

AZ ÉLETMINŐSÉG, A KRONOTÍPUS, AZ ALVÁS- MINŐSÉG ÉS MÁS PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK KAPCSOLATA TELJES ÁLLÁSBAN DOLGOZÓ MUNKAVÁLLALÓK KÖRÉBEN. EGY PILOT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
FERENCZI, Andrea, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)

Levelező szerző: Dr. Tanyi Zsuzsanna, Email: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

Absztrakt

A szakirodalmi adatok szerint a munkavállalók életminőségét számos pszichoszociális faktor befolyásolhatja mind pozitív, mind negatív irányba. Ilyen tényezők az egyén kronotípusa, az átélt munka-család konfliktus, az észlelt stressz, a munkahelyi stressz mértéke, az alvásminőség, valamint a koherencia-érzés és társas támasz mértéke, amely faktorok vizsgálatát jelen tanulmány fő céljának tekinti. Mintánkat 104 teljes állásban dolgozó munkavállaló alkotta (átlagéletkor: 36,05 év, $SD=11,53$), akik legalább 6 hónapja dolgoztak az adott munkakörben. Pilot jellegű vizsgálatunkhoz online elérhető tesztbattériát használtunk, amelyben az életminőséget, a kronotípust, a munka-család konfliktust, az alvásminőséget, az észlelt stresszt, a munkahelyi stresszt, a koherencia-érzést, a társas támaszt, valamint szociodemográfiai és munkahellyel kapcsolatos tényezőket igyekeztünk felmérni. A főkomponens analízis során nyert érzelmi és fizikai jóllét dimenzió, valamint az össz életminőség pontszám esetében többszörös lineáris regresszió analízist hajtottunk végre. Eredményeink szerint a magasabb globális életminőség pontszám magasabb koherencia-érzéssel, alacsonyabb munkahelyi stresszel és kevesebb alvásminőségbeli problémával járt együtt. A magasabb érzelmi jóllétet a magasabb koherencia-érzés, valamint az alacsonyabb munkahelyi stressz, a magasabb fizikai jóllétet pedig az estiség kronotípusa, a magasabb társas támasz és az alacsonyabb általános stressz-szint jelezte előre. Eredményeink azt sugallják, hogy a vizsgálatban szereplő valamennyi pszichoszociális változónak jelentős szerepe van a munkavállalók életminőségének alakulásában.

Kulcsszavak: életminőség ▪ kronotípus ▪ alvásminőség ▪ pszichoszociális faktorok

Abstract

According to the literature employee quality of life can be influenced by several psychosocial factors in a positive and also in a negative way. These factors can be chronotype, work-family conflict, perceived stress, workplace stress, sleep quality, sense of coherence and social support, which variables were the main focus of this study. A total of 104

employees working in full-time jobs for at least six months were tested for measures of quality of life, chronotype, work-family conflict, sleep quality, perceived stress, workplace stress, sense of coherence, social support, sociodemographic and workplace-related factors. Multiple linear regression analyses were applied on mental and physical well-being dimensions deriving from principal component analysis, and on global quality of life score. Our results revealed that higher global quality of life was associated with a higher sense of coherence, along with lower workplace stress and fewer problems in sleep quality. Higher sense of coherence and lower workplace stress were significant predictors of higher emotional well-being. Later chronotype, higher social support, and lower perceived stress significantly predicted higher psychical well-being. These findings suggest that all the measured psychosocial variables may significantly contribute to employee quality of life.

Keywords: quality of life ▪ chronotype ▪ sleep quality ▪ psychosocial factors

SZAKIRODALMI BEVEZETŐ

Folyamatosan fejlődő világunkban mind a mindennapi életünkben, mind a tudományos kutatásokban egyre nagyobb hangsúly kerül annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy hogyan érzük el az életünkkel való elégedettséget, a boldogságot, a jóllétet, azaz összességében egy minőségi(bb) életet. E téma iránti növekvő figyelemnek köszönhetik megszületésüket az életminőség kutatások. Az életminőség (quality of life) fogalmát több diszciplína is „magáénak érzi” és előszeretettel használja, így a földrajz, az irodalom, a filozófia, az egészség-gazdaságtan, az egészségfejlesztés, az orvostudomány és a társadalomtudományok (pl. szociológia, pszichológia) is (Bowling, 2001). Az egészséggel kapcsolatos életminőség egy komplex, több dimenzióból álló fogalom, amely számos alapvető fontosságú területet foglal magában, úgymint (1) a mentális működés, (2) a fizikai működés, (3) a szerepekkel kapcsolatos működés (pl. munkahelyi, szülői) és (4) a társas működés (Bowling, 2001). Más szerzők szerint fizikai, funkcionális, emocionális és szociális dimenziók alkotják (Horváth és Telekes, 2006).

Az egészséggel összefüggő életminőség lényege az, hogy a személy mennyire elégedett a jelenlegi funkcióival (testi, lelki, szociális jóllétével), hogyan értékeli azokat ahhoz képest, hogy mit tart ideálisnak (Kopp és Pikó, 2006). Három domént foglal magába: testi/szomatikus, pszichés és szociális domén. A testi domén az egyén fizikai jóllétét, fizikai aktivitását foglalja magában. A pszichés domén a személy aktuális érzelmi-hangulati állapotát tükrözi. A szociális domén indikátorának általában az egyén társas integráltságának szintje tekinthető, vagyis az, hogy mennyire izolálódik a közösségtől, családi és baráti kapcsolataitól (Kahán és Kovács, 2006; Novák és mtsai, 2006). Az életminőség mérésének fontosságát bizonyítja Idler és Benyamini (1997) áttekintő tanulmánya, amely 27 kutatásból származó adatot összegezve arra a következtetésre jutott, hogy az egészségi állapot szubjektív értékelése (pl. „Értékelje az egészségi állapotát egy 5-fokú skálán!”) megbízható és független prediktora az egyének túl-

élésének. Habár az egészséggel összefüggő életminőség mérése a gyakorlatban leginkább a krónikus betegek (pl. onkológiai) esetében terjedt el, azonban nem klinikai populáción (pl. munkavállalók) történt vizsgálata is releváns, mivel kiváló mutatója a munkavállalók szubjektív jóllétének, egészségi állapotának.

A testi-lelki jóllétét vizsgáló kutatók számos munkával kapcsolatos tényezőt összefüggésbe hoztak a munkavállalók életminőségével, úgymint a munkaórák és túlórák száma (fordított irányú kapcsolat) (Maruyama és mtsai, 1996; Sasaki és mtsai, 2007), valamint a munkával való elégedettség (pozitív összefüggés) is (Cimete és mtsai, 2003; Ioannou és mtsai, 2015).

Ugyanakkor az életminőség több pszichoszociális jelenséggel is kapcsolatban áll az eddigi eredmények szerint: kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz. A kronotípus (más néven reggeliség-estiség) a személy fizikai és intellektuális aktivitásának preferált idejét mutatja meg, amely a cirkadián ritmus viselkedési megnyilvánulása (Limsuwat és mtsai, 2014; Randler és mtsai, 2014). Egy kontinuumként tekintendő jelenség, amelynek két végpontját a reggeli és az esti típusok jelentik (Natale és Cocigna, 2002). A reggeli típusú emberek szeretnek korán kelni és korán is lefeküdni este, ezzel szemben az esti típusok inkább később szeretnek felkelni és este/éjjel sokáig ébren maradni (Chung, 2008; Randler, 2008). A nyugati társadalom életstílusa a korai keléssel és munkakezdéssel a reggeli típusúaknak kedvezőbb, ezért az estiek állandó „jetlag” érzést élnek meg (ún. társas jetlag) (Rigó, 2017; Wittmann és mtsai, 2006). Valószínűleg a társas jetlag okozta kevesebb és rosszabb minőségű alvásnak köszönhető, hogy az estiek körében magasabb a pszichés tünetek (pl. depresszió), valamint a fizikai problémák (pl. alacsonyabb fájdalomküszöb) előfordulási gyakorisága az alacsonyabb életminőséggel együtt (Gulec és mtsai, 2013; Jankowski, 2013; Wittmann és mtsai, 2006).

A kutatók a munka-család konfliktus jelenségét is gyakran összefüggésbe hozzák a munkavállalók életminőségével. A munka-család konfliktus (MCSK) Greenhaus és Beutell (1985) szerint a társas szerepek közötti konfliktus olyan formája, amelyben a munkahelyi és családi tevékenységekből eredő szerepvárások bizonyos tekintetben kölcsönösen összeegyeztethetetlenek. Hagyományosan a munka-család konfliktus két típusát szokták elkülöníteni: a munkából származó család-konfliktust, valamint a családból származó munka-konfliktust (Blanch és Aluja, 2009). A munkából származó család-konfliktus azt jelenti, hogy a munkával kapcsolatos elvárások, a rászánt idő, valamint az abból eredő igénybevétel összeütköznek a családdal kapcsolatos tevékenységek teljesítésével (pl. a túl sok túlóra miatt kevesebb idő jut a családra). A családból származó munka-konfliktus pedig ennek az ellenkezője, amikor a családi szereppel kapcsolatos elvárások, a családra szánt idő és erőfeszítés összeütközik a munkahelyi szereppel (pl. a családi problémák miatt nem tud a munkahelyi feladataira koncentrálni) (Netemeyer és mtsai, 1996). A MCSK, mint jelenség számos ta-

nulmány szerint összefüggésbe hozható az életminőséggel, annak egyes doménjeivel. Kapcsolatot találtak például a MCSK és az alacsonyabb étellel való elégedettség (Md-Sidin és mtsai, 2010), a több testi tünet (Paden és Buehler, 1995), a magasabb depresszió-érték és a rosszabb fizikai egészségi állapot (Frone és mtsai, 1996) között.

Az életminőség emellett kimutatható kapcsolatban áll az általános, illetve a munkahelyi stressz-szel is. Egy maláj munkásokat vizsgáló kutatásban például az észlelt stressz fordított irányú kapcsolatban állt az életminőség fizikai egészség, környezeti feltételek és társas kapcsolatok dimenzióival (Rusli és mtsai, 2008). Tzeng és kollégái (2012) pedig katonai kórházban tevékenykedő egészségügyi dolgozók esetében kimutatta, hogy a magasabb munkahelyi stressz rosszabb fizikai és pszichológiai életminőséggel párosult mindkét nem esetében.

Az alvásminőség a resztoratív alvás szubjektív mérésére használt fogalom, amely általában magában foglalja a teljes alvásidőtartamot, az alváslátenciát, az alvás „töredeztségének” fokát, az alváshatékonytságot, valamint az alvást megzavaró eseményeket (pl. apnoe) (Krystal és Edinger, 2008; Shao és mtsai, 2010). Alvás során testünk olyan hormonokat választ ki, amelyek támogatják az immun-, szív- és érrendszerünket, valamint anyagcsere rendszerünket is. Ennek megfelelően az alváshiány bizonyítottan növeli az egyén betegségekre való hajlamát (Savard és mtsai, 2003). Munkavállalók alvásminőségét vizsgáló kutatásokban azt láthatjuk, hogy az bizonyított kapcsolatban áll az egészséggel összefüggő életminőséggel. Shao és munkatársai (2010) tajvani nővérek esetében gyenge negatív korrelációt talált az alvási problémákat mérő összpontszám és az életminőség egyes területei (fizikai egészség, pszichológiai egészség, társas kapcsolatok, társas környezet) között, vagyis a rosszabb alvásminőség gyengébb életminőséggel társult. Egy másik tanulmányban (Jean-Louis és mtsai, 2000) pedig a magasabb alvással való elégedettség-érték a jobb életminőség szignifikáns prediktora volt.

A jobb életminőség megéléséhez szükség van olyan pszichés és társas prolektív faktorokra, amelyek elősegítik a magasabb testi-lelki jóllétet. Ilyen tényezők a koherencia-érzés, illetve a társas támasz megtapasztalása is. A koherencia-érzés Antonovsky ún. szalutogenezis elméletén alapul, amelynek lényege, hogy az egyén egészségi állapotának meghatározó tényezője a koherencia-érzés mértéke. A koherencia-érzés az egyén olyanfajta magabiztosság-érzését fejezi ki, hogy a dolgok jól, az elvártak megfelelően fognak alakulni. Három komponense különíthető el: 1. érthetőség (comprehensibility): annak a mértéke, hogy az egyén mennyire tudja értelmezni a körülötte, illetve vele történő eseményeket; 2. kezelhetőség (manageability): annak a mértéke, hogy mennyire érzi az életének problémáit kezelhetőnek; 3. értelmesség (meaningfulness): annak a mértéke, hogy az élet által hozott problémákat és elvárásokat mennyire tekinti kihívásnak, amelyekért megéri elköteleződni, vagyis mennyire érzi, hogy van értelme ezeknek (Balajti és mtsai, 2007; Sagy és Antonovsky, 2000).

Eriksson és Lindström (2007) szisztematikus áttekintő tanulmányában 458 tudományos publikáció és 13 doktori tézis vizsgálata után arra a következtetésre jutott, hogy a koherencia-érzésnek jelentős hatása van az életminőségre, mégpedig minél magasabb, annál jobb életminőséggel társul. Erre az eredményre jutott egy 1392 fős japán közalkalmazottat vizsgáló egy éves longitudinális kutatás is, amelyben az első alkalommal mért koherencia-érzés pontszám szignifikáns pozitív előrejelzője volt az egy évvel később mért életminőség valamennyi területének (fizikai, pszichológiai, társas kapcsolati és társas környezeti jóllét) (Nasermoaddeli és mtsai, 2003).

A társas támogatottság érzését szintén fontos protektív faktornak szokták emlegetni a szakirodalomban, amely hozzájárul többek között a jobb életminőség eléréséhez is. A társas támasz egy nehezen definiálható, széleskörű jelenség, amely magában foglalja a társas környezetben lévő emberek támogató jellegű viselkedését. Három típusát különíthetjük el: az érzelmi, az instrumentális, valamint az információadáson alapuló támogatást (Helgeson, 2003). Xing és kollégái 2013-as kutatásukban betelepült, új generációs migráns és nem migráns munkavállalók társas támasz és életminősége közötti kapcsolatot elemezve azt találták, hogy a társas támasz szignifikánsan pozitív hatással volt mind az általános egészségi állapotra, mind az életminőség egyes doménjeire (fizikai, pszichológiai, társas kapcsolati és társas környezeti jóllét).

Jelen tanulmány célja, hogy megvizsgálja a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét pozitív és negatív irányba is befolyásoló pszichoszociális faktorok lehetséges szerepét, név szerint a kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz szerepét. A kutatások többsége általában külön-külön vizsgálja ezen változók életminőséggel való kapcsolatát, ezért saját vizsgálatunkban megkíséreljük együtt feltárni a felsorolt faktorok életminőségre gyakorolt lehetséges hatását. Feltételezzük, hogy a jobb életminőség összefüggést fog mutatni a reggelibb kronotípussal, valamint a magasabb társas támasszal és koherencia-érzéssel. Ugyanakkor az alacsonyabb életminőség alacsonyabb alvásminőséggel, magasabb munkahelyi és általános stressz-szinttel és több munka-család konfliktussal fog társulni.

A VIZSGÁLAT MENETE, KÖRÜLMÉNYEI

Kutatásunkhoz a vizsgálati személyeket online, illetve személyes megkeresés útján toboroztuk 2019 márciusa és októbere között. A beválogatásnak a következő kritériumai voltak: (1) 18 év feletti, (2) teljes állásban dolgozó személyek, akik (3) minimum 6 hónapja az adott munkakörben dolgoznak. Kizárásra kerültek kutatásunkból a nem teljes állásban dolgozó személyek, illetve azok, akik kevesebb, mint 6 hónapja dolgoznak az adott munkakörben. A személyes/online megkere-

sést követően egy online felületen tájékoztattuk a résztvevőket a kutatás főbb jellemzőiről, többek között a céljáról, a kitöltési időről, a titoktartási kötelezettségünkről és az anonimitásukról, továbbá arról a jogukról, hogy a kitöltést bármikor, következmények nélkül félbeszakíthatják. Ezután írásban nyilatkoztak a vizsgálatba való beleegyezésükről, majd sor került a kérdőívsomag felvételére, szintén online felületen. A kutatás valamennyi dokumentumát (tájékoztató, beleegyező nyilatkozat, kutatási terv, kérdőívsomag) a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Kutatásetikai Bizottsága (IKEB) jóváhagyta.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK BEMUTATÁSA

Kutatásunkhoz összesen 112 főt kerestünk fel azzal a céllal, hogy felkérjük a vizsgálatunkban való részvételre. Ebből 8 fő nem felelt meg a beválogatási kritériumnak (6 fő kevesebb, mint 6 hónapja dolgozott az adott munkahelyen, illetve 2 fő csak részmunkaidőben dolgozott). A végső minta így 104 főből tevődött össze, amelynek nagy része ($N=78$; 75%) nő volt. A kitöltők átlagos életkora 36.05 év ($SD=11.53$; 19 és 66 között). A 104 vizsgálati személyből 55 fő (52.8%) házastársi/élettársi kapcsolatban élt, 21 fő (20,1%) párkapcsolatban élt, a többi egyén pedig egyedülálló ($N=21$; 20.1%), elvált ($N=6$; 5.7 %), vagy özvegy ($N=1$) volt. A többség ($N=63$; 60.5%) diplomás (főiskolai/egyetemi), 38.4% ($N=40$) középfokú iskolai végzettséggel, 1 fő pedig 8 osztállyal rendelkezett. A minta átlagos szubjektív anyagi helyzete az „átlagos” és a „jómódú” között helyezkedett el ($M=3.36$; $SD=3.08$). Lakhely tekintetében a kitöltők túlnyomórészt a fővárosban éltek ($N=48$; 46.1%), 26 fő (25%) a főváros vonzáskörzetében lévő városban/faluban, a többiek pedig megyeszékhelyen ($N=3$; 2.8%), városban ($N=11$; 10.5%), illetve faluban ($N=16$; 15.3%).

Az aktuális munkahelyen átlagosan 91.5 hónapja ($SD=96.1$) dolgoznak, ahol a heti munkaórák száma átlagosan 40.5 ($SD=7.6$), a heti túlórák száma pedig 2.5 óra ($SD=4.2$). A többség ($N=47$; 45.1%) szakalkalmazotti beosztásban dolgozott, emellett 10 fő diplomás vezető (9.6%), 21 fő (20.1%) ügyviteli dolgozó, 12 fő (11.5%) nem diplomás vezető, illetve 14 fő (13.4%) szakmunkás/betanított munkás volt. Többnyire versenyszférában dolgoztak ($N=66$; 63.4%).

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

SF-36 Kérdőív

Az SF-36 Kérdőív (Short Form Health Survey; Ware és Sherbourne, 1992) egy 36 ítemes, életminőséget mérő generikus (általános) kérdőív, mely 8 alskálával rendelkezik: Fizikai teljesítmény (10 ítem), Korlátozott tevékenység (hiánya) fi-

zikai állapot miatt (4 item), Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt (3 item), Energiaállapot (4 item), Érzelmi jóllét (5 item), Közösségi funkciók ellátása (2 item), Fájdalom (hiánya) (2 item) és Általános egészségi állapot (5 item). Az alskálák mellett a kérdőív rendelkezik egy olyan kérdéssel, amely az elmúlt évben az egyén egészségében bekövetkezett pozitív irányú változást méri fel (Változás az egészségi állapotban, 1 item). Valamennyi itemre adott választ a megadott szempontok szerint kell átkonvertálni (0-100-ig), majd ezeket az értékeket átlagolva kapjuk meg az alskálák értékeit (0-100-ig). Minél magasabb a pontszám az adott alskálában, a válaszadó annál kedvezőbbnek ítéli meg az állapotát, életminőségét. A kérdőív klinikai és egészséges populáció vizsgálatára is alkalmazható. Jelen kutatásban az SF-36 Kérdőív magyar változatát használtuk fel, melyet Czibalmos és munkatársai (1999) validáltak. A skálák belső konzisztencia-értéke 0.70 (Korlátozott tevékenység érzelmi állapot miatt) és 0.88 (Fizikai teljesítmény) között mozogtak.

Munka-Család Konfliktus Kérdőív

A Munka-Család Konfliktus Kérdőív (El Work-Family Conflict; Blanch és Aluja, 2009) egy spanyol kutatók által összeállított 8 itemes kérdőív, amelynek célja, hogy a munkahelyi és családi szerepkörök összeütközése miatti nehézségeket felmérje. A kérdőív magyar verziójának adaptálása jelenleg folyamatban van a KRE-BTK, Pszichológiai Intézetének munkatársai által. A kérdőív 8 kérdésből áll, melyekre egy 7-fokú Likert-skálán kell a kitöltőknek válaszolnia (1- egyáltalán nem értek egyet, 7- teljes mértékben egyetértek). A spanyol és a magyar verzió is két alskálát tartalmaz: munkából származó család-konfliktus (MCSK alskála) és családból származó munka-konfliktus (CSMK alskála). A két alskála értékeinek összeadásával egy összpontszám nyerhető (MCSK total), amely minél magasabb, annál több konfliktust jelez a két terület között. A jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztenciája 0.795 volt, az alskáláké pedig 0.71 (családból származó munka-konfliktus) és 0.81 (munkából származó család-konfliktus) volt.

Rövidített Reggeliség-Estiség Kérdőív

A Rövidített Reggeliség-Estiség Kérdőív (reduced Morningness-Eveningness Scale, rMEQ; Adan és Admirall, 1991) az eredeti, 19 itemes Reggeliség-Estiség Kérdőív (Horne és Östberg, 1976; Rigó és mtsai, 2008) rövidített változata. A kérdőív 5 item segítségével méri fel az egyén kronotípusát rákérdezve a felkelés és a teljesítmény optimális idejére, a reggeli éberségre, a fáradtság megjelenésének idejére, továbbá arra, hogy saját bevallása szerint mely típushoz sorolja magát

az egyén. Az 5 kérdés pontszámait összeadva 5 csoportra különíthetők el a vizsgálati személyek: határozottan esti (4-7 pont), közepesen esti (8-11), köztes (12-17 pont), közepesen reggeli (18-21), határozottan reggeli (22-25). A jelenlegi minta esetében a rMEQ összpontszám belső konzisztenciája 0.701 volt.

Pittsburgh Alvásminőség Mutató

A szubjektív alvásminőség mérésére a Pittsburgh Alvásminőség Mutatót (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI; Buysee és mtsai, 1989) alkalmaztuk, amely 19 kérdés segítségével méri fel az egyének elmúlt hónapban észlelt alvásminőségét. A kérdésekre adott válaszokból 7 komponens nyerhető: Szubjektív észlelt alvásminőségbeli problémák, Alváslátencia, Alvásidőtartambeli problémák, Alváshatékonyságbeli problémák, Alvászavarok, Altatóhasználat és a Nap-pali diszfunkciók. A 7 komponens pontszámait összeadva egy PSQI összpontszámot kaphatunk, amely 0-21 közötti érték. Mind a 7 komponens értékeinek esetében, valamint az összpontszám esetében is igaz, hogy a magasabb pontszám rosszabb alvásminőséget jelez. A sztenderdizált kérdőív szerzőinek eredményei szerint az összpontszám esetében (0-21-ig) az 5 alatti érték megfelelő alvásminőségnek számít, az 5, illetve afeletti érték pedig rossz alvásminőségnek, szegényes alvásnak számít. Jelen kutatásban a kérdőív magyar verzióját használtuk fel az eredeti, 19 ítemes változatban (Takács és mtsai, 2016). A PSQI összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.72 volt, az Alvászavar alskála esetében pedig 0.71 volt¹.

Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív

Kutatásunkban a Rövidített Észlelt Stressz Kérdőívet használtuk fel, amely az eredeti, 14 ítemes Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen és mtsai, 1983) 4 ítemes változata. A kérdőívet Stauder és Konkoly-Thege (2006) adaptálták magyar nyelvre és validálták. A kérdőív instrukciója arra kéri a kitöltőt, hogy étékelje az elmúlt hónap során jellemző érzések és gondolatok gyakoriságát egy 5-fokú Likert-skálán (0-soha, 5-nagyon gyakran). A 2. és 3. kérdésre adott válaszok átfordítandók. A 4 kérdésre adott pontszámok összedásával az észlelt stressz globális mutatója kapható meg. A magasabb összpontszám magasabb észlelt stressz-szintet jelent. Az összpontszám belső konzisztenciája 0.81 volt.

¹ A többi PSQI alskála esetében nem számoltunk Cronbach α értéket, mivel az ítemek száma túl alacsony volt (egy vagy kettő).

Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív

Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív (Effort-Reward Imbalance Questionnaire, ERIQ; Siegrist, 1996) a munkahelyi stressz mérésre megalkotott mérőeszköz, mely 3 alskálát tartalmaz: Erőfeszítés, Túlvállalás és Jutalom (hiánya). Az Erőfeszítés dimenzió a munkatevékenység alatt tapasztalt időzavart, zavaró tényezőket, megszakításokat, illetve növekvő erőfeszítést méri fel (3 item). A Túlvállalás dimenzió a munkából való kivonódás képességének hiányát, illetve a túlterheltséget vizsgálja (6 item). A Jutalom (hiánya) dimenzió az anyagi jutalmazás, az elismerés, a karrierlehetőségek és a megélt biztonság hiányát vizsgálja (6 item). A magyar verziót Salavecz és munkatársai (2006) validálták, amely 15 állítást tartalmaz. A kitöltőnek a legutóbbi vagy jelenlegi munkakörére vonatkozóan minden állítás esetén egy 0-4-ig, illetve 0-3-ig terjedő Likert skálán kell bejelölnie, hogy mennyire jellemző rá a kijelentés (pl. Állásom bizonytalan.). Az Erőfeszítés és Túlvállalás alskálák esetében a magasabb pontszám a több észlelt erőfeszítést és nagyobb mértékű túlvállalást, míg a Jutalom (hiánya) alskála esetében a magasabb pontszám a kevesebb észlelt jutalmat tükrözi (Salavecz és mtsai, 2006). Az alskálák belső konzisztencia-értéke 0.80 (Erőfeszítés) és 0.86 (Jutalom) közötti értékeket mutattak.

Multidimenzionális Társas Támasz Kérdőív

A Multidimenzionális Társas Támasz Kérdőív (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet, 1988) az észlelt társas támasz szubjektív mérésére megalkotott önjellemzős mérőeszköz. Az eredeti kérdőív 12 ítemes, azonban a magyar validálás során 2 ítem kikerült a tételek közül (Papp-Ziperovszky és mtsai, 2017). A kérdőív magyar változatában egy 5-fokú Likert skálán kell megjelölni, mennyire igazak a társas támaszra vonatkozó állítások az adott egyénre (1-egyáltalán nem, 5-teljes mértékben). A kérdőív 3 alskálával rendelkezik: barátok, család és jelentős mások támogatása. A jelentős mások kategória olyan speciális személyt takar, akitől az egyén társas támogatást kaphat (pl. tanár, kolléga, stb). A magasabb pontszám magasabb észlelt társas támogatottságot takar, amely mind az alskálák, mind az összpontszám esetében igaz. Jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.91 volt, az alskálák pedig 0.85 (jelentős mások) és 0.93 (barátok) közötti értéken mozogott.

Rövidített Koherencia-érzés Kérdőív

A koherencia-érzés mérésére az Antonovsky-féle Rövidített Koherencia-érzés Kérdőív (Sense of Coherence, SOC; Antonovsky, 1987) 13 ítemes magyar válto-

zatát használtuk fel, amelyet Balajti és munkatársai fordítottak magyar nyelvre, majd validáltak (Balajti és mtsai, 2007). A kérdőív azokat az egyénben megtalálható erőforrásokat méri fel, amelyeket stresszor fennállása esetén képes mozgósítani egészségének védelme érdekében. A kérdőív kitöltőinek minden kérdés esetében egy 7-fokú Likert skálán kell megjelölnie azt a választ, amellyel a leginkább egyetért. Antonovsky salutogenezis modelljére építve a teszt 3 alskálát tartalmaz: (1) az élethelyzet átélt érthetősége (5 item) (érthetőség, comprehensibility); (2) az életproblémák reálisként érzett kezelhetősége (4 item) (kezelhetőség, manageability); (3) mindezen adottságok számunka való értelme, illetve értéke (4 item) (értelmesség, meaningfulness). A teszt 5 fordított tételt tartalmaz (Ocovszky és Popovics, 2017). Az alskálák, valamint az összpontszám értéke esetében is igaz, hogy a magasabb érték magasabb koherencia-érzést jelez. Jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.83 volt, az alskáláké pedig 0.71 (érthetőség) és 0.84 (kezelhetőség) közötti értéken mozgott.

Szociodemográfiai és munkával kapcsolatos változók

A fent felsorolt kérdőívek mellett a vizsgálati személyek kitöltötték egy szociodemográfiai és munkával kapcsolatos kérdőívet is. A szociodemográfiai adatok közül a következők lettek felmérve: nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, szubjektív anyagi helyzet (5-fokú Likert skálán: 1-szegény, 5-gazdag), ott-hon elhelyezkedése. A munkával kapcsolatos kérdések a következő tényezőkre kérdeztek rá: a munkahelyi beosztás, az adott munkahelyen eddig eltöltött idő, állami vagy versenyszférában dolgozik az egyén, heti munkaórák száma, heti túlórák száma.

ADATFELDOLGOZÁS

A kitöltött kérdőívek válaszainak statisztikai feldolgozása az IBM SPSS 22.0 felhasználásával történt. A kutatás függő változójaként az életminőséget téve az alskálákkal való összefüggést rangkorrelációs, míg az össz életminőség pontszámmal való összefüggést regressziós vizsgálatokkal néztük, hogy miképp függnek össze az életminőséggel a vizsgált független változók (alvásminőség, kronotípus, koherencia, társas támasz, stressz, munka-család konfliktus). Az elemzéseket (Takács, 2012, illetve Takács, 2016) alapján végeztük el.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A kutatásban felhasznált kérdőívek összpontszámának, alsókálainak átlagát, szórását és eloszlási paramétereit (ferdeség, csúcosság, normalitás teljesülése) az 1. táblázat tartalmazza.

Látható, hogy a legtöbb alsókála esetében nem teljesül a normalitás, de több összpontszám (SF36 életminőség, Munka-Család Konfliktus, Munkahelyi stressz, Koherencia) viszont már normál eloszlást mutat, és az észlelt stressz kivételével minden összpontszám esetén a ferdeség és csúcosság értékek -1 és 1 között voltak.

1. táblázat. A felhasznált kérdőívek pontszámainak leíró statisztikája

	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás	Csúcosság	Ferdeség	K-S próba
Kronotípus összpontszám	4.00	23.00	14.63	3.88	-0.29	-0.28	0.44
SF36 össz	-2.56	1.48	0.00	1.00	-0.81	-0.09	0.11
Fizikai teljesítmény	15.00	100.00	88.75	16.69	-2.31	5.70	0.00
Korlátozott tevékenység (hiánya) fizikai állapot miatt	0.00	100.00	81.25	31.69	-1.62	1.40	0.00
Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt	0.00	100.00	70.83	35.89	-0.87	-0.63	0.00
Energiaállapot	5.00	90.00	56.20	20.32	-0.42	-0.39	0.36
Érzelmi jóllét	0.00	12.00	3.74	3.07	0.57	-0.66	0.00
Közösségi funkciók ellátása	12.50	100.00	75.60	24.10	-0.77	-0.39	0.00
Fájdalom (hiánya)	0.00	100.00	76.59	23.69	-1.09	0.99	0.01
Általános egészségi állapot	10.00	100.00	66.49	17.80	-0.71	0.40	0.12
Változás az egészségi állapotban	0.00	100.00	55.29	18.98	0.57	1.08	0.00
Munka-Család Konfliktus össz	8.00	42.00	21.77	7.96	0.37	-0.54	0.40
Munka-család konfliktus	4.00	27.00	14.84	5.67	0.03	-0.78	0.66
Család-munka konfliktus	4.00	20.00	6.93	3.61	1.45	1.47	0.00
Munkahelyi stressz össz	-1.71	3.21	0.00	1.00	0.59	0.06	0.44
Túlvállalás	26.00	50.00	42.84	6.87	-0.75	-0.50	0.00
Jutalom (hiánya)	0.00	24.00	17.61	5.97	-1.01	0.21	0.00
PSQI Alvásminőségbeli problémák össz	0.00	15.00	5.27	3.31	0.84	0.59	0.02
Szubjektív észlelt alvásminőségbeli problémák	0.00	3.00	0.69	0.70	0.68	0.00	0.00
Alváslátencia	0.00	3.00	1.08	0.91	0.55	-0.42	0.00

AZ ÉLETMINŐSÉG, A KRONOTÍPUS, AZ ALVÁSMINŐSÉG...

Alvászidőtartambeli problémák	0.00	3.00	0.70	0.81	0.93	0.15	0.00
Alvászhatékonyságbeli problémák	0.00	3.00	0.49	0.79	1.67	2.26	0.00
Alvászavarok	0.00	3.00	1.19	0.62	0.57	0.98	0.00
Altatóhasználat	0.00	3.00	0.33	0.82	2.48	4.91	0.00
Nappali diszfunkciók	0.00	3.00	0.79	0.68	0.48	0.02	0.00
Észlelt stressz	1.00	21.00	6.52	3.98	1.34	1.85	0.00
Koherencia össz	20.00	83.00	59.48	12.13	-0.69	0.57	0.58
Érthetőség	8.00	35.00	21.79	5.28	-0.19	-0.42	0.59
Kezelhetőség	6.00	27.00	17.66	4.07	-0.40	0.30	0.50
Értelmesség	4.00	28.00	20.03	4.50	-1.09	1.71	0.13
Társas támasz össz	26.00	50.00	42.84	6.87	-0.75	-0.50	0.00
Barátok támogatása	4.00	15.00	12.36	2.81	-0.99	0.12	0.00
Család támogatása	8.00	20.00	16.74	3.34	-0.75	-0.43	0.00
Szignifikáns mások támogatása	8.00	15.00	13.74	1.91	-1.43	0.95	0.00

Az életminőség alskálákkal végzett rangkorrelációs elemzések

Az életminőséggel kapcsolatos összefüggések elemzése előtt az alskálákon egy főkomponens-elemzést hajtottunk végre, mely egy fizikai és egy érzelmi jóllét dimenziót azonosított (ld. 2. táblázat), 68.44% megmagyarázott varianciával. Az Általános egészségi állapot alskála egyik dimenzióba sem illeszkedett be, így a további elemzésnél nem használtuk fel.

2. táblázat. Az életminőség skálák főkomponens-elemzés eredménye

	Komponens	
	Érzelmi	Fizikai
Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt	.668	.177
Energiaállapot	.851	.105
Érzelmi jóllét	.914	.160
Közösségi funkciók ellátása	.771	.305
Fizikai teljesítmény	.032	.785
Korlátozott tevékenység (hiánya) fizikai állapot miatt	.347	.740
Fájdalom (hiánya)	.240	.829

A következőkben a kapott érzelmi és fizikai főkomponenssel, valamint az össz életminőség pontszámmal való rangkorrelációkat mutatjuk be (ld. 3. táblázat), kiemelve a táblázatban a 0.3 feletti korrelációs értékeket.

3. táblázat. Az életminőség főkomponensekkel és összpontszámmal vizsgált összefüggések rangkorrelációs elemzése

	Érzelmi jóllét	Fizikai jóllét	SF36 össz
Munka-család konfliktus	-.203*	-.190	-.293**
Család-munka konfliktus	-.216*	-.079	-.235*
Túlvállalás	.288**	.190	.321**
Erőfeszítés	-.358**	-.051	-.332**
Jutalom (hiánya)	.200*	.237*	.264**
Szubjektív észlelt alvásminőségbeli problémák	-.443**	-.148	-.483**
Alváslátencia	-.204*	-.110	-.238*
Alvásidőtartambeli problémák	-.065	-.082	-.119
Alváshatékonysági problémák	.086	-.138	.003
Alvászavarok	-.393**	-.123	-.442**
Altatóhasználat	-.073	-.201*	-.162
Nappali diszfunkciók	-.459**	.013	-.373**
Érthetőség	.651**	.099	.616**
Kezelhetőség	.563**	.160	.564**
Értelmesség	.464**	.081	.446**
Barátok támogatása	.139	.274**	.230*
Család támogatása	.324**	.155	.334**
Szignifikáns mások támogatása	.249*	.108	.275**
Kronotípus összpontszám	.149	-.230*	-.020
Munka család konfliktus össz	-.255**	-.190	-.342**
Munkahelyi stressz össz	-.418**	-.098	-.402**
PSQI Alvásminőségbeli problémák össz	-.359**	-.230*	-.428**
Észlelt stressz	-.300**	-.221*	-.375**
Koherencia össz	.654**	.141	.640**
Társas támasz össz	.288**	.190	.321**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

A táblázatból látható, hogy az életminőség fizikai és érzelmi jóllét komponense, valamint az életminőség összpontszám is számos alskálával mutatott szignifikáns korrelációt. A legerősebb korrelációt a koherencia-érzés összpontszám és az érzelmi jóllét ($\rho = 0.654$; $p < 0.01$), valamint a koherencia-érzés Érthetőség alskálája és az érzelmi jóllét komponens ($\rho = 0.651$; $p < 0.01$) között kaptuk.

Az érzelmi jóllét főkomponens, valamint az életminőség összpontszám is a kronotípuson kívül valamennyi vizsgált változóval, illetve annak bizonyos alskálájával szignifikáns összefüggésben volt. Ezzel szemben a fizikai jóllét főkomponens csak a jutalom (hiányával) ($\rho = -0.237$; $p < 0.05$), az alatóhasználattal ($\rho = -0.201$; $p < 0.05$), a barátok támogatásával ($\rho = 0.274$; $p < 0.01$), a kronotípus összpontszámmal ($\rho = -0.230$; $p < 0.05$), az alvásminőségbeli problémák összpontszámmal ($\rho = -0.230$; $p < 0.05$), valamint az észlelt stressz ($\rho = -0.221$; $p < 0.01$) összpontszámmal mutatott szignifikáns együttjárást.

A vizsgált változók összpontszám-értékei közül az életminőség összpontszámmal szignifikáns kapcsolatot mutatott a munka-család konfliktus összpontszám ($\rho = -0.342$; $p < 0.01$), a munkahelyi stressz összpontszám ($\rho = -0.402$; $p < 0.01$), az alvásminőségbeli problémák összpontszám ($\rho = -0.428$; $p < 0.01$), az észlelt stressz összpontszám ($\rho = -0.375$; $p < 0.01$), a koherencia-érzés összpontszám ($\rho = 0.640$; $p < 0.01$) és a társas támasz összpontszám is ($\rho = 0.321$; $p < 0.01$).

Az életminőség bejósítása regresszióval

Mind az összpontszám esetében, mind a fizikai és az érzelmi jóllét dimenzió esetében többszörös lineáris regresszió analízist is végrehajtottunk annak érdekében, hogy elemezzük a vizsgált független változók (kérdőívek összpontszámai) a variancia hány százalékát magyarázzák. A 4. táblázat a modellek szignifikáns prediktor-változóit tartalmazza.

4. táblázat. Az életminőség bejósítása regresszió analízissel

SF36 összpontszám		R ²	Korrigált R ²	Beta	t	p
1	Koherencia össz	.383	.377	.474	5.736	.000
2	Munkahelyi stressz össz	.438	.427	-.224	-2.798	.006
3	PSQI Alvásminőségbeli problémák össz	.462	.446	-.169	-2.110	.037
Fizikai jóllét		R ²	Korrigált R ²	Beta	t	p
1	Társas támasz össz	.072	.063	.219	2.356	.020
2	Észlelt stressz	.123	.106	-.233	-2.545	.012
3	Kronotípus összpontszám	.163	.138	-.203	-2.186	.031
Érzelmi jóllét		R ²	Korrigált R ²	Beta	t	p
1	Koherencia össz	.480	.475	.605	8.226	.000
2	Munkahelyi stressz össz	.528	.519	-.237	-3.225	.002

Az *SF36* összpontszám esetében az elemzés három szignifikáns független változót eredményezett ($F(3,100)=28.62$; $p<0.001$), amelyek az *SF-36* összpontszám-variánciának 44.6%-át magyarázták meg. A koherencia-érzés pozitívan ($\beta=0.47$; $p=0.00$), míg a munkahelyi stressz ($\beta=-0.22$; $p=0.00$), valamint az alvásminőségbeli problémák pedig negatívan ($\beta=-0.16$; $p=0.03$) függtek össze az életminőség összpontszámmal.

A *Fizikai jóllét* főkomponens esetében az elemzés három szignifikáns független változót eredményezett ($F(3,100)=6.49$; $p<0.001$), amelyek a variánciának 13.8%-át magyarázták meg. A társas támasz pozitív ($\beta=0.21$; $p=0.02$), míg az észlelt stressz ($\beta=-0.23$; $p=0.01$) és a reggeliség ($\beta=-0.203$; $p=0.03$) negatív összefüggésben álltak a fizikai jólléttel. Összesítve tehát a magasabb társas támasz, az alacsonyabb észlelt stressz és az estibb kronotípus jelezték a magasabb fizikai jóllétet.

Az *Érzelmi jóllét* főkomponens esetében a szignifikáns független változók ($F(2,101)=56.59$; $p<0.01$) a variánca 51.9%-át magyarázták meg. A koherencia-érzés pozitív ($\beta=0.60$; $p=0.00$), míg a munkahelyi stressz negatív ($\beta=-0.23$; $p=0.002$) összefüggést mutattak az érzelmi jólléttel.

DISZKUSSZIÓ

Jelen tanulmány célja, hogy megvizsgálja a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét pozitív és negatív irányba is befolyásoló pszichoszociális faktorok lehetséges szerepét, név szerint a kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz szerepét.

Elsőként a főkomponens analízis során kapott érzelmi és fizikai jóllét dimenziókkal, valamint az össz életminőség pontszámmal hajtottunk végre rangkorrelációs elemzéseket. Ennek során azt kaptuk, hogy az érzelmi jóllét dimenzió, valamint az életminőség összpontszám a kronotípus kivételével valamennyi változó alszkálájával vagy összpontszámával szignifikáns összefüggést mutatott. A fizikai jóllét dimenzió azonban csak a jutalom (hiányával), az altatóhasználat, a barátok támogatásával, a kronotípus összpontszámmal, az alvásminőségbeli problémák összpontszámmal, valamint az észlelt stressz összpontszámmal mutatott szignifikáns együttjárást. A legerősebb korrelációs értékek (a 0.6 fölöttiek) minden esetben a koherencia-érzés összpontszám, az Érthetőség alszkála és az érzelmi jóllét és életminőség összpontszám között jelentek meg.

Ezután többszörös lineáris regresszióanalízist hajtottunk végre az életminőség összpontszámon, valamint annak fizikai és érzelmi jóllét dimenzióin annak érdekében, hogy felfedjük a lehetséges prediktor-változókat.

A kronotípus esetében arra számítottunk, hogy az mind az életminőség összpontszám, mind a fizikai és érzelmi dimenzió tekintetében pozitív predik-

tor-változó lesz, azaz a reggeliség irányába haladva az életminőség értéke is emelkedni fog. Az eredmények azonban éppen ellentétes összefüggést mutatnak, azaz az estiség irányába haladva nő a fizikai jóllét. A Fizikai teljesítmény alskálához például olyan kérdések tartoznak, hogy az egyén képes-e bevásárló szatyrot cipelni, lépcsőzni, stb., amely feladatok az egészséges személyek számára nem jelenthetnek nehézséget. Ezt támasztja alá, hogy mintánk 80.7%-a (N=84) a Fizikai teljesítmény alskálán legalább 85 pontot ért el a maximális 100 pontból (0-100-ig). Az SF36 életminőség kérdőív eredetileg klinikai populációra lett megalkotva, így a fizikai tüneteket, problémákat egészséges, normál populáción valószínűleg nem képes megfelelő mértékben differenciálni. A kronotípussal és fizikai egészséggel kapcsolatos eredményünk további vizsgálatot igényel egy egészséges minta fizikai problémáira érzékenyebb életminőség kérdőív felhasználásával.

Az alvásminőséggel kapcsolatban azt találtuk, hogy a több alvással kapcsolatos probléma alacsonyabb életminőség *összpontszámot* jelzett előre. Ez az eredmény egyezik a korábbi, munkavállalók körében végzett kutatások tapasztalataival, amelyben arra jutottak, hogy mind a fizikai, mind a pszichés egészség negatív irányú összefüggésben van az alvásproblémákkal (pl. Shao és mtsai, 2010).

Az általános stressz, valamint a munkahelyi stressz esetében is találtunk szignifikáns összefüggéseket: a magasabb észlelt (általános) stressz alacsonyabb fizikai jóllétet, a magasabb munkahelyi stressz pedig alacsonyabb érzelmi jóllétet és globális életminőség-értéket jelzett előre. Azt lehet tehát mondani, hogy míg a túlzott erőfeszítés, a túlvállalás és a jutalom hiánya (mint munkahelyi stresszorok) ebben az esetben az érzelmi jóllétre, valamint a globális életminőségre is hatással vannak, addig az általános stressz-szint kifejezetten a testi jóllétre gyakorol negatív hatást. Eredményeink összességében összecsengenek az eddigi tanulmányokkal, amelyek a testi-lelki jóllétet negatív irányú összefüggésbe hozták az általános és munkahelyi stressz-szel (Rusli és mtsai, 2008; Tzeng és mtsai, 2012).

A protektív faktorok tekintetében a koherencia-érzés összpontszám szignifikáns prediktornak bizonyult az életminőség összpontszám, valamint az érzelmi jóllét esetében. Ez az eredmény alátámasztja Antonovsky feltételezését, miszerint a koherencia-érzés hozzájárul a testi-lelki egészség fenntartásához, azaz protektív tényező (Balajti és mtsai, 2007; Sagy és Antonovsky, 2000). A társas támasz összpontszám viszont egyedül a fizikai jóllét dimenzióval állt kapcsolatban, mégpedig a magasabb társas támasz magasabb fizikai jóllétet jósolt be. A társas támasz kedvező testi-lelki hatását munkavállalók esetében korábbi kutatások már igazolták (pl. Xing és mtsai, 2013), így jelen eredményünk ezen tanulmányok sorába beilleszthető.

Pilot jellegű kutatásunk számos korláttal rendelkezik. Legelsőként a minta alacsony elemszámát emelnénk ki (104 fő), amely csak előzetes feltevésekre enged következtetni a teljes állásban dolgozók életminőségére nézve, azonban

az eredmények általánosíthatóságához jóval nagyobb mintára van szükség a jövőben. Fontos korlát még a keresztmetszeti elrendezés is. Az életminőséget bejósoló pszichoszociális tényezők vizsgálatában sokkal hasznosabb lehet egy minimum egyéves hosszmetzeti kutatás, amelyből jobban kikövetkeztethető, mely változók jelezhetik előre a későbbi időpontokban felmért életminőséget, ezzel hatékonyabb prevenció programokat kidolgozva a munkavállalók részére. Harmadrészt mintánkat nagyrészt diplomás nők alkották, ami miatt eredményeink is főként erre a populációra vonatkoztathatóak. Végül pedig fontos korlátként említendő még, hogy a munkavállalók munkakörüket tekintve heterogén csoportot alkottak, vagyis nem azonos szektorban dolgoztak teljes állásban, így az eredmények sem általánosíthatóak egy-egy területre.

Pilot vizsgálatunk fő célja az volt, hogy a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét előrejelző pszichoszociális faktorokat feltárjuk. Ennek fontossága abban rejlik, hogy az eddigi tanulmányok szerint a rosszabb önértékelt egészségi állapot magasabb mortalitási kockázattal jár együtt (Benyamini és Idler, 1999; Idler és Benyamini, 1997). Eredményeink tehát arra hívják fel a munkavállalók mentális és fizikai egészségével foglalkozó szakemberek (pl. üzemorvos, vállalati pszichológus, HR munkatársak) figyelmét, hogy nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az életminőségre nézve rizikó-, valamint protektív faktort jelentő pszichoszociális tényezőkkel történő munkára.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

IRODALOMJEGYZÉK

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Adan, A. & Admirall, H. (1991). Horne and Ostberg Morningness – Eveningness Questionnaire: a reduced scale. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 241-53.
- Balajti I., Vokó Z., Ádány R., Kósa K. (2007). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8, 147-61.
- Benyamini, Y. & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.
- Blanch, A. & Aluja, A. (2009). Validation study of the Spanish version of the Work-Family Conflict Questionnaire (CCTF). *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 746-55.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.

- Buysse, D. J., Reynolds, C.F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Chung, M., Chang, F., Yang, C., Kuo, T., Hsu, N. (2008). Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 279-84.
- Cimete, G., Gencalp, N. S., Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), 151-8.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-96.
- Czibalmos Á., Nagy Zs., Varga Z., Husztik P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat Sf-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 80(1), 4-19.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938-44.
- Frone, M. E., Russell, M., Barnes, G.M. (1996). Work-family conflict, gender, and health-related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Gulec, M., Selvi, Y., Boysan, M., Aydin, A., Oral, E., Aydin, E. F. (2013). Chronotype effects on general well-being and psychopathology levels in healthy young adults, *Biological Rhythm Research*, 44(3), 457-68.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1), 25-31.
- Horne, J. A., & Östberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
- Horváth Zs., & Telekes A. (2006). A palliatív gondozás pszichológiai szempontjai. In J. Horti & Á. Riskó (Szerk.). *Onkopszichológia a gyakorlatban* (209-216. o.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., Sourtzi, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324-8.
- Jankowski, K.S. (2013). Morning types are less sensitive to pain than evening types all day long. *European Journal of Pain*, 17, 1068-73.
- Jean-Louis, G., Kripke, D. F., Ancoli-Israel, S. (2000). Sleep and quality of well-being. *Sleep*, 23, 1-7.
- Kahán Zs., & Kovács Zs. (2006). A daganatos betegek életminősége. In J. Horti & Á. Riskó (Szerk.). *Onkopszichológia a gyakorlatban* (309-19. o.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Kopp M., & Pikó B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In M. Kopp, & M. E. Kovács (Szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (10-19. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Krystal, A. D. & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Medicine* 9(Suppl. 1), S10-S17.
- Limsuwat, C., Aswanetmanee, P., Awili, M., Raziuddin, A., Thammasitboon, S. (2017). Sleep quality, sleep habits, and chronotypes of medical interns at the beginning of their training. *The South-west Respiratory and Critical Care Chronicles*, 5(20), 4-11.

- Maruyama, S. & Morimoto, K. (1996). Effects of long workhours on life-style, stress and quality of life among intermediate Japanese managers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 22(5), 353-9.
- Md-Sidin, S., Sambasivan, M., Ismail, I. (2010). Relationship between work-family conflict and quality of life An investigation into the role of social support. *Journal of Managerial Psychology*, 25(1), 58-81.
- Nasermoaddeli, A., Skine, M., Hamanishi, S., Kagamimori, S. (2003). Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: A 1-year follow-up study. *Industrial Health*, 41, 236–241.
- Natale, V., & Cicogna, P. (2002). Morningness-eveningness dimension: is it really a continuum? *Personality and Individual Differences*, 32, 809-16.
- Netemeyer, R.G., Boles, J. S., McCurrian, R. (1996). Development and validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-10.
- Novák M., Stauder A., & Mucsi I. (2006). Az életminőség egészség tudományi kutatásának általános szempontjai. In M. Kopp, & M. E. Kovács (Szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (24-36. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Ocsovszky Zs. & Popovics J. (2017). Minor és major pszichedelikus szert fogyasztás és a halálszorongás összefüggései. *Psychologia Hungarica*, 4(1), 1–22.
- Paden, S.L. & Buehler, C. (1995). "Coping with the dual-income lifestyle". *Journal of Marriage and the Family*, 57(1), 101-11.
- Randler, C. (2008). Morningness-eveningness and satisfaction with life. *Social Indicators Research*, 86, 297-302.
- Salavecz Gy., Neculai K., Rózsa S., Kopp M. (2006). Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív Magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 231-46.
- Savard, J., Laroche, L., Simard, S., Ivers, H., Morin, C.M. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosomatic Medicine*, 65, 211–21.
- Shao, M., Chou, Y., Yeh, M., Tzeng, W. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1565-72.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Stauder A., Konkoly-Thege B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-16.
- Papp-Zipernovszky O., Kékesi M. Z., Jámbori Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18 (3), 230-62.
- Randler, C., Barrenstein, S., Vollmer, C., Diaz-Morales, J., Jankowski, K.S. (2014). Women would like their partner to be more synchronized with them in their sleep-wake rhythm. *Spanish journal of Psychology*, 17, 1-6.
- Rigó A., Demetrovics Zs., & Novák M. (2008). *Reggeliség-Estiség Kérdőív Önkitöltős- változat* (MEQ-SA). Budapest: Kézirat
- Rigó A. (2017). *Baglyok és pacsirták*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

- Rusli, B. N., Edimansyah, B.A., Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health*, 8, 1-12.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-66.
- Sasaki, T., Iwasaki, K., Mori, I., Hisanaga, N., Shibata, E. (2007). Overtime, job stressors, sleep/rest, and fatigue. *Industrial Health*, 45, 237-46.
- Takács J., Bódizs R., Ujma Przemyslaw P., Horváth K., Rajna P., Harmat L. (2016). Reliability and validity of the Hungarian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-HUN): comparing psychiatric patients with control subjects. *Sleep and Breathing*, 20(3), 1045-51.
- Takács, Sz. (2012). Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29, 67-100.
- Takács, Sz. (2016). Bevezetés a matematikai statisztikába - elmélet és gyakorlat, Budapest, Antrárész Kiadó.
- Tzeng, D., Chung, W., Lin, C., Yang, C. (2012). Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-9.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1993). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a user's manual*. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center.
- Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: Misalignment of biological and social time. *Chronobiology International*, 23(1&2), 497-509.
- Xing, H., Yu, W., Chen, S., Zhang, D., Tan, R. (2013). Influence of social support on health-related quality of life in new-generation migrant workers in Eastern China. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 806-12.
- Yanos, P., T., Rosenfield, S., Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5), 405-19.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, D.K. (1988). The multidimensional scale of social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.