetességként, illetve megszólalások között általában, amikor valamilyen kritikus pont áll elő a beszélgetésben: például a 26. sorban, amikor a vezető, mintegy kategorikusan lezárja a beszélgetést, majd a 28. sorban, miután *Dolgozó2* ezzel a lezárással nem ért egyet.

A beszélők által használt kifejezések kívülállók számára is jól érthetőek. A vezető, illetve az őt támogató *Dolgozó11* hoz be olyan zsargont, mint, hogy „erőforrás gondok”, „nincs ilyen gombunk”. Elhangzanak utalások a szünetek hosszára az adott szervezeti egységben, illetve boltok és a büfé helyére, megközelíthetőségére, ami esetleg még az ülésen jelenlevők mindegyikének sem ismert.

Az egyes beszélők megnyilvánulásának egyéni jellegzetességei: A vitában kevesen vesznek részt a jelenlevők közül: A két vezető, a foglalkozás-egészségügyi szakember, s négy dolgozó, kettő az egyik fókuszcsoporthoz, kettő a másiktól. A vezető által használt

kifejezések, mondatformák jelzik az ő végrehajtói hatalmát: az elhangzottakat kategorikusan megítéli aszerint, hogy jó, vagy rossz ötletéről van-e szó (szerinte). A vezető nagyon sokszor használja a nem szót. Ha vele párhuzamosan beszél valaki, az nem zökkenti ki, folytatja a mondandóját (pl. 12-14.sor). Megszólalásai közben nyomatékosítás végett tart rövid szüneteket. Kérdéseket nem tesz fel, végig nagyon határozott. A beszélgetés utolsó szakaszában háttérbe vonul, véleményét már korábban kifejtette, hagyja, hogy támogatói érveljenek, csak röviden megerősíti az általuk elmondottakat (pl. 88.sor). *Helyettese* lezáró, összegző, titkári szerepben van. A vezetőhöz képest egyértelműen a háttérben marad. Első megszólalása a vitában akkor van, mikor már a beszélgetés elején megpróbálja azzal lezárni a témát, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakember javaslatát, mint megoldást rögzítené. Ez korai ekkor még, kérdésére nem is érkezik válasz. A beszélgetés utolsó szakaszában próbál jobban bekapcsolódni: ő reagál a *Dolgozó2* által felhozott párhuzamra (63., 65. sor). A legtöbb kérdő mondat az ő szájából hangzik el, ami arra utal, hogy törekszik a tisztázói szerepkör betöltésére, ugyanakkor lezárásként egy olyan megoldást rögzít, amivel a problémát felhozó nem ért egyet, az ő problémáját tehát nem oldja meg. A *főorvos* megszólalásával egy „patthelyzetet” old fel, újszerű megoldási javaslatával felpozícióba hozza a vitát. Megszólalásai rövidek, nem törekszik domináns szerepre, a javaslat kifejtése után vissza is vonul a vitából. *Dolgozó2* a problémahordozó. Csak akkor szólal meg, mikor egy számára nem kielégítő válasz hangzik el a facilitátor által ismertetett felvetésre. A beszélgetés középső részében, mikor a javaslat elhangzik, egyáltalán nem vesz részt, jelezve, hogy nem veszi azt komolyan, majd az utolsó szakaszban óvatosan, egy külső párhuzammal felvezetve hozakodik elő az általa kívánatosnak tartott megoldással. A véleményével szemben felhozott érvek először elbizonytalanítják (lásd szünet a 72. sorban), majd egy a többi résztvevő számára nem elfogadható, nevetségesnek tűnő választ ad (82. sor), s ezzel végképp marginalizálódik a helyzete. Senki sem támogatja, véleményével egyedül marad. A beszélgetés végén kivonul a kommunikációból. *Dolgozó7* és *Dolgozó11* először, mint a vezető véleményének támogatói, a vezető nézőpontjával azonosulók lépnek fel. A főorvos elhangzott javaslatához azonnal csatlakoznak, azt *Dolgozó7* egy lépéssel tovább is viszi (49. sor). Többször beszélnek egymással, vagy a vezetővel párhuzamosan. *Dolgozó11* a 76. sorban önálló véleményének ad hangot, mikor kifejti, hogy *Dolgozó2* javaslatát az ő telephelyére nézve igazságtalannak tartaná. *Dolgozó7* a „képtelen” érvre hasonló stílusban reagál, érzékeltetve annak abszurditását.

Összefoglalva az elemzés eredményeit, az elemzett – egyébként az egész ülés folyamatára meglehetősen jellemző – beszélgetésben egy dolgozó által megfogalmazott

javaslat elutasításra került, oly módon, hogy már-már a dolgozó vált nevetségessé javaslata miatt. A vezető és az ő véleményét támogatók egy olyan javaslat mellett álltak ki, ami csak látszólagos javaslat, hiszen a problémagazdáknak valójában nem jelentett megoldást. A beszélgetés során kiéleződött egy ellentét nem csak a dolgozók és a vezető(k), hanem egyes dolgozói csoportok között is. Bár a beszélgetés látszólag demokratikusan zajlott, valójában nem érvényesültek a demokrácia szabályai.

A visszajelző ülésen megállapodtunk arról, hogy néhány hónap elteltével tartunk egy újabb, utánkötető ülést, ahol áttekintjük, hogy hova jutottunk, mik valósultak meg a felmerült javaslatokból, ezek elérték-e a kívánt hatást, hogyan tovább, stb.

2.3 Problémák – az egészségfejlesztő programok nehézségei

Az egészségfejlesztő fókuszcsoportok utolsó ülése, és az egyéni egészségfejlesztési programterv kidolgozása után néhány hónappal a szervezetben, a kutatásban részt vevő teljes dolgozói állomány kiszervezéséről döntöttek létszám-gazdálkodási, költségcsökkentési okokból. A kiszervezett dolgozók ugyanazt a munkát, ugyanott, ugyanolyan feltételekkel fogják végezni, csak a munkáltatójuk változik. Ez a változás, illetve a változást megelőző bizonytalan helyzet mégis olyan horderejű, a dolgozók testi-lelki egészségére potenciálisan olyan nagy hatású volt, hogy lehetetlenné tette volna az egészségfejlesztő program esetleges hatásának kimutatását. Ezen felül a szervezetben a kialakult átmeneti helyzetben nem volt megoldott a program folytatása, finanszírozása, menedzselése, így be kellett azt rekeszteni.

Még a kiszervezések megkezdődése előtt, de már ennek a ténynek az ismeretében került sor az utánkötető ülésre.

Utánkötető ülés

Az utánkötető ülésre közel hat hónappal a visszajelző ülés után került sor. A dolgozók ekkor már több hónapja tudták, hogy milyen változások vannak kilátásban. Az ülésen a vezetők közül csak a központvezető helyettes vett részt, a dolgozók közül pedig öten voltak jelen: ketten az 1.számú fókuszcsoportból, és hárman a 2. számú csoportból. Az utolsó ülésen jelen levő foglalkozás-egészségügyi főorvosnő időközben más beosztásba került, ahol már nem volt befolyása ezekre a kérdésekre, így a korábban vele egyeztetett javaslatokból semmi sem valósult meg.

Az ülésen áttekintettük, hogy mi valósult meg a korábbi javaslatokból, ami nem valósult meg, azok a jelen körülmények között megvalósíthatóak-e, illetve milyen újabb

problémák merültek fel a küszöbön álló változások nyomán. Az ülés hangulata meglehetősen lemondó, pesszimista volt. Nyoma sem volt annak a lelkesedésnek, energikusságnak, ami még a visszajelző ülésen is megnyilvánult egyik vagy másik oldalról. A jelenlevő vezető gyakorlatilag sorra bemutatta, hogy az egyes javaslatok miért nem valósultak meg, s a legtöbb esetben semmilyen reménnyel sem kecsegtetett ezek esetleges későbbi megvalósulásával kapcsolatban. Több esetben is azt jelezte, hogy ő az adott javaslat megvalósíthatatlanságát már a visszajelző ülésen is látta, holott akkor egészen máshogy nyilatkozott.

A javaslatokkal kapcsolatban kiderült, hogy a fizikai körülményekkel kapcsolatban még a kerékpártároló létesítése sem valósult meg, mert építési engedélyre várnak. A takarításban nem történt előrelépés. Az étkezés megoldásában a helyzet változatlan, egyik helyszínen sem igazán megoldott a melegétkezés. A sporteszközök jobb elérhetőségének érdekében történtek ugyan lépések, de még odáig sem jutottak el, hogy felmérést készítsenek ennek várható költségeiről. Kerti bútorokat rendeltek, de még nem kaptak választ. A fizikai környezet jobbá tételére vonatkozó javaslatok megbeszélése közben felmerült a kérdés, hogy egyáltalán maradnak-e ebben az épületben. A jelenlevő központvezető helyettes nem tudta erre a választ. Volt olyan eset, ahol a központvezető helyettes egyfajta körkörös érvelésbe bonyolódott azt magyarázván, hogy miért nem valósultak meg saját korábbi ígéreteik: ígéretükkel ellentétben nem készítettek felmérést a képzési igényekről, mondván, hogy úgyszem tudnák kielégíteni azokat, de ha egy igény felmerülne, azzal foglalkoznának vele, mondta. Központ bulit már a vezető elmondása szerint éppen megszervezték, mikor jött a leépítések híre, így végül lemondták. A pozitív visszajelzések rendszeresítésére bevezették a dicsőségtáblát, és a „hó emberét”.

A dolgozók az ülés végén elmondták, hogy bár az jól hangzik, hogy szervezetük részt vett egy ilyen programban, de ők láthatóan egyáltalán nem fontosak a szervezet számára, hiszen kiszervezik őket.

A kiszervezések időszakában a kísérleti és a kontrollcsoport közvetlen vezetőivel interjút készítettem az egészségfejlesztő programmal, illetve a szervezeti változásoknak a program folytatására gyakorolt hatásaival kapcsolatban.

Vezetői interjú

Az interjúra Budapesten került sor három hónappal az utánkövető ülés után. A központvezető személyesen volt jelen a kontrollcsoport vezetője pedig telefonon csatlakozott hozzánk.

Az interjúban először a kiszervezés módjáról, körülményeiről beszélgettünk. Elmondták, hogy a kiszervezés pontos körülményeit még most, négy hónappal a tényleges dátum előtt sem ismerik az emberek. A kiszervezés oka költségcsökkentés volt.

Az egészségfejlesztő programmal kapcsolatban elmondták a vezetők, hogy fontosnak tartják, mert az egészségesebb ember másként is dolgozik. Fontos ugyanakkor, hogy nem nyugodhat az egész a vállalat vállán, maguknak, a dolgozóknak is aktívan részt kell benne venniük. A vezetők elmondták, hogy véleményük szerint a hasonló egészségfejlesztő beavatkozások működtetéséhez szükséges helyi szinten élön tartani és folyamatosan menedzselni a programot, kell egy csapat, aki folyamatosan jelen van, és ezzel „nyüstöli a dolgozók fejét”. Ugyanakkor a program működéséhez pénzre is nagy szükség van, ennek megszerzéséhez pedig fontos a felsőszintű pénzügyi vezetés bevonása. A munkahelyi egészségfejlesztésnek be kell épülnie az emberi erőforrás menedzselési feladatok közé, illetve a vállalati költségvetésbe. Az emberi erőforrás menedzselési feladatok közé sorolás, azért is fontos lenne, mert így – lévén kötelező feladatuk – maguk a vezetők is jobban szakítanának időt a folyamatban való aktív közreműködésre. A vezetők fontosnak tartották volna, hogy a jelen stresszes helyzetben, a kiszervezések időszakában, legalább az egyéni fókuszú egészségfejlesztő programok valósuljanak meg. (Erre azonban a felső vezetés támogatásának hiányában nem kerülhetett sor.)

Jelen program megszakadása ennek fényében azzal is magyarázható, hogy az egészségfejlesztő program indítása nem a vállalat belső, felismert igényéből fakadt, hanem egy kutatásban való részvételre vonatkozó felkérésre igent mondvá, mintegy „szívességet tett” a vezetés. Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz működése önmagában is kiválthat ellenállást a vezetés körében, még akkor is, ha elkötelezettek a dolgozók egészségének fejlesztése mellett. A hierarchikus, az alulról jövő kezdeményezéseket nem, vagy csak formálisan, kis mértékben támogató szervezetekben ugyanis fenyegetésként élhetik meg a vezetés különböző szintjein a dolgozók egyes kérdésekkel való elégedetlenségét, illetve a problémákra adott megoldási javaslatait. Ezen felül maga az egészségfejlesztő szakember is, mint külső szakértő fenyegető lehet a saját pozíciójában bizonytalan, dolgozóival nem jó kapcsolatot fenntartó vezető számára. Jelen vizsgálatban én, mint facilitátor a dolgozók szemében egyfajta közvetítő, képviselő, ügyvéd szerepkörbe kerültem. A közvetlen vezetőkkel jó volt a kapcsolat, elfogadóan álltak a programhoz. Hiányzott viszont a felsőbb vezetői szintekről érkező egyértelmű anyagi és erkölcsi támogatás, ami a javaslatok bevezetését lehetővé tette volna. Éppen ezért fontosnak tartom, hogy a szervezeti fókuszú egészségfejlesztő

programokat bevezető szervezetekben a vezetők kellően elkötelezettek legyenek, és pontos információkkal rendelkezzenek a módszer elveiről, működési módjáról. Csak így biztosítható ugyanis, hogy a program végigvihető legyen, illetve a felmerült javaslatok is – legalábbis legnagyobb részben – megvalósításra kerüljenek. Utóbbi hiányában ugyanis a dolgozók közérzete, munkahelyi elégedettsége még romolhat is, hiszen a program során esetlegesen újabb problémás munkahelyi tényezőkre figyelhetnek fel, és meg kell tapasztalniuk, hogy a vezetés nem akar, vagy nem tud ezeken a problémákon segíteni. Jelen esetben nem teljesült ez a két alapfeltétel, és a kiszervezés újabb, komoly akadályokat gördített a program folytatása elé, így ezt a többszörösen hátrányos helyzetet a programban részt vevő közvetlen vezetők, a fókuszcsoportok tagjai és kutatók elkötelezettsége, lelkesedése már nem tudta ellensúlyozni.

Ez – a kutatás folytatását megakadályozó - probléma ráirányítja a figyelmünket a szervezeti fókuszú egészségfejlesztő programok egyik fontos további nehézségére is: a folyamatosan változó piaci igényekhez alkalmazkodni kénytelen, így állandóan átalakuló szervezetekben nehéz a dolgozók egészségi állapotában, elégedettségében, életmódjában bekövetkezett változásokat egyértelműen az egészségfejlesztő programnak tulajdonítani, kiszűrni a dolgozót érő egyéb hatások közül. Ugyanakkor az egyéni fókuszú beavatkozások alkalmazása szervezeti változtatások nélkül alacsony hatékonyságú és etikai aggályokat is felvethet (lásd például Murphy, 1984): Szabad-e a dolgozókat az esetlegesen egészségkárosító, megterhelő munkakörülményekkel szemben edzettebbé, ellenállóbbá, alkalmazkodóbbá tenni anélkül, hogy magukon a kedvezőtlen körülményeken megpróbálnánk javítani? A két megközelítésnek egymást támogatva kellene működnie: az egyéni fókuszú stratégiáknak a szervezeti fókuszút kiegészítve ott kellene beavatkozni, ahol – anyagi, vagy más okok miatt – az objektív körülmények nem megváltoztathatóak (Gangster et al, 1982). Meggyőződésem – melyet a szervezeti fókuszú egészségfejlesztő programok olyan, az első fejezetben idézett, hatásvizsgálatai is alátámasztanak, mint például: Terra (1995, idézi Liukkonen et al, 1999), Lourijzen és munkatársai (1999), Theorell és Wahlstedt (1999). Mikkelsen és munkatársai (2000) -, hogy a szervezeti fókuszú beavatkozásokra minden munkahelyi egészségfejlesztő programban szükség van, még akkor is, ha megvalósításuk olykor akadályokba ütközik, illetve ha hatásuk nehezen mérhető.

2.4. Általánosítható tapasztalatok – lépések egy átfogó munkahelyi egészségfejlesztési modell felé

Az alábbiakban röviden összefoglalom, hogy a kutatás során szerzett tapasztalatok alapján milyen komplex, egyéni és szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztő modell további kipróbálását, alkalmazását tartanám fontosnak, kívánatosnak.

A program egyik legfontosabb elemének a vezetés és a dolgozók támogatását tartom, így nagyon fontos, hogy a felső – döntéshozói jogkörrel és források felett rendelkező – vezetés a programhoz annak működési módját részletesen ismerve adja hozzájárulását és maximális támogatását. Ugyanakkor a program célcsoportját alkotó dolgozók együttműködésére is szükség van, ezért a dolgozókat már a kezdetektől érdemes bevonni a program kialakításába. Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz alkalmazásán túl ennek más fórumait is biztosítani kell, hiszen a csoportokban nem vesz részt mindenki, s az is kérdéses, hogy a hazánkra jellemző politikai kultúrában – vagy annak hiányában – a csoportban résztvevő dolgozók mennyire tudják és akarják többi kollégájuk véleményét képviselni. Fontos a csoportban nem résztvevők folyamatos tájékoztatása a csoportban történetekről, visszajelzési, reagálási lehetőséget is biztosítva számukra. Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz résztvevőinek összeállításakor megfontolásra érdemes vegyes, vezetői és beosztotti szinteket is képviselő csoportokat összeállítani. A vezetők jelenlétének hiányában ugyanis nagyon elrugaskodhatnak a megvalósíthatóság talajáról a javaslatok, illetve a fókuszcsoporthoz ülései könnyen a vezetéssel, a vállalattal szembeni panasznapba fordulhatnak. Fontosnak tartom az egészségnek, mint értéknek a vállalati kultúrában való elültetését oly módon, hogy egy (vagy néhány) egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz lezajlása után önként jelentkező dolgozók közül fókuszcsoporthoz moderátorra képezzünk ki néhányat, így a jövőben ezek a fókuszcsoporthoz már külső tanácsadók jelenléte nélkül is indíthatóak. Ezek a moderátorok azon felül, hogy vezetik a fókuszcsoporthoz, egyfajta egészségi felelősként figyelik a munkahelyi, szervezeti folyamatoknak az egészségre gyakorolt hatását is – részlegesen átvéve a részben vagy teljesen megszűnt szakszervezetek feladatait. Utóbbi elképzelés ennek a munkahelyi egészségfejlesztő kutatási tervnek is a részét képezte.

3. KONKLÚZIÓ

A bevezetőben utaltam rá, hogy mekkora jelentősége van (illetve lenne) jelenleg hazánkban a munkahelyi egészségfejlesztő programoknak. A Magyarországot jellemző elszomorító népegészségi adatok javulásához átfogó, nagy tömegeket bevonó, megelőző

programokra van szükség. Ezeknek a programoknak a finanszírozásában, lebonyolításában kiemelkedő szerepet kellene vállalniuk a szervezeteknek egyrészt, mert - mint arra fent utaltunk - általában közvetlen anyagi érdekük fűződik dolgozóik jobb egészségi állapotához, másrészt a programok finanszírozásához, megvalósításához is több forrással rendelkeznek, mint az egészségügy. A munkahelyi egészségfejlesztő programok magyarországi elterjedésének feltétele megbízható hatásvizsgálatok elvégzése és publikálása. Ehhez kívánt hozzájárulni a fejezetben bemutatott – sajnálatos módon félbeszakadt - kutatás is, melynek első eredményeit, megvalósult lépéseit ebben a fejezetben összefoglaltam. A felmerült nehézségek ellenére a kutatásban részt vevők törekvése - az itt szerzett tapasztalatok felhasználásával - további magyarországi munkahelyi egészségfejlesztő programok kidolgozása, kipróbálása, valamint a szemlélet és a módszer köztudatban való elültetése, elterjesztése.

ZÁRÓGONDOLATOK

Az első fejezet zárómondatai között szerepelt, hogy a komplex munkahelyi egészségfejlesztő programok mind szélesebb körű hazai elterjedéséhez szükséges többek között az egészség értéként való elfogadása, valamint az egészségfejlesztés szemléletének, módszereinek és hatékonyságának a vállalatvezetőkkel való megismertetése. Saját dolgozatom elsődleges jelentőségét e feltételekhez való hozzájárulásában látom, amennyiben az egészség értéként való elfogadtatásához, az ezzel kapcsolatos egészségnevelés megtervezéséhez fontos az egészségre vonatkozó hiedelmek, nézetek részletes ismerete, illetve a munkahelyi egészségfejlesztés szemléletének és gyakorlatának elterjesztéséhez szükséges az általam megtervezett-, és részben megvalósított kutatáshoz hasonló vizsgálatok mind nagyobb számú elvégzése és dokumentálása.

A stresszre és az egészségre vonatkozó laikus elképzelésekkel foglalkozó kutatás fontos eredménye, hogy egyszerre, statisztikai módszerekkel vizsgálta az egészségre és a stresszre vonatkozó hiedelmeket, s ezek kapcsolatát egymással, illetve az átélt stresszel és egészségi állapottal. Ezzel egy lépést tett afelé, hogy az egészségfejlesztő programok alapját olyan modellek adhassák, melyek az egészségre vonatkozó hiedelmek alapján jósolják be a célravezető egészségfejlesztő viselkedéseket. A kutatás eme általános jelentőségén túl, a konkrét munkahelyi egészségfejlesztő programok megtervezéséhez is nagyon fontos adalékot adhat. Az eredmények felhasználásával közelebb kerülhetünk az egészségfejlesztő beavatkozások szempontjából „ideálisnak” tekinthető célcsoport gondolkodásához, ily módon felhasználhatjuk annak elemeit a beavatkozások megtervezésében.

Az egyéni, és a komplex, egyéni és szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások longitudinális, kontrollcsoportos összehasonlítása a nemzetközi irodalomban nem túlságosan gyakori. Sajnos a vizsgálat ideje alatt felmerült szervezeti változások megakadályozták a beavatkozások teljes körű bevezetését és hatásvizsgálatát. Az első állapotfelmérő vizsgálat, a keresztmetszeti elemzések és a megvalósult szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások (egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz való működése) során szerzett tapasztalatok azonban felhasználhatóak voltak arra, hogy felvázoljam egy komplex egészségfejlesztő program legfontosabb elemeit, kritikus pontjait, illetve, hogy további, későbbi programok kiindulási alapját képezzék.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálával tartozom témavezetőmnek Dr. Antalovits Miklósnak, amiért felhívta a figyelmemet a munkahelyi egészségfejlesztés izgalmas és kihívásokkal teli területére, és amiért a kutatásomban, a disszertáció megírásában mindvégig támogatott, bátorított. Köszönettel tartozom Dr. Izsó Lajosnak az attribúciós vizsgálat megszervezésében nyújtott segítségéért és a disszertáció megírásához nyújtott javaslataiért, észrevételeiért. Hálás vagyok Dr. Bodnár Gabriellának az attribúciós kutatás megszervezésében nyújtott segítségéért. Köszönetet mondok a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Ergonómia és Pszichológia Tanszék munkatársainak tanácsaikért, támogatásukért. A munkahelyi egészségfejlesztő kutatás lebonyolításában nyújtott segítségéért hálás vagyok Dr. Haymichael Panayiotának a Dimenzió Biztosító és Önszegélyező Egyesület orvosszakmai igazgatójának, Dr. Viniczay Ferencnek a Magyar T-Com Nyrt. Munkavédelmi Iroda vezetőjének, a Magyar T-Com Nyrt. (MATÁV) részéről továbbá Lichnovszky Tamásnak, Csordás Zsuzsának, Ágota Tamásnak, Tófalvi Zoltánnak, Hidas Zoltánnak, valamint az egészségfejlesztő fókuszcsoport résztvevőinek. A kérdőívek rendelkezésemre bocsátásáért hálával tartozom Professor Edvard Konradnak a Ljubjanai Egyetemről és Dr. Dienes Erzsébetnek. Külön köszönettel tartozom Mészáros Eszternek a statisztikai elemzések elvégzésében nyújtott segítségéért. Hálával tartozom Ács Zoltánnak a disszertáció elektronikus verziójának szerkesztésében nyújtott segítségéért.

IRODALOM

- ADLER, N.; MATTHEWS, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? In: *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- AJZEN, I. (2001). NATURE AND OPERATION OF ATTITUDES. IN: ANNU. REV. PSYCHOL. VOL. 52, PP. 27-58.
- ANTAKI, CH. (2007). *An introductory tutorial in conversation analysis*. (<http://www-staff.lboro.ac.uk/~ssca1/intro1.htm>). 2007.10.11.
- ANTALOVITS MIKLÓS (2001). Az ergonómia fogalma. Az ergonómiai szemlélet alapjai. In: Klein, S. (szerk.) *Munkapszichológia*, SHL Hungary Kft., Budapest.
- ANTONOVSKY, A. (1987). Health promoting factor at work: the sense of coherence. In: *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Eds: Kalimo, R.; El-Batavi, M.A.; Cooper, C.L. WHO, Geneva, 153-167.
- AUST, B.; DUCKI, A. (2004). Comprehensive Health Promotion Interventions at the Workplace: Experience With Health Circles in Germany. In: *Journal of Occupational Health Psychology*, Vol. 9 (3), 258-270.
- BAKACSI, GY.; BOKOR, A.; CSÁSZÁR, CS.; GELEI, A.; KOVÁTS, K.; TAKÁCS, S. (2000). *Stratégiai emberi erőforrás menedzsment*. KJK Kerszöv, Budapest.
- BANGKOKI CHARTA (2005). In: *Egészségfejlesztés*, XLVI. évf. (4.sz.), 3-5.
- BAUM, A.; KRANTZ, D.S.; GATCHEL, R.J. (1997): *An introduction to health psychology*. McGraw – Hill, 1997.
- BECKER, M. A.; MAIMAN, L. A. (1975): Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24. (idézi: Kulcsár, 1998).
- BEERMANN, B.; KUHN, K.; KOMPIER, M. (1999). Germany: Reduction of stress by health circles. In: Kompier, M. & Cooper, C. *Preventing Stress, Improving Productivity. European case studies in the workplace*. New York: Routledge 222-241.
- BELLOC, N.B.; BRESLOW, L. (1976). Relationship of physical health status practices. In: *Preventive Medicine*, 1976,1, 409-421. (idézi: Baum és mtsai, 1997).
- BIRCHER, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*, Vol. 8, 335-341 pp.
- BLAXTER, M. (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 44 (6), pp. 747-756.

- BOSMA, H.; PETER, R.; SIEGRIST, J.; MARMOT, M. (2004). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. In: *American Journal of Public Health, Vol. 88* (1), pp. 68-74.
- BREUCKER, G.; SCHRÖER, A. (1999). Health promotion in the workplace. In: *The evidence of health promotion effectiveness. A report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two.* pp. 98-110. Brussels – Luxemburg.
- BROWN, S.L.; NESSE, R.M.; VINOKUR, A.D.; SMITH, D.M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: Results from a prospective study of mortality. In: *Psychological Science, Vol. 14.* (4), 320-327.
- BRUMMET, B.H.; MARK, D.B.; SIEGLER, I.C.; WILLIAMS, R.B.; BABYAK, M.A.; CLAPP-CHANNING, N.E.; BAREFOOT, J.C. (2005). Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behavior, and depressive symptoms. In: *Psychosomatic Medicine, Vol. 67,* pp. 40-45.
- CANNON, W.B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage.* New York, Appleton.
- CHU, C.; SIMPSON, R. (1994). *Ecological public health: From vision to practice.* Griffith, Queensland, Australia: Griffith University, Institute of Applied Environmental Research.
- CONRAD, P.; WALSH, D.C. (1992). The New Corporate Health Ethic Lifestyle and the Social Control of Work. In: *International Journal of Health Services, Vol. 22*(1), 89-111.
- COOPER, C.L.; WILLIAMS, S. (1996). *Occupational Stress Indicator Version 2.0.* Windsor, UK: NFER-Nelson.
- CRAWFORD, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. In: *International Journal of Health Services, 10,* pp. 365-368. (idézi Blaxter, 1997).
- DANNA, K.; GRIFFIN, R.W. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: a Review and Synthesis of the Literature. In: *Journal of Management, Vol. 25* (3), pp. 357-384.
- DEINZER, R.; GRANRATH, N.; SPAHL, M.; LINZ, S.; WASCHUL, B.; HERFORTH, A. (2005). Stress, oral health behaviour and clinical outcome. In: *British Journal of Health Psychology, Vol. 10,* pp. 269-283.
- DEJOY, D.M.; SOUTHERN, D.J. (1993). An Integrative Perspective on Work-Site Health Promotion. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine, Vol. 35*(12), 1221-1230.

- DENTON, M.; WALTERS, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. In: *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- DIJK, T.A. van (2000). *Cognitive Discourse Analysis*. An introduction. Version 1.0. October 25, 2000. (<http://www.discourses.org/UnpublishedArticles/cogn-dis-anal.htm>)
- DWAIRY, M. (2005). Debriefing interventions for stressful events among collective societies: The case of the Palestinian-Arabs in Israel. In: *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies, Volume : 2005-1*.
- FEKETE, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. In: *Psychiatria Hungarica, VI. Évf. (1. sz.)*, 17-29.
- FURNHAM, A. (1988). *Lay theories. Everyday understanding of problems in the social science*. Pergamon Press Oxford.
- FURNHAM, A. (1997). Lay theories of work stress In: *Work & Stress, Vol. 11 (1)*. 68-78.
- GÁBOR EDINA; KISS JUDIT (2005). Egészségfejlesztés és önkormányzatok. In: *Egészségfejlesztés, XLVI. Évf. (5-6)*, pp: 3-5.
- GALGÓCZY GÁBOR. (1999). Health Promotion Program in Hungary. in: *WHP-Net-News*, 6, August, 1999, 25-26.
- DR. GALGÓCZY GÁBOR. (2004a). A munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlata. In: *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője, 7-13*. Kiadja: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- DR. GALGÓCZY GÁBOR (2004b). *A munkahelyi egészségfejlesztés európai és civil erőfeszítései. Tapasztalatok, feladatok, tervek*. Egészségbarát Munkahely Országos Konferencia, Budapest, 2004. február 17. (<http://www.oefi.hu>)
- GANGSTER, D.C.; MAYES, B.T.; SIME, W.E.; THARP, G.D. (1982). Managing occupational stress: A field experiment. In: *Journal of Applied Psychology, Vol. 67*, 533-542. (idézi, Murphy, 1984)
- DR. GAZDAG, M.; SZATMÁRINÉ DR. BALOGH M. (szerk.) (2004). *Személyügyi ABC*. Verlag Dashöfer, Budapest.
- GEURTS, S.; GRÜNDEMANN, R. (1999). Workplace stress and prevention in Europe. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 9-32. Routledge, London and New York.

- GREEN, K.L.; JOHNSON, J.V. (1990). The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 80 (11), pp. 1368-1371.
- GRIFFIN, M.L. (2001). Job satisfaction among detention officers. Assessing the relative contribution of organizational climate variables. In: *Journal of Criminal Justice*, 29, 219-232.
- GRONNINGSÆTER, H.; HYTTEN, K.; SKAULI, G.; CHRISTENSEN, C.C.; URSIN, H. (1992). Improved Health and Coping by Physical Exercise or Cognitive Behavioral Stress Management Training in a Work Environment. In: *Psychology and Health*, Vol. 7 (2), 147-163.
- HARDIE, E. A. (2005). Stress-Coping Congruence: A Tripartite Conceptual framework for Exploring the Health Consequences of Effective and Ineffective Coping. In: *E-Journal of Applied Psychology, Social Section*. Vol. 1 (2): 26-33.
- HARRIS, D.M., GUTEN, S. (1979). Health protecting behavior: An exploratory study. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 17-29. (idézi: Kulcsár, 1998).
- HARRISON, R.V. (1978). Person-Environment Fit and Job Stress. In: Cooper, C.L., Payne, R. (eds.) *Stress at Work*. John Wiley & Sons, New York, 175-205.
- HAVE, P. ten (1990). Methodological issues in conversation analysis. In: *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, Nr. 27 (June): 23-51.
(http://www2.fmg.uva.nl/emca/mica.htm#N_1).
- HAVE, P. ten (2002). Reflections on transcription. (2002) *Cahiers de praxématique* 39: 21-43 (<http://www.paultenhav.nl/Transcription-rv2.pdf>).
- HELMAN, C.G. (1997). *Kultúra, egészség és betegség*. Melánia Kiadó, Budapest.
- HERZLICH, C. (1973). *Health and Illness*. Academic Press, London. (idézi: Blaxter, 1997).
- HESLOP, P.; SMITH, G.D.; METCALFE, C.; MACLEOD, J.; HART, C. (2002). Change in job satisfaction and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. In: *Social Science & Medicine*, 54, 1589-1599.
- D'HOUTAUD, A.; FIELD, M.G. (1984). The image of health: variations in perception by social class in French population. In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 6 (1), pp. 30-60.
- IVANCEVICH, J. M.; MATTESON, M. T. (1988) Promoting the individual's health and well-being. in: *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Ed.: Cooper, C.L., Payne, R. John Wiley & Sons Ltd.

- IZSÓ LAJOS (1995). *A rendszer- és szoftver-ergonómia alapkérdései*. Oktatási segédanyag. BME, Ergonómia és Pszichológia Tanszék.
- JONGE, J. de; MULDER J.G.P., M.; NIJHUIS J.N., F. (1999) The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. in: *Social Science & Medicine* 48 (9): 1149-60 p.
- KAHN, R.L.; BYOSIERE, P. (1992). Stress in organizations. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology Vol.3*. Eds.: M.D. Dunnette and L.M. Hough. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California.
- KALIMO, R.; TOPPINEN, S. (1999). Finland: Organisational well-being. Ten years of research and development in a forest industry corporation. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 52-86. Routledge, London and New York.
- KAPÁS ZSOLT. (2004). A munkahelyi egészségfejlesztés megalapozása Magyarországon a civil szervezetek új minőségű szerepvállalásával létrejövő munkavédelmi teljesítményekkel, In: *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője, 31-39*. Kiadja: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- KAPÁS ZSOLT (2006a). *Az egészségfejlesztés színterei: az egészségbarát munkahelyek. Országos fejlesztéspolitikai koncepció: az egészség, mint fejlesztéspolitikai prioritás*. Előadás a BME Munka- és szervezetpszichológiai szakképzésének Egészségpszichológia óráján, 2006.05.18
- KAPÁS ZSOLT (2006b). *A munkahelyi egészségfejlesztés jelenlegi helyzete Magyarországon*. Személyes közlés. 2006.10.26., Budapest.
- KAPÁS, ZS.; Dr. KAPRIELAN, T. (1997) A foglalkozás-egészségügy, mint szolgáltatás - piaci viszonyok között, in: *Így csináljuk mi* Szöveggyűjtemény. Kiadja: Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület.
- KAPITÁNY Á.; KAPITÁNY G. (2000). *Látható és láthatatlan világok az ezredfordulón*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, HarperCollinsPublishers.
- KINMAN, G.; JONES, F. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? In: *Work & Stress, Vol. 19* (2): 101-120.
- KIRÁLY ZOLTÁN (2007). *Statisztika II*. Oktatási segédanyag. Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet.

- KLINÉ, P. (1986). *A handbook of test construction*. London: Methuen.
- KLONOFF, LANDRINE (1994): Culture and Gender Diversity in Commonsense Beliefs About the Causes of Six Illnesses. *Journal of Behavioral Medicine*, 17 (4), 407-418.
- KOMPIER, M.; COOPER, C. (1999a). Introduction: Improving work, health and productivity through stress prevention. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 1-9. Routledge, London and New York.
- KOMPIER, M.; COOPER, C. (1999b). Stress prevention: European countries and European cases compared. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 312-337. Routledge, London and New York.
- KOPP MÁRIA; CSOBOTH CSILLA; PUREBL GYÖRGY (1999). Fiatal nők egészségi állapota. In: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. Pongrácz Tiborné, Tóth István György (szerk.). Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi Minisztérium Nőképviselési Titkársága, pp. 239-259.
- KORONKAI, B. (1995). *Tanítások tanítója*. Animula Könyvkiadó, Budapest.
- KULCSÁR, ZS. (1998). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- LACHAPPELLE, D. L.; HADJISTAVROPOULOS, H. D.; MCCREARY, D. R.; ASMUNDSON, G. J. G. (2001). Contributions of pain-related adjustment and perceptions of control to coping strategy use among cervical sprain patients. In: *European Journal of Pain*. Vol 5(4), 405-413.
- LANTZ, P.M.; LYNCH, J.W.; HOUSE, J.S.; LEPKOWSKI, J.M.; MERO, R.P.; MUSICK, M.A.; WILLIAMS, D.R. (2001). Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 53, 29-40.
- LARSEN, R.J.; KASIMATIS, m. (1991). Day-to-Day Physical Symptoms: Individual Differences in the Occurrence, Duration, and Emotional Concomitants of Minor Daily Illnesses. In: *Journal of Personality*, 59 (3).
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. (idézi: Kahn és Byosiere, 1992).
- LEVI, L. (2000). Stress Management and Prevention on a European Community Level: Options and Obstacles. In: *Stress and Health. Research and Clinical Applications*. Eds. By: Kenny, D.T., Carlson, J.G., McGuigan, F.J., Sheppard, J.L. Harwood Academic Publishers. 229-242.

- LEWIG, K.A.; DOLLARD, M.F. (2001). Social construction of work stress: Australian newsprint media portrayal of stress at work, 1997-98. In: *Work & Stress, Vol. 15. (2)*, 179-190.
- LIUKKONEN, P.; CARTWRIGHT, S.; COOPER, C. (1999). Costs and benefits of stress prevention. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 33-51. Routledge, London and New York.
- LOURIJSEN, E.; HOUTMAN, I.; KOMPIER, M.; GRÜNDEMANN, R. (1999). The Netherlands: A hospital, 'Healthy Working for Health'. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 86-121. Routledge, London and New York.
- LOW, S.M. (1984). The cultural basis of health, illness and disease. In: *Social Work in Health Care, Vol. 9 (3)*, pp. 13-23.
- LUPTON, D. (1995). *The imperative of health: public health and the regulated body*. London Sage, 1995. (idézi: Marks et al., 2000).
- THE LUXEMBOURG DECLARATION on Workplace Health Promotion in the European Union, 1997. In: *WHP-Net-News 4*, 1998, 2-3.
- DR. MAKARA PÉTER (2005). Az egészségfejlesztés kihívásai. In: *Egészségfejlesztés, XLVI. Évf. (5-6)*, pp: 2.
- MARKS, D.F.; MURRAY, M.; EVANS, B.; WILLIG, C. (2000). *Health psychology*, London: Sage., Chapter 15: Health promotion, 325-346.
- MARWICK, CH. (1992). Healthy Workplace: Employers, Employees Benefit. In: *JAMA, Vol. 268 (21)*, 3041-42.
- MATOLAY RÉKA. (1998). Egészségpénztárak. Szűrővizsgálat. In: *Figyelő, 30. sz.*, 1998. július 23.
- McCORMICK, J. (1997). An attribution model of teacher's occupational stress and job satisfaction in a large educational system. In: *Work and Stress, 11(1)*, 17-32.
- MERCIER, M.; FRANCOIS, M. (2001). *Approche psychoergonomique du stress au travail. 3. Prévention/gestion du stress: analyse bibliographique*. Les notes scientifiques et techniques de l'INRS.
- MIKKELSEN, A.; SAKSVIK, P.; LANDSBERGIS, P. (2000). The impact of a participatory organizational intervention on job stress in community health care institutions. In: *Work & Stress, Vol. 14 (2)*, 156-170.

- vanMUIJEN, J.J.; KOOPMAN, P.; deWITTE, K.; de COCK, G.; SUSANJ, Z.; LEMOINE, C.; BOURANTAS, D.; PAPALEXANDRIS, N.; BRANJICKI, I.; SPALTRO, E.; JESUINO, J.; DAS NEVES, J. G.; PITARIU, H.; KONRAD, E.; PEIRÓ, J.; GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; TURNIPSEED, D. (1999). Organizational Culture: the Focus questionnaire. In: *Eur J Work Organ Psychol, Vol 8. (4)*, 551-569.
- MURPHY, L.R. (1984). Occupational stress management: A review and appraisal. In: *Journal of Occupational Psychology, Vol. 57*, 1-15.
- MURREL, K.F.M. (1965). *Ergonomics*. Chapman and Hall, London. (idézi: Antalovits, 2001).
- NAIDOO, J.; WILLS, J. (1999). *Egészségmegőrzés*. Medicina Rt., Budapest.
- NUNNALLY, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- OEHLER, J.M.; DAVIDSON, M.G.; STARR, L.E.; LEE, D.A. (1991) Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart Lung, Vol.20*: 500-505. (idézi Pikó, 2001)
- OLÁH, ATTILA (1994). *A megküzdés személyiség tényezői: A Pszichológiai Immunrendszer és mérésének módszere*. Kézirat. ELTE, BTK.
- THE OTTAWA CHARTER (1986). In: Barić, L. *Health promotion and health education in practice. (Module 2). The organisational model*. Forwarded by: Dr. I. Kickbusch, WHO EURO Barns Publications, 1994.
- PENCAK, M. (1991). Workplace health promotion programs. An overview. In: *Nursing Clinics of North America, Vol.26 (1)*, 233-240.
- PENEDO, F.J.; DAHN, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. In: *Current Opinion in Psychiatry Vol. 18*, pp.: 189-193.
- PENNEBAKER, J.W.; HARBER, K.D. (1993). A Social Stage Model of Collective Coping: The Loma Earthquake and The Persian Gulf War. In: *Journal of Social Issues, 49 (4)*, 125-145.
- PERLAKY, Á. (1999). *A munka világának jogi környezetéről*. Oktatási segédanyag a Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés Mentálhigiéné című kurzusához. Budapesti Műszaki- és Gazdaságtudományi Egyetem, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, 1999.
- PETSETAKI, E. (1999). Greece: Stress management in the health care sector. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 285-296. Routledge, London and New York.

- PIERRET, J. (1995). The social meanings of health: Paris, the Essone and the Herault. In: *The Meaning of Illness: Anthropology, History and Sociology*. Ed. By: Augé, M.; Herzlich, C. Harwood Academic Publishers, United Kingdom. Pp. 175-207.
- PIKÓ, BETTINA. (1997). Coping – társas kapcsolatok – társas coping. In: *Pszichológia*, 17, 391-399.
- PIKÓ, BETTINA (2001). A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. In: *Lege Artis Medicinae*, 11 (4), 318-325.
- PROSSER, D.; JOHNSON, S.; KUIPERS, E.; SZMUKLER, G., BEBBINGTON, P.; THORNICROFT, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 43, No.1., pp. 51-59.
- REN, X.S.; SKINNER, K.; LEE, A.; KAZIS, L. (1999). Social support, social selection and self-assessed health status: results from the veterans health study in the United States. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 48, pp. 1721-1734.
- ROE, R.A.; ZINOVIEVA, I.; DIENES, E.; TEN HORN, L.A. (2000). A comparison of Work Motivation in Bulgaria, Hungary and the Netherlands: test of a Model. In: *Applied Psychology: An International Review*, Vol. 49 (4), 658-687.
- ROSENSTOCK, I. M. (1966): Why people use health services? *Millbank Memorial Bank Quarterly*, 44, 94-127. (idézi: Kulcsár, 1998)
- RYDSTEDT, L.W.; DEVEREUX, J.; FURNHAM, A. (2004). Are lay theories of work stress related to distress? A longitudinal study in the British workforce. In: *Work & Stress*, Vol. 18 (3), 245-254.
- SALMON, P.; WOLOSHYNOWYCH, M.; VALORI, R. (1996): The measurement of beliefs about physical symptoms in English general practice patients. *Soc.Sci.Med.* 42 (11), 1561-67.
- SANDERS, D.; CROWE, S. (1996). Overview of health promotion in the workplace. In: *Health Promotion. Professional Perspectives*. Ed. By: Scriven, A.; Orme, J. Macmillan Press Ltd., 199-211 p.
- SARAFINO, E.P. (1990). *Health psychology. Biopsychosocial interactions*. Wiley, New York. (idézi: Kulcsár, 1998).
- SCHILLING, R.S.F. (1989). Health protection and promotion at work. In: *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 46, 683-688.

- SEGAL, L. (1999). *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace*. Research Report. Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australia.
- SELYE, J. (1983). *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SHEPHARD, R.J. (1997). Exercise and Relaxation in Health Promotion. In: *Sports Medicine*, Vol. 23 (4), 211-217.
- SIEGRIST, J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. in: *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol 1(1): 27-41.
- SIEGRIST, J. (2004). Psychosocial work environment and health: New evidence. In: *J. Epidemiol. Community Health*, Vol. 58, pp. 888.
- PROF.DR. SIMON TAMÁS (2006). Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat. In: *Egészségfejlesztés, XLVII. Évf. (1-2)*, pp. 2.
- SKRABSKI ÁRPÁD (2004). Lelki egészség, egészséges munkahelyek, egészségvédő közösségek. In: *Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője*, 46-54. Kiadja: Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- SLUITER, J.K.; FRINGS-DRESEN, M.H.W.; VAN DER BEEK, A.J.; MEIJMAN, T.F. (2001). The relation between work-induced neuroendocrine reactivity and recovery, subjective need for recovery, and health status. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 50, pp. 29-37.
- SONTAG, S. (1983). *A betegség mint metafora*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
- SPELLER, V.; LEARMONTH, A.; HARRISON, D. (1997). The search for evidence of effective health promotion. In: *BMJ*, Vol. 315 (7104), pp. 361-363.
- STANSFELD, S.A.; BOSMA, H.; HEMINGWAY, H.; MARMOT, M. (1998). Psychosocial Work Characteristics and Social Support as Predictors of SF-36 Health Functioning: The Whitehall II Study. In: *Psychosomatic Medicine*, 60 (3), 247-255.
- STECHMILLER, J.K.; YARANDI, H.N.(1993) Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart Lung Vol.13*: 534-41. (idézi Pikó, 2001)
- STEPTOE, A.; WARDLE, J.; POLLARD, T.M.; CANAAN, L.; DAVIES, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 41.(2), pp: 171-180.
- STOKOLS, D.; PELLETIER, K. R.; FIELDING, J. E. (1995). Integration of Medical Care and Worksite Health Promotion. In: *JAMA*, Vol. 273 (14), 1136-42.

- SZÁNTÓ ZSUZSANNA; SUSÁNSZKY ÉVA (2006). Az életminőség laikus megítélését befolyásoló betegség-magyarázati struktúrák. In: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Szerk.: Kopp, M.; Kovács M. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp: 48-61.
- SZÁNTÓ, ZSUZSANNA; SUSÁNSZKY, ÉVA; RÓZSA, SÁNDOR (2002) "Az egészségemért felelős vagyok, a betegségemért nem" Laikus betegség magyarázatok. In: *Lege Artis Medicinæ Vol. 12 (9)*, 584-588.
- SZATMÁRI SZILVIA (2005). *Munkahelyi egészségfejlesztés koncepciója és gyakorlati megvalósítása jelentős pszichés megterheléssel jellemezhető szervezetekben*. Szakdolgozat. BME Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés, Budapest.
- SZÉKHELYI MÁRIA; BARNA ILDIKÓ (2002). *Túlélőkészlet az SPSS-hez*. Typotex Kiadó, Budapest.
- TAYLOR, S. E.; LICHTMAN, R. R.; WOOD, J. V. (1984): Attributions, Beliefs About Control and Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.
- TEMKIN-GREENER, H.; BAJORSKA, A.; PETERSON, D.R.; KUNITZ, S.J.; GROSS, D.; WILLIAMS, F.; MUKAMEL, D.B. (2004). Social support and risk-adjusted mortality in a frail older population. In: *Medical Care Vol. 42 (8)*, pp. 779-788.
- TEN HORN, L.A.; ZINOVIEVA, J.L.; ROE, E.A.; DIENES, E. (1996). *EDMK – Questionnaire. Technical & Reference Manual*. WMQ-Documents 006-96-INT-EN. Delft. (idézi: Roe et al., 2000).
- TERRA, N. (1995). The prevention of job stress by redesigning jobs and implementing self-regulating teams. In: L.R. Murphy, J.J. Hurrell, S.L. Sauter and G.P. Keita (eds) *Job Stress Interventions*, pp. 264-83, Washington D.C: American Psychological Association. (idézi Liukkonen et al, 1999).
- THEORELL, T. (1997) Fighting for and losing or gaining control in life. In: *Acta Physiologica Scandinavica Suppl. 640*: 107-111 p.
- THEORELL, T.; ORTH-GOMÉR, K.; MOSER, V.; UNDÉN, A-L.; ERIKSSON, I. (1995). Endocrine markers during a job intervention. In: *Work & Stress, Vol. 9 (1)*, 67-76.
- THEORELL, T.; WALSTEDT, K. (1999). Sweden: Mail processing. In: *Preventing Stress, Improving Productivity, European case studies in the workplace*. Eds: Kompier, M.; Cooper, C. pp: 195-221. Routledge, London and New York.

- TIMMERMAN, I.G.H.; EMMELKAMP, P.M.G.; SANDERMAN, R. (1998). The effects of a stress-management training program in individuals at risk in the community at large. In: *Behaviour Research Therapy*, Vol. 36 (9): 863-875.
- WYNNE, R.; CLARKIN, N. (1992). *Under construction: Building for health in the EC Workplace*, Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. (idézi Geurts és Gründemann, 1999)
- ZALESKI, E.H.; LEVEY-THORS, C.; SCHIAFFINO, K.M. (1998). Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students. In: *Applied Developmental Science*, Vol.2 (3), pp.: 127-137.