

SZAKMAI BESZÁMOLÓ

az

ÉRTÉKRENSZER, ÉLETMINŐSÉG, EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT

című OTKA-projektről (ny.sz.: T 46957)

**Pécs - Budapest
2008**

Tartalomjegyzék

1. BEVEZETÉS.....	3
1.1. A kutatás célja, előzményei	3
1.2. Szakirodalmi háttér	4
1.3. A kutatás módszere.....	8
2. EREDMÉNYEK	
<i>(szemelvények megjelent, ill. közlésre elfogadott cikkekből, előadásokból)</i>	9
2.1. Szalutogenezis: A kérdésfeltevés forradalma az egészségtudományban	9
2.1.1. A koherencia-érzet valid tényezője az egészségnek	10
2.1.2. Kutatási feladat, módszerek (pilot study)	10
2.1.3. Pilot-eredmények	12
2.1.4. Megvitatás: a koherencia-érzet szerkezete, a komponensek hierarchiája.....	12
2.2. Értékrendszer-életminőség	13
2.3. A szalutogenezis–kutatás fejlődési irányának felülvizsgálata a férfias-nőies kultúra-típus kontrollváltozójával	14
2.4. A szalutogenezisről – képből és fogalomból	15
2.4.1. Metaforák és finomítások	16
2.4.2. Az acélsodronytól a sodró folyóig	17
2.4.3. A szalutogenezis hatásmodell diszkurzív tárgyalása	17
2.5. A „szalutogenezis” empirikus hazai validálása.....	19
2.6. A szalutogenezis koncepció visszacsatolása az értékutatási eredményekbe... 19	
2.6.1. Kutatási módszer, minta, műszerek, design	19
2.6.2. A SOC predikálja az egészséget, de más értékeket és proszociális habitusokat is	21
2.7. A magyar lelkiállapot diagnózisa az egészség-témában és átfogóbb rálátásban	24
3. A KUTATÁS TOVÁBBI LEHETSÉGES IRÁNYAI	26
3.1. A szalutogenezis konstrukció és vizsgálati bázis empirikus kereszt-validálása a Wellness-konstrukció koncepciójával és vizsgálati eszközével.... 26	
3.2. A szalutogenezis koncepció és mérőrendszer egyéb alkalmazási területei: Az eredeti skálával egyenértékű rövidített felvételi módszer bevetése egy EU-szponzorált nemzetközi érték-vizsgálatba	30
4. FÜGGELÉK.....	32
4.1. Első szakmai részjelentés	32
4.2. Második szakmai részjelentés.....	33
4.3. Harmadik szakmai részjelentés	35
4.4. Összefoglaló magyar és angol nyelven	37

1. BEVEZETÉS

1.1. A kutatás célja, előzményei

Projektünk célját egészen röviden és általánosságban úgy fogalmazhatjuk meg, hogy az egészség, illetve a jó életminőségben eltöltött hosszú élet „titkának” megfejtéséhez keressük a megfelelő -lehetőleg kauzálstrukturális- *elméleti modelleket* és a modellparaméterek meghatározásához szükséges, megbízható, egzakt és könnyen kezelhető *mérőműszereket*. Ezek hazai mintán történő validálását követően a társadalmi cselekvést megalapozó predikciók és akcióhipotézisek kimunkálására törekszünk.

Az egészségi állapotot és a mortalitást befolyásoló szociodemográfiai és pszichoszociális tényezőket Baranya megyében az OTKA és az ETT támogatásával 1988 óta, 3408 fős minta ~5 évenkénti folyamatos követésével kutatjuk. (Tahin, Jeges és mts.: 1981, 1988/89, 1993, 1997/98, 2001/2002). Az egyre növekvő elemszámú mortalitási adatok 2003-ra már lehetővé tették, hogy többváltozós modelljeinkben a releváns szociodemográfiai valamint az eredeti adatfelvétel elméleti hátterét adó Verbrugge-féle modellben szereplő és a korai halálozás szempontjából szignifikáns rizikótényezők (mint a pszichoszociális erőforrások, az életirányítási képesség, a szociális támogatottság, a dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás stb.) kontrollja mellett értékrendszeri tényezőket is szerepeltessünk. Ennek során minden eddiginél erősebben szignifikáns változónak mutatkozott az „egészségérték fontossága”, illetve az „egészség-tudatosság”-nak nevezett komplex változó. Ez az eredmény érdeklődésünket az értékszociológia területére irányította.

Jelen OTKA pályázatunk már két kutatási témát, illetve szemléletmódot és eszköztárat integrál. Egyfelől e longitudinális vizsgálatra alapoz, másfelől az MTA Szociológiai Kutató Intézete, majd a Pázmány Péter Katolikus Egyetem nemzetközi összehasonlító értékrendszer kutatásaira, a kutató team meghatározó személyiségének, dr. Varga Károlynak köszönhetően (Varga K.: UNESCO-Morris: 1963-1970; UNIDO-Hofstede: 1976-1988; OTKA-PHARE- Rokeach: 1997-2001).

Dr. Varga Károly több évtizedes értékszociológiai kutatásai számos egyéb alkalmazott területen bizonyultak eredményesnek (így egyebek között az ifjúságkutatásban, a '60-as évek elejétől a '90-es évek végéig követett, hedonizmus irányú értékváltozásról; a szervezetszociológiában Magyarországnak a szervezeti kultúrák világtérképén való elhelyezkedéséről; a piacgazdasági magatartás és ezen belül a vállalkozás szociológiai kutatásában a protestáns etika aktivizálódásáról; a proszociális viselkedés versus az önosság és anómia kontrasztjának a családi, rokonsági illetve lakókörnyezeti szolidaritásra való kihatásáról; végül, de nem utolsó sorban a tömegközlés-kutatásban és a politikai szociológiában az érték kultiváció szerepéről), ezért kézenfekvő volt, hogy ezt a kipróbált prediktor-rendszert az emberi tőke egyik fő elemeként számon tartott egészségi állapot rejtett tényezőinek felszínre hozásában is hasznosítsuk.

Az „egészség szociológiai” és „értékszociológiai” kutatási vonalak a társadalmi jelenségrendszerek objektív logikája alapján kézenfekvő módon találkoztak össze épp az *életminőség* tematikájának elméleti-empirikus tanulmányozásában, illetve művelésében, amennyiben ez a kategória ígérkezett (és részben már bizonyult is) olyan médiumnak, amely - egyidejűleg mind az egészséggel mind az értékrendszerrel élő interakcióban állva – alkalmas lehet szerves összekapcsolásukra, dinamikus modellbe integrálásukra és társadalmi cselekvést megalapozó predikciók és akcióhipotézisek kimunkálására.

1.2. Szakirodalmi háttér

Azt a problematikát, amelyben az *egészség értékrendszerei tényezőiről* próbálunk új kutatási eredményeket hozni, célszerű mindkét fogalom fölérendelt kategóriája („*genus proximum*”-a) felől megközelíteni. Az *egészséget* ebben a szociológiai-pszichológiai közelítésben eleve mint az *életminőség egyik alkategóriáját* vizsgáljuk, az *értékrendszerei tényezők* esetében pedig egyszerűen úgy adódik a tágabb extenziójú „genus”, hogy elhagyjuk a „*differentia specifica*”-t, vagyis az „értékrendszerei” megszorítást. Ez utóbbi lépéssel eljutunk a „*salutogenesis*” átfogóbb témaköréhez, vagyis ahhoz a kutatási területhez, amely *általában az egészség tényezőit*, „eredetét” (the origin of health) firtatja. A „*salutogenesis*” témakörében – az olyan logikai előzmények után, mint Selye János stressz-, illetve distressz-elméletei (1956, 1974)¹ – igazi klasszikusnak természetesen Antonovskyt tekintjük, aki² az egészség-betegség hagyományosan egydimenziós szemléletét a szervezet- és munkapszichológus Herzberg kétfaktoros (motiváció versus higiéné) munkahelyi klíma modelljét³ követve, kétdimenzióssá bővítette (az egészség nem merül ki a patológia hiányában, vagyis nem a betegség negatív korrelátuma, ezek részben egymástól függetlenül is nyerhetnek magas, illetve alacsony mérési értékeket). Ebben a paradigmában köszönhetjük Antonovskynak a „*psychofortology*” tudományos diszciplínája, vagyis a „*lelki erősség tudománya*” megállapítását, amely számos kutatási irányon keresztül kapcsolódik nemcsak közvetlenül az egészség-tematikához⁴, de közvetve magához az *életminőség* kérdésköréhez is.

Ez utóbbinál olyan jelentős klasszikusok mellett, mint a saját sorsunk külső versus belső irányításának (internal-external locus of control) elméletét és vizsgálati rendszerét kidolgozó Rotter⁵, különösen fontos számunkra az MTA tiszteletbeli tagjának, Csíkszentmihányi Mihálynak az életműve⁶, aki – az Antonovskyéval vetekedő jelentőségű - átfogó elméletét adja a jelen pályázati projektünk kutatási területén található „*lelkierő-életminőség*” kapcsolatnak. Ahogy összefoglalóan tételezi:

„Az egészség, a pénz és más anyagi előnyök javíthatnak az életen, de az is lehet, hogy nem. Ha valaki nem tanulta meg, hogyan kell uralnia pszichikai energiáját, nagy esély van rá, hogy még ezek az előnyös körülmények is használhatatlanok lesznek számára. Ugyanakkor sok ember van, aki borzalmas szenvedéseken ment át, és nemcsak életben maradt, de végtelenül élvezi is az életét... A

¹ H. Selye: The stress of life. New York: McGraw Hill. uő.: Stress without distress. Philadelphia: JB Lippincott. Magyarul: Akadémiai kiadó, 1965, illetve 1983.

² A. Antonovsky: Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass, 1979, uő.: „Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and stay well” San Francisco: Jossey-Bass, 1987.

³ F. Herzberg, : The new industrial psychology. Industrial and Labor Relations Review, 1965. 18. No. 3. 364-376., uő.: Work and the nature of man. New York: Mentor, 1973.

⁴ Itt még magától Antonovskytól kapjuk az első impulzust, a „*sense of coherence*” (SOC) teorémáját, ami a külső és belső környezet prediktabilitására, kiszámíthatóságára vonatkozó alapérzésre mint a lelki erősség egyik természetes tényezőjére utal. De más jeles szerzőktől származó eredmények- például a „tanult gyámoltalanság” (learned helplessness) versus a „van lelki tartalék” (learned resourcefulness) attitűdjeinek kutatása- is idevág. (M. E. P.: Seligman: Helplessness. San Francisco: Freeman, 1975.) Számunkra leggyümölcsözőbbnek itt a német szerzők, Grehardt és Stosberg egészségpszichológiáját érezzük (vö. U. Grehardt: Gesundheit – Ein Alltagsphänomen. WZB Paper 93-206, Berlin, illetve: M. Stosberg: Lebensqualität als Ziel und Problem moderner Medizin. In: A. Bellebaum – K. Barheier (Hrsg): Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1994.)

⁵ Vö. J. Rotter: Generalized expectations for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied, 80(1), 1-28.

⁶ Csíkszentmihányi Mihály: Flow: A tökéletes élmény pszichológiája. Budapest: Akadémiai kiadó, 1997.

tragédiák attól váltak pozitív élménnyé, hogy az áldozatok elé *hirtelen nagyon világos célok kerültek*; lecsökkent az ellentmondásos és lényegtelen lehetőségek száma...⁷

Mindez azonban már átvezet bennünket kutatási projektünk kulcsfogalmához, az értékrendszerhez, vagyis az *axiológiai, értékszociológiai* tématerülethez. Mivel a fentiekben már felvillantottuk a sztochasztikusan kauzálstrukturális (interdependens) hatáseggyüttesben az egészség-fogalomnak a másik kettőbe bekötő trajektóriáit, az alábbiakban e további két kategória, az életminőség és az értékrendszer világirodalmából válogatunk számunkra fontosnak ítélt kutatási eredményeket.

Ami az *életminőséget*⁸ illeti, ennek kutatásában a fogalom sokrétű szinonimikájával, ágas-bogas gazdagságával találkozunk. Ilyen szinonimái mindenekelőtt a „szubjektív jó közérzet”⁹, továbbá az életszínvonal vagy életstandard¹⁰, az életút illetve életfelfogás¹¹, élettervek¹², az élethelyzettel való elégedettség¹³, a boldogság¹⁴, az élet kiteljesítése¹⁵, sőt az elsőnek említett „szubjektíven átélt jó közérzet” mint egész nemzetek karakterébe szervesülő tulajdonság is.¹⁶

Am komplexitásban az *értékrendszer* kategóriája sem marad el ennek a szintérnek a gazdagságától. Itt mindenekelőtt Charles Morris, a szociológiai axiológia (és szemiotika) klasszikusa, sőt egyik alapítója teljes életművére kell utalnunk.¹⁷ Morris tudomány-

⁷ Az a képesség, hogy *a káoszt renddé alakítsuk*, korántsem csak a pszichés folyamatokhoz kötődik. Némely evolúciós nézet szerint a komplex életformák léte attól függ, hogy milyen mértékben képesek arra, hogy a veszendőbe menő anyagot szervezett renddé alakítsák vissza. A Nobel-díjas kémikus, Ilja Prigogine „disszipatív struktúráknak” hívja azokat a fizikai rendszereket, melyek olyan energiát szelídítenek meg, amely különben szétoszlaná és felemésztené. Így például bolygónkon a teljes vegetáció egy nagy disszipatív struktúra, mert fénnel táplálkozik, amely egyébként a nap égésének haszontalan mellékterméke.

⁸ Vö. Az életminőség-kutatás klasszikusaként: Angus Campbell, Philip E. Converse, Willard E. Rodgers: *The Quality of American Life*. Russell Sage Foundation, New York, 1976., vagy egy új gyakorlati programadóként: F. Gerster: *Ansichten über Lebensqualität: Parteipolitischer Konsensus und Dissens*. In: Alfred Bellebaum, Klaus Barheier (Hrsg.) *Lebensqualität: Ein Konzept für Praxis und Forschung*. Westdeutscher Verlag, 1994.

⁹ Vö. Ed Diener: *Subjective Well-Being*. *Psychological Bulletin*, Vol. 95, 1984 No. 3. 542-575.

¹⁰ Vö. Amartya Sen: *The Standard of Living*. Cambridge University Press, Cambridge, New York, Port Chester, Melbourne, Sydney, 1990.

¹¹ Vö. Charles Morris: *Path of Life*. 1942. Ez a fogalom következő, *Varieties of Human Value* című könyvében (Chicago University Press, 1956) „Ways to Live” lett, amit mi 1963-as hazai vizsgálatunkra „Életfelfogás”-ként magyarítottunk. Definíciója: „Amit különböző személyek különböző időkben magukénak vallottak és követtek”.

¹² Vö. Karin-Schulze Buschhoff: *Lebensentwürfe, Lebensformen und Lebensqualität*. *Zeitschrift für Soziologie*; 1997, 26, 5, Okt, 352-367.

¹³ Vö. Robert A. Emmons: *Personal Strivings: An Approach to Personality and Well-Being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, Vol. 51, No. 5, 1058-1068.

¹⁴ Vö. Ruut Veenhoven: *Conditions of Happiness*. Dordrecht, Boston, Lancaster, Reidel Publ., 1984., és Ruut Veenhoven: *Happiness in Nations*. Rotterdam, Riso, 1993.

¹⁵ Vö. „Az élet kiteljesítése – az emberi viselkedés végső célja – adottságaink valóra váltását jelenti.” (László Ervin: *A rendszerelmélet távlatai*. Budapest, Magyar Könyvklub, 2001. 114. old.

¹⁶ Vö. Ed Diener, Marissa Diener, Carol Diener: *Factors Predicting the Subjective Well-Being of Nations*. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 69, 1995, No. 5, 851-864. Ez a 4,1 milliárd embert, vagyis a világ 1990-es népessége csaknem háromnegyedét reprezentáló, 55 országra kiterjedő kutatás „*a nemzetek közérzetéről*”, mely a fentebb idézett Ruut Veenhoven féle nemzetközi „boldogság-vizsgálat” adatbázisára épült, a személy „szubjektíven átértett jóléte” (SWB) tekintetében Magyarországot a 35. helyre sorolja.

¹⁷ Ezen belül legfőképp C. Morris: *Signification and Significance: A Study of the Relations of Signs and Values*. The M.I.T. Press, Cambridge, Mass. 1964., uő.: „*Axiology as the Science of Preferential Behavior*” In: R. Leplay (ed.) *Value: A Cooperative Inquiry*. New York, Columbia University Press,

történeti jelentősége már fiatal korában rögzítést nyert, amikor B. Russell, N. Bohr, R. Carnap, H. Reichenbach és más nagyságok társaságában őt kérték fel, hogy az első nagy enciklopedista vállalkozás (D'Alambert, Diderot, Condillac, Quesnay stb.) után szűk két évszázaddal újból összefogandó tudományos „*state of the art*”, az 1938-ban kiadott *International Encyclopedia of Unified Science* számára foglalja össze, hogy a logikában, matematikában, fizikában elért fejlemények mellett a saját tudományágában mik a legérettebb eredmények. Ez a „saját diszciplínája” pedig nem volt más, mint a *jelentések és jelentőségek új tudományága*, melynek vívmányai nem kis mértékben tőle származtak, illetve voltak épp születőben. Morris ui. az ideografikus leírásokon túl, mint amilyen például Ruth Benedicté volt¹⁸, vállalkozott a világ értékrendszereinek nomotetikus (törvénytudományi) megismerésére is.¹⁹

De a lendületesen fejlődő szociológiai és pszichológiai értékutatás egyéb szerzői mellett²⁰ magyar relevanciája miatt hangsúlyosan említenünk kell Milton Rokeach-ot a nemzetközi és hazai értékutatásban egyaránt gyümölcsözőnek bizonyult distinkciójával a *célértékek és eszközérték között*²¹.

Harmadik központi szerzőnkkel, a holland Geert Hofstedevel, eljutottunk az értékutatás posztmodern fázisába²². Ennek a hullámnak emblemikus alakja Ronald

1949., továbbá: *Six Theories of Mind*. Chicago, University of Chicago Press, 1932., uő.: *Paths of Life: Preface to a World Religion*. New York, Harper, 1942., ua.: *Sings, Language, and Behavior*. New York, Prentice Hall, 1946., végül: uő.: *The Pragmatic Movement in American Philosophy*. George Braziller, New York, 1970.

¹⁸ Vö. R. F. Benedict: *The Chrysanthemum and the Sword: Pattern of Japanese Culture*. Boston, 1946, illetve J. Stoetzel: *Jeunesse sans chrysanthème, ni sabre*. Paris, 1955.

¹⁹ Ezért tudunk már kezdő szociológusként 1963-ban is viszonylag könnyen bekapcsolódni Morrisnak az UNESCO égisze alatt folytatott nemzetközi összehasonlító értékrendszer kutatásába (vö. Varga Károly: Magyar egyetemi hallgatók életfelfogása: Nemzetközi összehasonlítás: Akadémiai Kiadó, 1968. és uő.: *The View of Life of Hungarian Students: An International Comparison*. *Journal of cross-Cultural Psychology*, Vol. 1, No. 2, June, 1970, pp. 169-176.), amivel – a Kardiner-féle „*basic personality structure*” valamint az Inkeles és Levinson féle „*national character*” konstruktmái révén megpróbáltunk beszállni a Prohászka Lajos, Szekfű Gyula, Ravasz László, Babits Mihály, Illyés Gyula neveivel fémjelzett „Mi a magyar?” vitába, amihez később egyfelől a Németh László és Bibó István, másfelől a Kosáry Domokos és Hanák Péter, valamint Hunyadi György által vizsgált problematika szociológiai elemzése csatlakozott.

²⁰ Vö. C. Kluckhohn: *Values and Value-Orientations in the Theory of Action: An Exploration in Definition and Classification*. In: T. Parsons and E. A. Shils (eds): *Toward a General Theory of Action*. Harvard University Press, Cambridge, Mass. 1954., M. Brewster Smith: *Psychology and Values*. *Journal of Social Issues*, Vol. 34, No. 4, 1978, pp. 180-199.

²¹ Vö. Vö. M. Rokeach (ed.) *Understanding Human Values: Individual and Societal*. New York: The Free Press, 1979., uő.: *The Nature of Human Values*. New York, 1973., uő.: *Beliefs, Attitudes and Values*. San Francisco, 1968. - A hazai mezőnyben a legjelentősebb Rokeach-vizsgálatot Hankiss Elemér és munkatársai végezték. Vö. E. Hankiss, R. Manchin, L. Füstös, A. Szakolczai: *Modernization of Value System: Indicators of Change in Cross-Cultural Comparisons*. In: G. Melischek, K-E. Rosengren, J. Stappers (eds.) *Cultural Indicators: An International Symposium*. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, 1984. - A Morris-szisztémával már a '60-as években vizsgálatot végző Varga Károly a Rokeach-kutatásokba, melyeket a Hankiss-team a '70-es évek közepétől a '80-asok végéig folytatott, a '90-es évektől kapcsolódott be. Vö. például: Varga Károly: *Elméleti és empirikus vizsgálódás az „önösség”-skála validitásáról*. *Szenvedélybetegségek*, III. évf. 1995. 6. sz. 428-454. – Az értékrendszer marxista elméleti tisztázásához jelentős adalékkal járult hozzá Vitányi Iván: *Társadalom, kultúra, szociológia*. Kossuth Könyvkiadó, 1981., uő.: *A szociáldemokrácia jövőképe (Alapértékek)*. Napvilág Kiadó, 1997., illetve Bayer József: *Az érték antinómiái: Az újkantianus értékelmélet és hatása a szociológia módszertanára*. Akadémiai Kiadó, 1989.

²² Vö. Geert Hofstede: *Cultures and Organizations: Software of the Mind*. Intercultural Cooperation and its Importance for Survival. McGraw Hill, London, stb. (= 22 város feltüntetve kiadási helyekként. 1991.) A magyar kiadás az Akadémiai Kiadónál előkészítés alatt.

Inglehart²³, aki felfedezte – és 40 országra kiterjedő összehasonlításban próbálta igazolni –, hogy a második világháború utáni gazdasági helyreállítás után a nyugati világ egy gazdasági értékek iránt közömbös ún. „posztmaterialis” alapérületbe nőtt bele. Bírálói ugyan sok felszínességet és ellenmondást mutattak ki rendszerében²⁴, de befolyása a korszerű axiológia tematizálására tartósan fennmaradt.²⁵ Jelentős posztmodern irányzat a Hofstede-iskolán kívüli holland kutatóké is.²⁶ Ami Hofstede nemzetközi vizsgálatát illeti a teljes IBM személyzet felmérésével (amibe mi egy hasonló hazai szervezési intézet 1100 fős mintájával kapcsolódtunk be²⁷) a kutató a szociológia eddigi történetének legmonumentálisabb kutatását hajtotta végre, ennek mind elméleti, mind metodológiai alapjai a szociológiai és kultúr-antropológiai axiológia legfejlettebb „state of the art”-ját képviselik²⁸.

Pár szót kell azonban még szólnunk e két kulcsfogalom közös *dinamikus modell*be való szervezéséről. Itt a mérvadó szakirodalom szerint mindenekelőtt a nagyralátástól kell óvakodnunk. Így a közgazdasági Nobel-díjas Herbert Simon tanácsa megszívlelendő, aki *„korlátozott racionalitás”* című paradigmájában²⁹ azt az óvatos-realista szemléletet képviseli, miszerint *in praxi* sohasem számolhatunk az olyan vezérlő instanciák, mint a *domináns értékek*, hatásának akadálytalan érvényesülésével (sőt az ilyen hatás éppen hogy csak *„átvergődik”* (muddles through) a több irányú érdekekkel szabdaltságot és sokféle értékorientációval megosztott közegen). Itt tehát arra vagyunk utalva, hogy bármilyen szerény és halvány eredményért, amit több évtizedes értékutatásunk tartalmi és módszertani belátásai illetve tapasztalatai alapján – és matematikai statisztikai modelljeink segítségével – az empirikus adathalmaz „látens struktúrájából” felszínre hozni remélünk, sokkal jobban meg kell küzdenünk, mint számos drasztikusabban érvényesü-

²³ Vö. Ronald Inglehart: *The Silent Revolution: Changing Values and Political Styles Among Western Publics*. Princeton University Press, 1977.

²⁴ Vö. Helmut Klages: „Das Inglehart-Phänomen. Eine wissenschaftskritische Untersuchung. In: H. Klages: *Die gegenwärtige Situation der Wert- und Wertewandelforschung – Probleme und Perspektiven*, In: H. Klages, H.-J. Hippler, W. Herbert (Hrsg.) *Werte und Wandel: Ergebnisse und Methoden einer Forschungstradition*. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 1992., uő.: *Traditionsbruch als Herausforderung*. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 1993. Klagesnek főleg azt a kontribúcióját tudtuk hasznosítani saját kutatásunkhoz, amellyel tudatosította, hogy az értékrendszer számos alkalmazott szociológiai diszciplína számára a „tolvajkulcs” funkcióját tölti be. Ezt a képet mi a méltóbbnak érzett „csillag közepe” metaforával cseréltük ki.

²⁵ Vö. Paul R. Abrahamson and Ronald Inglehart: *Value change in global Perspective*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1995.

²⁶ Vö. Jan W. van Deth and Elinor Scarbrough: *The Concept of Values*. In: Deth and Scarbrough (Eds.): *The Impact of Values*. Oxford University Press, 1995.

²⁷ Vö. Varga Károly: *Az emberi és szervezeti erőforrás fejlesztése*. Akadémiai Kiadó, 2. kiadás, 1988.

²⁸ Idézzük fel Hofstede értékdefinícióját illetve azt a fogalmi környezetet, melyben ezt a fogalmat két világos distinkcióval elhelyezi. 1) A kultúra magvát képező értékrendszer a mentális programozottságnak az a szintje, amelyik a gondolkodást, érzést és cselekvést vezérlő programok teljes rendszerében az „emberi természet” és a „személyiség” kategóriái között helyezkedik el. Míg az emberi természet egyetemesen programozó („az orosz professzortól az ausztráliai bennszülöttig”), a személyiség viszont csak az egyedre jellemző tulajdonság- és program-kombináció, addig a kultúra a kettő között: egy-egy társadalmi csoport, kitüntetetten: egy-egy nemzeti egység, sajátja. 2) Az értékfogalom kultúraelvű megalapozásánál megkülönbözteti a kultúra két fogalmát: *„Kultúra I”*-en érti azt a szűkebb jelenségrendszert, amely a szellem finomításának témakörébe tartozik (oktatás, művészet, irodalom), *„Kultúra II”*-n pedig - vagyis a mi saját kutatási témáját is képező „mentális szoftveren” - azt a sokkal szélesebb jelenségrendszert, ami az említett „nemes” törekvéseken túl az összes hétköznapi életjelenséget is (köszönés, étkezés, az érzelmek kifejeződése vagy ki nem fejeződése, a többiekétől való távolságtartás mértéke, a szerelem és szeretkezés módja, a testi higiénia stb) felöleli.

²⁹ Vö. Herbert A. Simon: *Korlátozott racionalitás*. Válogatott tanulmányok. Közgazdasági és Jogi Kiadó, 1982.

lő, ám zömében triviális összefüggés kimutatása esetében (például egy gazdasági intézkedésre kiváltódó hatás felmérésénél vagy akár egy szociálpolitika monitorozásánál).³⁰

1.3. A kutatás módszere

Alkalmazott módszereink egyaránt *szinkronikusak és diakronikusak*.

Az előkészítő szakaszban a longitudinális vizsgálati vonalak elméleti és metodikai eredményeinek aktualizáló rendezése mellett két művelettípussal gyűjtöttük össze az induló empirikus alapinformációkat. Egyfelől a társadalmi terep exploratív, felderítő, problémafeltáró vizsgálatával „tereltük be” a kutatás látókörébe azokat a problematikus jelenségeket, amelyek az egészségi állapot illetve az életminőség szemszögéből kritizálhatók és javításra várnak. Itt kisebb léptékű pilot-vizsgálatok illetve fókuszcsoportos információszerzés nyers eredményeit dolgoztuk fel. Másfelől a fentebb tárgyalt elméleti modelleknek elsősorban alapkutatói adaptálásával felállítottuk azt az elemzési eszközt, amely a három kulcsterület együttes vizsgálatához szükséges.

A kutatás „törzszakaszában” a Baranya megyei longitudinális vizsgálati eredményekre támaszkodva korábbi OTKA³¹ projektünk kutatási terepén végeztük az empirikus adatfelvételt (1400 fős mintán), amelynek kérdőív-battériájára rászereltük a menetközben kiérlelt kérdésfeltevések egész listáját.

Az adatok feldolgozása és értékelése után, hipotéziseink beigazolására látva, „kutatói kíváncsiságunk” egyre inkább a gyakorlati hasznosíthatóság felé orientálódott: Milyen eszközökkel lehetne befolyásolni az értékrendszeri tényezőket?

E kérdésfeltevés nyomán és az (immár 20 éves) követéses vizsgálatunk párhuzamos folytatása során előtérbe került a fizikai aktivitás szerepe, mint a mortalitást befolyásoló pszichoszociális és értékrendszeri tényezőkkel interdependenciában lévő legfőbb faktor. A fizikai aktivitás prediktív erejét a mortalitás vonatkozásában orvos- és egészségtudományi megközelítésű vizsgálatok is egyértelműen igazolják³².

A kutatási eredményeknek (az értékrendszer, mint „tolvajkulcs” funkciójának) a gyakorlatba ültetéséhez kézenfekvő beavatkozási pontnak látszott a fizikai aktivitásra „nevelés”. A már hazai mintán validált és lerövidített „sense of coherence” kérdőívünket ezért beépítettük (a PTE TTK Testnevelési- és Sporttudományi Intézetével³³ közös kutatási projektet indítva) egy újabb, a sport- és élettudományi kutatások terén egyre divatosabbá váló, ún. „wellness -kutatási” irányba³⁴.

Az életminőség-egészségi állapot témakör szalutogenetikus megközelítésű vizsgálatára -egyelőre fiatal felnőttek körében- egy még komplexebb konstrukciót, illetve annak operacionalizált kérdőívét alkalmaztuk, az ún. optimális élet profil-t

³⁰ Hipotézisünk tehát majd az lesz, hogy az életminőség függő változójára gyakorolt értékrendszeri hatás csak az egyéb kimutatott társadalmi hatások *árnyalásaként* észlelhető és mérhető.

³¹ „Szociodemográfiai és pszichoszociális tényezők szerepe a morbiditás és mortalitás előrejelzésében” (T 032508 számú)

³² Darren E.R., Whitney C.W., S.D. Bredin (2006): Health benefits of physical activity: the evidence, Canada's leading Medical Journal 174(6), 801-811. (<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/174/6/801>)

³³ Ezen a ponton kapcsolódtak be a kutatásba dr. Rétségi Erzsébet egyetemi docens (PhD) intézetvezető és a már egyetemi hallgatóként korábbi kutatásainkban is résztvevő, dr. Tóth Ákos (PhD) egyetemi tanársegéd.

³⁴ Adams T, Bezner J, Drabbs M, Zambaro J, Steinhardt M (2000): Conceptualization and measurement of the spiritual and psychological dimensions of wellness in a college population, Journal of American College Health, 48: 165-173.; Adams T, Bezner J, Steinhardt M (1997): The conceptualization and measurement of perceived wellness: Integrating Balance across and within dimensions, American Journal of Health Promotion, 11(3): 208-218.; Adams t., Bezner J., Steinhardt M. (1995): Principle-centeredness: a values clarification approach to wellness. Meas Eval Couns Dev 28(3):139-47.

„*Optimal Living Profile*”-t³⁵. Ezzel lehetővé vált a „fizikai aktivitás” változó direkt bekapcsolása az értékrendszer-egészségi állapot vizsgálatába³⁶.

Beszámolóinkban erre vonatkozó kutatási eredményeinkre csak annyiban térünk ki, amennyiben szorosan kapcsolódnak az eredeti célkitűzéseinkhez.

2. EREDMÉNYEK

(szemelvények megjelent, ill. közlésre elfogadott cikkekből, előadásokból)

2.1. Szalutogenezis: A kérdésfeltevés forradalma az egészségtudományban

(Részlet: Varga K., Jeges S., Tahin T.: *Javíthat-e a szalutogenetikus paradigma a hazai túlélési arányokon?, a Magyar Professzorok Világtanácsa Egészségtudományi Konferencián elhangzott előadásból. Budapest, 2005.)*

A tudomány innovatív fordulatait, sőt a paradigma-cserék szülőanyja is gyakran a vadonatúj kérdésfeltevés. Hogy pedig az egészségügy egészében – és magában, az orvostudományi kutatásokban is – probléma volt a kérdésfeltevés irányával, ezt jelzi az egészségfejlesztési stratégiában úttörő Kanada „paradigma-repszítése”, nevezetesen az Ottawai Charta (1986), amely az egészségfejlesztés dokumentuma lett szerte a világon... A nyomába lépő reformstratégiákhoz *számba vették az egészség minden meghatározó tényezőjét*: a környezetvédelmet, a munkaerőpiachoz való igazodást, az esélyegyenlőség megteremtését, a lakáskörülményeket stb... Az egészségügyi reformnak köszönhetően az elmúlt 20 évben az egészségi mutatók tekintetében Kanada a világ élvonalába került.

Számba vették tehát az *egészség* (és nem a betegségek!) tényezőit. – Ebben szemléletet tekintve már áttűnik az ANTONOVSKY (1979, 1987) által észlelt és elő is segített fordulat a XX. századi orvostudományban. A fordulat lényege: „*átlépés a patogenetikus orientációtól az egészség forrásainak kutatása irányába*”. Ugyanis, hogy *mitől betegednek meg az emberek*, ennek „titkait” már a XIX. és XX. századi orvostudomány természettudományos egzaktsággal kikutatta (kihámozva esetenként a korábbi évszázadok babonáiból). Ám itt jelentek meg különösen ártalmas „bűnszövetkezet” tagjaként, a modern életvilág *stresszorai*, és olyan számosaknak és „elvetemülteknek” bizonyultak, hogy szinte triviálissá vált, hogy *mitől betegednek meg az emberek*, és az kezdett izgató rejtéllyé válni, hogy *az egészség-károsító stressz közegében hogyan képesek egyesek egészségesnek maradni, ill. újra azzá válni*. Eljött tehát a stresszorokkal való *megbirkózás (coping)* kutatásának az ideje.

Kutatásunk belső logikája így az *applied* illetve az *action research* irányába kalauzolt bennünket. Alapkutatási szinten pedig erőteljesebben fókuszoltunk a szalutogenetikus modellre és ezen belül ennek dinamikus magvára, a *koherencia-érzetre*, aminek a következő alpontban tartalmi kibontásával, illetve operacionalizálása révén elért empirikus validálásával foglalkozunk. Nevezetesen annak a három elemből komponált hipotézisnek a kifejtésével, amely szerint az egyes személyeknek az egészség-betegség skálán való elhelyezkedésében (ennek ingadozások után beálló várható értékében) meghatározó szerep jut a *Sense of Coherence* három alkatelemének:

³⁵ A Perceived Wellness elméleti modelljének alapját Adams et alii cikkei szolgáltatták, ugyanakkor az „instruments of investigation and development” battériát a Rengers et alii (2000) –ből vettük (RENGER, R. F. et alii: *Optimal Living Profile: An Inventory to assess Health and wellness. American Journal of Health Behavior*, 24 (6): 403-412))

³⁶ E témában készítette el dr. Tóth Ákos, PhD mint egészség-tantanár szakos hallgató szakdolgozatát, és védte meg kiváló minősítéssel 2008. júniusban.

- az élethelyzet átélt érthetőségének (*sense of comprehensibility*),
- az életproblémák reálisként érzett kezelhetőségének (*sense of manageability*)
- és mindezen adottságok számunka való értelmének illetve értékének (*sense of meaningfulness*).

2.1.1. A koherencia-érzet valid tényezője az egészségnek

Az Antonovskytól származó új szalutogenetikus kérdésfeltevésre, az egészség mindeneddig homályban hagyott „misztériumának” a firtatására tehát az általa adott válasz: a *Sense of Coherence*. Ennek többször átcsiszolt végleges definícióját így adja meg:

„A koherencia-érzet olyan globális orientáció, mely annak mértékét fejezi ki, amennyire valaki átfogó és tartós - bár dinamikusan rugalmas - bizalom-érzést ápol az iránt, hogy

- (1) az élete során akár a belső, akár a külső környezetéből származó stimulusok (ingerek, hatások) strukturáltak, előreláthatók és értelmezhetők;
- (2) az ezen stimulusok (ingerek, hatások) által támasztott követelményeknek való megfeleléshez rendelkezik elegendő erőforrással;
- (3) e követelmények kihívásoknak vehetők, vagyis van értelme annak, hogy erőbefektetéssel elköteleződjenek a velük való foglalkozásra.”

Miután pedig Antonovsky és munkatársai pszichometrikus igényességgel megalkották a koherencia-érzet három komponensét letapogató tesztet, számos mintán megvizsgálták, hogy az ezen a teszten magas értékeket elért személyek ténylegesen egészségesebbek-e, mint azok, akik itt gyenge eredményeket mutattak. Eszerint:

Az Antonovsky-féle SOC pontszám konzisztens és szignifikáns módon kapcsolódott minden pozitív egészségi adathoz, és szignifikánsan és negatív korrelált minden betegség-adattal. Az Antonovsky-MHLC (Multidimensional Health Locus of Control) kapcsolat tehát kongruens a szalutogenezissel. Az előrebecsülhető SOC eme számos külső adattal való kapcsolatának demonstrációja figyelemreméltóan konzisztens (Dana és mások, 1985).

2.1.2. Kutatási feladat, módszerek (pilot study)

Miután láttuk a kutatás hazai előzményeit és az egészségtudományi diszciplína nemzetközi színterén bekövetkezett fejlődést, jelenítsük meg magának a saját empirikus kutatási projektünknek a soron lévő feladatait, amikből most az első (pilot study³⁷ szintű) eredményeket idézhetjük ide. Röviden összefoglalva most azt látjuk feladatunknak, hogy a szalutogenezis koncepcióját magyarországi empiriával validálva szervesítsük eddigi kutatási vonalainkba, és ezzel azoknak a súlyos hazai társadalmi problémáknak a diagnosztizálási és kezelési törekvéseibe, melyek kutatásaink fénykörébe kerültek. Ehhez mindenképp előtte a feladat indító szakaszára kialakított sajátos – talán némileg szokatlan - metódust kell ismertetnünk.

Fentebb a szalutogenetikus kérdésfeltevés hazai előzményei között logikusan említhettük saját korábbi eredményeinket arról, hogy az egészség-érték tudatos preferálásá-

³⁷ A pilot minta 217 főből állott. A kérdezőbiztosok a Pécsi Tudományegyetem egészségtanár szakos nappali és levelező tagozatos hallgatói voltak, akik a kérdőív kipróbálásához csak azt az instrukciót kapták, hogy alanyaik különböző neműek és korúak legyenek. A férfi-női megoszlás így 40,6 : 59,4 lett. A fiatal-felnőtt-idősebb megoszlás pedig: 34,1 : 27,2 : 38,7. Ezen kívül elfogadható heterogenitást kaptunk iskolai végzettségre és lakóhelytípusra is.

ban kitűnt népesség-réteg túlélési adatai szignifikánsan jobbak egy ~3500 fős követéses minta átlagánál, felmerült annak szükségessége, hogy ezt az összefüggést pontosan és kifejezetten az Antonovsky-féle SOC kérdőív (Orientation to Life Questionnaire) hazai mintán való felvételével is ellenőrizzük. Ezt megelőzően azonban azt tettük – és ebben állott a jelen szokatlan kutatási lépésünk –, hogy a saját eddig használt teszt-battériánk pilot study mintán nyert eredményeiből kerestük meg azokat az item-eket, amelyek hasonló predikciós funkcióra bizonyultak alkalmasnak, mint az Antonovsky-féle teszt. Nevezetesen arra, hogy képesek voltak a kérdőívünk más részeivel megállapított kritérium-csoportokba (durván az egészségesek *versus* a betegek rétegeibe) a szalutogenetikus modell predikciói szerint beletartozó vizsgálati alanyaink elméleti besorolását szembesíteni az empirikusan észlelt beletartozással.

Itt függő változóként az egészségi állapot két indikátorát vettük:

egyfelől a Hennehofer-Heil (1978) féle *Vegetatív Labilitás (VELA) önteszt* adatait, amelyek 40 item-ben megragadott tünetek alapján diagnosztizálják egyfelől summázottan a szervezet egészének stresszorokra adott vegetatív válaszai labilitását, másfelől külön-külön a bennfoglalt négy tünetcsoportra (szív-keringés, gyomor-bél, általános ingerlékenység, gyengeség és bágyadtság) definiált „*autonóm reakció sztereotípiáit*”^{38 39},

másfelől a 15-éves követéses vizsgálatunkban és most is használt kérdőívünkben a vizsgálati alany *egészségi állapotnak négy szintű önbesorolását* (kiváló, jó, megfelelő, rossz), valamint még két másik mutatót: az „*Idült egészségi problémák*” 23 tételes check-list-je, illetve „*Az egészségi állapotnak a normális tevékenységet akadályozó hatásai*” check-list-je summázati eredményeit.

Független változóként pedig potenciálisan azokat az eddig használt kérdőív- illetve teszt-tételeinket, melyekről előzetes *face validity* alapján hipotetizáltuk, hogy az Antonovsky féle Sense of Coherence (SOC) konstruktum három elemével, a *comprehensibility*, a *manageability* és a *meaningfulness* érzetével hasonló irányú személyi habitusokat mérnek. Eljárásunk itt a lépésenkénti többszörös regressziós program (StepReg) használata volt, ahol az egészségi állapot említett két mutatója mint függő változók predikálására hívtuk be a három Antonovsky-konstruktumhoz igazodva kiválogatott, összesen mintegy két tucat potenciálisan prediktív item-et, és hagytuk, hogy a StepReg program kiválogassa ezek közül azt a kevesebb, mint feleannyi független változót, amelyek szignifikánsan tudtak különbséget tenni az egészségesek *versus* a nem egészen egészségesek között (ez utóbbiakat még fokozati rétegek, illetve a VELA-tesztnél autonóm választípusok szerint is bontva).

³⁸ A Hennehofer-Heil féle önteszt a következők elemi tünetekre kérdez rá pl.:

Szív és keringés: „Néha úgy érzem, nem kapok elég levegőt, vagy fojtó szorítást érzek a mellemben”, „Ha fekvő helyzetből hirtelen felegyenesedek, könnyen megszédülök, és a világ elsötétül a szemem előtt”.

Gyomor-bél: „Gyakran érzek émelygést, hányingert, vagy hányok”, „Gyakran van felbőfögésem és gyomorégésem”.

Általános ingerlékenység: „Könnyen elpirulok vagy elsápadok”, „Könnyen összerázkódom, ha valaki váratlanul szólít meg, vagy a közelemben hirtelen megmozdul valami”.

Gyengeség és bágyadtság: „Szervezetem voltaképp 8 óránál is többet igényel, hogy teljesen kipihenje magát”, „Gyakran érzem magam lehangoltnak, ernyedtnak, kimerültnek”.

2.1.3. Pilot-eredmények

(amelyek elegendők hipotézisek felállításához a koherencia-érzet három komponensét kiszűrő saját item-ek egészség-predikáló erejéről)

Nézzük először e két „kvázi egészség-próba”: a vegetatív-labilitás (VELA) teszt, illetve az egészségi állapot önértékelése *summázott* adataival való keresztvalidálás eredményeit.

Itt elsőnek az tűnik ki, hogy a *magmagyarázott variancia százaléka* mindkét függő változó tekintetében milyen rendkívül magas: független változóink *a vizsgált esetek egyharmadában* predikálták a függők bizonyos hipotézis szerinti viselkedését. (Sőt az egyik VELA-mutató, a *Szív- és keringés-rendszeri* tünetcsoport előfordulási varianciáját ez a szignifikáns függetlenváltozó-csoport 35,7 %-ban képes volt megmagyarázni.)

Másodszorra az *életkor mint az egészség vonatkozásában releváns prediktor változó* viselkedésére figyelhetünk fel. Ez ugyanis az egészségi állapot közérzetten alapuló (szubjektív) megállapítása predikációjában a várakozás szerint működött, ugyanakkor a másik mutató, a VELA vonatkozásában teljességgel eltűnt. Ennek olvasata az, hogy a betegség-érzet ugyan valóban a korról szinte lineárisan egyre erősödik, ám a vegetatív labilitás tényleges tünetei *életkortól függetleneknek* bizonyultak. *Csupán a szalutogenetikus koherencia-érzet négy vizsgált komponensétől találtuk őket függőknek.* Sőt, azt tapasztaltuk, hogy az életkor a vegetatív labilitás egyik autonóm választereotípiája, az *Általános ingerlékenység* tekintetében éppen hogy a közkeletű várakozással ellentétes hatást fejtett ki: a vegetatív általában labilisabb személyek gyakorisága ugyan az életkorral szignifikánsan nem változott, viszont ezek közül azok, akiknél az *Általános ingerlékenység* tünetcsoportja jelentkezett, a fiatalok esetében szignifikánsan gyakoribbak voltak, mint az idősebbeknél.

Végezetül idevág egy kérdés az *életminőséggel* kapcsolatban. Arra a kérdésre ugyanis, hogy „*Mindent összevetve mit mondana magáról: mennyire boldog?*” a pozitív választ adókat feltűnő mértékben elkerülték a *Gyengeség és bágyadtság* vegetatív választereotípiába tartozó tünetek, amelyek így viszont a magukat boldogtalanoknak érzők táborában sűrűsödtek. Ennek azért van jelentősége a SOC-modell szempontjából, mert az ennek harmadik (s gyakorlatilag: *fő*) elemét képező *meaningfulness* voltaképp az *érzelmi reagálás* többletét adja hozzá a *comprehensibility* kognitív minőségéhez.

Ennyiben tudunk tehát hozzájárulni a szalutogenetikus modell hazai populációra történő érvényesítéséhez, mintegy *elő-validálásához*. Tudatában vagyunk annak, hogy ez még nem konkluzív válasz a címünkben feltett kérdésre, de úgy érezzük, hogy – együtt a fentebb idézett követéses vizsgálatunkban nyert feltűnően kedvező mortalitási eredményadatunkkal – már bizakodva vehetjük az első szilárd lépésnek a szalutogenezis-paradigma sikeres hazai honosításához.

2.1.4. Megvitatás: a koherencia-érzet szerkezete, a komponensek hierarchiája

Felmerül, hogy mi van akkor, ha például valaki egy élethelyzetben egyfelől világosan átlátja, hogy „*mi hat mire*”, sőt a hatásmechanizmusok kusza tömkelege a számára jól értelmezhető mintázatokba szerveződik (vagyis a *comprehensibility* vonalán minden rendben van nála), ám másfelől (pontosabban épp ebből a rendezett összletéből kifolyólag) az is világos számára, hogy a rendelkezésére álló erőforrások nem elegendők ahhoz, hogy ezt a problémahelyzetet megoldja (vagyis a *manageability* vonalán semmi sincs rendben)? – Nos, az ilyen esetekben a koherencia-érzet harmadik eleme, a

meaningfulness vagyis a „megéri-e?”, „van-e értelme számunkra?” kérdés pozitív vagy negatív irányú megválaszolása dönt.

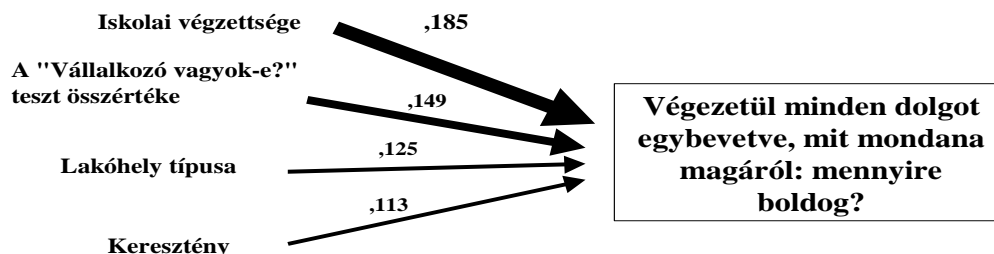
Az erős SOC-kal rendelkező személy számára a világnak van értelme, és pedig mind *kognitív* vonatkozásban (amennyiben a világ az ő számára alapjaiban rendezett, érthető és előre jelezhető), mind *emocionális* tekintetben (amennyiben úgy érzi, hogy az élet követelményeinek érdemes elköteleződni, érdemes az élettel törődni, gondoskodni róla, szeretni).

2.2. Értékrendszer-életminőség

(Szemelvény: Varga K.: *Az egészségérték ébresztése. Egészségfejlesztés, XVI. évf. 2004. 5-6. szám-ból*)

Ahogy az előző pontban összefoglalt szalutogenezis koncepció megalkotója, ANTONOVSKY (1979, 1987) hangsúlyozta a szalutogenezis fogalmának az *életminőség* egyik központi elemével, a *Subjective Well-Being* (SWB)-vel való belső kapcsolatát, úgy – más irányból: értékpszichológiai kutatásunk empiriájából - mi is bele-torkolltunk az SWB-tematikába. (Közelebről akkor, amikor behatóbb elemzésnek vettük alá a hazai rendszerváltozás utáni egyik fő *célérték*, a Rokeach tesztjének országos reprezentációban való felvételével *!!* - felderített *életminőség* kategóriáját). Mégpedig ennek két komponense, a *kognitív elégedettség* és az *affektív boldogság* értékrendszeri gyökereinek feltárásával. Azt találtuk, hogy míg az élettel való kognitív (kalkulá-

(4.2) 3. Ábra. Az életminőség második komponense, az affektív boldogság, a társadalomstatistikai változók, a munkakultúra és a Morris értékrendszer függvényében



Variable	B	SEB	Beta	T	SigT
Iskolai végzettsége	0,121	0,028	0,185	4,386	0,000
A "Vállalkozó vagyok-e?" teszt összértéke	0,006	0,002	0,149	3,630	0,000
Lakóhely típusa	0,129	0,044	0,125	2,935	0,004
Keresztény (Morris)	0,059	0,021	0,113	2,812	0,005
(Constant)	1,776	0,236		7,509	0,000

ló) elégedettség tényezői között előkelő helyen szerepel -a család egy főre eső jövedelme és a SCANLAN (1982) féle skálán mért „vállalkozói attitűd” mellett- a MORRIS (1964) rendszerében „*Dionüszoszi*”-nak címkézett gondúzó, hedonista alapérték, addig az átélt boldogsághoz nem ez, hanem valamelyik más érték kell. Vajon melyik?

A MORRIS-féle planetáris értékek közül az affektív boldogság szignifikáns előrejelzőjeként egyedül az általa „*Keresztény*”-nek címkézett érték „futott be”. Ez az ő értéktesztjében a komplex keresztény kultúrából a másik emberrel (a „felebaráttal”) való *szolidaritás* életérzését hangsúlyozza. Márpedig minden egészségkutatás – a

szalutogenezis mozgalmon kívül és belül – már az első kapavágásnál eljut ahhoz, hogy az egészség megőrzésének, illetve helyreállításának *a szociális környezettől kapott együttérzés és támogatás* az egyik legfontosabb tényezője.

Ezek az értékszociológiai eredményadataink bekapcsolhatók lettek a szalutogenezis eszmetörténeti gyökereit vizsgáló szakirodalom eredményeibe. Így például STOSBERG (1994) tételeibe, aki két irányból eredezteti azt a *mega-trendet*, amely végül is kiadta, hogy mind a modern medicina, mind az átfogóbb egészségtudomány ilyen új kutatási súlypontot találjon. Ezek egyike *az újkori megváltozott életérzés, vagyis az az új világ-és emberfelfogás, amely az ember evilági személyes boldogságra való törekvését széles néptömegek számára legitimnek és megvalósíthatónak tartja*. Tehát egyfajta újkori „hedonizmus”⁴⁰, amit „*a szép élet projektje*” címmel illehetünk. A másik történelmi tényező a tudomány rohamossá váló fejlődése, amely – és ez a döntő impulzus a szalutogenezis paradigmájának jelenkori kialakulásához - *orvostudományi alkalmazásában is két külön ágban tört előre*. Ezek egyike - amire általában gondolunk, amikor modern orvostudományról beszélünk -, a *természettudományi és technikai vonal*, amely mind a diagnózis, mind a terápia területén forradalmi változásokat hozott az emberiséget segítő medicina hatékonyabbá tételében. De itt van a másik vonal is, amire kevésbé szoktunk figyelni, holott éppúgy megérdemli a korszerűség minősítését: az egészség problematikájának *társadalom-tudományi* közelítése. Ez utóbbihoz tegyük hozzá a szociológia önképében is szerepet játszó *időrendiségi reflexiót: a természettudományi forradalom mint általában, úgy ezen a specifikus területen is megelőzte a társadalomtudományit*:

A régi és az új modell szembeállításra álljon itt egy táblázat, melyben BAHRS és munkatársai a német *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* idevágó: (2001) 35. pontja alapján négy szempontból különböztetik meg az új szalutogenetikus közelítést a hagyományos patogenetikustól (BAHRS et alii /2003/):

	A patogenetikus modell	A szalutogenetikus modell
Az egészség és betegség koncepciója	Dichotómia	Kontinuum
A betegség-koncepció alkalmazhatósága	A betegségre koncentráció Redukcionista	A beteg személy története Holisztikus
Az egészség és betegség tényezői	Rizikótényezők, Negatív stresszorok	„Egészséggé tevő” erőforrások, „Koherenciaérzés”
A beavatkozás típusa	A gyógyító eszközök használata	Aktív adaptáció, rizikómérséklés és az erőforrások fejlesztése

2.3. A szalutogenezis-kutatás fejlődési irányának felülvizsgálata a férfias-nőies kultúra-típus kontrollváltozójával

(Szemelvény: Varga K.: *Az egészségérték ébresztése. Egészségfejlesztés, XLVI. évf. 2004. 5-6. szám-ból*)

Mivel nálunk a legsúlyosabb problémaként tételezik *a kereső korú férfi lakosságnak a nőitől mélyen leszakadó túlélési potenciálját*, ezért ennek a kérdésnek, a szalutogenezis

⁴⁰ Vagy inkább „*eudaimonizmus*”, vagyis nem szükségképp az „élvezet”, de mindenképp a „boldogság” célértékének preferálása – amely megkülönböztetés ROKEACH (1979) nyomán fontos szerepet játszik a mai értékszociológiában (vö. Varga, 2003a).

koncepció férfiasság (hardiness, toughness) irányú eltolódásának (Kobasa et al (1982), Maddi et al (2004) a megvizsgálása külön feladatként jelentkezett. Itt a mi hipotézisünk

nem az, hogy *Magyarországon a nőknek a férfiakénál nemzetközi összehasonlításban is feltűnő méretben kedvezőbb mortalitás adatai mögött valószínűleg a túlélést romboló stresszor-típusnak való enyhébb kitettségük húzódik meg,*

hanem az, hogy *e különbség oka inkább a nőknek - jöllehet akár hasonló súlyú stresszor tömeggel is - a férfiakénál hatékonyabban megbirkózni képes, fejlettebb szalutogenetikus kapacitásában keresendő*⁴¹.

Ez a feltételezés pedig ütközik a szalutogenezis paradigmán belül az ennek férfias elemeit (hardiness, toughness, potency) túlhangsúlyozó fortigenetikus irányzattal (BENSIRA, 1985, KOBASA, MADDI, KHAN, 1982, STRÜMPFER, 1995, MADDI, 2004). A nőies kultúra bizonyos előnyeikhez kapcsolódó hipotézisünk elmélyítését, pontosítását és empirikus ellenőrzését Geert HOFSTEDE⁴² (1991, 1998) egyedülálló kiterjedésű (és ehhez arányos mélységű) kutatási eredményei fényénél szándékozunk végrehajtani. HOFSTEDE számos eredménye sarokpontokat képezett eddigi kutatásainkban is⁴³, de rendszerének itt releváns Masculinity-Femininity-dimenziójával behatóbban csak e probléma kapcsán kezdünk foglalkozni, miután a *szalutogenezis* konstruktum (és nomologikus hálózat) *fortigenezissé* történő „továbbfejlesztése” (?) kapcsán túlhangsúlyozott férfias elembe veszélyeztetve láttuk az ősi *Jin-Jang egyensúlyt*, ami nélkül pedig nehezen tudtuk elképzelni az „egészségfogalom egészségességét”.⁴⁴

2.4. A szalutogeneziszről – képből és fogalomból

(Szemelvény: Varga K.: *A szalutogeneziszről – képből és fogalomból. Egészségfejlesztés, XLVI. évf. 2005. 3. szám -ból*)

Az emberi szervezetben működő „egészség-irányú dinamika” Antonovsky (1979, 1987) féle koncepciójáról, a *szalutogeneziszről* szóló cikksorozatunk e harmadik darabjában egymástól elkülönítve, majd egymásra vonatkoztatva alkalmazzuk az új egészségfelfogás bemutatásának kétfajta – *holisztikus* és *analitikus* - megközelítését. Először képsze-

⁴¹ Természettudományos orvosi vetületben – amihez nem értünk, ezért csupán utalunk rá – ezt a kapacitást a szalutogenetikus iskola egyes szerzői, így SMITH (2002) a „salutogenic brain”-nel hozzák kapcsolatba, ami genetikai és/vagy pszichoszociális tényezők alapján fejlettebb adaptivitást biztosít a személynek.

⁴² A Limburgi Egyetem emeritált professzora *Masculinity and Femininity* című könyvében (1998) kilenc munkatársával járja be ezt a „nemzeti kultúrák tabu-dimenzióját” (ahogy könyvének alcíme jelöli a nemek kulturális szerepének témakörét). E kötetben a hatalmas empiria-tömb – félszáz körüli ország adata – elméleti rendjét mindvégig maga Hofstede uralja, de modelljének az életminőség és egészség tematikájára való alkalmazását szerzőtársai adják elő.

⁴³ A JEGES-TAHIN kutatásba bekapcsolódó pályázatunkban értékszociológiai „törzsszerzőink” sorában HOFSTEDE-ŐRŐL a következőkben emlékeztünk meg: „Geert HOFSTEDE-VEL (1991, 1998) eljutottunk az érték-kutatás posztmodern fázisába. Ami HOFSTEDE nemzetközi vizsgálatát illeti, a teljes IBM-világhálózati személyzet felmérésével - amibe mi egy hasonló hazai szervezési intézet 1100 fős mintájával kapcsolódunk be (VARGA, 1988) - a kutató a szociológia eddigi történetének legmonumentálisabb s elméletileg és módszertanilag egyik legigényesebb kutatását hajtotta végre.”

⁴⁴ Megjegyzés: Ezek a saját modellből derivált hipotézisek a jelen OTKA-projektünk folytatásának tekinthető EU-CURE projektnek a Hofstede-féle MAS-FEM skálát is bevető felvételében válnak ellenőrizhetővé.

rően, *metaforákban* tesszük *intuitíve*⁴⁵ (át)láthatóvá a paradigma újdonságát és életszerűségét, majd tézisekben (és hipotézisekben) *diszkurzíve*⁴⁶ bontjuk ki, rendezzük el és összegezzük az új irányzat *fogalmi tartalmait*. A kétféle közelítésmód köztudottan a *két agyfélteke* sajátos működésének felel meg, amely szembeállítás (és egységesítés) témánk szempontjából lényegi relevanciával bír: az Antonovsky által a szalutogenezis magvaként tételezett „*Sense of Coherence*” ugyanis egyik aspektusában úgy is tekinthető, mint a két agyfélteke közötti kiegyensúlyozott integráció kifejeződése.

Előző két tanulmányunk közül az első („*Szalutogenezis: az egészségérték ébresztése*”) súlypontilag a *fogalmi* (ezen belül az *operacionalizált* fogalmi vagyis empirikus vizsgálati) eredmény-beszámoló *diszkurzív* műfaját képviselte. A második viszont tele volt aggatva *metaforákkal*. Kezdve a címétől („*Szalutogenezis: a visszacsapás rugóhatása*”), amit egy távoli diszciplína, a *stratégiatan* történelmi esettárából kölcsönöztünk. De ezen túlmenően is lépten-nyomon kínálták magukat a színes és plasztikus metaforák.⁴⁷

2.4.1. Metaforák és finomításaik

„*Szalutogenezis: a visszacsapás rugóhatása*” című cikkünkben a stratégia-tan iskola-példájával próbáltuk fellebbenteni a szalutogenezis mint a egészség-betegség⁴⁸ skálán való föl-le mozgás „*egészségirányú dinamikájának*” lényegi titkát:

az Antonovsky által kreált (majd empirikus kutatásra operacionalizált és validált) *Sense of Coherence* (SOC) fogalmát⁴⁹.

Így a dolgozatunk központi metaforájából egyenes-vonalúan jutottunk el az egyik szalutogenetikus főszabályig:

a döntő szempont nem is az erőviszonyok, hanem az *egyensúly kontra fejvesztettség* dilemmája.⁵⁰

Új szemléletre agitáló sorozatunk jelen újabb darabjának ebben az első felében folytatjuk a modellszerűen felépített és pszichometrikusan megmért *koherencia-érzet* további

⁴⁵ A szó a latin *intueor* 2 *intuitus sum* igéből származik, melynek jelentései: **1.** megnéz, megtekint; **2.** transl. **a.** megfontol, megvizsgál; **b.** tekintetbe vesz

⁴⁶ A latin *discurro* 3 *curri, cursus* igéből, melynek jelentései: **1.** szétfut; szétoszlik, szétszóródik; **2.** elterjed; **3.** transl. közöl, kitér valamire.

⁴⁷ Kezdve a *Pygmalion-mesével* (hogy milyen elképesztő hatásokra képes a „pszichoszociális támogatás” még a kísérleti patkányok esetében is); folytatva a *lesújtó bárdal* (hogy a *nem ennyire* túlerőben lévő stresszorzarral azért még érdemes felvenni a harcot); a *negentrópus időnyilon* keresztül (hogy a nagyobb rendezettség irányú mozgás „csodájában” nyugodt lélekkel megbízhatunk); egészen a *gyümölcskertészek tapasztalatáig* (hogy a termő funkcióra még satnyább ágat vegetatív erélye provokálásával célszerű mélyebbre visszametszeni), amely utóbbi hasonlathoz cikkünk zárószavaként hozzáfűztük, hogy ebből a megfigyelésből már az európai civilizáció hajnalán a bencés szerzetesek a „*Visszanyesve kizöldül*” metaforával kreáltak máig ható életelvet.

⁴⁸ Antonovskynál: *ease* versus *dis-ease*.

⁴⁹ Konvencionális rövidítésében: **SOC**. A kifejezést ideiglenesen a tudottan vitatható „*Összeszedettség Érzet*” jelzős szerkezettel magyarítottuk, amit használatra való ajánlás helyett inkább vitára bocsátanánk. A *coherence* szó a közös latin gyökérből (*cohaerentia, ae, f.* összefüggés) elég jól átjött a magyarba is. (Antonovsky panaszkodik, hogy lépten-nyomon összetévesztik a konzisztenciával.) Árnyalataiban is sajátos üzenetért talán meg kellene tartani a magyar kifejezésben is a latin jövevényszót: „*a koherencia érzete*”. Az egyszerűbb (de a helyesírási szótárban természetesen nem található) „*koherenciaérzet*” szóösszetétel viszont némileg azért aggályos, mivel a hangsúlyt indokolatlanul átteszi a második tagra, miáltal felszínre hozza a magával a *sense* szó fordításával kapcsolatos problémákat.

⁵⁰ S ennek aláhúzásaként iktattuk ide azt, amit Liddel Hart idézett Napóleontól, aki ennek az igazságnak színét és visszáját egyaránt megélte: „*A morális és a fizikai tényezők aránya: három az egyhez.*”)

elemeinek *intuitív* megjelenítését, újabb metaforák segítségével. S ehhez csatlakozóan ugyanitt még beszédes hasonlattal világítunk rá a *koherencia-érzet és az egészség-dinamika közötti kauzális összefüggés* hipotézisének jelenlegi állására is.

Cikkünk második felében viszont annak a három elemből komponált hipotézisnek a *diszkurzív* kifejtésére, amely szerint az egyes személyeknek az egészség-betegség skálán való elhelyezkedésében meghatározó szerep jut a *Sense of Coherence* három alkotóelemének.

2.4.2. Az acélsodronytól a sodró folyóig

A dinamikus homeosztázist Antonovsky hasonlítja a *kötéltáncos* produkciójához, aki úgy megy végig a kifeszített acéldrót egyik végétől a másikig, hogy miközben ott fent akár még ruhát is vált és különféle tárgyakkal dobálódzik, mindvégig egyensúlyban tudja tartani magát.

De mégis inkább áttér egy másik, mint írja: „még erőteljesebb metaforára”, amely reményei szerint egyaránt képes lesz megvilágítani „*a szalutogenezis kérdését és a koherencia-érzetnek erre adott választát, és mindkettő közös kontextusát*”. Ezt az új hasonlatot a „méréskelten orvosellenes irodalomból” idézi (tudniillik amit e fanyar kritika a modern medicina kigúnyolására használ): *a folyó metaforáját*.

Adva van a *raging river* (a dühöngő vad folyó), tele fuldokló emberekkel, s a kortárs nyugati egészségügyünk hősies és technikailag felkészült erőfeszítéssel ebből *halászgatja ki az elmerülőket*. Csak e lefelé sodródókra fordítva odaadó figyelmét (amiért persze megfizetik és néha nem is rosszul), sohasem néz a folyón fölfelé, legalább a következő kanyarig, hogy megláthatná: *ki vagy mi lökdöste bele ezeket az embereket a sodró vízbe*.

Alapvető filozófiai feltételezésem – írja -, hogy a folyó az élet folyama. Senki sem sétálgat biztonságban a parton. A folyó nagy része szennyezett, szó szerint és átvitt értelemben. Elágazások is vannak benne, ahol az egyik ág békés víztükörbe, a másik veszélyes zuhatagokba és örvényekbe vezet. Én pedig azt kérdezem: ha valaki bárhol evickél is a folyó sodrában – aminek természete persze adva van a személy élettörténetében, szocio-kulturális és fizikai-környezeti feltételeiben – vajon mitől eredeztethető, hogy szemmel láthatóan *jól tud úszni*. Nem kutathatom a szegénység, a háború, a munkanélküliség, a környezetszennyezés okait. Csak azt merem állítani, hogy az a tény, hogy valaki milyen jól úszik, jelentős mértékben (bár természetesen nem egyedül) az illető *Sense of Coherence*-étől függ. A folyó objektív jellemzői mindenki számára egyformán adóttak, ezekkel viszont a benne úszók nem egyformán fognak megbirkózni.

A szalutogenezis szemlélet hazai recipiálását célzó vállalkozásunk számára is logikus sorrend: mindenekelőtt az új konstruktum *valós használati értékének valószínűségével* foglalkozni – miszerint ez a *koherencia-érzet* a maga említett három alkotóelemével *tényleg* viseli minden felelősség szignifikáns arányú részét azért, hogy egyes személyek a stresszor-tömkelegben egészségesek maradnak vagy hamar visszaállnak az egészség pályáira, mások viszont nem.

2.4.3. A szalutogenezis hatásmodell diszkurzív tárgyalása

Miután Antonovsky és munkatársai pszichometrikus igényességgel megalkották a koherencia-érzet három komponensét letapogató tesztet⁵¹, számos mintán megvizsgálták,

⁵¹ Ügyelve arra, hogy a Guttman-féle *facet design* elvének megfelelően felölelje a stimulusok három modalitását (instrumentál, kognitív, affektív), a környezeti hatás három forrását (belső, külső, mindkettő), a belőlük származó három követelmény-típust (konkrét, diffúz, absztrakt), és az ezekre adott válaszok idődimenzióját (jelen, múlt, jövő) mind a három SOC komponens vonatkozásában (érthetőség, csinálhatóság, értelmesség)

hogyan az ezen a teszten magas értékeket elért személyek ténylegesen egészségesebbek-e, mint azok, akik itt gyenge eredményeket mutattak. Ennek hazai empirián való ellenőrzése a jelen OTKA-projektünk első, alapozó vállalása.

Ha figyelmünket csak a stresszorokkal való megbirkózás témájára összpontosítjuk, szabatosabban tehetjük fel a kérdést: vajon egy akut vagy krónikus stresszorzal való konfrontálódás esetén magatartásbelileg

- ki fog nagyobb valószínűséggel maladaptív, egészségre káros módon reagálni (például erősödő dohányzással vagy ivással, szimptomatagadással, illetve a medikális programok semmibe vételével),
- és ki lesz hajlamosabb adaptív egészségi magatartással válaszolni a stresszorra (vagyis például a dohányzás csökkentésével, a szimptomákra való éberebb odafigyeléssel és egészségi gyakorlatokkal)?

Kijelenthetjük, hogy az előny azoknál van, akik erős koherencia-érzettel rendelkeznek. Ami azzal magyarázható, hogy ezekben az emberekben *a feszültség nem transzformálódik stresszé*,⁵² és így nem akadályozza a tényleges problémamegoldást. Ennek következtében az erős koherencia-érzettel bíró személy nagyobb valószínűséggel

- pontosan azonosítja az instrumentális probléma természetét és dimenzióit,
- fogja fel ezt kihívásnak és
- keresi meg hozzá erőforrásai repertoárjából azokat, amik épp megfelelőek a probléma megoldására,
- és alkalmazza őket racionálisan.

Itt már olyan területre siklottunk át, aminek eminens neurofiziológiai relevanciája van.⁵³ Miután ugyanis Antonovsky Schwartz (1979, 1980) és mások (Corson és Corson /1983/, Henry /1982/, stb.) kutatásaiból átveszi annak valószínűsítését, hogy az agy mint egészség-óvó rendszer („*the brain as a health care system*”) attól is meggyengülhet eme funkciójában, ha a két félteke egymásban okoz diszregulációt, az utóbbi szerző (Henry, 1983, személyes közlés) nyomán arra az összefüggésre figyel fel, hogy a biológiai szubsztrátum szintjén *az erős Sense of Coherence voltaképp a két hemiszféra közötti kiegyensúlyozott integrációnak felel meg*. Ebben a vetületben ez a fő nemzetközi kutatási eredmény: a limbikus rendszerrel jobban integrálódó emocionális jobbfélteke és az absztrakt-kognitív intellektuális balfélteke közti munkamegosztásnak az erős koherencia-érzetben kifejeződő szalutogenetikus optimalizációja, aminek ellenőrzésére a jelen OTKA-projekt ezer fő feletti hazai mintájának empirikus adataival vállalkoztunk.

⁵² Selye János ide a *stressz* helyett a *distressz* fogalmat használja, megtartva a stressz fogalomban a pozitív (itt azt mondhatnánk: szalutogenetikus) elemet. - Egyébként Antonovsky visszamegy Cannon (1942) klasszikus antropológiai tanulmányáig, a „*Voodoo halál*”-ig az emóciók és a patológia összekötő mechanizmusainak értelmezésében, miszerint a tabuk megsértésével generálódott érzelmi trauma a szimpatikoadrenális rendszer olyan túlaktivációját válthatja ki, ami hipovolémikus sokkhoz és gyors halálhoz vezethet.

⁵³ Amit a világ-bestseller és nálunk is nagy érdeklődéssel fogadott Goleman-könyv: *Az érzelmi intelligencia* is mind viselkedéstudományi, mind orvos-biológiai vetületben behatóan tárgyal, és aminek rendkívüli érdekességeit a másik bestseller, Carl Sagan szintén nálunk is megjelent népszerűsítő könyve: *Az éden sárkányai: Tűnődések az emberi intelligencia evolúciójáról* a nem-szakemberek számára is közzé teszi.

2.5. A „szalutogenezis” empirikus hazai validálása

(Jeges S., Varga K.: „Unravelling the Mystery of the Sense of Coherence” , *European Journal of Mental Health, Volume 1 (2006) 1–2, 43–68.*)

Absztrakt

A hagyományos pathogenic kérdéssel szemben, hogy mi és hogyan okozza a betegségeket az Antonovsky–féle forradalmian új kérdésfeltevés az, hogy mi lehet viszont a latens oka („mystery”-je) az egészség stresszorok ellenében való megőrzésének, ill. visszaszerzésének. E „salutogenic question”-ra adott válasz egy „pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence”, amit Antonovsky és követői „Sense of Coherence”-nek neveznek és fokozatait a 29 itemből álló SOC-skálán mérik.

Tanulmányunkban először ennek a konstruktumnak és skálának egészségi kritériumokkal való validálásáról számolunk be egy Magyarországon végrehajtott 1400 fős survey eredményeinek bemutatásával. Validálásunk, mint Antonovskyé is, a „concurrent validity” eljárást követte.

Az egészségi kritériumok mutatói az egészségi állapot önértékelése, a vegetatív labilitás tünet-típusai és az idült betegségek adatai voltak. E három facet-ből kombináltuk az Ease/Dis-Ease Continuum-on elfoglalt hely komplex EDEC-mutatóját. Eredményeink a SOC-változó prediktív erejét tanúsítják mindezen egészség-mutatók vonatkozásában.

Második témánk a SOC prediktív erejének vizsgálata általánosabb well-being mutatók (kognitív elégedettség, affektív boldogság skálák) kritérium-adataival szembesítve. Itt a SOC hasonlóan erős, esetenként az egészség-kritériumokét meghaladó erejű predikcióját könyvelhettük el.

Harmadik témánk (amire tanulmányunk címe is utal), egyfajta convergent validation eredményeinek bemutatása. A Sense of Coherence attitűdinális és értékrendszeri tartalmait explorálva azt találtuk, hogy a SOC „mélyebb rétegeiben” a vállalkozói attitűdnek is részét képező személyes felelősség-vállalási készség található, míg értékrendszeri magvában dominánsan az integratív Maitreyan, a proaktív Promethean és a kölcsönös social support-ot ápoló Christian érvényesülnek.

Kitekintésünkben az Antonovsky által a következő kutatónemzedéknek örökül hagyott „sense of coherence as group property” témáját, mint a magyar nemzeti közösség SOC-szintjének országosan reprezentatív survey-ben való vizsgálatát, ill. akciókutatásban való fejlesztési programját vállaltuk. Ehhez elkészítettük és validáltuk a SOC-skála 6-ites „dióhéj-változatát”.

2.6. A szalutogenezis koncepció visszacsatolása az értékutatási eredményekbe

(Szemelvény: Jeges S., Varga K.: *A szalutogenetikai életstratégia értéktényezői.*

JURA, 2008. 14. évf. 1. szám 43-51 old. cikkből)

2.6.1. Kutatási módszer, minta, műszerek, design

A kutatás célcsoportja Baranya megye különböző településtípusain élő, 20-75 éves korú, különböző iskolázottságú és foglalkozású férfiak és nők voltak (1400 fő). A minta a főbb demográfiai, társadalmi ismérvek tekintetében különböző településtípusokat reprezentál, úgymint: egy magyarországi viszonylatban nagyvárost, Pécsét, Baranya megyei kisvárosokat (Komló, Mohács, Siklós), székhelyközségeket és társközségeiket. A mohácsi és a siklói térségben eltérő társadalmi-gazdasági adottságú községek találhatók. A siklói terület társközségei jórészt az Ormánság legelmaradottabb, alacsony lélekszámú,

kevert etnikumú (magyar, cigány) falvaiból tevődnek össze. Ezzel szemben a mohácsi régió társközségei tradicionálisan magasabb fejlettségi szintűek. Mohácsra a magyar, a német és a délszláv kultúrák a jellemzők. Pécs minden szempontból a legheterogénebb. Itt már jelentős a szegregáció. Az egyes városrészek jól elkülöníthetők az elit lakta területektől a többszörösen hátrányos helyzetűek lakta városrészekig húzódó skálán.

A kutatás interjúkészítők segítségével, kérdőíves módszerrel történt. A kérdezőbiztosok a PTE Egészségtudományi Karának hallgatói voltak, akiket tanulmányaik során készítettünk fel az interjúkészítés technikájára. A többlépcsős rétegzett véletlen mintavételi technikának megfelelően kiválasztott személyeket az interjúkészítők lakóhelyükön keresték fel, az interjú átlagos időtartama egy óra volt.

A kérdőívvel felvett SOC-29 skála fő pszichometrikus adata, a három kérdéscsoport, illetve az egész teszt konzisztenciáját mutató Chronbach Alpha: 0,774; 0,766; 0,812, illetve 0,902, ami nemzetközi viszonylatban (pl. az izraeli felvételek adataival) összehasonlítva kiváló.⁵⁴

Áttérve a regressziós modelljeinkben független változóként használt SOC-ról az általa predikált függőkre, itt a battériánk négy irányban mérő eszközöket tartalmaz:

1. az egészségi állapot megítélésére négy mutató szolgált: a) az *általános egészségi állapot önmegítélésére* vonatkozó négyfokozatú skála, b) a Tahin-féle *Idült betegségek 23 tételes listája*, c) a Hennenhofer-Heil (1978) féle *Vegetatív labilitás mérő* műszer, d) Az általános egészségi állapot multi-facet jellemzésére, vagyis az egyénnek az EDEC (Ease/Dis-Ease Continuum)-on meghatározott helyére a fenti három egészségmutató összegzésével képezett egyetlen komplex egészségmutató,
2. a „well-being” jellemzésére a Warr-Cook-Wall (1979) skálából a kognitív elégedettség és affektív boldogság kérdéseit vettük,
3. az egyén domináns conceived value-i mérésére a Morris (1956)-féle „ways to live” kérdőív egy rövidített változatát.

Kutatásunk metodikája az Antonovsky által is alkalmazott *concurrent validity design-t* követte. Adatainkhoz különböző többszörös lineáris és nemlineáris (logisztikus regressziós) modelleket illesztettünk, melyek a matematikai statisztika eszközeivel állapítottak meg összefüggéseket változók, illetve változócsoporthoz között a SOC validálása céljából („concurrently”, vagyis azonos időben felvéve). Végül modelljeinkben a függő változók az egészségi állapot, a well-being, illetve a Morris-féle érték-adatok voltak, független (prediktor) változók pedig a Sense of Coherence és komponenseinek adatai. Kontroll-változókként vizsgáltuk a *nem, az életkor és az iskolai végzettség* (és korlátozott hasznosíthatósággal esetenként a *jövedelem-szint*) adatait, mint amelyek a SOC kritérium-validálására nézve az összefüggéseket „torzíthatják”.

Az *egészségi állapot önértékelésének* varianciáját a három kontrollváltozó együttesen 13,4%-ban magyarázza (ahol a három változó közül az alany neme nem gyakorolt szignifikáns hatást, míg az életkor természetesen nagyon is szignifikáns lerontót $\beta = 0,353$, $p = 0,000$), de még az iskolai végzettség is szignifikáns javítót $\beta = -0,079$, $p = 0,002$).

A *Vegetatív labilitás* mutatójára 11,9%-os megmagyarázott össz-variancia keretében mindhárom kontrollváltozó szignifikáns hatást gyakorol, ahol figyelmet érdemel, hogy a

⁵⁴ A két nemzet itt nem elemzendő különbségét kifejező átlag, illetve standard szórás tekintetében viszont jelentős magyar hátrányt találtunk: a SOC-színvonalat tükröző átlagunk alacsonyabb az ő adatuknál, míg a megosztottságot mutató standard szórásunk fölébe kerekedik az övékének.

megkérdezett nők magasan szignifikáns mértékben több vegetatív labilitási panaszt említtettek, mint a férfiak ($\beta = 0,269$, $p = 0,000$).

Az *Idült betegségek* gyakoriságánál a kontrollváltozók által megmagyarázott variancia felment 19,3%-ra, és ezen belül természetesen az életkor volt a legerősebb befolyásoló tényező ($\beta = 0,382$, $p = 0,000$).

Ami pedig a kontroll-változóknak e három egészség-változó lineáris kombinációjából konstruált *EDEC*-mutatóra gyakorolt hatását illeti, itt a megmagyarázott variancia 18,4%, s mindhárom kontrollváltozó erősen szignifikáns ($p=0,000$).

Az Elégedettség/Boldogság skálával nyert regressziós eredmények megtisztításához a szokásos három kontroll-változón túl *a család egy főre jutó jövedelmét* is kontrollként állítottuk be. Míg a kognitív, kalkuláló elégedettség tekintetében az anyagi jólét azonos erősségű az életkor változójával (vagyis amilyen mértékben a fiatalabbak elégedettebbek az étellel az idősebbeknél / $\beta = 0,145$, $p = 0,000$ /, ugyanolyan mértékben *a gazdagabbak is elégedettebbek a szegényebbeknél* / $\beta = - 0,147$, $p = 0,000$ /), addig az affektív boldogság tekintetében a jövedelmi szint változójának nincs szignifikáns kapcsolata a boldogsággal, vagyis újra igazolódik a közmondás: „*A pénz nem boldogít*”. Az alany *neme* mind az elégedettség ($\beta = 0,081$, $p = 0,003$), mind a boldogság ($\beta = 0,051$, $p = 0,060$) vonatkozásában azonos irányú: úgy is mondhatnánk némi iróniával, hogy *a férfiak egy kicsit elégedettebbek, a nők egy kicsit boldogtalanabbak*.

2.6.2. A SOC predikálja az egészséget, de más értékeket és proszociális habitusokat is

Az eredményfejezet három részre tagolódik. Az elsőben az egészségi állapot kritériumrendszerével validáljuk hazai populációra a szalutogenetikus konstruktumot, illetve a SOC-29 skálát. A másodikban a függőváltozókat a well-being köréből választjuk, és rajtuk próbáljuk ki a SOC prediktív erejét. A harmadik részben még a well-being tematika körén is túllépünk: abba a nagyrészt felfedezetlen („*Hic Sunt Leones*”) tartományba, amelyre Antonovsky is utalt mint a Sense of Coherence hatásának ígéretföldjére, amelybe ő még Mózesként bepillantott, de amibe majd csak a salutogenic school Józsuéi léphetnek be (a Koherenciaérzet *értéktényezői*).

A) A Koherenciaérzet magyar populációban is az egészség érvényes prediktora

A szorosan vett validációt megelőzően kiszűrtük a kontroll-változók hatását. Ezután térhettünk rá a validációs adatokra. Azt találtuk, hogy a Koherenciaérzet globális mutatója és mindhárom komponense a három kontroll-változó hatásának kiszűrése után is szignifikánsan predikálja az egészség mutatóit. Ahogy várható volt, a globális SOC-29 teszt-adat fölényben van komponenseivel szemben. A komponensek közül legerősebb az Érthetőségi érzet, mely csaknem egymaga eléri a globális SOC-mutató prediktív erejét. Nála jelentősen gyengébb a Megvalósíthatósági és még gyengébb a Meaningfulness. Úgy tűnik tehát, hogy az Antonovsky féle *ease/dis-ease kontinuumon való elhelyezkedés* azoknak az egészség-mutatóknak a metszetében vizsgálva, amiket ebben a kutatásban használtunk, a Koherenciaérzet habitusán és életstratégiáján belül döntő mértékben a dolgok *kognitív érthetőségével* áll kapcsolatban. Ennek azért van jelentősége, mert az újabb szalutogenetikus szakirodalomban ettől elütő adatokat találtunk.⁵⁵

⁵⁵ Dán kutatók jutottak a következtetésre, hogy a SOC hatóerejének korlátozódása a pszichikai egészségre, azaz valószínűsített hatástalansága a fizikai egészségre, azzal függhet össze, hogy az utóbbiban csak az emocionális dinamika releváns, míg a SOC adataiban ez össze van keverve a mentálissal (Flensburg-Madsen et alii, 2005, 768)

A független változókon belüli különbségekről áttérve a függőkön belüliekre, látjuk, hogy a Vegetatív labilitás mutatójának alakulása „fogadja a legkészségesebben” a teljes SOC és mindhárom komponense befolyásoló erejét. A vegetatív labilitás-tünetek négy tünet-csoportra oszthatók: szív, gyomor, általános ingerlékenység és általános gyengeség-re. Kézenfekvő, hogy ellenőrizzük, vajon ezek előfordulásait a SOC és komponensei a már manifesztálódott idült betegségeknek a kontrollja mellett is predikálják-e. A szokásos kontrollváltozók mellé ezért valamennyi idült betegséget bevittük egy-egy regressziós modellbe. Az eredmények arra utaltak, hogy a SOC prediktív ereje a vegetatív labilitásra és az egészségi állapot önértékelésére az idült betegségek kontrollja mellett is megmarad! A fentiek alapján levonhatjuk a következtetést: *a SOC tesztváltozó a magyarországi populációból vett mintán is predikálja az általános egészségi állapotot, annak mind pszichoszomatikus tünetekkel, mind a krónikus betegségek előfordulásával jellemzett dimenzióit.*

B) A Koherenciaérzet és az életminőség

A feltételezést, hogy a SOC több mint pusztán egészség-prediktor, először az egészséggel a legszorosabb kapcsolatban lévő, de annak fogalmi extenzióján mégis túllépő (mert tartalmában kevésbé specifikus) *well-being témában* nyert adatainkkal igazoljuk.⁵⁶

Ezekből kiolvasható, hogy ott a legerősebb a kapcsolat, ahol mind a függő, mind a független változók összegző verziói találkoznak egymással. *A globális Koherenciaérzet egyformán a legmagasabb variancia-százalékot magyarázza meg a globális elégedettségi és boldogsági változók alakulásából.* Nem triviális adat, hogy nincs különbség az elégedettségre illetve a boldogságra gyakorolt hatás között, hiszen ezek viselkedése gyakran elkanyarodik egymástól.

A SOC komponenseire bontásánál azt a plauzibilis eredményt látjuk, hogy míg a kognitív elégedettség a Megvalósíthatóság érzetével tartja a legerősebb kapcsolatot, az affektív boldogság az érzelmi motivációt tartalmazó Meaningfulness-szel. Világos, hogy *csak az lehet elégedettebb kalkuláló módon az életével, akinek tapasztalati meggyőződése, hogy a céljai eléréséhez szükséges eszközök és erőforrások rendelkezésére állnak.* Vagyis akik a Sense of Manageability tekintetében erősebbek a többiekénél. De az affektív boldogság vonatkozásában még egy hihető összefüggésre bukkantunk: az élet affektíve átélt értelme ott bontakozhat ki legvalószínűbben, ahol az alany *családi életével* elégedett.

C) A Koherenciaérzet értékrendszerei tartalma

Tanulmányunk csúcs-paragrafusában a legtávolabbra merészkedünk a SOC egészség-prediktor funkcióbba való beszűkítésétől, és (Antonovsky jövőbe irányuló sejtése szerint)

⁵⁶ A well-being tematika kulturhistóriai gyökereire Gerster (1994, 238) mutat rá az amerikai Emberi Jogok Deklarációja következő passzusára utalva, ahol az élethez és a szabadsághoz való jog mellett a boldogság kereséséhez (*the pursuit of Happiness*) való jogról is szó van. A kutatási terület kibontakozása a „Subjective Well-Being (SWB)” projekt-láncolatban figyelhető meg (Diener, 1984, Emmons, 1986, Schulze-Buschhoff, 1997, Veenhoven, 1987, 1993). Jelen témánk szempontjából figyelemreméltó az említett „Subjective Well-Being” mint *egész nemzetek karakterébe szervesülő tulajdonság* (Diener-Diener-Diener, 1995), amely a 4,1 milliárd embert, vagyis a világ 1990-es népessége csaknem háromnegyedét reprezentáló, 55 országra kiterjedő „nemzetek közérzete” kutatás, amely Veenhoven féle nemzetközi „boldogság-vizsgálat” adatbázisára épült. Ez az SWB tekintetében Magyarországot a 35. helyre sorolja.

a Koherenciaérzet összefüggéseit hipotetizáljuk más – esetünkben *értékrendszeri* – változók konvergencia kritériumaival.⁵⁷

Az alábbiakban az értékrendszer egy klasszikus elméletéből, nevezetesen a Morris (1956) féle „*életfelfogások mint elgondolt értékek (ways to live as conceived values)*” konstruktumából állítjuk elő az operacionalizált változókat, amelyekkel *ellenőrizzük* a SOC érték-tartalmának *hipotézisét*, illetve *exploráljuk e tartalmak természetét*.⁵⁸ Morris rendszeréből a jelen felmérésben csak a következő hat életfelfogást vettük:

1. (Apollói) Megőrizni az elért legjobbat
2. (Buddhista) Apolni a személyektől és dolgoktól való függetlenséget
3. (Keresztény) Rokonszenvező együttérzést tanúsítani mások iránt
4. (Dionüszoszi) Váltakozva élvezni a közös ünneplést és a magányt
5. (Prométheuszi) Szilárdan úrrá lenni a változó körülményeken
6. (Maitreyan) Integrálni a cselekvést, az élvezetet és az elmélkedést.⁵⁹

E rövidített változatban is megkaptuk a releváns mintázatot, amit az életfelfogás adatok predikciós erő szempontjából való rangsorolása fejez ki. Eszerint az erős Koherenciaérzettel bíró személy értékrendszerében első helyre került a gondolkodást (meditálást), a cselekvést (a dolgok alakítását) és a fogyasztást (élvezetet) integráló Maitreyan érték, de sarkában van még további kettő: a hangsúlyosan proaktív Prométheuszi és a kölcsönös szolidaritást ápoló Keresztény. A Prométheuszi mind elvont szemléletében, mind a tudomány és technika vívmányaival élő praktikus magatartásában. Utolsónak maradt a konzervatív Apollói, mely a globális SOC-ban és az első két komponensben nem is produkált szignifikáns predikciót, hanem csak a Meaningfulnessben.

⁵⁷ Köztudott, hogy a szociológiában a XX. század eleji klasszikusok, Thomas és Znaniecki óta bámulatos karriert befutott *attitűd* korszaka után az *érték* korszaka következett, mellyel mint „tolvajkulccsal” – vö. a fentebb hivatkozott Klages (1992) megállapítását – számos *middle range* kutatási területen a *közös végső magyarázó erő* rejtekhelyére „nyithatunk rá”.

⁵⁸ A Morris-féle axiológia jellemzésére el kell mondanunk: kevés olyan elméletről tudunk, mely két anynyira távoli pólust hidal át, mint ez a szociál-pragmatikus filozófia (Peirce, James, Dewey és Mead) szemléletéből merítő rendszer. Ez ui. a megtermékenyített petesejt három csiralemezének (*ektoderma-mezoderma-endoderma*) a Sheldon-féle három testalkati típus (leptoszom, atléta, piknikus) mögött is feltételezett relatív dominanciája által *biológiailag* alapozott preferenciát (mely a Mead-féle cselekvésselméletben az akció három fázisának (perception, manipulation, consumption) felel meg, a világ *kultúráiban* megtalálható három értéktengellyel (*Buddhista versus Mohammedán, Prométheuszi versus Keresztény, Dionüszoszi versus Apollói*) hozza kapcsolatba. A három tengellyel képezett hatszög közepébe pedig a mindezeket szintetizáló *Maitreyan*-t helyezi el, mely az 5 ezer évenként eljövő, mindeneket összebékítő Buddhától: Maitreya-tól nyeri a nevét, és amit az emberiség gígaléptékű korszakaiban gondolkodó irányzatok (pl. Vízöntő – New Age) karolnak fel.

A jelen tanulmány senior szerzője először a '60-as évek elején kapcsolódott bele egy Morris rendszerével az UNESCO égisze alatt végzett nemzetközi vizsgálatba. Legutolsó, országosan reprezentatív felvételei ezzel a rendszerrel 2000-ből és 2001-ből valók (Varga, 1970, 2003).

⁵⁹ Módszertani megjegyzés: A Morris-féle planetáris értékeket a SOC értéktartalmaival konvergencia validitás viszonyba hozó alábbi táblában a két legmarkánsabb Béta adat már nincs is feltüntetve, holott a SOC külső szempontú leírásánál döntően fontosak. Az eredeti regressziós egyenletben ui. a táblában látható öt érték mellett szerepelt a Buddhista és a Dionüszoszi is, melyek olyan erős standardizált regressziós együtthatókat produkáltak – csak hogy ellenkező előjellel -, hogy magukhoz ragadták az egész modell minden szignifikáns prediktív erejét. Magyarán az történt, hogy az arra való rákérdezésnél, hogy a Morris terminusaiban mi az Antonovsky féle SOC értéktartalma, regressziós egyenletünk válasza: *legerősebb mértékben a Buddhista és Dionüszoszi elutasítása*. A többihez viszonyítva oly erősen, hogy a maradék öt életfelfogás kapcsolatától minden prediktív erőt elvonnak. Ekkor viszont ahhoz a módszertani megoldáshoz folyamodtunk, hogy e két markáns, de az árnyalati információkat eltakaró változó *nélkül* futtattuk le a regressziós egyenlet programját.

Az „érmes” *Maitreyan-Promethean-Christian* triász dobogóra juttatása és ezt megelőzően az önérvényesítést elutasító *Buddhista*, illetve az „önfeláldozást” elvető *Dionüszoszi* diszkvalifikálása fontos árnyalati tudással gazdagítja az egészséget és életminőséget elősegítő *Koherenciaérzetről* meglévő ismeretünket.

2.7. A magyar lelkiállapot diagnózisa az egészség-témában és átfogóbb rálátásban

(Szemelvény: Jeges S., Varga K.: *A szalutogenetikus életstratégia értéktényezői.*

JURA, 2008. 14. évf. 1. szám 43-51 old. cikkből)

Legkésőbb az Ottawai Charta (1986) óta az egészségügy egészében, és magvában: az orvostudományi kutatásokban is, szerte a világon, így nálunk is, megérett a felismerés, hogy az orvoslás és az egészségügyi ellátórendszer csak kis mértékben járul hozzá az egészséghez, és ez az új belátás az egészségtőke megőrzését, illetve fejlesztését tartja kulcsfontosságúnak. E mega-léptékű felismerésben, amely a stresszorok és főleg az árthatalmas életstílus felőli veszély elleni védekezés „nagystratégiáját” (Liddell Hart) írja zászlajára, már nem feledkeznek meg arról sem, hogy a káros életstílus mögött szociális és kulturális feltételek állnak. De még mindig nem kap elegendő hangsúlyt itt a személy kompetenciájának versus a sodródásnak a dimenziója, vagy általánosabban az Internal vs. External Locus of Control klasszikus (Rotter, 1955) változója, aminek szempontját Antonovsky a bevezetőnkben idézett metaforával kéri számon a „behavioral medicine”-től: „Ez az iskola úgy képzeli el, hogy az emberek *feljebb a folyón maguktól ugrálnak a sodrásba, de eszük ágában sincs megtanulni úszni.*”

Tanulmányunk olyan eredményekről számol be, amelyek magyar empirián, Baranya megye felvételi adatain igazolja vissza Antonovskynak ebben a metaforában felvillantott többlet-igazát: a stresszor-tömegeből és ezen belül a szociális és kulturális feltételekből döntő mértékben levezethető egy populáció egészségi állapota, de ezen a hatáskörön még egy réteggel beljebb az úszni tudás és ennek mértéke is tényezője a túlélésnek. Az általában legkésőbb a korai felnőttkorig elsajátított „úszni tudás”, a Koherenciaérzet pszichológiai konstruktumában modellezve és a SOC-29 skála pszichometrikus instrumentumában operacionalizálva empirikusan ellenőrizhető kapcsolatban áll az Ease/Dis-Ease Continuum (EDEC) skálán elfoglalt hellyel. Ezt a helyet baranyai populációnkon háromelemű battériával mértük be: az egészség önértékelése, a vegetatív labilitási panaszok és az idült betegségi panaszok adat-együttesével, illetve ennek egy mutatóba tömörítésével.

De az Antonovsky által örökölt hagyott problematikában is előbbre haladva, vizsgálódásunkat kiterjesztettük az egészségi tematikán túl az életminőség (*subjective well-being*) témakörére is. Azt találtuk, hogy a szalutogenetikus itt legalább olyan erőteljes, mint az egészségi mutatók által letapogatott állapotban. Az EDEC-skálán a SOC-kal párhuzamosan történő le-fel mozgás hipotézise akkor is valószínűsíthető, ha az Ease/Dis-Ease Continuum-ot nem a patológia határzónájában vizsgáljuk, hanem mélyen belenyúlva az egészség térfelébe, a kognitív elégedettség ill. az affektív boldogság különböző fokozatainak skála-szakaszán is.

Miután pedig eljutottunk annak igazolásáig, hogy az EDEC-skálán való mozgás dinamikáját vezérlő habitus, a Koherenciaérzet hatása tényleg nem zsugorodik bele az említett határsávba, még kíváncsibbak lettünk ennek az „egészség és életminőség titkának” a mélyebb, rejtett természetére. Ennek felderítésére a szociológiából illetve a szociálpszichológiából kölcsönzött fogalmi eszközhöz, az értékhez (mint számos middle range kutatási terület „Universalschlüssel”-éhez) fordultunk. Eredményül azt kaptuk,

hogy a *Koherenciaérzet magvában dominánsan az integráló Maitreyan, a proaktív Prométheuszi és a kölcsönös szolidaritást ápoló Keresztény értékek hatnak.*

Kitekintésül rá kell kérdeznünk kutatási eredményeinknek a magyar nemzeti közösség egészségi, illetve általános well-being problematikájára. A kelet-európai rendszer-változás és ennek a biztató kilátások mellett a társadalom és gazdaság állapotára katasztrofális fejleményei ugyanis olyan „történelmi stresszorokat” jelentenek, amikre az egyéni SOC által nyújtható megbirkózó kapacitás kevés, és ahol égetően szükség van olyan szociológiai-szociálpszichológiai konstruktumokra is, mint „a nemzet Koherenciaérzete”. A stresszor-jellegű és mértékű problémák, megrázkódtatások ugyanis a nemzet kollektívumát érik, ahol a magas-SOC egyén is csak korlátozottan maradhat proaktív, és döntő mértékben csupán elszenvedője (talán jó feszültségkezelése által valamivel könnyebben elszenvedője) lehet a „sorsba fordult történelemnek”,⁶⁰ mint a gyengébb koherencia-érzetű.

Ha a „SOC mint csoport-jellemző” (ahol a csoporton mi fókuszoltan a nemzetet értjük) konstruktumát mint történelmi léptékű független változót használjuk, akkor a legközvetlenebb empirikus evidenciát nyújtó *egészség-predikción túl* figyelniünk kell arra az átfogóbb tematikára is, amit „*eltorzult magyar alkat*” elméletében Bibó István (1989, először: 1946) tárgyalt. Itt a problémának rögtön olyan elágazásával találkozunk, hogy vajon a Koherenciaérzet alacsony átlagértéke vagy magas szórás-értéke a rosszabb? Más szóval *egységesen* lerobbant kaotikus lelkiállapot (alacsony érthetőség, bénító tehetetlenség, érzelmi demotiváltság) *általánosan* katasztrofális morbiditási és mortalitási adatokkal, vagy mély szakadék (*cleavage, gap, abyss*), amelynek egyik magasabb, „naposabb” partján a szerencsés kevesek „értik-teszik-élvezik”, amire kivételes sorsuk módot ad nekik, a másik, mélyebben és sötétebben pedig a kizsároltság és pusztulás honol? A publikációt a konvenciók szerint záró *kitekintésünkben* következő kutatási vállalásunkként így azt említjük meg, hogy (például a SOC normatív adatainak nemzetközi összehasonlításba való bevonásánál egyforma gondot fordítva az átlagok és a megosztottság mértékét jelző standard devianciák összevetésére), megvizsgáljuk: honnan fenyeget akutabb veszély, illetve hol lehet inkább ígéretes támadáspontja egy országos akciókutatási, illetve fejlesztési projektnek.

⁶⁰ Vö. Losonczi Ágnes (2005)

3. A KUTATÁS TOVÁBBI LEHETSÉGES IRÁNYAI

3.1. A szalutogenezis konstruktum és vizsgálati battéria empirikus kereszt-validálása a Wellness-konstruktum koncepciójával és vizsgálati eszközével

(Szemelvény: Tóth Á., Rétsági E., Jeges S., Varga K.: „Salutogenesis: Unraveling the Mystery of the Perceived Wellness”. Az *EJMH*-számára előzetesen elfogadott, jelenleg kimunkálás alatt lévő cikkből)

Bevezetés

Aaron ANTONOVSKY nevezetes művei: *Health, Stress, and Coping* (1979), és *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well* (1987) a különféle betegségek rejtett okainak („titkainak”) a 19. század eleje óta egyre mélyrehatóbb és biztosabb feltárása után azt az új paradigmát nyitó kérdést vetette fel, hogy a *Health-Ease/Dis-Ease Continuum* (HEDEC) skálán a pozitív pólus közelében való megkapaszkodás, illetve az oda való visszatérés dinamikájának mi lehet a peculiar secret-je.⁶¹ ANTONOVSKY ezt a látens okot, „mystery”-t a *Sense of Coherence* (SOC) pszichológiai és egyben szociológiai⁶² konstruktumában vélte felfedezni.

Számos külföldi valószínűsítés (cf. az említett ANTONOVSKY közleményeken túl: KOBASA et alii 1982, STRÜMPFER 1995, BAHRS et alii 2003, MADDI 2004) és az ezekre való hazai reflektálások (cf. KOPP-SKRABSKI 1992, FELVINCZI, 2002, VARGA 2004, VARGA 2005a, OLÁH, 2005, VARGA 2005b) nyomán nálunk is empirikus validálást nyert a Sense of Coherence teszt mint szignifikáns egészség-prediktor. A jelen tanulmányunk előzményét képező két kutatási jelentésünk alapján (JEGES-VARGA, 2006, JEGES-VARGA 2008)⁶³ tehát rendelkezésre áll az ANTONOVSKY-féle SOC-modell és instrument magyar populációra validált változata. Ám e tanulmányainkban tovább is vezettük az

⁶¹ Ugyanerre a „titokzatos” jelenségre utal egy évtizeddel később ADAMS et alii. (1997) is az ilyen kitételekkel:

„many models have been developed in an effort to *better understand the naturally occurring variability in health*” (208)

vagy még explicitebb fogalmazással:

„*unexplainable phenomena such as [...] diseases that spontaneously go into remission support the notion that many factors which influence health are simply unknown*” (ibid).

⁶² Hogy a Sense of Coherence nemcsak pszichológiai, de szociológiai konstruktum is, ennek hangsúlyozására szükségünk lesz, amikor a jelen dolgozatunk címében megjelölt téma és első alcímében feltett kérdés kapcsán szembesülünk ADAMS et alii. (1997, 2000) azon felfogásával, mely a Sense of Coherence-et saját komplex *Perceived Wellness* konstruktumuknak csupán egyik, nevezetesen a *pszichológiai komponensévé* zsugorítaná.

⁶³ Mind a Baranya megyei 1400 fős empiriára támaszkodó említett két publikáció--a Semmelweis Egyetem *EJMH* fórumában megjelent, súlypontilag egészségtudományi (JEGES-VARGA, 2006), illetve a Pécsi Tudományegyetem *JURA* c. folyóiratában új súlypontot képező JEGES-VARGA (2008) dolgozat-, mind a 600 fős új empiriára épülő jelen tanulmány az „*Értérendszer, életminőség, egészségi állapot*” című, T 046957 számú OTKA projekt eredmény-beszámolója. Sőt az első két közlemény nemcsak az „*unraveling the mystery of health*” ANTONOVSKY féle alaptételét valószínűsítette (a Sense of Coherence construct egészének egészséget predikáló erejéről), de azt is kimutatta, hogy három komponense külön-külön milyen százalékban magyarázza a HEDEC varianciáját (igy: a *Sense of Comprehensibility* $R^2 = 15,5$ %-ban, a *Sense of Manageability* $R^2 = 12,0$ %-ban és a *Meaningfulness* $R^2 = 8,6$ %-ban). Továbbá releváns részletekbe menően azt is kimutattuk (ami a különféle közelítések konstruktum-elemeinek jelen tanulmányunkban vállalt szembesítésénél kap szerepet), hogy a Health Ease/DisEaseContinuum komponensei közül az egész Sense of Coherence-től a legmasszívabb hatást a *Vegetative lability* (HENNENHOFER-HEIL, 1975) mutatója nyerte: $R^2 = 17,9$ %-ban, ezt követte a *Self-assessment of health* (JEGES-TAHIN-TÓTH, 1997) mutatója: $R^2 = 8,3$ %-kal, végül természetesen legalacsonyabb explained variance-szal, de szintén $p < 0,001$ szignifikancia szinten a *Number of chronic disease* (TAHIN-JEGES-CSANAKY 1993) mutatója: $R^2 = 3,8$ %-kal.

„*unraveling the mystery of...*” típusú vállalkozást. Egyfelől még mindig ANTONOVSKY-t követve a Sense of Coherence-szel történő „unraveling”-et az egészség titkán túl az emberi élet további pozitív aspektusainak latent, hidden („*mystical*”?) faktoraira is kiterjesztettük - ezeken belül konkrétan a *Quality of Life* egyik operacionalizált fogalmára (WARR, COOK, WALL, 1979)⁶⁴. De másfelől már ANTONOVSKY életművének perspektíváján is túllépve próbáltunk meg magának e „*titokfejtő SOC*”-nek a *titkába is behatolni*: az egészség misztériumaként ANTONOVSKY által megtalálni vélt attitudinal-behavioral construct, the Sense of Coherence „mélyéből” próbáltunk meg felszínre hozni egy még mélyebb: *értékrendszeri* „titkot”, a ROKEACH (1976) féle szemlélet szerint:

„A value is a disposition of a person just like the attitude, but *more basic than an attitude, often underlying it*” (p. 124)⁶⁵.

A jelen kutatási beszámolómban, ahol a súlypont már átkerült *az elméleti tisztázásról a gyakorlati alkalmazás programjára*⁶⁶, kikerülhetetlenül fennmaradt még a tisztázandó kérdés: folytathatjuk-e ezt az „*unraveling the mystery of...*” sorozatot ama *Perceived Wellness* construct vonatkozásában is, amely új survey-nk egyik központi kategóriája lesz (azé a survey-é, melynek eredményeivel fejlesztési programot szándékozunk alapozni)? Itt ugyanis, mint jeleztük, a komplex konstruktumok mint „rivális”

⁶⁴ Aki hipotézisei közé felvette a Sense of Coherence-nek a pusztán egészség-érték predikálásán túlmutató, az emberi élet további aspektusaira is kiterjedő pozitív hatásának a feltételezését:

“If the SOC is indeed related to health, should it not then reasonably be expected to be related to a variety of aspects of well-being? If successful coping with life stressors has positive consequences for health, should it not also have positive consequences for satisfaction, happiness, morale, and positive affect? Should we not also expect positive consequences of a strong SOC for task performance?... Should we stretch the idea of ‘task performance’ beyond instrumental matters and include the ability to realize one’s potential, to communicate well with others, to tolerate frustration and bear with pain, to be open to new experience, and so on, and so forth? (ANTONOVSKY 1987, 180)

Így második empirikus eredményeként mutathattuk be, hogy a Sense of Coherence egésze és mindhárom komponense a WARR-COOK-WALL (1979) skálán mért *Quality of life* szignifikáns prediktorának is bizonyult.

Nagyon beszédes volt az, hogy a Life-quality két elemére, a *Cognitive satisfaction*-re, illetve a *Affective happiness*-re melyik SOC-komponens milyen erős hatást gyakorolt. Nevezetesen, míg a *Affective happiness*-re közvetlenül értelmezhetően a *Meaningfulness* gyakorolta a legerősebb pozitív hatást ($R^2 = 14,1$ %-os megmagyarázott varianciával), a *Cognitive* („calculating”) *satisfaction*-re szintén plauzibilis módon a Sense of manageability ($R^2 = 12,7$ %).

⁶⁵ Ennek az ilyen irányú kutakodásnak kettős indoka volt: egyfelől „az értékfogalom sikertörténete” sugallta, hogy ez a humán tudományok legkülönbözőbb alkalmazott területein szinte „tolvajkulcsa” („*Universalschlüssel*”-e) lehet az attitudinal and behavioral diszpozíciók megértésének (KLAGES, 1992); másfelől az életminőség és az értékrendszer szoros kapcsolatára eső külön hangsúly miatt is, miszerint a jelenkor egyik empirikusan kimutatható target value-ja épp a *Quality of Life*, amit az instrumental value-ként azonosított emancipating courage ki akar harcolni magának (ROKEACH, 1976, VEENHOVEN, 1993, VARGA, 2003, 90) - Egyébként az Sense of Coherence attitudinal and behavioral construct „mélyén” a MORRIS (1956, 1964) rendszerében definiált következő értékeket találtuk:

“[t]he value system of the strong SOC person assigns first place to the *Maitreyan* value, which integrates thought (meditation), action (the shaping of things) and consumption (pleasure), but the other two are close behind: emphatically proactive *Promethean*, and *Christian*, a value fostering mutual social support.” (JEGES/VARGA, 2006, 65)

⁶⁶ Ennek megfelelően a vizsgálati témánknak a state of the art-tal való szervesítéséhez az egészség rejtett tényezőit vizsgáló nemzetközi szakirodalom olyan elméleti súlypontú publikációit, mint Adams et alii (1997) és az olyan, az elméleti modelleket közvetlen operacionalizálással validálókat, mint Adams et alii (2000), csak rávezetőkként használjuk az olyan gyakorlati művelei vezérfonalat nyújtókhöz, mint a Rengers et alii (2000). A *Perceived Wellness* elméleti modelljét az Adams et alii cikkek kifejtésében tárgyaljuk, ugyanakkor az instruments of investigation and development battériát a Rengers et alii (2000) -ből vettük, így empirikus eredményadataink is közvetlenül az utóbbiakéval szembeíthatók és aznelőbbiekkel csak közvetve.

értelmezések „pozícióharcának” lehetünk a tanúi. A szembesítés nem új keletű. Az ADAMS et alii (1997) PW-jében is jelentkezik az ANTONOVSKY SOC-jében tételezett *world view or life strategy*, de e kutató-team explicitebb módon is szembesíti a saját philosophical foundation-ját a salutogenic orientation-nel. A PW-nek az SOC komplexitásával legalább egyenrangú, de még inkább átfogóbb integratív erejét a vállalt *systems approach*-ból eredeztetik:

„ANTONOVSKY contributed to the use of the term 'salutogenic', which simply means 'health causing'... It is evident that wellness is widely recognized as the conceptual anchor of a salutogenic orientation... Perceived wellness is a multidimensional, salutogenic construct, which should be conceptualized, measured, and interpreted consistent with an integrated systems view.” (op. cit. 209)

Későbbi tanulmányukban path analysis model-ben függőváltozójuk, a Perceived Wellnes csak úgy volt predikálható a független változóként használt Life Purpose változóval, ha beiktatták közvetítőnek a Sence of Coherence-t (és az optimizmust):

„The finding suggested that an optimistic outlook and Sense of Coherence must be present for life purpose to enhance a sense of overall well-being” (ADAMS et alii 2000,)

Ez az eredmény kedvező is lehetne a Sense of Coherence kauzál-strukturális státuszára, de nem hagy kétséget afelől, hogy ADAMS et alii koncepciójában mik a „hierarchia-viszonyok”. Nevezetesen, hogy az SOC csupán egy komponense a 6 közül⁶⁷ – éspedig only the psychological one - of the overall wellness.⁶⁸ Ezért, jóllehet a magasan komplex Perceived Wellness definíciója a fogalom fölérendelt státuszát hangsúlyozza:

„Perceived Wellness is the sense that one is living in a manner that permits the experience of consistent, balanced growth in the emotional, intellectual, physical, psychological, social, and spiritual dimensions of human existence” (ADAMS et alii, 1997, 2000)

mégis, a PW-constuct-nak legalább két elemét is tartalmazó SOC arra irányuló esélyéről nem kell eleve lemondanunk, hogy az „unraveling the mystery of...” vállalkozásban mélyebb magyarázó erővel bíró ingredienst tudunk kimutatni benne.⁶⁹

A Perceived Wellness notion-ben az integráló minőséget éppen a „perceived” elem garantálja, és épp ez az, amivel az ADAMS et alii team claimed to have promoted the state of the art of the wellness-research:

„The wellness model and corresponding measure we present are based on perceptions of wellness. Because most wellness measures address clinical, physiological, or behavioral manifestations of disease or risk factors of disease, the Perceived Wellness Survey (PWS) is unique. The focus on perceptions is important for several reasons... [e.g.] The social support literature indicates that perceived support rather than received support has the most powerful influence on health, and the stress lite-

⁶⁷ A PW-modell hat komponense: Emotional centeredness, Intellectual stimulation, Physical resilience, Psychological optimism, Social connectedness, Spiritual life purpose.

⁶⁸ Ez pedig azért is problematikus, mert a Sense of Coherence három komponense közül az egyik – és épp a central (!) – az a *Sense of Meaningfulness*, amely ADAMS et alii konceptualizálásában átkerül a Perceived Wellness psychological dimension-jából a spiritual dimension-jába.

„Being high on comprehensibility does not necessarily mean that one believes one can manage well... High comprehensibility (C) combined with low manageability (MA) leads to strong pressure to change. The direction of movement will be determined by the Sense of Meaningfulness (ME):

High C + low MA + high ME → high C + high MA + high ME

High C + low MA + low ME → low C + low MA + low ME”

(ANTONOVSKY 1987, 21)

⁶⁹ Természetesen nem öncélúan, hanem annak érdekében, hogy jobban megértjük a gyakorlati wellness-programot megalapozó kauzál-strukturális modell dinamikáját.

ature suggests that perceptions of internal resources enable individuals to survive a thrive under conditions of extreme stress.” (ADAMS et alii, 2000, 166)⁷⁰.

A Sense of Coherence *szociológiai* relevanciája révén kitörhetünk a konstruktum ADAMSÉK által sugallt pszichológiai beszűkítéséből. ANTONOVSKY (1987) ugyanis új konstruktumának már eleve *szociálpszichológiai* funkcióját hangsúlyozta azzal, hogy benne annak a titkát találta meg, hogy *ugyanolyan sanyarú körülmények között* egyesek hogyan és miért képesek jobb pozíciót elérni a HEDEC-skálán, mint mások.⁷¹ Sőt konkrétan az SOC személyben való kialakulásának folyamatát vizsgálva - aminek döntő szakaszát épp arra a korosztályra tette, mely saját jelen, egyetemistákat vizsgáló kutatásunknak is a tárgya -, a konstruktum kialakulásának *sociological setting*-enként differenciált valószínűségeit szembesítette egymással.⁷² Ezzel egyfelől eleve kivédte, hogy egy későbbi teoretizálás egy átfogóbb notion (mint a PW) pszichológiai komponensévé szűkítse, de másfelől outlook-ot nyitott arra is, hogy későbbi empirikus kutatások (mint a mienk is) újra vállalják a kihívást: hogyan lehet utat találni – esetleg egy másik átfogó elméleti közelítéssel interakcióban, mint amilyen akár a *Perceived Wellness notion* is – a salutogenetikus szemlélet *szociológiai* tényezőkkel számoló fejlesztési programokban való gyümölcsötetéséhez.

⁷⁰ De már előbb a releváns health literature-ból is a perceptions témája ragadja meg őket:

“Regarding perceptions of health WILSON and CLEARLY stated: ‘They represent an integration of health concepts. They are among the best predictors of the use of general medical and mental health services’. Thus how we ‘see the world’ appears to powerfully impact our health and wellness.” (ADAMS et alii, 1997, 208)

A perceptions momentumot a jelen OTKA-project kutató teamje is központi a fontosságúnak tartotta és tartja. Our first component of the dependent variable Health Ease/Disease Continuum (HEDEC) has been (JEGES-VARGA, 2006, JEGES-VARGA, 2008) and still is (in the present TÓTH-RÉTSÁGI-VARGA study) the *Self-Assessment of Health*, preceding such physiological and clinical measures as *Vegetative Lability* (HENNENHOFER-HEIL, 1975) or *Number of Chronic Diseases* (TAHIN-JEGES-CSANAKY, 1993).

⁷¹ “My fundamental philosophical assumption is that the river is the stream of life... My work has been devoted to confronting the question: ‘wherever one is in the stream—whose nature is determined by historical, social-cultural, an physical environmental conditions—*what shapes one’s ability to swim well?*’ I did not inquire into the causes of poverty, war, unemployment, or pollution, never dreaming that anyone would understand my work as implying that these were not fundamental to understanding movement along the *health ease/dis-ease continuum*. I did commit myself to the argument that how well one swims is determined in good measure, though not solely, by one’s SOC. *Given the same objective characteristics of the river*, people will manage more or less well... *Given an environment, some individuals and groups did much better than others. I sought their secret.* The answer proposed was the SOC“ (ANTONOVSKY 1987, 90-91).

⁷² “The stressors that inhibit the SOC and the generalized resistance resources (GRRs) that enhance it are *fare from being randomly or equally distributed in all human communities. They may fairly similar in a middle-class Stockholm community, a skilled-working-class Mormon family in Salt Lake City, and an ultra-Orthodox Jewish family in Jerusalem, despite the vast differences. But they differ greatly in London’s Kensington and Johannesburg’s Soweto....* Having clarified what I mean by ‘pattern of life experiences’, I can turn to a systematic consideration of the *life cycle* in which I shall concentrate on the conditions that underlie the emergence and reinforcement of a strong SOC...” (ANTONOVSKY, 1987, 91-94)

3.2. A szalutogenezis koncepció és mérőrendszer egyéb alkalmazási területei: Az eredeti skálával egyenértékű rövidített felvételi műszer bevetése egy EU-szponzorálta nemzetközi érték-vizsgálatba

(Károly Varga, Sára Jeges, Miklós Losoncz: *Health Capital in the “Cis-Elbanian” vs. Trans-Elbanian “ Grand Regions Frame Disputes about Framing Ambiguities and Misframings /Az EJMH által közlésre elfogadott/⁷³ cikk összefoglalója)*

Absztrakt

Az a tény, hogy Magyarországon (amely egyedül képviseli egy EU-projectben az Elba-Lajta vonaltól keletre fekvő nagy-régiót – szemben öt “Cis-Elban” országgal /Ausztria, Egyesült Királyság, Hollandia, Németország, Svájc/), a férfi népességből 20 százalékkal (!) kevesebben érik meg az aktív életkor végének tekintett 65. életévüket, mint átlagosan a project nyugat-európai tagországaiban, azt a feladatot róta a kutató kollektívának az egyetlen “árnyékos oldalon” fekvő országot képviselő teamjére, hogy a kutatás hipotéziseinek kauzálstrukturális modelljébe vetesse fel magyarázó független változónak az *egészség-tőke országoként eltérő állapotát*.

A project kauzálstrukturális modellje eredetileg úgy volt felépítve, hogy egyfelől megmagyarázandó (explanandum) függő változóként az országoként kiválasztott egy-egy régióból (Stájer, Wales, Dél-Nyugat Hollandia, Bazel és környéke, Győr és környéke), illetve egy nyugat- és egy kelet-német régióból (Ruhr és Barandenbeurg) kiválasztott 30-30 vállalatnak saját és a régió fejlődésére kiható eredményessége szerepelt négy mutatóval (innovativitás, emberi erőforrás fejlettsége, életminőség, környezeti felelősség); másfelől megmagyarázó (explanans) független változóként – illetve szigorúbb metodikai szemléletben és terminológiával: az esetek nagy részében csak kölcsönható (interdependens) változóként – az illető régiók (nemzeti) kultúrája és az ott “beágyazott” minta-vállalatok szervezeti kultúrája közötti interakció minősége és dinamikája.

E kauzálstrukturális modell érvényességét és magyarázó erejét lett hivatva ellenőrizni a hat ország hét régiójában végrehajtás alatt álló empirikus vizsgálat. Ebbe a modellbe építette bele a magyar fél a Wallerstein-féle centrum vs. (semi)periphery nominális változó (saját terminológiánban: Cis- vs. Trans-Elbanian break-down) egyik elemeként a számos hipotetizált (és empirikusan megerősített) összefüggés mögötti *frame* gyanánt az egészség-tőke külön vizsgálandó értékét. Ez utóbbit absztraktabb

⁷³ EU-project: “*Corporate Culture and Regional Embeddedness*” FP 6. A nemzetközi project magyar intézményi résztvevője a 2006-os előkészítő évben a Pécsi Tudományegyetem volt. 2007-től ezt a győri Széchenyi István vette át.

Elfogadási igazolás a European Journal of Mental Health részéről:

Varga Károly, Jeges Sára & Losoncz Miklós
(Kapcsolattartó szerző: Varga Károly, Széchenyi István Egyetem)
Tárgy: publikáció - EJMH 04 (2009) 1 Health Capital

IGAZOLÁS

Varga Károly, Jeges Sára & Losoncz Miklós szerzők részére, amely szerint a szaklektor és a szerkesztőbizottság ajánlása alapján az ‘Health Capital’ c. kéziratot a főszerkesztők az *EJMH* 2009/1. számába közlésre elfogadták. A tanulmány várhatóan 2009. májusában fog megjelenni.
Budapest, 2008. június 23.

Tomcsányi Teodóra
intézetigazgató egyetemi tanár
főszerkesztő

síkon az Antonovsky-féle *Salutogenesis* tesztnek a Magyar validációs vizsgálatban kapott, az eredetit egyötödére tömörített változatával mérjük.

4. FÜGGELÉK

4.1. Első szakmai részjelentés

(2005.01.01.)

Az elért eredmények rövid ismertetése:

A jóváhagyott munka és ütemterv első pontja szerint feladunk volt az értékrendszer, életminőség és egészségi állapot komplex témakörében - ezek kapcsolódási pontjaira fókuszálva - a nemzetközi és hazai irodalom áttekintése.

Ennek eredményeiről Varga Károly készített egy 27 oldalas műhelytanulmányt: „1. sz. Haladási jelentés az elemző szakirodalom-áttekintésről” (1), továbbá írt egy tanulmányt: „Az egészségérték fejlesztése” címmel, amely az Egészségfejlesztés című folyóirat 2005. februári számában jelenik meg (2). Kézirat formájában elkészült a témakörben ugyanezen lap számára egy újabb cikk: „Szalutogenezis – a visszacsapás rugóhatása” címmel (3).

A három elkészült anyag absztrakt-összefoglalóját egyenként a következőkben adhatjuk meg:

ad 1. Ez a kéziratban maradt műhelytanulmány (melynek néhány eredményét már felhasználunk a másik két publikálásba került cikkben) három neves egészségügyi kutató műveit elemzi a projekt célkitűzései szempontjából.

- A német Stosbergét arról, hogy az OTKA-projektünk koncepcióját megszabó „szalutogenetikus” irányzat hogyan helyezkedik el a korszerű egészségügyi rendszerben.
- A svéd Lindströmét arról, hogy maga az egészségügyi tudomány hogyan szervesül az interdiszciplináris életminőség-kutatás átfogóbb rendszerébe.
- A holland Hofstedét (és tanítványait) annak kapcsán, hogy a szalutogenezis-modell magyar empirikus adatok alapján történő felülvizsgálatában miképp használhatjuk fel a Hofstede-iskola nagyjelentőségű kultúranthropológiai felfedezését, miszerint a halálhoz közelebbi adatokban a nemek között található feltűnően nagy különbség hipotetikus magyarázható a stresszorokkal való szalutogenetikus „megbirkózásnak” a női kultúrára jellemzőbb képességgel.

ad 2. Ebben a februárban (technikai okokból március elején) megjelenő cikkben felvázoltuk a „Szociodemográfiai és pszichoszociális tényezők szerepe a morbiditás és mortalitás előrejelzésében” című (T 032508 számú) OTKA-projektnek azt a szalutogenetikus típusú eredményét, amely – a hazai szinten szokatlan módon – longitudinális adatokkal mutatja meg, hogy a túléléshez milyen értékrendszeri tényezők járultak hozzá. Ebből az eredményből vezeti tovább a cikk a szalutogenetikus szemléletnek a patogenetikustól eltérő kérdésfeltevése implikációit. Kitér az Ottawai Folyamat szalutogenetikus kérdésfeltevésének hazai egészségügyi, többek között az egészségügyi oktatásával kapcsolatos követelményeire. Végül bedolgozza a műhelytanulmány Hofstede-vel foglalkozó részének a feminin kultúra szalutogenetikus hatásával kapcsolatos megállapításait.

ad 3. Ebben az áprilisi megjelenésre már leadott cikkben a nevezetes Pygmalion-effektusból kiindulva főleg Antonovsky nyomán felvázoljuk a patogenetikus közelítésnek a szalutogenetikustól elmaradó, csonka és sok esetben használhatatlan eredményeit,

majd kibontjuk a szalutogenetikus orientáció központi elemének a Sense of Coherence-nek néhány stratégia-tani implikációját, minek nyomán jelentős részben vissza tudjuk igazolni Antonovskynak „a stresszorok rehabilitációjáról” szóló merész tételét.

A jóváhagyott munka és ütemterv második pontja szerint elkészítettünk egy olyan, komplexitását illetően új kérdőívet, amely az érték vs. életminőség vs. egészség témát igyekszik letagogatni. Ezt egyfelől a már említett T 032508 számú OTKA-projektünkben használt kérdőív, másfelől az eddigi érték- és életminőség-vizsgálatainkban alkalmazott tesztek releváns elemeiből állítottuk össze.

A kérdőívet 217 fős véletlen lakossági mintán teszteltük. (A kérdezők egészségtan tanár szakos főiskolai hallgatók voltak). Ennek során nyilvánvalóvá váltak a kutatási célkitűzéseink operacionalizálásában jelentkező metodikai erősségek és gyengeségek. A kérdezés és az adatfeldolgozás tapasztalatai, valamint a szakirodalom további tanulmányozása során született újabb ötletek alapján módosítottuk a kérdőívet. Az újabb kérdőív pilot-jellegű adatfelvétele 60 fős mintán jelenleg folyik.

Bár a pilot study-nak nem célja tartalmi eredményeket is produkálni, a 217 fős mintán végzett vizsgálatunk során néhány ilyenrel is találkoztunk, amik a törzsfelvétel koncepciójának árnyalásában is hasznosulnak. (Például a kérdőívünkben szereplő, Hofstede-féle masculinity-femininity kérdéscsoport hipotetikus szembesítése a túlélési valószínűséget emelő egészségtudatossági ill. egészségértéki item-ekkel. Itt még további változókontrollok segítségével várjuk a Hofstede-iskola számára bemutatható (és ezzel a „tudományos világpiac” vérkeringésébe bejuttatható) konklúzív eredmények megszületését.

Az első, eredetileg csupán vagy főleg kérdőív-kipróbálásra tervezett interjúk adatainak feldolgozásából tehát olyan tartalmi eredményekhez is jutottunk, amelyeket beépítünk az időközben pontosabb körvonalakat nyert nagyfelvétel (a kutatás törzse) alapjaiba.

Beszámolóink harmadik pontjaként megemlítjük, hogy az Országos Egészségfejlesztési Intézet kutatási együttműködési lehetőséget keresve felvette a kapcsolatot a témavezetővel és munkatársaival. Mivel projektünk alapkutatási eredményeit kezdettől alkalmazott kutatási, illetve fejlesztési célok irányába terveztük kifuttatni, jelentős segítségként fogadtuk azt a fejleményt, hogy a hazai egészségfejlesztés központi intézményi bázisával jöhet létre szoros munkakapcsolat. Így empirikus vizsgálatunk egészség- és értékszociológiai témaköreit kibővíthetjük az Országos Egészségfejlesztési Intézet témaprofiljában is szereplő feladat-pontokkal (például az egészségfejlesztéssel és az oktatással kapcsolatos kérdéskörökkel).

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet és kutatóhelyünk közti együttműködés pontos részletei a jelen beszámoló benyújtását követő hetekben kerülnek kidolgozásra. Ha az OEFI hozzájárul a kutatás költségeinek fedezéséhez, az OTKA projekt keretében kidolgozott metodikával és a résztvevő kutatók módszertani felügyelete mellett más régiókra is kiterjesztjük a vizsgálatot.

4.2. Második szakmai részjelentés

(2006.01.04.)

Az elért eredmények rövid ismertetése:

2005-ben megtörtént az empirikus adatfelvétel, az adatrögzítés és elkészült a kutatási koncepció szempontjából legfontosabb tételek nyers elemzése. A mintavételt a terve-

zethez képest lényegesen kibővítettük. Jelenleg 1242 fő értékelhető adatával rendelkezünk az 1988-as minta terepén, a követéses vizsgálatunk mintájához nemre, korra és településtípusra nézve rétegzett szekvenciális véletlen mintavételi módszerrel igazított mintán –hogyan adatainkat az 1988/89-es alapvizsgálat adataival összevethessük–, valamint a megye, sőt az ország határain túli településekre kiterjedően is történt adatfelvétel (egy vajdasági magyar lakta faluból 214, Erdélyből 271 elemű mintánk van). E két utóbbi mintát bővíteni fogjuk, jelen kutatási periódusban még nem elemezzük részletesen. Összesen 1900 interjú készült, melyekből 47 kérdőív volt értékelhetetlen (2,5 %) túlságosan hiányosan kitöltés, illetve bizonyos kérdések félreértelmezése miatt.

A terepmunka mellett elkészültek a komplex változókat előállító és az alapelemzések programjait leíró SPSS syntax file-ok. A következő kérdésekre kerestünk választ:

1. 1988/89-hez képest változott-e a 20-59 év közötti korosztályokban a lakosság: egészség-érték megítélése, egészségtudatossága, általános egészségi állapota?
2. A 2005-ös felmérés alapján: az egészségi állapotot jellemző különböző skálák közt mennyire szoros a korreláció? „Működik”-e a magyarra fordított eredeti Antonovsky –féle SOC skála (dimenzióinak elemzése faktoranalízissel, majd szerepük vizsgálata az egészségi-állapot alakulásában); „Működnek-e” a különböző értékszociológiai mérőeszközök? A fentiek mennyiben függenek elsősorban a nemtől és az életkortól? Továbbá többváltozós regressziós modell-kísérleteket végeztünk az egészségi állapot-dimenziókat mint függő változókat magyarázó prediktor tényezők feltárására.

ELŐZETES EREDMÉNYEK, amelyek statisztikai relevanciáját a nemeken és 10 éves korcsoportokon belül kétmintás t-teszttel, illetve Mann-Withney próbával ellenőriztük:

Az egészség más dolgokhoz viszonyított értéke a férfiak körében, főleg a fiatalabb korcsoportokban az 1988/89-es felvételhez képest csökkent. A nők a férfiakhoz viszonyítva minden korcsoportban az egészségnek nagyobb értéket tulajdonítanak és tulajdonítottak a korábbi felvételnél is, náluk e téren nincs szignifikáns változás.

Az egészségtudatosság–nak nevezett változó összetevői nem párhuzamosan változtak. Az egészségről-betegségről való ismeretek szintje mindkét nemből és a legtöbb korcsoportban (különösen a 30-39 évesek körében) 2005-ben általában magasabbnak bizonyult. Különösen magasabbak az egészséggel való törődés mértékére vonatkozó kérdésre adott válaszok átlag pontszámai (kivéve az 50-59 éves férfiakét). A nők körében e kérdésben is jelentősebb a pozitív irányú változás. Ugyanakkor szinte kivétel nélkül mindkét nemből és korcsoportban csökkent az orvosokba vetett bizalom, mert arra a kérdésre, hogy „Mennyire tartja igaznak a következő állítást saját magára? Ha követem (követném) az orvos tanácsait, javul(-na) az egészségem” szignifikánsan negatívabb választ adtak 2005-ben, mint a 15-16 évvel ezelőtt. Az egészség önértékelése, amely a halálzási valószínűségek becslése szempontjából egyik legerősebb pszichoszociális prediktor változó, a férfiak körében kivétel nélkül minden korcsoportban egyértelműen romlott. A nőknél a 30-49 éves korúak kivételével hasonló megállapítást tehetünk. Az egészségi állapot miatti tevékenység korlátozottság mértéke szintén jelentősen, negatív irányban változott mindkét nemből és korcsoportban, kivéve a 30-39 éves nőket.

Az egészségi állapotjellemzők között erősen szignifikáns korreláció van. Különösen a VELA-teszt és az egészség önértékelése mutat szoros kapcsolatot. A stepwise regressziós modellek alkalmazásával igazolható, hogy mind a SOC dimenziók (comprehensibility, manageability, meaningfulness), mind az SWB két komponense, az affektív boldogság és a kognitív elégedettség szerepe az egészségi állapot és ezen keresztül a mortalitás-vizsgálatok során nem elhanyagolható.

Megjegyzés: Közlésre előkészületben lévő publikáció: Jeges S., Varga K., Tahin T.: Halálozási trendek érték- és egészség-szociológiai megközelítésben. Orvosi Hetilap. 2005. (A lektorok ennek hosszabb változatát rövidítés céljából visszaküldték)

4.3. Harmadik szakmai részjelentés

(2007.01.22.)

Az elért eredmények rövid ismertetése:

A 2006-ban végzett kutatás eredményeinek egy részét „Unravelling the Mystery of the Sense of Coherence” címmel az *European Journal of Mental Health. Individual, Family, Community and Society* című folyóirat 2006. évi 1-2. számában közzétük. (Felkérés érkezett a folytatás közzetésére is.)

A kutatási tervben meghatározott céloknak megfelelően hazai mintára validáltuk az Antonovsky-féle 29 itemes Sense of Coherence (SOC) skálát, valamint validáltunk egy, a magyar mintán az egészségmutatókat legalább ugyanolyan erővel predikáló 6 itemes skálát is.

Az érték-életminőség-egészségi állapot összefüggésrendszer elemzése során végső modelljeinkben a függő változók az egészségi állapot, a well-being és egyéb proszociális és proaktív attitűd-, ill. érték-adatok voltak, független (prediktor) változók pedig az eredeti SOC és komponenseinek (Comprehensibility, Manageability, Meaningfulness) adatai. A szóba jöhető és általunk mért „concurrent” változók köréből a nem, az életkor és az iskolai végzettség (és korlátozott hasznosíthatósággal esetenként a jövedelem-szint) kristályosodtak ki mint olyan kontroll-változók, melyek a SOC kritérium validálására nézve az összefüggéseket torzíthatják, s ezért ezeket a kontamináló tényezőket standard módon minden modellben szerepeltettük.

Az egészségi állapot különböző dimenzióit a kontrollváltozók 10-19 %-ban magyarázták. A vegetatív labilitás mutatója igen érzékeny volt a nemek közti különbségre (a nők több vegetatív labilitási panaszt jelöltek meg általában), míg a manifesztálódott idült betegségek pontszámait elsősorban az életkor befolyásolta. A három egészség mutató (egészség önértékelése, idült betegségek és a Hennenhofer-Heil féle teszt lineáris kombinációjával kialakítottunk egy komplex mutatót, az ún. EDEC (Ease/Dis-Ease Continuum) skálát is, amelyet a későbbiekben szintén alkalmaztunk az egyén egészségi állapotának komplexebb megítélésére.

A well-being mint függő változó kontrollváltozókkal való kapcsolatának elemzése során a család egy főre jutó jövedelmét is kontrollként állítottuk be. Szembeállítva a kognitív elégedettség és az affektív boldogság mutatóit: a kognitív, kalkuláló elégedettséget az anyagi jólét szignifikánsan predikálta, míg az affektív boldogságra nem volt kimutatható hatása, ez utóbbit inkább az iskolai végzettség befolyásolta.

Eredményadataink alapján a magyar populációra is érvényes az a megállapítás, hogy a SOC az egészség érvényes prediktora, azonban nemcsak a lelki egészség dimenziói mentén mért egészségéé, de a testi tünetekben, manifeszt módon megjelenő idült betegségek előfordulási gyakorisága (mint egészség dimenzió) is ezt látszik igazolni. Szemben pl. Fleinsborg és munkatársai és más szerzőknek is azon állításával, hogy a SOC a lelki egészség erős prediktora, de a fizikai egészségre nem mutatható ki jelentős hatása.

Kutatásainkat a továbbiakban ebben az irányban is szeretnénk elmélyíteni (újabb adatfelvételt is tervezünk a kutatási periódus hátralévő részére). Mint megjelent tanulmányunk címe is jelzi -miután hazai viszonyokra adaptált, jól működő SOC skálával rendelkezünk-, arra kerestünk, és keresünk választ, hogy mi az erős SOC titka, mennyi-

ben áll fenn interdependencia a SOC és az egészségi állapotmutatók között, illetve mennyiben tükröznek a kimutatott összefüggések valódi egyirányú kauzális hatásokat. Metodikai szempontból különböző útmodelleket állítunk fel és -a path analízis eszközeivel- teszteljük azokat.

Vizsgálódásunkat kiterjesztettük az egészségi tematikán túl a well-being, ill. a quality of life témakörére is. Azt találtuk, hogy a szalutogenetikus hatás itt legalább olyan erőteljes, mint az egészségi mutatók által letapogatott állapotban. Az EDEC-skálán a SOC-kal párhuzamosan történő le-fel mozgás hipotézise akkor is valószínűsíthető, ha az Ease/Dis-Ease Continuum-ot nem a patológia határzónájában vizsgáljuk, hanem mélyen belenyúlva az egészség térfelébe, a kognitív elégedettség ill. az affektív boldogság különböző fokozatainak skála-szakaszán is.

Miután pedig eljutottunk annak igazolásáig, hogy az EDEC-skálán való mozgás dinamikáját vezérlő habitus, a „Sense of Coherence” hatása tényleg nem zsugorodik bele az említett határsávba, még kíváncsibbak lettünk ennek a „mystery of health and well-being”-nek a mélyebb, rejtett természetére. Ennek felderítésére a szociológiából illetve a szociálpszichológiából kölcsönzött két fogalmi eszközhöz, az attitűdhez és az értékhez (mint számos middle range kutatási terület „Universalschlüssel”-éhez) fordultunk.

Eredményül azt kaptuk, hogy a SOC magyában a személyi felelősségvállalás vállalkozói attitűdje (emellett a nehéz feladatokban való kitartás, elköteleződés és az igény-szintek kitűzése és realista emelése) áll. Értékrendszerében pedig dominánsan az integráló Maitreyan, a proaktív Promethean és a kölcsönös social support-ot ápoló Christian érvényesülnek.

Amikor a SOC-ot tekintettük függő változónak és olyan modelleket alkottunk, ahol a kontrollváltozók mellé az egészségi állapot-mutatókat és egyéb értékrendszeri tényezőket is felsorakoztattunk, az egészségi állapotjellemzők SOC-ra vonatkozó magyarázó ereje az egyes tényezők modellbe iktatása során egyre inkább eltörpült. Ez arra utal, hogy a SOC erősen értékrendszeri tényezőkben gyökerezik, s bár nyilvánvalóan van interdependencia az egészségi állapot és a SOC között, a kauzalitás iránya elsősorban az értékrendszertől a SOC felé mutat, közbeiktatódva a kontrollváltozók hatásaival. Az empirikus adatainkban (közel 1400 fős minta) rejlő információk kiaknázása még folyamatban van.

Hátra van még pl. e valamennyire talán tényleg megfejtett titoknak azokba a szociális és kulturális feltételekbe való visszacsatolása, amik talajából növesztette ki Antonovsky ennek dinamizmusát. Más szóval szembesítenünk kell kutatási eredményeinket a társadalom, konkrétan a magyar nemzeti közösség egészségi, illetve általános well-being problematikájával.

4.4. Összefoglaló magyar és angol nyelven

Összefoglaló

Projektünk célja az „egészség eredetének” kutatása egészség- és értékszociológiai eszközök integrálásával.

Baranya megyei lakossági mintán egészségi kritériumok (egészségi állapot önértékelése, vegetatív labilitás tünetek, idült betegségek és az ezekből kialakított ún. EDEC skála) alapján validáltuk az Antonovsky-féle koherencia skálát (SOC), majd megvizsgáltuk ennek prediktívitasát az általánosabb well-being mutatókra.

Eredményeink a SOC-változó prediktív erejét tanúsítják minden egészség-mutató vonatkozásában. Erős predikcióját könyvelhettük el a well-being (kognitív elégedettség, affektív boldogság) kritérium-adataival szembeesítve.

Attitűdinális és értékrendszeri tartalmait explorálva azt találtuk, hogy a SOC mélyebb rétegeiben a vállalkozói attitűdnek is részét képező személyes felelősség-vállalási készség található, míg értékrendszeri magvában dominánsan az integratív Maitreyan, a proaktív Promethean és a kölcsönös social support-ot ápoló Christian érvényesülnek.

A három kulcsfogalom közötti interdependenciák elemzése megerősíti az „értékrendszer-életminőség-egészségi állapot” kauzálstruktúrális modell érvényességét.

Kitekintésünkben az Antonovsky által a következő kutatonemzedéknek örökölt „sense of coherence as group property” témáját, mint a magyar nemzeti közösség SOC-szintjének országosan reprezentatív survey-ben való vizsgálatát, ill. akciókutatásban való fejlesztési programját vállaltuk. Ehhez elkészítettük és validáltuk a SOC-skála 6-itesemes változatát, amelyet egy nemzetközi kutatásban hasznosítunk. Kidolgozott eljárásaink további alkalmazást nyertek a PTE fiatalok körében végzett „wellness” kutatásában.

Summary

Our project’s aim is to research the “origin of health” while integrating health- and value-sociological devices.

On a population sample from county Baranya, we validated Antonovsky’s Sense of Coherence (SOC) Scale based on health criteria, (self-evaluation of health status, vegetative symptoms of lability, chronic illnesses and the so-called EDEC scale developed from these). Then we examined their predictivity in the case of more general indicators of well-being.

Our results testify to the predictive power of the SOC variable in every health-indicator. We could also register its strong prediction concerning the criteria of well-being (cognitive satisfaction, affective happiness scales).

Exploring its attitude and value system contents in deeper SOC levels, we found present a readiness to take personal responsibility, which also forms part of the entrepreneurial attitude, whereas in its value system core, the integrative Maitreyan, the proactive Promethean and the Christian maintenance of mutual support predominate.

The analysis of interdependence among the three key concepts affirms the validity of the “value system-life quality-health status” causal-structural model.

In our survey, we undertook the thesis of “sense of coherence as group property” left as a legacy to the next generation of researchers by Antonovsky, as the examination of the Hungarian national community’s SOC level in a nationwide representative survey, as well as its developmental program of action research. For this, we completed and validated a six-item variation of the SOC scale, which we will utilize in an international research. Our implemented procedures gained a further application in a Pécs University research of “wellness” among young people.