

EÖTVÖS LORÁND TUDOMÁNYEGYETEM PEDAGÓGIA ÉS PSZICHOLÓGIA KAR
ELTE PSZICHOLÓGIAI DOKTORI ISKOLA
MUNKA- ÉS SZERVEZETPSZICHOLÓGIA PROGRAM

Juhász Ágnes

Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi
egészségfejlesztés

Doktori disszertáció tézisei

Témavezető: Dr. Antalovits Miklós
Egyetemi tanár

Budapest
2007

A TÉMAVÁLASZTÁS INDOKLÁSA

A Magyarországot jellemző elszomorító népegészségi adatok javulásához átfogó, nagy tömegeket bevonó, megelőző programokra van szükség. Ezeknek a programoknak a finanszírozásában, lebonyolításában kiemelkedő szerepet kellene vállalniuk a szervezeteknek egyrészt azért, mert általában közvetlen anyagi érdekük fűződik dolgozóik jobb egészségi állapotához, másrészt a programok finanszírozásához, megvalósításához is több forrással rendelkeznek, mint a – sokak szerint az összeomlás küszöbén, de legalábbis jelentős átalakulás előtt álló – egészségügy. Bár jelenleg egyre nagyobb figyelem irányul a társadalom több szintjén is az egészség megóvására, fejlesztésére, és a munkahelyeken is egyre több ilyen irányú kezdeményezés, program lát napvilágot, ezek azonban egyelőre szinte kizárólagosan az egyénnel, a dolgozóval foglalkoznak, őt próbálják a fennálló munkahelyi és egyéb megterhelésekkel szemben ellenállóbbá, és egészségesebbé tenni. Sokkal ritkábbak az olyan komplex, longitudinális munkahelyi egészségfejlesztő programok, melyek foglalkoznának magukkal a munkahelyi, potenciálisan egészségkárosító körülményekkel is (szervezeti fókuszú egészségfejlesztés), növelve így az életmód-változtató programok hatékonyságát. A munkahelyi egészségfejlesztő programok magyarországi elterjedésének – egyik - feltétele megbízható hatásvizsgálatok elvégzése és publikálása. Saját kutatásomnak – ennek megfelelően - a célja volt megtenni a kezdő lépéseket egy, az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés elveit és módszereit ötvöző modell kidolgozása felé.

Az egészségfejlesztő kutatás előkészítése során felmerült bennem az igény, hogy részletesebben megismerjem, mit gondolnak ma az emberek az egészségről, a stresszről, ezek kapcsolatáról, annak érdekében, hogy a megszerzett ismeretek felhasználhatóak lehessenek a jelenlegi és a jövőbeli egészségfejlesztő programok kidolgozásához. Hatékony (egészség)nevelés ugyanis elképzelhetetlen az előzetes hiedelmek és tudás ismerete nélkül. Mindezekből kiindulva vizsgáltam a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézeteket.

PROBLÉMAFELVETÉS

A disszertációban két kutatás eredményeit ismertetem. Az egyéni és szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó kutatás előkészítéseként egy kérdőíves vizsgálatot végeztem *a stresszre és az egészségre vonatkozó laikus nézetek feltárására*. Ebben a kutatásban három fő kérdéscsoportot vizsgáltam: Először is vizsgáltam a laikus nézetekre vonatkozó kérdésekre adott válaszkategóriák tartalmát és egymáshoz viszonyított rangsorát: vizsgáltam, hogy mit jelent ma az emberek számára a stressz, az egészség, véleményük szerint mi okozza, illetve segíti elő egyiket, másikat. A változók számának csökkentése érdekében faktoranalízist végeztem külön-külön az egyes kérdésekre, illetve az összes stresszel foglalkozó és az összes egészséggel foglalkozó kérdésre. A kapott faktorokat – ahol lehetséges volt - összevettem a korábbi kutatásokban kialakult struktúrákkal. Az elemzések másik csoportja arra irányult, hogy feltárja, az aktuálisan átélt (munkahelyi és egyéb) stressznek, a szubjektív egészségi állapotnak, és az egyén élethelyzetét befolyásoló illetve tükröző demográfiai változóknak milyen hatásuk van a stresszről és az egészségről alkotott elképzelésekre. Az elemzések harmadik csoportja a stresszel és az egészséggel kapcsolatos kogníciók, vélekedések belső összefüggéseinek vizsgálatával foglalkozott. Az összefüggéseket a kérdőív összes kategóriáján együtt végzett faktoranalízis segítségével próbáltam meg felderíteni.

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

HIPOTÉZISEK

I. A stresszről és az egészségről alkotott köznapi felfogások

I.1. A stresszről és az egészségről alkotott laikus nézetek elemei

a./ Az egészségről és a betegségről alkotott nézetek belső struktúráját faktoranalízissel vizsgálom. Vizsgálni kívánom, hogy a kapott faktorstruktúra mennyire feleltethető meg az egészségről alkotott nézetek esetében d’Houtaud és Field (1984), valamint Pierret (1995) más módszerrel kapott dimenzióinak, illetve a stresszre vonatkozó nézetek esetében Furnham (1997) faktorainak. Feltételezem, hogy egy világos, értelmezhető faktorstruktúra fog kialakulni minden kérdés, illetve a kérdőív két fő része esetén (stressz és egészség nézetek)

b./ A kitöltő által gyakorolt egészségviselkedésekre vonatkozó kérdés – az általános egészség attribúciós kérdésnél – erőteljesebben hozza elő a valódi személyes hiedelmeket, s kevésbé a köztudatban uralkodó nézeteket. Így azt várom, hogy az egészségviselkedésekre vonatkozó kérdésre kisebb gyakorisággal fognak a vizsgálati személyek az egyén felelősségét feltételező – a modern egészségnevelési elveket tükröző – választ adni, mint az egészségattribúciós kérdésre.

I.2. Demográfiai mutatók szerinti eltérések, az aktuálisan átélt stressz és egészségi állapot szerepe

a./ A demográfiai változók (kor, nem, iskolai végzettség) valamint az aktuálisan átélt stressz és az egészségi állapot szignifikáns előrejelzői lesznek a stressz és egészség faktoroknak.

b./ Feltételezem, hogy az iskolai végzettség – úgyis, mint a szociális-ökonómiai státusz mutatója - összefügg a stressz és az egészség meghatározásával, az egészség attribúciójával, és a gyakorolt egészségviselkedésekkel. Az eltérések oka a modern egészségnevelési elvek eltérő ismerete a különböző társadalmi rétegekben. (Ennek megfelelőjét a betegségmagyarázatoknál lásd Szántó – Susánszky (2006), valamint Herzlich (1973), d’Houtaud és Field (1984) és Pierret (1995) eredményei).

c./ McCormick (1997) eredményei alapján azt várom, hogy az aktuálisan átélt stressz befolyásolja a stressz meghatározását, összefügg a stresszorok mibenlétével.

d./ Irodalmi eredményeknek (lásd például Rydstedt et al., 2004) megfelelően azt várom, hogy a stressz attribúciós faktorok megmagyarázzák az átélt stressz variációjának egy jelentős részét.

e./ Feltételezem, hogy az aktuálisan átélt egészségi állapot befolyásolja az egészség meghatározását, az egészség attribúcióját (önkiszolgáló torzítás, megfelelőjét a betegségmagyarázatoknál lásd Szántó – Susánszky (2006)), és az egészségviselkedéseket (ld. például Egészséghiedelem modell).

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

1.3. A laikus nézetrendszer belső összefüggései

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

II. Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés kísérleti modellje

II.1. Állapotfelmérés

II.2. Az egészségi állapot, stressz, egészségviselkedések keresztmetszeti összefüggései

Mint arról már feljebb szó esett, ez a kutatás után-követéses vizsgálatként lett tervezve, ahol a különböző egészségfejlesztő beavatkozásoknak az egészségi állapotra, egészségviselkedésre, átélt stresszre gyakorolt hatását szerettem volna lemérni. Tekintettel arra, hogy a később részletezett okokból nem volt lehetséges a kutatás befejezése, a beavatkozások teljes körű bevezetése, illetve hatásának lemérése, ezért keresztmetszeti elemzéseket végeztem a munkahelyi stressz, az egészségi állapot és az egészségviselkedések összefüggéseinek vizsgálatára. Vizsgálódásaim egy esetleges jövőbeli egészségfejlesztő beavatkozás alapját képezhetik: azt kívántam felmérni, hogy a jelen mintában milyen összefüggésben vannak egymással az egészségi állapot, a munkahelyi és egyéb stressz, valamint az egészségviselkedések. Korábbi irodalmi hivatkozásokra épülő feltételezésem szerint mindhárom változó összefügg mindegyik másikkal. E feltételezés igazolásának a beavatkozások megtervezésében lehet jelentősége: ha a kölcsönös összefüggések valóban fennállnak, bárhol is avatkozunk be (akár a stresszt csökkentjük, akár az egészségviselkedéseket fejlesztjük), az kihatással lesz a többi tényezőre is (az egészségi állapotra, az átélt stresszre és az egészségviselkedésekre). Természetesen ezen állításom is

igazolást igényelne, amelyre azonban sajnos a saját vizsgálatom – keresztmetszeti jellegéből fakadóan - nem nyújtott lehetőséget. Fentieknek megfelelően vizsgálni kívántam az egészségi állapot, a stressz és az egészségviselkedések együtt járását, valamint a munkahelyi elégedettségnek a stresszel és a szervezeti légkörrel való kapcsolatát. Hipotéziseim a következők:

a./ *Egészségi állapot és stressz*: A munkahelyi és egyéb stressznek az egészségi állapot különböző mutatóival való negatív kapcsolatát számos vizsgálat kimutatta (lásd például Theorell, 1997, Bosma et al., 1998, Siegrist, 2004, Danna és Griffin, 1999). Ennek alapján feltételezem, hogy az általam vizsgált mintában az átélt stressz negatív kapcsolatban lesz a szubjektív egészségi állapottal.

b./ *Egészségmagatartás és stressz* A stressznek irodalmi adatok alapján (lásd például Steptoe et al. (1996) longitudinális vizsgálatát a stressz és az egészségviselkedések kapcsolatáról a szociális támogatás függvényében, Deinzer et al. (2005) tanulmányát, Green és Johnson (1990) tanulmányát a stressz és az elszívott cigaretta mennyiségének kapcsolatáról) pozitív együtt járást várom a dohányzással és az alkoholfogyasztással, és negatívát a testmozgással.

c./ *Egészségmagatartás és egészségi állapot*: A kutatók általában egyetértenek abban, hogy az egészségmagatartások lényeges szerepet játszanak az egészség fenntartásában, a betegségek megelőzésében (Belloc és Breslow (1976, idézi Baum és mtsai, 1997, Adler és Matthews, 1994, Denton és Walters, 1999, Penedo és Dahn, 2005), ennek megfelelően azt várom, hogy az egészségviselkedések korrelálnak az egészségi állapottal. Főleg a dohányzásról és az alkoholfogyasztásról feltételezem, hogy negatívan fog korrelálni a szubjektív egészségi állapottal.

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

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

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

A fentiekben felvázolt problémákat, hipotéziseket két kutatásban vizsgáltam meg. Az egyes kutatásokban használt módszerek és a vizsgálati személyek is részben eltérőek voltak.

Az első – **a stresszre és az egészségre vonatkozó köznapi felfogásokkal** foglalkozó - kutatás több szakaszból állt. A disszertációban az azonos módszerekkel vizsgált 420 fő adatainak felhasználásával végzett kutatást ismertetem. A vizsgált populáció több részmintából tevődött össze: a mintában szerepeltek több budapesti nagyvállalat dolgozói a közlekedés, a pénzügy és a szolgáltatás (ezen belül kiemelten a telekommunikáció területéről (365 fő), valamint szakmai továbbképzésekben résztvevők. A telekommunikációs vállalatnál dolgozó 365 fős részminta a munkahelyi egészségfejlesztő kutatásnak is mintáját képezte. A vizsgálat kérdőíves módszerrel történt. Kérdőívvel vizsgáltam a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézeteket, attribúciókat, a munkahelyi stresszt és a szubjektív egészségi állapotot. A munkahelyi stresszt, valamint a stresszre és egészségre vonatkozó laikus nézeteket felmérő kérdőív kidolgozása a kutatás korábbi szakaszaiban, az ott kapott eredmények felhasználásával történt. A *laikus nézetekkel foglalkozó zártvégű kérdőív* válaszlehetőségeit egy korábbi kutatási szakasz nyíltvégű kérdőívvel kapott válaszok tartalomelemzésével alakítottam ki. A *munkahelyi stresszt* egy, a végső formájában 26 tételes kérdőívvel vizsgáltam. A kérdőív a munkahelyi stressz-kutatások által stresszorként leggyakrabban leírt munkahelyi tényezőket tartalmazta, ezekről kellett a vizsgálati személyeknek eldönteniük egy hatfokú skálán, hogy jellemzőek-e az ő munkahelyükre, és hogy mekkora stresszt okoznak nekik. A munkahelyi stressz kérdőív az elemzések alapján kellően megbízhatónak mutatkozott: A Cronbach alfa értéke 0,92 volt. A korrigált item-totál korrelációk 0,37 és 0,68 közötti értékeket vettek fel. A kritérium érvényesség vizsgálatához a kutatás első szakaszában a kérdőívem első és második változatában kapott összpontszámot a Cooper-féle OSI 2. (Occupational Stress Indicator, Cooper és Williams, 1996) munkahelyi stressz kérdőív megfelelő alsókálójának (a munkából adódó terhelésforrások (kényszerítés, nyomás) skálája) összpontszámával korreláltattam. Saját kérdőívem első változatával a korrelációs együttható értéke 0,761 volt, mely 5%-os szinten szignifikáns. A második változattal azonban nem volt szignifikáns a korreláció, ennek oka valószínűleg a kérdőívek eltérő szerkezetében van. A végső változat szerkezetében az első változattal rokon.

A **munkahelyi egészségfejlesztés kísérleti modelljével** foglalkozó kétéves utánkövetéssel megtervezett kontrollcsoportos kutatás egy magyarországi telekommunikációs vállalatnál, a Magyar T-COM Nyrt.-nél zajlott. A kutatás első szakaszában egy, az

intervenciós, és a kontrollcsoportra is kiterjedő állapotfelmérés történt. Az állapotfelmérés az alábbi témakörök vizsgálatára irányult: szubjektív egészségi állapot, egészségviselkedési szokások, munkahelyi és magánéleti stressz, szervezeti elkötelezettség, munkahelyi elégedettség, szervezeti légkör, a stresszel való megküzdés egyéni és kollektív formái, a munka egészségfejlesztő jellemzői. A fenti témaköröket kérdőívvel, interjúval és megfigyeléssel vizsgáltam. Az intervenciós csoportban 174, a kontrollcsoportban 200 fő vett részt az első kérdőíves állapotfelmérésben. Az interjúkon 49, a megfigyelésekben 16 fő vett részt. A vizsgálat során egy elektronikus formátumú, összesen hetven kérdésből álló hálózati alapú **kérdőívet** dolgoztunk ki és használtunk. A kérdőív vizsgálta a dolgozók stresszről, egészségről alkotott vélekedéseit, szubjektív egészségi állapotát, életmódját, egészségi szokásait, kockázati faktorait, a rájuk ható munkahelyi és magánéleti stresszt, a szervezeti elkötelezettséget, a munkahelyi elégedettséget és a szervezeti légkört. A kérdőív laikus nézetekre vonatkozó részével kapott eredményeket az attribúciós kutatásban dolgoztam fel, s ott is ismertetem. Az előzőekben bemutatott *munkahelyi stressz kérdőívvel* kapott eredményeket ebben a vizsgálatban is felhasználtam, másfajta összefüggések feltárására. A *munkahelyi elégedettséget* egy hat kérdésből álló skála vizsgálta. Az elégedettség skála a Munkamotivációs kérdőív (Roe et al., 2000) származik, melyet magyarra Dienes Erzsébet adaptált. A skála megbízhatósági mutatói megfelelőnek bizonyultak (A Cronbach alfa 0,83 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,54 és 0,74 közötti értékeket vettek fel). (Az eredeti skála pszichometriai mutatóiról részletesebben lásd TenHorn et al., 1996). A *szervezeti elkötelezettséget* egy szintén megbízható (Cronbach alfa: 0,71, korrigált item-totál korrelációk 0,24 és 0,6 között) hét kérdésből álló skála vizsgálta. A kérdések a Munkamotivációs kérdőív (Roe et al., 2000) Szervezeti elkötelezettség és Munkába való bevonódás skáláiból származnak. (Az eredeti skála pszichometriai mutatóiról részletesebben lásd TenHorn et al., 1996). A *szervezeti légkört* vizsgáló kérdőív (részlet a Focus Questionnaire rövidített változatából (Muijen et al., 1999), magyarra fordította Juhász Á.) 12 kérdésből állt, melyek három külön skálát alkottak. Ezek a skálák: a cél orientáció, támogatás orientáció és szabály orientáció. A cél skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,75 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,47 és 0,67 közötti értékeket vettek fel. A támogatás skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,70 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,34 és 0,60 közötti értékeket vettek fel. A szabályok skála megbízhatósági mutatói: a Cronbach alfa 0,46 volt, a korrigált item-totál korrelációk 0,20 és 0,37 közötti értékeket vettek fel. A szabályok skála a megbízhatósági mutatók alapján nem felel meg a kritériumoknak (Cronbach alfa 0,70 felett,

item-totál korreláció 0,2 felett lásd, Kline, 1986, illetve Nunnally, 1978), így az elemzésben sem vettem figyelembe.

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

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

A szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások keretén belül egészségfejlesztő fókuszcsoportokat indítottam az intervenció csoportban. A csoportok üléseit magnón rögzítettem, majd jegyzőkönyvet készítettem róluk. Az egészségfejlesztő fókuszcsoportok működésének bemutatására a jegyzőkönyvek kiválasztott reprezentatív részleteit kvalitatív elemzésnek, elsősorban párbeszéd-elemzésnek vettem alá.

EREDMÉNYEK

I. A stresszről és az egészségről alkotott köznapi felfogások

Az eredmények bemutatása előtt fontosnak tartom leszögezni, hogy a stresszről és az egészségről alkotott laikus nézetrendszer felmérése nem országosan reprezentatív mintán történt: az eredmények így valószínűleg nem tükrözik a mai magyar társadalom egészének vélekedéseit, nézeteit. A vizsgálat további korlátja keresztmetszeti jellege: az eredményekből nem következtethetünk a stressz és az egészségi állapot, valamint a laikus nézetek közötti oki kapcsolatokra.

Az általam vizsgált minta nézeteit összevetve más kutatások eredményeivel látható, hogy sok a hasonlóság annak ellenére, hogy ezek a vizsgálatok más módszerekkel, más mintákon történtek. Ez arra utal, hogy a stresszre és az egészségre vonatkozó nézetek mára – legalábbis azonos kultúrkörön belül – országghatárokon át érvényesek. Néhány ponton (pl. a stresszdefinícióban) azonban lényeges eltérések voltak.

Az *első hipotézis* vizsgálatához faktoranalízist végeztem. A faktoranalízis eredményeinek értelmezhetőségét csökkenti az a tény, hogy a megfelelő faktorstruktúra kialakításához sok kategóriát el kellett hagynom. Némelyik kérdés esetében még így sem sikerült elfogadható struktúrát kapnom. A kérdésenkénti faktoranalízisek eredményét összevetve más kutatásokban kapott dimenziókkal és faktorokkal (d'Houtaud és Field, 1984, Pierret, 1995, Furnham, 1997) megállapíthatjuk, hogy a kapott struktúrák jelentősen eltérőek. Ennek oka egyrészt a különböző kutatásokban használt, egymástól jelentősen eltérő módszerekben lehet, másrészt abban, hogy saját faktorstruktúráimból sok - néhány esetben az átlagpontszámok alapján nagyon fontos - kategória a fent említett okokból kimaradt. Az összes egészségre és az összes stresszre vonatkozó kérdésen végzett faktoranalízisben is jelentősen csökkentenem kellett a kategóriák számát. A kapott struktúrákban a faktorok többsége jól, némelyik viszont nehezen volt értelmezhető, nem logikusan szerveződött. Mindezek ellenére a kapott struktúrákat – eszközként a változók számának csökkentésére – felhasználtam a további hipotézisek ellenőrzésére. A fentiek alapján az első hipotézist csak részben sikerült megerősítenem.

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

A változók összefüggéseire vonatkozó hipotéziseket egyváltozós többutas varianciaanalízissel és lineáris regresszióval vizsgáltam, kontrollálva a demográfiai és - a változó szempontjából fontos – egyéb tényezők hatását. A demográfiai mutatók és a nézetrendszer összefüggéseire vonatkozó *harmadik hipotézist* megerősítettem: a demográfiai változóknak a kérdésenkénti faktorok közül leginkább a stresszorokra, az egészség hatására és a stresszézésre vonatkozó faktorokra van hatásuk. Nincs hatása viszont a stressz következmények faktorokra sem a nemnek, sem az iskolai végzettségnek Furnham (1997) eredményeivel ellentétben. Az aktuálisan átélt stressz és egészségi állapot szintén befolyásolja a laikus nézetek faktorait. Míg a jelenlegi egészségi állapot csak egyetlen egészségattribúciós faktort magyaráz, s nincs kapcsolatban a stressz faktorokkal, az átélt stressz (stresszkérdőív összpontszám) kapcsolatban van egy egészségfaktorial, és több stressz faktorial is. Mindez azt jelzi, hogy az aktuálisan átélt stressz jelentősebb magyarázó tényezője a laikus nézetek elemeinek, mint az aktuális egészségi állapot.

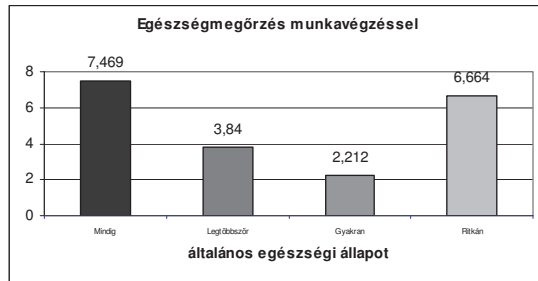
Az iskolai végzettség hatására vonatkozó (*negyedik hipotézis*) nem nyert igazolást: az iskolai végzettség nincs szignifikáns kapcsolatban a stressz- és egészségdefinícióval, egészség attribúcióval és egészségviselkedéssel, vagyis – sok más kutatással ellentétben - nem sikerült kimutatnom a modern egészségnevelési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

Az aktuálisan átélt stressz ugyanúgy, ahogy a stressz faktorokat is magyarázta, a stresszdefinícióra és a stresszorokra vonatkozó kérdés kategóriáinak is szignifikáns magyarázó tényezője (összhangban McCormick, 1997 eredményeivel), megerősítve így az *ötödik hipotézist*. Ezek szerint az, hogy ki mekkora stresszt él át, kapcsolatban van azzal, hogy miként határozza meg a stresszt, illetve mi okoz számára stresszt. Keresztmetszeti vizsgálat lévén, ok-okozati kapcsolatra az eredményekből következtetni nem tudunk.

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

A jelenlegi és az általános egészségi állapot a *hetedik hipotézis*nek megfelelően kapcsolatban van az egészségdefinícióval: a gyakrabban egészségesek inkább határozzák meg az egészséget aktivitásként és erőnlétként. A jelenlegi és az általános egészségi állapot az egészségattribúciónak is magyarázó tényezője: az egészségesek például kevésbé tulajdonítják a jó egészséget a munkahelynek, gyakrabban tulajdonítják viszont azt az odafigyelésnek. Az

egészségi állapot kapcsolatban van az egészségmegőrzés módjával is: az egészségesebbek körében gyakoribb az egészségmegőrzés a képességeknek megfelelő, változatos munkavégzéssel.



1. Ábra: Egészségmegőrzés munkavégzéssel az általános egészségi állapot függvényében, kontrollálva a demográfiai változók hatását. (A ritkán válaszkategóriába nagyon kevés vizsgálati személy esett)

A *nyolcadik hipotézist* nem tudtam igazolni: Kinman és Jones (2005) eredményeivel szemben saját vizsgálatomban a beosztás az egyéb demográfiai változók kontrollálása esetén nem függ össze szignifikánsan a stressz definícióval.

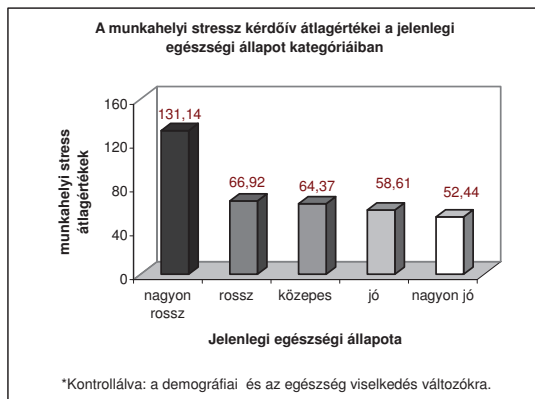
A laikus nézetrendszer belső összefüggéseinek feltárása érdekében a kérdőívben szereplő összes kategórián együtt végeztem egy faktorelemzést. Tekintve, hogy a jelen kutatás elsődleges célja az volt, hogy ismereteket szolgáltatson jövőbeli munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások megtervezéséhez, összefoglalásképpen nézzük meg, hogy kik lehetnek a programok résztvevői, és mit tudunk meg róluk ebből a vizsgálatból. Kik alkotják a munkahelyi egészségfejlesztési programok elsődleges célcsoportját? Azok a dolgozók, akik jelentős mértékű munkahelyi stresszt élnek át (szükségük van a programra), és/vagy akik látják a kapcsolatot a munkavégzésük és az egészségük között, valamint az egészséges életmód és az egészségi állapot között (fogékonyak lennének egy ilyen beavatkozásra), és/vagy akik maguk is az egészségviselkedések közé sorolják a kihívást jelentő, képességeiknek megfelelő munkavégzést (motiváltak lennének a programban való részvételre). Mit tudunk meg az eredmények alapján erről a célcsoportról? Az átlagosnál rosszabb egészségi állapotban vannak (ők tulajdonítják a jó egészségi állapotot a munkahelyi sikereknek), vezető beosztásban vannak (ők inkább tulajdonítják a jó egészségi állapotot a munkahelyi sikereknek), a stresszről és az egészségről pedig részben a többiekétől eltérő vélekedéseket alakítottak ki: Látják a stressznek a testi tünetekkel, panaszokkal és betegségekkel való kapcsolatát, a stresszt feszült életmódként definiálják, következményének

látják az életmód megváltozását. Az egészséget egészséges életmódként, vagy aktivitásként határozzák meg, jellemző egészségérzésük az erő és fittség, a jó egészségi állapotot pedig az odafigyelésnek, a munkahelyi sikereknek tulajdonítják.

II. Az egyéni és a szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztés kísérleti modellje

Az *állapotfelmérés* eredményei szerint a vizsgálati személyek 5,6%-a rossz egészségi állapotban van, 25%-ának pedig jelenleg is kezelés alatt álló betegsége van. A depresszióhoz, lehangoltsághoz kapcsolódó tünetek különösen gyakoriak a vizsgált mintában. A vizsgált minta életmódja több szempontból is egészségtelen: kiemelkedően magas például a dohányzók aránya. A vizsgált dolgozók húsz százaléka magas, vagy extrém magas munkahelyi stresszt él át, ami kiemeli a munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások fontosságát.

Az első három hipotézist egyváltozós többutas varianciaanalízissel és lineáris regresszióval vizsgáltam. A keresztmetszeti vizsgálatok szerint az *első hipotézisnek* megfelelően a munkahelyi, illetve az összességében átélt stressz negatív kapcsolatban van az egészségi állapottal.



2. Ábra: Munkahelyi stresszkérdőív összpontszáma a jelenlegi egészségi állapot függvényében, kontrollálva a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatását

Legerősebb kapcsolat az összességében átélt stressz és a jelenlegi egészségi állapot között van. Az átélt stressz az egészségi állapot varianciájának 22 százalékát önmagában megmagyarázta, a demográfiai változók és az egészségviselkedések hatásának kontrollálásával. A fordított irányú kapcsolatok vizsgálata rámutatott arra, hogy a nagyon

rossz és a nagyon jó egészségi állapotban levők különböznek leginkább az átélt stressz tekintetében a többiekől. Változók közti oki kapcsolatra keresztmetszeti vizsgálatból természetesen következtetni nem lehet, de a kapcsolat felerősítheti a szervezeti fókuszú egészségfejlesztő programok hatását, melyek mind a stressz csökkentését, mind az egészségi állapot javítását célul tűzik ki.

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

A *harmadik hipotézist* megerősítve az egészséges táplálkozás és a munkanapokon alvással töltött órák száma jobb egészségi állapottal jár együtt. A gyakoribb sportolás általában jobb egészségi állapottal jár együtt, a kapcsolat a változók között azonban nem lineáris: a hetente egyszer sportolók több mutató esetén is kevésbé egészségesek, mint a havonta sportolók. A dohányzás és az alkoholfogyasztás várakozásaimmal ellentétben nincs kapcsolatban az egészségi állapottal. A harmadik hipotézis részben megerősítést nyert.

Az előző három hipotézisvizsgálatot röviden összefoglalva elmondhatjuk, hogy a legerőteljesebb kapcsolatokat az átélt stressz és a szubjektív egészségi állapot között találtam. Ez arra utal, hogy a szubjektív egészségi állapotra gyakorolt legnagyobb hatása várhatóan a stresszcsoökkentő beavatkozásoknak lenne, ami a szervezeti fókuszú beavatkozások fontosságára hívja fel a figyelmet.

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

Az állapotfelmérés, illetve a keresztmetszeti vizsgálatok eredményeinek felhasználásával egyéni és szervezeti fókuszú munkahelyi egészségfejlesztő programokat dolgoztunk ki, melyek az időközben felmerült nehézségek (szervezeti változások) miatt csak részben kerültek bevezetésre, és a második állapotfelmérő vizsgálat megghiúsulása miatt

hatásuk sem volt lemérhető. A disszertációban részletesen bemutatom a szervezeti fókuszú beavatkozás keretében, az intervenció csoportban zajlott egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz működését, az általuk kidolgozott javaslatokat.

Az egészségfejlesztő fókuszcsoporthoz jegyzőkönyveit kvalitatív elemzésnek vettem alá. Az elemzés eredményei alapján az alábbi főbb megállapításokat tettem:

- A két – különböző telephelyen dolgozókból szerveződő – fókuszcsoporthoz működésmódja jelentősen eltért egymástól: Az első csoport - melyben az átlagosnál nagyobb arányban voltak egyedülálló fiatalok - ülései oldott, vidám hangulatban teltek, a résztvevők reagáltak egymás ötleteire, továbbfejlesztették azokat, ugyanakkor sokan csak azért szóltak meg, hogy hallassák a hangjukat, ami gátja volt a hatékony működésnek. A második csoportra egyfajta letörtség, megadás volt jellemző. Pesszimisták voltak a program sikerességét illetően. A beszélgetések itt lassabb ütemben zajlottak, demokratikusabban. A csoportban többször kifejeződött a vezetőséggel való szemben állás.
- A két csoport különbözősége az általuk kidolgozott javaslatokban is tükröződött. Az első fókuszcsoporthoz főként a munkahelyi közérzetet javító, elsősorban a fizikai környezet átalakítását célzó javaslatokat tett. A második csoport számára a legnagyobb stresszt a munkaszervezésből fakadó problémák jelentették, így javaslataik is ezekre vonatkoztak.
- A visszajelző ülésre, ahol a csoportok ismertették javaslataikat a közvetlen vezetéssel, jellemző volt a feszített tempó, a vezető helyenként autokrata, lezáró, vitát elutasító attitűdje. A javaslatok többségét – köztük az összes valódi szervezeti, munkaszervezési átalakítást igénylő javaslatot - visszautasították a vezetők, néhány megvalósítására azonban ígéretet tettek. Az ülés egy pontján a két fókuszcsoporthoz is szembekerült egymással.
- A visszajelző ülést négy hónappal követő utánkövető ülés idejére már ismertté váltak a dolgozók számára is a tervezett szervezeti átalakítások (teljes dolgozói állomány kiszervezése). Az ülés hangulata meglehetősen lemondó, pesszimista volt. A jelenlevő vezető sorra bemutatta, hogy az egyes javaslatok miért nem valósultak meg, s a legtöbb esetben semmilyen reménnyel sem kecsegtetett ezek esetleges későbbi megvalósulásával kapcsolatban. A dolgozók az ülés végén elmondták, hogy bár az jól hangzik, hogy szervezetük részt vett egy ilyen programban, de ők láthatóan egyáltalán nem fontosak a szervezet számára, hiszen kiszervezik őket.

ÖSSZEFOGLALÁS, KITEKINTÉS

Az egészségre vonatkozó laikus nézetek szakirodalmi jellemzően szociológusok, antropológusok tollából származik. Az általuk végzett vizsgálatok elsősorban a különböző nézeteknek az egyes társadalmi csoportokban való megjelenését kutatták feltáró jelleggel, s – szándékuk szerint – nem nyújtottak lehetőséget arra, hogy az egészségről alkotott különböző nézeteknek más nézetekkel, az aktuális egészségi állapottal, vagy más lehetséges mögöttes pszichológiai változóval való kapcsolatát statisztikailag vizsgálják. A stresszel kapcsolatos laikus nézetekre, attribúciókra vonatkozóan több pszichológiai szempontú, kvantitatív kutatás is történt. Nem vizsgálták ugyanakkor egyszerre, egy kutatásban a stresszre és az egészségre vonatkozó laikus nézeteket, ezek egymáshoz való viszonyát.

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

Mint azt a témaválasztás indoklásánál már említettem, a komplex, szervezeti és egyéni fókuszú munkahelyi egészségfejlesztő programok nagyobb arányú elterjedéséhez megfelelő hatásvizsgálatok elvégzésére van szükség. Az egyéni, és a komplex, egyéni és szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások longitudinális, kontrollcsoportos összehasonlítása a nemzetközi irodalomban nem túlságosan gyakori. Sajnos a vizsgálat ideje alatt felmerült szervezeti változások megakadályozták a jelen kutatásban a beavatkozások teljes körű bevezetését és hatásvizsgálatát. Az első állapotfelmérő vizsgálat, a keresztmetszeti elemzések és a megvalósult szervezeti fókuszú egészségfejlesztő beavatkozások (egészségfejlesztő fókuszcsoportok működése) során szerzett tapasztalatok azonban felhasználhatóak arra, hogy felvázoljam egy komplex egészségfejlesztő program legfontosabb elemeit, kritikus pontjait, illetve, hogy további, későbbi programok kiindulási alapját képezzék.

A disszertáció első fejezetében foglalkozom a munkahelyi egészségfejlesztés magyarországi helyzetének részletes elemzésével. Ennek az elemzésnek legfontosabb konklúziói, hogy bár az utóbbi években, hazánkban is megjelent a törekvés a munkahelyi egészségfejlesztés szemléletének és gyakorlatának meghonosítására, elterjesztésére, de ezek a jelenleg futó programok azonban általában – kevés kivételtől eltekintve - nem elégték ki maradéktalanul a munkahelyi egészségfejlesztéssel szemben állított követelményeket. Csak egy-két részproblémával foglalkoznak, nem terjednek ki a teljes dolgozói állományra, illetve csak a dolgozók életmód-változtatását célozzák meg, nem foglalnak magukba szervezeti fókuszú átalakításokat. Ahhoz azonban, hogy a komplex egészségfejlesztő programok széles körben elterjedjenek, szemléletváltásra van szükség mind az egyének, mind a szervezetek részéről. A programok általános alkalmazásához szükséges az egészség értékékként való elfogadása, a munkaerővel való hosszú távú tervezés, az anyagi nehézségekkel küzdő kis- és középvállalkozások megfelelő támogatása, a törvényi rendelkezések következetes betartatása, ellenőrzése, valamint nem utolsósorban az egészségfejlesztés szemléletének, módszereinek és hatékonyságának a vállalatvezetőkkel való megismertetésére. Saját dolgozatom elsődleges jelentőségét az első és az utolsó feltételhez való hozzájárulásában látom, amennyiben az egészség értékékként való elfogadtatásához, az ezzel kapcsolatos egészségnevelés megtervezéséhez fontos az egészségre vonatkozó hiedelmek, nézetek részletes ismerete, illetve a munkahelyi egészségfejlesztés szemléletének és gyakorlatának elterjesztéséhez szükséges az általam megtervezett-, és részben megvalósított kutatáshoz hasonló vizsgálatok mind nagyobb számú elvégzése és dokumentálása.

IRODALOMJEGYZÉK

- ADLER, N.; MATTHEWS, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? In: *Annual Review of Psychology*, 45, 229-259.
- BAUM, A.; KRANTZ, D.S.; GATCHEL, R.J. (1997): *An introduction to health psychology*. McGraw – Hill, 1997.
- BELLOC, N.B.; BRESLOW, L. (1976). Relationship of physical health status practices. In: *Preventive Medicine*, 1976,1, 409-421. (idézi: Baum és mtsai, 1997).
- BLAXTER, M. (1997). Whose fault is it? People's own conceptions of the reasons for health inequalities. In: *Social Science & Medicine*. Vol. 44 (6), pp. 747-756.
- BOSMA, H.; PETER, R.; SIEGRIST, J.; MARMOT, M. (2004). Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 88 (1), pp. 68-74.
- COOPER, C.L.; WILLIAMS, S. (1996). *Occupational Stress Indicator Version 2.0*. Windsor, UK: NFER-Nelson.
- DANNA, K.; GRIFFIN, R.W. (1999). Health and Well-Being in the Workplace: a Review and Synthesis of the Literature. In: *Journal of Management*, Vol. 25 (3), pp. 357-384.
- DEINZER, R.; GRANRATH, N.; SPAHL, M.; LINZ, S.; WASCHUL, B.; HERFORTH, A. (2005). Stress, oral health behaviour and clinical outcome. In: *British Journal of Health Psychology*, Vol. 10, pp. 269-283.
- DENTON, M.; WALTERS, V. (1999). Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. In: *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- FURNHAM, A. (1997). Lay theories of work stress In: *Work & Stress*, Vol. 11 (1). 68-78.
- GREEN, K.L.; JOHNSON, J.V. (1990). The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 80 (11), pp. 1368-1371.
- GRIFFIN, M.L. (2001). Job satisfaction among detention officers. Assessing the relative contribution of organizational climate variables. In: *Journal of Criminal Justice*, 29, 219-232.
- HERZLICH, C. (1973). *Health and Illness*. Academic Press, London. (idézi: Blaxter, 1997).
- HESLOP, P.; SMITH, G.D.; METCALFE, C.; MACLEOD, J.; HART, C. (2002). Change in job satisfaction and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. In: *Social Science & Medicine*, 54, 1589-1599.

- D'HOUTAUD, A.; FIELD, M.G. (1984). The image of health: variations in perception by social class in French population. In: *Sociology of Health and Illness*, Vol. 6 (1), pp. 30-60.
- KINMAN, G.; JONES, F. (2005). Lay representations of workplace stress: What do people really mean when they say they are stressed? In: *Work & Stress*, Vol. 19 (2): 101-120.
- KLINE, P. (1986). *A handbook of test construction*. London: Methuen.
- McCORMICK, J. (1997). An attribution model of teacher's occupational stress and job satisfaction in a large educational system. In: *Work and Stress*, 11(1), 17-32.
- vanMUIJEN, J.J.; KOOPMAN, P.; deWITTE, K.; de COCK, G.; SUSANJ, Z.; LEMOINE, C.; BOURANTAS, D.; PAPALEXANDRIS, N.; BRANJICSKI, I.; SPALTRO, E.; JESUINO, J.; DAS NEVES, J. G.; PITARIU, H.; KONRAD, E.; PEIRÓ, J.; GONZÁLEZ-ROMÁ, V.; TURNIPSEED, D. (1999). Organizational Culture: the Focus questionnaire. In: *Eur J Work Organ Psychol*, Vol 8. (4), 551-569.
- NUNNALLY, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.
- PENEDO, F.J.; DAHN, J.R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. In: *Current Opinion in Psychiatry* Vol. 18, pp.: 189-193.
- PIERRET, J. (1995). The social meanings of health: Paris, the Essone and the Herault. In: *The Meaning of Illness: Anthropology, History and Sociology*. Ed. By: Augé, M.; Herzlich, C. Harwood Academic Publishers, United Kingdom. Pp. 175-207.
- PROSSER, D.; JOHNSON, S.; KUIPERS, E.; SZMUKLER, G., BEBBINGTON, P.; THORNICROFT, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. In: *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 43, No.1., pp. 51-59.
- ROE, R.A.; ZINOVIEVA, I.; DIENES, E.; TEN HORN, L.A. (2000). A comparison of Work Motivation in Bulgaria, Hungary and the Netherlands: test of a Model. In: *Applied Psychology: An International Review*, Vol. 49 (4), 658-687.
- RYDSTEDT, L.W.; DEVEREUX, J.; FURNHAM, A. (2004). Are lay theories of work stress related to distress? A longitudinal study in the British workforce. In: *Work & Stress*, Vol. 18 (3), 245-254.
- SIEGRIST, J. (2004). Psychosocial work environment and health: New evidence. In: *J. Epidemiol. Community Health*, Vol. 58, p. 888.
- STEPTOE, A.; WARDLE, J.; POLLARD, T.M.; CANAAN, L.; DAVIES, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: a study of smoking, alcohol

- consumption and physical exercise. In: *Journal of Psychosomatic Research, Vol. 41.*(2), pp: 171-180.
- SZÁNTÓ ZSUZSANNA; SUSÁNSZKY ÉVA (2006). Az életminőség laikus megítélését befolyásoló betegség-magyarázati struktúrák. In: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Szerk.: Kopp, M.; Kovács M. Semmelweis Kiadó, Budapest. pp: 48-61.
- TEN HORN, L.A.; ZINOVIEVA, J.L.; ROE, E.A.; DIENES, E. (1996). *EDMK – Questionnaire. Technical & Reference Manual.* WMQ-Documents 006-96-INT-EN. Delft. (idézi: Roe et al., 2000).
- THEORELL, T. (1997) Fighting for and losing or gaining control in life. In: *Acta Physiologica Scandinavica Suppl. 640:* 107-111 p.
- ZALESKI, E.H.; LEVEY-THORS, C.; SCHIAFFINO, K.M. (1998). Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students. In: *Applied Developmental Science, Vol.2* (3), pp.: 127-137.

A TÉMÁVAL KAPCSOLATOS SZAKMAI TEVÉKENYSÉGEK JEGYZÉKE

I. Könyv, könyvrészlet

JUHÁSZ, Á. (2005). Designing a Hungarian worksite health promotion program: needs and purposes. In: C. Korunka, P. Hoffmann (Eds). *Change and Quality in Human Service Work*. (pp 146-162). Organizational Psychology and Health Care Vol. 4. Eds.: Peiró, J.M., Schaufeli, W.B. München: Rainer Hampp Verlag.

II. Szakfolyóiratban megjelent közlemények

JUHÁSZ, Á. (2006). A munkahelyi egészségfejlesztés elméletben és gyakorlatban. In: *Alkalmazott pszichológia, Vol. VIII. No.2.*, pp: 89-102.

JUHÁSZ, Á. (2005). Worksite health promotion – A Hungarian experiment. *Periodica Politechnica Ser. Soc. Man. Sci. Vol. 13, No. 1*, pp. 31-44.

JUHÁSZ, Á. (2003). A stresszről és az egészségről alkotott köznapi felfogás. *Alkalmazott Pszichológia V. évf. 1.sz. 5-20*.

III. Előadások tudományos konferenciákon

JUHÁSZ, Á. (2007). *Menedzserek a munkapszichológus szemszögéből, különös tekintettel a munkahelyi stresszre*. Előadás az Országos Foglalkozás-egészségügyi Fórumon, Budapest, 2007.szeptember 7.

JUHÁSZ, Á. (2005). *A munka, mint az egészségmegóvás eszköze*. Előadás a Magyar Ergonómiai Társaság 19. Ergonómiai Nyári Egyetemén, Lipót, 2005. július 6-8.

JUHÁSZ, Á. (2004). *Munkahelyi egészségfejlesztés: elvek és gyakorlat*. Poszter a Magyar Pszichológiai Társaság XVI. Nagygyűlésén. Debrecen 2004. május 27 – 29.

JUHÁSZ, Á. (2004). *Kockázati tényezők és egészségfejlesztés a telefonos ügyfélszolgálati munkahelyeken*. Partnering Konferencia 2004. 02.18-20. Sopron.

JUHÁSZ, Á. (2003). *Designing a Hungarian worksite health promotion program: needs and purposes*. Poster at the VIIIth European Conference on Organizational Psychology and Health Care 8-11 Octobre 2003, Vienna, Austria.

JUHÁSZ, Á. (2003). *Common Sense Views about Stress and Health – Indications for Health Promotion*. Poster at the 11th European Congress on Work and Organizational Psychology. Identity and Diversity in Organizations. Building bridges in Europe. 14-17 May 2003, Lisbon, Portugal.

- JUHÁSZ, Á. (2003). *Perception of Workplace Sexual Harassment in Hungary*. Presentation at the 11th European Congress on Work and Organizational Psychology. Identity and Diversity in Organizations. Building bridges in Europe. 14-17 May 2003, Lisbon, Portugal.
- JUHÁSZ Á. (2002). *A stresszről és az egészségről alkotott köznap felfogás*. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlésén. Szeged, 2002. május 30.-június 2.
- JUHÁSZ Á. (2000). *A veseátültetés rövid távú kimenetelét befolyásoló pszicho-szociális változók*. Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlésén. Budapest, 2000. május 30.-június 2.

IV. Egyéb publikációk és tanulmányok

- JUHÁSZ ÁGNES (2006). Megküzdés a munkahelyi stresszrel. In: Juhász M. – Krasz K. (Szerk.) *A munkahelyi viselkedés pszichológiája*. Paks-Budapest.
- JUHÁSZ ÁGNES (2004): *Stressz – egészség – munkahely, munkahelyi egészségfejlesztés*. Elektronikus oktatási és ismeretterjesztő anyag. Az Alkalmazott Pszichológia Alapítvány honlapja (<http://www.apa.erg.bme.hu/>)
- JUHÁSZ Á. (2003). *Munkahelyi egészségpszichológia 1-2*. Oktatási segédlet a Munka és Szervezetpszichológiai Szakképzéshez. BME, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest. URL: <http://www.erg.bme.hu/szakkepzes/>
- JUHÁSZ Á. (2002). *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés*. Oktatási segédanyag a Munka és Szervezetpszichológiai Szakképzéshez. BME, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest. URL: <http://www.erg.bme.hu/szakkepzes/>

V. Sajtóban megjelent szakmai munkássághoz kapcsolódó közlemények

- JUHÁSZ Á. 2005. június 27. Stúdióbeszélgetés a munkahelyi stresszről. *Hír TV*
- JUHÁSZ Á. 2004. november 16. „Stresszfélsz” (a cikk szerzője: Batka Zoltán) *Népszabadság*.
- JUHÁSZ Á. 2003. február 7. Interjú a munkahelyi stresszről „Magellán” Tv2
- JUHÁSZ Á. 2003. február 4. „Milliárdokba kerül a stressz.” (a cikk szerzője: Molnár Zsuzsa) *Népszabadság*.