

# Bukta Tünde

buktus@t-email.hu

## LOGISZTIKAI BÁZISON MEGVALÓSÍTOTT MUNKAHELYI EGÉSZSÉGMAGATARTÁSFEJLESZTŐ PROGRAM ÉS KUTATÁSI PROGRAM TAPASZTALATAI I. RÉSZ

### Absztrakt

*A NATO katonai logisztika definíció szerint a katonai logisztika az erők mozgatásának és fenntartásának tudománya, amelynek elemei: a tervezés és a fejlesztés; a beszerzés és az elosztás; a raktározás és a szállítás; a fenntartás-karbantartás; illetve a személyszállítás, továbbá az egészségügyi szolgáltatás biztosítása.<sup>40</sup> Ez utóbbi területhez kötődik jelen írás, amely egy logisztikai szervezet mintegy tíz éves egészségügy, egészségmagatartási és katona-pszichológiai tapasztalatait mutatja be.*

**Kulcsszavak:** logisztikai bázis, logisztikai szakállomány, egészségmagatartás fejlesztése

### BEVEZETŐ

Két fő témakör bemutatására kerül sor, a logisztikai bázison megvalósított egészségmagatartás fejlesztő program, valamint a szomatizációs tünetegyüttes problémakörének feltárását szolgáló kutatás a katonáknál megjelenő betegségrepresentációk pontos meghatározása érdekében. A betegségrepresentációk nem stabil képződmények, a betegség lefolyása során folyamatosan alakulhatnak, illetve alakíthatók, ezért a preventív munka szempontjából fontos a pszichológiai háttértényezők ismerete.

A kutatási folyamat során 10 profilos Szondi teszt, TCI kérdőív és az Experiences in Close Relationship Questionnaire – Közeli Kapcsolatok Élmény Kérdőív használatára került sor, amelyek eredményeinek a bemutatása történik a következő kérdéskörökre válaszolva: a személyiség mely alapvonásai határozzák meg a stresszhez való viszonyt (eustressz vs. distressz). Léteznek-e a stresszhez való viszonyulásban, annak megélésében és arra való válaszreakcióban egyéni különbségek.

---

<sup>40</sup> NATO Logisztikai Kézikönyv, Stratégiai és Védelmi Kutatóintézet, Budapest, 1997. 27-28. o.

# 1. AZ EGÉSZSÉG

## 1.1. Az egészség fogalma

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1998-as Közgyűlése nemzetközi nyilatkozatot fogadott el az egészségről, amely szerint az **elérhető legjobb egészségi állapot** egyike az alapvető emberi jogoknak. A WHO az egészség fogalmát a következőképpen határozza meg: "az egészség a teljes testi, lelki (szellemi) és szociális jólét állapota és nem csupán a betegség és a nyomorúság hiánya". A definícióban nem valaminek a hiánya, hanem **valaminek vagy valamiknek a megléte utal az egészségre**. Ebben az értelemben az egészség pozitív fogalomként értelmezhető, amely a társadalom, a közösségek, valamint egyén erőforrásait, testi-lelki képességeit hangsúlyozza (Ottawai Charta, 1986). Ezért az egészséget nem passzívan elviselt állapotként, hanem tevékeny folyamatként értelmezhetjük. Az egészségünk a mindennapi élet erőforrása, fontos eszköze életcéljaink megvalósításának, sőt annak alapvető feltétele.

Antalfai Márta megközelítésében az egészséges személyiségen „a külső és a belső világ közötti harmonikus kapcsolatot érti, mely kapcsolat a psziché egészének - a gondolkodásnak, érzékelésnek, érzésnek, intuíciónak és az akarati életnek - differenciált és összehangolt működését foglalja magában „(Antalfai, 2007, 372.). Az egészség pszichológiai értelemben tehát elsősorban pszichoszomatikus egészséget jelent, azaz a lelki - beleértve a pszichofiziológiai, valamint a magatartási szintű - működések relatív egyensúlyát, harmóniáját (Pikó, 2005).

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet **Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció** című munkaanyagában meghatározza a pozitív mentális egészség fogalmát és konkrét tartalmát. A mentális egészség számos készséget és képességet foglal magában, ezek közül a legfontosabbak:

- ✚ a pszichés, az érzelmi, intellektuális és spirituális fejlődés képessége és jóllét fenntartása
- ✚ kölcsönösen kielégítő társas és közösségi kapcsolatok kialakítása és fenntartása
- ✚ az élettal együtt járó stresszel való megküzdés képessége és a kihívásoknak a személyes fejlődés szempontjából való hasznosítására való tendencia (Urbán, 2007).

A mentális egészség meghatározása mellett azt is fontosnak tartották felvázolni, hogy amelyek azok a tényezők, amelyek elősegítik, és amelyek rombolják a mentális egészséget. Az egyik legátfogóbb rendszert MacDonald és O'Hara (1998) valamint MacDonald (2006) javasolja, amely szerint elkülöníthetők a mentális egészséget elősegítő vagy romboló tényezők (l. 1. táblázat).

A mentális egészséget építő tényezők	A mentális egészséget romboló tényezők
<p><i>Minőségi környezet:</i>            Jó lakókörnyezet és közlekedés.            Esztétikus és kezelhető környezet és kilátás.            A természet közelsége.            Biztonságos környezet.</p>	<p><i>Deprivált környezet:</i>            Kedvezőtlen, nem kielégítő lakhatási lehetőségek.            Kevés vagy egyáltalán nincs biztonságos játszótér.            A környezet erőszakos és nem biztonságos.            A tömegközlekedés szegényes.            Szegénység és eladósodás.</p>
<p><i>Önértékelés:</i>            Saját értékességünkkel és fontosságunkkal kapcsolatos hiedelem, ami a személyes kompetencia és a siker átéléséhez vezet.</p>	<p><i>Érzelmi abúzus:</i>            Az önértékelés alácsúszása közvetlen fizikai vagy szexuális abúzus miatt, vagy közvetve, folyamatos kritika, az egyéniség és a személy fontosságának tagadása révén. Ez rendszerint a szülők, kortársak, tanárok, partnerek és a főnökök hatalmukkal való visszaélése következtében áll elő.</p>
<p><i>Érzelmi feldolgozás:</i>            Saját érzelmeink ismerete és elfogadása.            Megfelelő érzelmi szótár használata.            Érzelmi intelligencia.</p>	<p><i>Érzelmi közöny:</i>            Az érzelmi élet személyes vagy intézményes negligálása.</p>
<p><i>Önmenedzselési és megküzdési készségek:</i>            Asszertivitási készségek.            Stresszkezelési készségek.            Problémamegoldási készségek.            Társas problémamegoldási készségek.</p>	<p><i>Stressz:</i>            A stressz az életünk alapvető része, ugyanakkor szélsőséges mértékben a mentális egészséget veszélyezteti.</p>
<p><i>Társas részvétel:</i>            Kölcsönösen kielégítő társas kapcsolatok megléte, a társas integráció gazdagítja a mindennapi életet.            A társas támasz fontos egészségvédő hatású.            A társadalomban való aktív részvétel elősegíti a felelősségvállalást.</p>	<p><i>Társas kirekesztés:</i>            Az elmagányosodás és a társas kirekesztés a mentális egészséget komolyan veszélyezteti.</p>

1. táblázat: A mentális egészséget befolyásoló tényezők MacDonald és O'Hara (1998) modellje nyomán

## 1.2. Az egészségfejlesztés szintér alapú megközelítése

Az **egészségfejlesztés** az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek egészségük fokozott kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz.

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának Luxemburgi Deklarációja, (1997) szerint „A munkahelyi egészségfejlesztés a munkaadók, a munkavállalók és a társadalom valamennyi olyan együttes tevékenységét jelenti, amely a munkahelyi egészség és jólét javítására irányul.”

Ma már egészségfejlesztés fő fókusza nem az egészségmagatartás, hanem a **setting** (közösségi színtér) – a fizikai és szociális környezet és a benne lévő érintkezési módok. Az egészségfejlesztés **közösségeket** céloz meg, mivel a közösség és egyén szoros kötődésben élnek, ezért az egyéni értékek, beállítódások és aktivitások változtatása a közösség támogatása nélkül nehezen képzelhető el. A közösség ezen túl kapocs az egyén és a szélesebb társadalmi környezet között: erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáit. Az életminőség javításában, az egészség megőrzésében az intézmények rendkívül jelentős szerepet játszanak, ezért befolyásolásuk, segítségük (pl. a családé), erősítésük (pl. a szomszédsági kapcsolatoké), esetleg létrehozásuk (pl. a civil szervezeteké) fontos erőforrás és hatékony befektetés.

A setting adja az egészségfejlesztés *szociokulturális kontextusát*. Bizonyos színhelyek azért válnak settinggá, mert az emberek sok időt töltenek ott, pl. iskola, munkahely. Tehát az egészségfejlesztés olyan színtereken valósul meg, amelyeken az emberek a mindennapi életüket élik, s ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében „magától értetődő”. Ezen a színtéren baleseteket és betegségeket lehet megelőzni, egészséges és biztonságos munkahelyeket lehet kialakítani, itt lehet olyan késztetéseket, ismereteket és módszereket terjeszteni, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani. A munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállalókra irányul, de előnyei szerteágazóak: csökkennek a betegségekhez kapcsolódó kiadások, nő a vállalat termelékenysége.

A modern társadalomban a megváltozott betegségsspektrum következtében az egészség kulcsa az életmódban rejlik. Ezt tanúsítja az a tétel is, amely szerint az **egészségi állapotot mintegy 43 %-ban kizárólag életmódunk határozza meg**, kevésbé (csak 11%-ban) az egészségügy fejlettsége, hiszen a megelőzésben az életmód a legmeghatározóbb elem.

Az egészségfejlesztés modern koncepciója középpontjában tehát életmódunk megváltoztatása áll (Pikó, 2002a). Az ún. Ottawa Charta az egészségpromóciót úgy határozza meg, mint az a folyamatot, amely képessé teszi az embereket az egészségük feletti kontroll megszerzésére és egészségük fejlesztésére. Az egészségünk feletti kontrollt pedig kétségtelenül az életmódunk feletti kontroll tudatos és aktív megszerzése biztosítja. Az életmód egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás. Az egészséggel kapcsolatos magatartás magában foglalja a preventív egészségmagatartást, az egészség megtartását és az egészség fejlesztését elősegítő magatartásformákat, mint például a táplálkozáskontrollt, a sportolást, a biztonsági öv viselését vagy a biztonságos szexuális viselkedést. Vizsgálatok azt mutatják, hogy e magatartásformák aktív döntések eredményei, amelyek az egészségtudatosság magas szintjét feltételezik (Pikó, 2002b). Azok, akik aktívan egészségük megőrzésére törekednek, nagyobb önbizalommal rendelkeznek, jövőorientáltak és elégedettebbek életükkel, mint azok a társaik, akik kevésbé figyelnek oda az egészséges életmód követésére.

## 2. A MUNKAHELYI STRESSZ

### 2.1. A stressz fogalma

Stressz fogalmát Selye János vezette be a nemzetközi tudományos és köznyelvbe. Meghatározása szerint a „stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre.... A stresszt-előidéző hatás, vagy stresszor aktivitás szempontjából mindegy, hogy az a dolog vagy helyzet, amellyel szemben állunk, kellemes-e vagy kellemetlen; csupán az számít, hogy milyen mértékű az újraalkalmazkodás iránti szükséglet”(Selye, 1976, 24.-25. oldal). „A mai ember számára a stressz talán legfőbb forrását a társadalmi-szociális interakciók jelentik, bár a helyzetek jellegét és a válaszreakciói intenzitását tekintve jelentős egyéni különbségek tapasztalhatók” (Stauder, 2008, 11.). A stresszel összefüggésbe hozható kórképek kialakulása szempontjából mind az alkalmi, nagy intenzitású stresszhatásoknak (traumák, negatív életesemények), mind az ismétlődő, vagy tartósan fennálló, gyakran elkerülhetetlen mindennapi helyzeteknek (munkastressz, kapcsolat stressz) jelentősége van. (Holmes, Rahe, 1967 idézi Stauder, 2008)

### 2.2. A stresszmodellek

A következőkben szeretném bemutatni az elmúlt évtizedek jelentősebb stresszmodelljeit Salavecz Gyöngyvér Munkahelyi stressz és egészség című tanulmánya alapján egyúttal bemutatva a MH LEK jellemzőit is.

#### a) Személy-környezet Illeszkedés Modell

Az első modellt az 1970-es években a Michigani Egyetem kutatói fejlesztették ki, az elmélet szerint két forrásból fakadhat feszültség munkahelyen. „Az egyik a lehetőségek és igények össze nem illéséből származik, vagyis ha a munka által nyújtott lehetőségek a személy motivációjának, szükségleteinek nem képesek megfelelni. A másik forrás a követelmények és a képességek összeegyeztethetatlensége, amikor is a személy képességei és a munkahelyi követelmények között nincs összeillesztés (Salavecz Gy, 2008 289.).

#### b) Követelmény-Kontroll Modell

A második modell a követelményeken a munkakörnyezetben jelenlevő pszichológiai stresszorokat érti. Ez lehet a feszített munkatempó, az időnyomás, megterhelő munka, a különböző és egymásnak ellentmondó elvárások. „A kontrollnak két összetevője van: az egyik összetevő a képességek feletti kontrollra vonatkozik, amely azt vizsgálja, hogy a dolgozónak lehetősége nyílik-e arra, hogy képességeit és készségeit kamatoztassa munkája során, új dolgokat tanuljon, kreativitását használja. A másik összetevő a munkakörülményekre vonatkozó döntési jogköröket foglalja magában. Például van-e beleszólása abba a munkavállalónak, hogy milyen módon és tempóban végzi munkáját, hogyan teljesíti a rá váró feladatokat” (Salavecz, 2008 289.).

„A követelmények és kontroll alacsony, illetve magas értékeinek kombinációjaként Karasek (1979 idézi Salavecz, 2008) négyféle munkatípust határozott meg:

1. **magas stresszel járó munkát:** itt nagy a pszichológiai megterhelés, de alacsony a döntési lehetőség. Ennek következtében a követelmények által gerjesztett energiák káros igénybevétellé, krónikus stresszé alakulhatnak.

Sokszor az alacsony kontroll miatt nem lehetséges a megterhelésre adandó optimális válasz megvalósítása.

2. **aktív munkát:** itt a megterhelés és a kontroll is nagy. Az ilyen munkák új készségek elsajátítására, tanulásra és fejlődésre adnak lehetőséget.
3. **nyugodt munkát:** itt alacsonyak a követelmények, és a munkavállaló meghatározhatja munkakörülményeit, magas kontroll jellemzi
4. **passzív munkát:** a megterhelés és a kontroll is alacsony, ami a képességek, és a készségek lassú leépüléséhez, csökkent motivációhoz vezethet.

A modell feltételezése szerint az egészségi állapot legrosszabb kimenetele akkor várható, ha a követelmények magasak, a döntési lehetőségek, a munkavállaló kontrollja alacsony és a társas támogatottság hiányával jellemezhető az adott munkahely” (Salavecz, 2008 290.).

### **c, Erőfeszítés-Jutalom Egyenlőtlenség Modell**

A harmadik modell Siegrist (1996 idézi Salavecz, 2008) nevéhez fűződik, aki szerint egészségromlást okozhat, ha a munkahelyen kifejtett erőfeszítés és az ezért kapott jutalom aránya nem megfelelő. A modell azt is feltételezi, hogy a munka az egyén önszabályozási szükségleteinek kielégítéséhez nyújt szerepet. Az egyénnek lehetősége van munkája során az énhatékonyság, az önértékelés és a valahová tartozás élményét megtapasztalni. A modell feltételezi továbbá, hogy a viszonyosság hiánya distresszt okozhat, hosszú távon krónikus stresszt kiváltva károsan hat az egészségre (Salavecz, 2008).

„Az erőfeszítés és jutalom dimenziók a munkakörhöz, a munkahelyhez közvetlenül köthető stresszkeltő, zavaró tényezőket mérik fel. Erőfeszítésen a modell a munka jellemzőiként az időnyomást, a megszakításokat, a felelősségvállalást, a fizikális megterhelést, a túlórákat és a növekvő követelményeket érti. A modell alapján a munkahelyhez köthető jutalmaknak három típusa lehet: anyagi juttatások, elismerések és a karrier támogatása, amelynek alapja a biztos munkahely” (Salavecz, 2008, 290.).

A kérdőív harmadik túlvállalás dimenziója a személy munkahelyi szituációkban megnyilvánuló egyéni jellemzőit tükrözi. „Ez a faktor a belső erőfeszítést, a munkahelyi követelményekkel való megküzdés egy mintázatát kívánja leírni. A túlvállaló személyt olyan attitűdök, érzelmek, illetve viselkedéses megnyilvánulások jellemzik, mint a fokozott teljesítmény, az elismertség utáni vágy magas szintje és a munkából való kivonódás nehézsége” (Salavecz, 2008, 290).

### **d, Igazságtalanság a munkahelyen**

A negyedik modell a munkahelyi igazságtalanság elmélete, amely a munkavállalót érintő, közvetlenül a munkahelyhez köthető igazságtalan bánásmódot kívánja összefoglalni. „Két összetevője közül az egyik a szervezet elosztási rendszereire, a másik a szervezet működési módjára vonatkozik. Az elosztás igazságtalansága körébe tartozik, hogy mennyire tartja a munkavállaló méltányosnak a munkáért kapott javakat, jutalmakat. a működési mód igazságtalansága egyrészt a döntéshozatal menetében bekövetkező igazságtalanságokat vizsgálja, másrészt azt, hogyan valósítják meg a vezetők ezeket a működési, döntéshozatali elveket a munkavállalókkal történő érintkezések során (Salavecz, 2008, 291.).

**Parancsuralmi rendszerben gondolkodva az jelenti a legnagyobb problémát az állomány számára, hogy ebben a rendszerben nincs mód az önérvényesítő viselkedés gyakorlására felettünk állóval szemben, így a konfliktusok nagy része a mellérendelt szerepűekkel történik, a folyamatos stresszhelyzet miatt felgyülemlett indulatok miatt.**

A hierarchikus rendszer, az előre meghatározott kommunikációs formulák, a szolgálati út betartása vagy éppen be nem tartása, a munkamegterhelés, a döntésben való részvétel hiánya, az előre nem látható extrém stresszhelyzetek, a magas követelmények, az erőfeszítés-jutalom kiegyensúlyozatlanság növeli a gyakoribb mentális és egészségügyi problémák esélyét. Keresztmetszeti és longitudinális vizsgálatok egyaránt bizonyítják, hogy a krónikus munkahelyi stressz számos egészségkárosodással jár együtt, olyanokkal, mint a depresszió, a szorongás, az érzelmi kimerültség, a kardiovaszkuláris betegségek (pl. Michie és Williams, 2003). A magas követelmények mellett az alacsony kontroll, az alacsony munkatársi támogatás, az erőfeszítése-jutalom egyensúlytalanság és az újabb kutatási eredmények szerint az igazságtalanság a munkahelyen szintén szerepet játszik a szív-érrendszeri megbetegedések kialakulásában. Ebben a rendszerben dolgozva a munkavállalók számára előnyös, hogy mind a női, mind a férfi munkavállalók, iskolai végzettségük szerint vannak besorolva, a mellérendelt szinteken lévő egyének ugyanazt a fizetési kategóriát kapják. A problémák általában a jutalmazási rendszer működtetése során szoktak jelentkezni, mivel az a munkahelyi vezető által szabályozott, és az ő felterjesztése alapján kapnak jutalmat a katonák. Ebben a tekintetben több munkavállaló érezhet igazságtalanságot.

**Az önértékelési problémák háttere igen széleskörű, munkahelyen ez fakadhat a pozitív visszajelzések hiányából, az esetleges irreális vagy túlzott elvárásokból, kialakulhat a dolgozóknál egy idő után a tanult tehetetlenség érzése is, s ezek a problémák munkahelyi mentálhigiénében gondolkodva a burn-out szindróma első jelei is lehetnek, s a lelki fáradtság eredményeként már nem képesek mások szempontjait sem figyelembe venni.**

### **2.3. A munkahelyi stressz egészségügyi következményei**

Az elmúlt négy évtizedben a munka és az egészség kapcsolatáról szóló kutatások széleskörűen bizonyították, hogy a kémiai, biológiai és fizikai veszélyek mellett a **munka pszichoszociális jellemzői is befolyásolják a munkavállalók testi és lelki egészségét.**

Salavecz Gyöngyvér a Hungarostudy Egészség Panel 2006-os vizsgálat során egyre több bizonyítékot talált arra vonatkozóan, hogy a munka pszichoszociális jellemzői hozzájárulnak a krónikus stressz kialakulásához, és súlyos egészségi problémákhoz vezetnek. Az eredményei azt mutatják, „hogy a munkahelyi stressz a meghatározója a mentális egészségének, a pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságának és az alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák megjelenésének is” (Salavecz, 2008, 288.).

Az MH LEK munkavállalóinak egészségi állapotáról a 2009-es év II. félévének betegforgalmi adatai a következőképpen alakultak. A második félévben a 375 hivatásos katonából, 219 fő (58%) volt egészségügyi szabadságon, ami 3502 nap hiányzást jelentett. Az 554 fő közalkalmazotti állományból 352-en (63%) voltak

betegszabadságon, ami azt jelenti, 3211 munkanapon voltak távol munkahelyüktől. Az adatok magas arányának magyarázatához az is hozzátartozik, hogy a H1N1 influenzajárvány kapcsán egészségügyi intézkedés szolt arról, hogy az influenzaszerű megbetegedést észlelő munkavállalóknak 7 napot kötelezően otthon kellett tölteniük, a nagyobb járvány megelőzése céljából.

Az állomány 20%-át 182 főt gondozta az egészségügyi szakszemélyzet: 83 fő rendszeres szív-és keringési panaszok, valamint magas vérnyomás betegség miatt szorult gondozásra, 14 fő cukorbetegség miatt, s 30 fő egyéb betegségcsoportokban szorult gondozásra.

55 fő mozgásszervi betegséggel küzd, az MH LEK Egészségügyi Központjában heti rendszerességgel rendel reumatológus orvos, és mindennap fizioterápiás és fizikoterápiás kezelést is igénybe vehetnek a dolgozók.

**A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságát a munkahelyi stressz egyik legfontosabb indikátoraként értelmezik.** A nem megfelelő pszichoszociális munkakörnyezet vagy a munkatársak közötti kommunikáció problémái stresszt generálnak, amelyek kihatnak nemcsak a munkavégzők teljesítményére, hanem egészségükre is. Ennek egyik korai megnyilvánulása a pszichoszomatikus tünetek jelentkezése, illetve halmozódása, mintegy a problémák szomatizálása. A Hungarostudy Egészség Panel 2006-os vizsgálati eredményei közül azokat a figyelemreméltó eredményeket emelném ki, amelyek a munkahelyi modellek dimenziót pszichoszomatikus tünetek megjelenésével hozza összefüggésbe.

„Aki a munkahelyén erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanságot, munkahelyi bizonytalanságot, alacsony munkatársi támogatást tapasztal, illetve túlvállaló magatartás jellemzi őt, annál közel **háromszor nagyobb annak a valószínűsége**, hogy általános egészségi állapotát rossznak ítélje meg azokhoz képest, akik ezeket a stressztényezőket nem élik meg. A kérdezést megelőző hónapban jelentkező zavart okozó testi tünetek (derékfájás, mellkasi fájdalom) prediktorainak az erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság, a munkahelyi bizonytalanság és a túlvállalás minősült. (Salavecz, 2008, 294.) Azt gondolom, hogy a Magyar Honvédség dolgozóira jellemző a túlvállaló magatartás, szeretnének megfelelni a feljük támasztott követelményeknek, s ezért fontos vizsgálandó területe lehetne a hierarchikus rendszer és a túlvállaló magatartás kapcsolata az egészségügyi következmények tekintetében.

„Egy 1999-es becslés szerint a munkahelyi stresszhez köthető veszteségek az Európai Unió tagországoknak hozzávetőlegesen 20 milliárd eurójába kerül évente (Levi 2000 idézi Salavecz, 2008, 296.). A munkahelyi stressz komolyan befolyásolja a teljesítményt, és közvetlen és közvetett költségek révén csökkenti a termelékenységet és versenyképességet. Az Országos Egészségfejlesztési Intézet Mentális egészségfejlesztési stratégia – pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció című módszertani kiadványában Quick és Quick összefoglalása nyomán ismertetik a munkahelyi stressz szervezeti következményeit, amelyet a 2. sz. táblázatban bemutatok.

Látható, hogy mind a közvetlen és a közvetett költségek komoly következményekkel járnak mind a munkavállalók, mind a szervezet részéről. Mindezek alapján kijelenthetjük, hogy a **munkahelyi stressz csökkentése és a stresszel való megküzdés nemcsak**



fontos egészségfejlesztési feladat, hanem gazdaságosságot és eredményességet befolyásoló tényező is.

<u>Közvetlen költségek</u>	<u>Közvetett költségek</u>
<p><u>A munkában való alacsonyabb részvétel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Hiányzások</u></li> <li>• <u>Késések</u></li> <li>• <u>Munkabeszüntetések, leállások</u></li> <li>• <u>Munkaerő-vándorlás</u></li> </ul> <p><u>Munkateljesítmény romlása:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A teljesítmény minősége</u></li> <li>• <u>A teljesítmény mennyisége</u></li> <li>• <u>Sérelmek, panaszok</u></li> <li>• <u>Balesetek</u></li> <li>• <u>Az alapanyagok és a felszerelés szükségesnél nagyobb mennyiségű fogyasztása</u></li> </ul> <p><u>A berendezés, eszközök eltűnése</u></p> <p><u>Kompenzációs költségek (baleset, sérülés)</u></p>	<p><u>A vitalitás elvesztése:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Alacsonyabb morál</u></li> <li>• <u>Alacsony motiváció</u></li> <li>• <u>Elégedetlenség</u></li> </ul> <p><u>A kommunikáció leromlása:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>A kommunikáció gyakoriságának csökkenése</u></li> <li>• <u>Az üzenetek torzítása, félreértése</u></li> </ul> <p><u>Hibás döntéshozatal</u></p> <p><u>Munkahelyi kapcsolatok minőségének romlása:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Bizalmatlanság</u></li> <li>• <u>Tiszteletlenség</u></li> <li>• <u>Ellenségeskedés</u></li> </ul> <p><u>Az elmaradt haszon a nem optimális választások miatt.</u></p>

2. táblázat: A munkahelyi stressz szervezeti következményei (Quick és Quick, 1984 nyomán)

### 3. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAM

#### 3.1. A program összeállítása

A munkahelyi egészségfejlesztés modern vállalati stratégia, amely azt célozza, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jóllétet. Olyan munkahelyi kultúra meghonosítását tűzi ki célul, amely a dolgozók egészségét ugyanolyan fontosnak tartja, mint a gazdasági célokat. Magában foglalja az összes olyan, az alkalmazottak, a munkaadók és a civil szervezetek által közösen hozott intézkedést, amelyek a dolgozó emberek egészségét és jólétét szolgálják. Az egészségfejlesztést hosszú távon az emberi erőforrások fejlesztésébe történő beruházásnak tekinti, megfelelően annak az alapelvnek, hogy "az egészség nem cél, hanem a mindennapi élet erőforrása." Egészségterv olyan komplex programtervezet, amely a munkavállalók életminőségének és

munkafeltételeinek javítását, egészségük fejlesztését szolgálja közösségi erőforrások mozgósításával. A korábbi évek kutatási eredményeinek felhasználásával, megalkottam a munkahelyem egészségfejlesztési tervét, amelyet a következőkben ismertetek. 2010-ben elkészítettem a munkahelyen egészségfejlesztési tervét, amely a következő feladatokat foglalta magában.

### 3.2. Valós szükségletek feltárásán alapuló cselekvési program

#### A program célkitűzései

##### Rövidtávú célok:

- A MH LEK személyi állományának egészségi állapotának megismerése és az ezzel összefüggő egészségmagatartási tényezők a feltárása, s egyéni kockázatprofilon alapján célzott egészségfejlesztési tevékenység végzése
- MH LEK állományának szolgálatra való alkalmasságának, egészségének és fizikai állóképességének megőrzése, fejlesztése
- A szűrővizsgálatokon való részvétel fontosságának tudatosítása, esetleges elváltozások korai kiszűrése, rizikófaktorok célzott és személyre szabott kezelése
- Az életmódból, káros szenvedélyekből eredő panaszok az egyén saját egészségére gyakorolt hatásának tudatosítása, az önkontroll erősítése
- A munkahelyi stressz jelentőségének és következményeinek folyamatos kommunikálása
- Munkakapcsolatok minőségének javítása
- Hiányzások és azok költségeinek csökkentése

##### Középtávú célok:

- Az egészségtudatosság hatékony formálása, az egészséges életmód propagálása
- Olyan általános jellegű, mindenki által betartható táplálkozás- és életmódbeli alapelvek nyújtása az állománynak, melyeket a mindennapi életébe különösebb nehézség nélkül be tud építeni és azt hosszútávon alkalmazni tudja.
- Pszichés megküzdő képesség javítása mind a hétköznapi stresszforrásokkal, mind a speciális, fegyveres testületekre jellemző kockázati tényezőkkel szemben.

##### Hosszútávú célok:

- Olyan egészségmegőrző protokollok kidolgozása, amelyek az életminőség egyes összetevőinek bizonyítható javítására, s a szív-és érrendszeri, mozgásszervi- gasztrointesztinális- megbetegedések magatartási kockázati tényezőinek hatékony kezelésére és megelőzésére alkalmasak.
- Többlépcsős prevenció megvalósítása: a már egészségügyi kockázati faktorokkal rendelkező személyek **kiszűrése és számukra** készségfejlesztő

programok **indítása**. Az életmódváltozást segítő programok hatékonyságának vizsgálata és fejlesztése

### **3.3. A cselekvési terv**

#### **3.3. 1. Vezetői készségfejlesztő foglalkozások a vezetői állomány számára**

*Feladatok:*

- A mentális problémákkal, a depresszióval, öngyilkossággal, és a munkahelyi stresszel kapcsolatos alapvető ismeretek oktatása
- Ismertető összeállítása a stresszt csökkentő munkahelyi módszerekről és ezek előnyeiről, gazdaságosságáról.
- Időgazdálkodás témakörben foglalkozások lebonyolítása
- Kiégés megelőzése
- Tervezési, szervezési technikák tanítása
- Vezetői delegálás és ösztönzés készségének fejlesztése

#### **3.3. 2. Szűrővizsgálatok lebonyolítása**

*Feladatok:*

- Hivatásos és szerződéses állomány szűrésének megszervezése, lebonyolítása
- Közalkalmazotti állomány szűrésének megszervezése, lebonyolítása
- A foglalkozás-egészségügyi orvosok irányításával szokásos vizsgálatok kiegészítése, teljes vérképpel, EKG-val, ultrahangos vizsgálattal és szemészeti szakrendeléssel (a képernyők előtt dolgozók esetében).
- A szűrővizsgálati eredmények értékelése a következő évi prioritások meghatározása

#### **3.3. 3. Dohányzásról történő leszokás támogatása**

*Feladatok:*

- motivációs előadás tartása
- A program résztvevőinél műszeres vizsgálatok (CO mérés, spirometria, arteriográf) végzése, valamint pszichológiai tesztek felvétele
- A dohányzás témakörben a primer, a szekunder prevenciót szolgáló edukációs program kidolgozása és vezetése,
- A dohányzásról való leszokás támogatásának széles körben való alkalmazása
- A nemdohányzó munkahelyi környezet fontosságának tudatosítása

- Dohányzásról való leszokást támogató programok hatékonyságának vizsgálata, és fejlesztése

### **3.3. 4. A munkatársak fizikai aktivitását és fizikai edzettségét elősegítő program**

*Feladatok:*

- A fizikai inaktivitásból eredő kockázat csökkentése, a mozgásszegény életmódra visszavezethető betegségek illetve állapotok kialakulásának rizikójának csökkentése.
- Egyéni megközelítésű mozgásprogram kialakítása, az ehhez szükséges kiegészítő vizsgálatok elvégzése, egyéni edzésterv megalkotása
- A mozgásprogram megvalósításához szükséges kondicionáló terem biztosítása

### **3.3. 5. Munkahelyi stressz kezelése, csökkentése, stresszkezelés tréning program kidolgozása**

*Feladatok:*

- A munkahelyi stressz kezelésére egyéni szintű készségfejlesztések indukálása
- Pszichoszociális kockázati tényezők csökkentése (stressz, A-típusú személyiség, társas támogatás hiánya, affektív zavarok)
- Egyéni megküzdési stratégiák kidolgozásának segítése
- A missziókban való szolgálatteljesítéssel kapcsolatos pszichikai megterhelések feldolgozása, a szolgálati és családi környezetbe való visszailleszkedés valamint a kiegyensúlyozott életvitel kialakításának elősegítése.
- Diszfunkcionális attitűdök módosítása
- Stressz korai, szomatikus, érzelmi, lelki, kapcsolati zavarokat mutató jeleinek felismerésének elsajátítása
- Rendszeres relaxáció elsajátítás megtervezése, oktatása
- Egyének differenciáló és döntési képesség fejlesztése
- A stresszkezelés alapelveire épülő életstílust kiépítése

### **3.3. 6. Egészséges táplálkozás elősegítése programrész**

*Feladatok:*

- Helytelen táplálkozás következtében kialakuló krónikus nem fertőző betegségek prevenciója.
- Azon személyek számára, akiknek a szűrővizsgálatok eredményei (táplálkozásra vonatkozó adatok, szomatometriai mutatók és labor eredmények) alapján rizikótényezővel rendelkeznek a helytelen táplálkozással

összefüggő betegségekkel kapcsolatos ismeretek átadása csoportos és egyéni dietetikai tanácsadások, előadások formájában

- Megfelelő táplálkozási szokásokról előadások tartása
- Ajánlatok kidolgozása a büfé és az étkeзде számára

### **3.3. 7. Alvásproblémák kezelése**

*Feladatok:*

- Azon személyek számára akiknek a szűrővizsgálatok eredményei (inszomnia mutatók és labor eredmények) alapján rizikó tényezővel rendelkeznek az alvászavarok tekintetében a betegséggel kapcsolatos ismeretek átadása csoportos előadás és egyéni tanácsadás formájában
- Alvással kapcsolatos ismeretek átadása
- Az alvással kapcsolatos negatív gondolatokkal való megküzdés segítése
- Az alvással kapcsolatos hiedelmek feltárása és módosítása
- Rendszeres relaxáció elsajátítás megtervezése, oktatása

### **3.3. 8. Pozitív mentális egészség fejlesztése**

*Feladatok:*

- A szűrővizsgálati eredmények a Szociális bizottság tapasztalatai, a csapatpszichológus tapasztalatai alapján problématerkép felállítása
- Új érzelemszabályozó képességek megtanítása
- Érzelmi intelligencia fejlesztése
- Kommunikációs blokádok oldása
- Pszichés traumát követő probléma feldolgozás elősegítése
- Hatékony társas viszonyok kialakulásának elősegítése, a munkahelyi konfliktusok, kommunikációs zavarok és agressziókezelési zavarok csökkentése
- Életminőség javítása, önértékelési problémák, párkapcsolati problémák, pszichoszomatikus zavarok kezelése
- Nyugdíjazáshoz közeli életkori szakaszban a szakmai életút zárásának elősegítése, a nyugdíjas életszakaszra való felkészítés

### **3.3. 9. Folyamatos külső-belső kommunikáció**

*Célja: az egészségterv minél szélesebb körben való megismertetése*

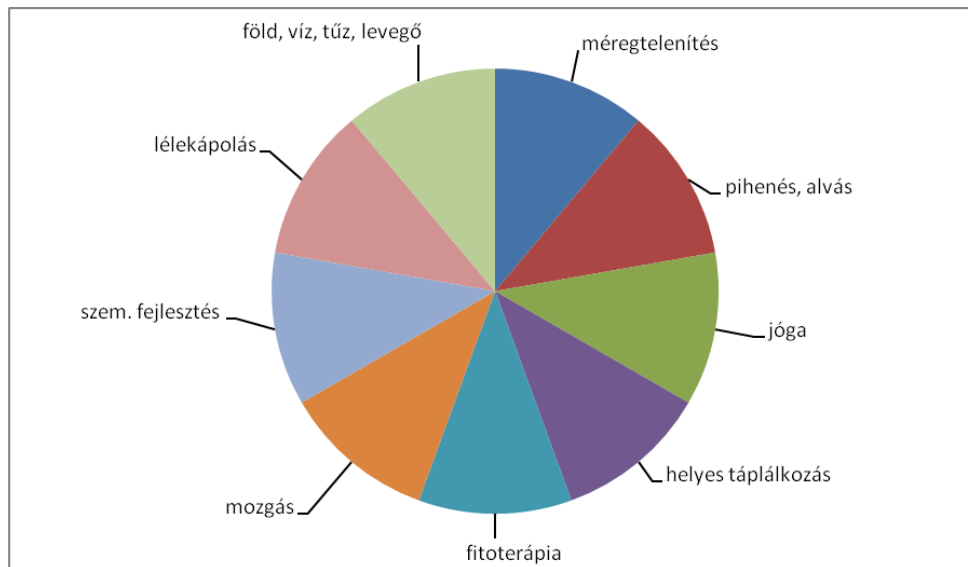
*Feladatok:*

- A belső és külső kommunikációs eszközök minél széleskörűbb felhasználásával (intranet, weboldal, konferencia, faliújság, kiadvány, hírlevél, stb.) az állomány informálása a lehetségesen igénybe vehető programokról., Egészségfejlesztő, életmódfejlesztő weblap létrehozása intraneten

- Az kommunikációnak különböző változatainak kidolgozása, aszerint, hogy kik azok a célcsoportok, akiknek kommunikáljuk a tényeket (döntéshozók, projekt finanszírozói, külső szakemberek).
- Hosszú -közép- és rövidtávú egészségfejlesztési programtervek előterjesztése, elfogadtatása, kommunikálása, szervező, alkotó munkacsoport létrehozása
- Összefoglaló jelentés készítése az elvégzett munka tapasztalatai alapján, s ennek függvényében újabb 2011 évi célok meghatározása

#### 4. A munkahelyi egészségmagatartás fejlesztő program (2010. 09. 06. - 2011. 03. 01.)

A munkahelyi egészségfejlesztés olyan eljárás, melynek célja a dolgozók egészségének, életminőségének fejlesztése, de a hagyományos orvoslástól eltérően ezt úgy próbálja elérni, hogy az egészség feletti kontrollt és felelősséget az egyénnek adja át. A munkahelyi egészségfejlesztés az **egyénre és az egyén felelőségére fókuszál**. Célja a munkavállaló egészségi állapotának fejlesztése, az egészséggel kapcsolatos feladattudatának növelése. A munkahelyi egészségfejlesztő felnőttként kezeli a munkavállalót, akinek joga és lehetősége van a saját egészségét érintő kérdésekben dönteni. Az 1. ábrán látható a terápiás koncepció, amelynek alapja a Császár Gyula által meghatározott természetes (pszichoszomatikus) élet- és gyógymódszisztem.



1. ábra: Terápiás koncepció

#### 4.1. A 24 alkalmas pszichológiai programrész tematikája

A honvédelemről és a Magyar Honvédségről szóló 2004. évi CV. Törvény 106. § (2.) bekezdésében kapott felhatalmazás, valamint a MH LEK PK 2010. évi

munkaterv alapján összeállításra került egy hat hónapos program, amelyet Kovács Zoltán őrgy. testnevelő tiszt, Túri Veronika Rita ftórm. egészségügyi szakasszisztens, Farkas Zsolt tzls. logisztikus témavezetők segítségével vezettem. Alapgondolata a programnak az volt, hogy, az egészségünk, a betegségeink, a testsúlyunk, a pénzügyi helyzetünk mind korábbi tetteink, gondolataink **eredménye**.

Terápiás koncepciónk középpontjában az egészséges és természetes önszeretet átélésének segítése volt. Az öngondozás (self-nurture) képesség fejlesztésének folyamata során a gyakorlatok arra szolgáltak, hogy a résztvevők végiggondolják, hogy hogyan gondoskodnak önmagukról és más emberekről. A jobb testi és érzelmi öngondozás bátorítása mellett az is feladatom volt, hogy azon reményt is felélesszem a résztvevőkben, hogy más emberek megadhatják nekik azt, amire vágnak. A másokban való bizalom, és a kapcsolatokban való remény kialakítása is kiemelkedő területe volt a programnak. Mind a kognitív információátadásnak, mind a művészetterápiás foglalkozásoknak az volt a célja, hogy növeljem a betegek autonómiáját és kontrollját, az egyének kezükbe vegyék a saját életük irányítását, a résztvevők önerejét és potenciálját erősítsem, növeljem a tudatosságot a szélesebb társadalmi tényezők figyelembe vételére annak érdekében, hogy ez visszahasson az egészségtudatosságukra.

Mivel a résztvevők többsége mozgásszervi, szív-érrendszeri és emésztőszervi problémával is küzdött, ezért kiemelt figyelmet fordítottam az elsődleges és másodlagos betegségelőnyök átbeszélésére, s arra a tényre, hogy az orvosi-pszichológusi szakmának hatalmában áll nemcsak újraírni a betegség történetét, hanem átírni a dramaturgiáját is.

A relaxációt és imaginációt is magában foglaló katarzisélményre épülő művészeti terápia módszerét használtam az önismeret fejlesztésére. Alapfeltevésem arra a szakmai tapasztalatra épült, hogy számos pszichoszomatikus betegség hátterében kapcsolati zavarok vagy traumatikus megélések találhatók.

A más formában közölni és kifejezésre juttatni nem tudó, sokszor önmagának bevallani sem merő, vagy önmaga előtt is ismeretlen érzéseit tudja megformálni a résztvevő ezen módszer segítségével, s az érzelmi tehermentesítés, görcsös személyiségének oldása megtörténhetett.

**Öngyógyító folyamatok beindítása is megtörtént, mivel a test önmagában is bölcs, és sok önszabályozó folyamat birtokában van, ezt hasznosítja a relaxáció.**

„A relaxációs gyakorlatok továbbvitele imaginációs, meditációs fokozatok felé közvetlenül elősegíti a szomatikus lereagálás kivédését, pszichés ekvivalensekbe fordítását, végső fokon a betegséggel járó, azt cirkuláris folyamatban meghatározó tudattalan konfliktusok tudatosítását (Kulcsár, 1993, 195. idézi, Antalfai, 2007). „A relaxációt és imaginációt is magában foglaló katarzisélményre épülő művészeti terápia a szomatikus lereagálás kivédéséhez, és a tudattalan konfliktusok tudatosításához az alkotó folyamatot hívja segítségül, azon belül is a képzőművészeti technikákat alkalmazva. A regressziót is szimbolizáló szomatizáció kivédésére, illetve a gyógyulási folyamat beindulására a terápia az évkör, évszakok mozgása által megélhető változásra, valamint a kapcsolatok, kötődések újjászerveződésére helyezi a hangsúlyt” (Antalfai, 2007,357). A módszer alkalmas arra, hogy a páciens kirajzolja magából az addig energiáit lekötő, nemegyszer nyomasztó érzelmi állapotait, s a készült alkotás visszapillantó tükrében mélyebben megismerheti önmagát, érzelmeit, indulatait és viselkedésének motivációit, ami elindíthatja azok személyiségébe történő integrálódását és a tudatosítást (Antalfai, 2007). Terápia hatására fejlődik és differenciálódik az akarati élet, a megérző és beleélő készség, valamint a tudat felismerő képessége, amelyek fontosak az

önszabályozási képesség fejlesztéséhez. A terápia egyik fő célkitűzése: a természet rendjére hangolódva elősegíteni az egészségfejlesztést, egészségmegőrzést, illetve a gyógyulást (Antalfai, 2007. 358.).

#### 4.2. A 24 alkalmas testnevelés programrész tematikája

Felismertem a dolgozók azon igényét, hogy szükségük lenne arra, hogy a munkahely alkalmazzon olyan rekreációs szakembereket, akik képesek – természetesen a megfelelő körülmények biztosítása esetén – segíteni az emberek azon irányú törekvéseit, hogy a megfelelő egyéni edzésprogram segítségével elérjék a szellemi és fizikai munkavégző képességük maximumát.

Ezen munkahelyen a testnevelő tiszt rendelkezett ezen szakértelemmel, ezért az ő feladata volt a fizikai teljesítmény fokozása, különös tekintettel arra, hogy a résztvevők az éves fizikai állapotfelmérésre is eredményesen felkészüljenek. Fő edzéscél az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, a fizikai követelményekre történő felkészülés volt, mindamellett, hogy a szervezet regenerálódása, feltöltődése, a jó közérzet biztosítása is megtörténhessen. Edzésnapok száma hetente három alkalomban lett meghatározva, a szervezett módszertani foglalkozás hetente 1x 1,5 óra volt, a további két edzést önállóan hajtották végre a résztvevők.

Foglalkozás helyszíne az MLTC sportpálya, II. telephely kondicionáló terem, és a XVI. kerületi Önkormányzati sportpálya volt.

A gyakorlatok elsősorban a szabadban, saját testtel végrehajtható gyakorlatokból épültek fel.

Program folyamata az alábbi táblázatban látható, minden edzés tartalmazott keringési rendszer állóképességi gyakorlatokat, és erő állóképességi gyakorlatokat.

	Elméleti előadás	
	Fizikai állapotfelmérés	Szembesülés a tényekkel
	Keringési rendszer állóképességének fejlesztésére alkalmazott mozgásformák: gyaloglás, futóiskola, futás, résztávós és intervall módszer alkalmazása.	<i>Keringés rendszeri állóképesség fejlesztés keringési rendszer csillapítása</i> <i>Nyújtás-stretching</i> <i>Erő - állóképesség fejlesztés</i> <i>Speciális bemelegítés</i> <i>Képesséa feilestés</i>
	Erő – állóképesség fejlesztésére alkalmazott mozgásformák: guggolás, lábujjra állás, fekvőtámasz, felülés, hason fekvésben ellentétes kar és lábemelés.	<i>Keringési rendszer lecsillapítása</i> <i>Nyújtás-stretching, meditáció</i>



	Fizikai állapotfelmérés	A késletett jutalom.
	Zárás, értékelés	Az előírt szintű fizikai állóképességi szint teljesítése

2. ábra: Testnevelés modul tematikája

### 4.3. A 12 alkalmas egészség programrész tematikája

Az egészségkultúra maga az életmód, azaz az elsajátított életmód jelenti azt a közvetítő mechanizmust, amely az objektív társadalmi kultúra valamint a társadalomban létező egyének egészségi állapota között van. Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, életmódjával elégítheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. Az egészségi állapot az egészségkultúra azon része, amely sok részében közvetlenül nem interiorizálható, esetleg csak az életmód közvetett behatásával.

Az egészség, mint állapot a szomatikus, a pszichés és a szociális működések bizonyos minősége. Az egészség az egyén valamennyi működéséből összegződő állapot, másrészt egyensúlyi állapot, amely időben változó, különböző fokozatú átmenetet képezhet a veszélyeztetettség és a betegség állapotai felé. Az egyén csak szubjektíven képes saját egészségi állapotát átélni, minősíteni, megváltoztatandónak ítélni. Ennek igen nagy a jelentősége, ugyanis az egészségérzet-tudat, a betegségérzet-tudat a leghatékonyabb motivációs bázisa lehet a különböző életviteli történéseknek.

Az egészség az emberi szervezet és a környezet közti dinamikus egyensúly állapotát fejezi ki. Nem passzív állapotot, hanem egy életen át tartó aktív folyamatot jelent, hiszen mindenki naponta saját magának aktív közreműködésével kell, hogy biztosítsa a környezet változásai között.

Az egészség megköveteli egyrészt az ember alapvető érzelmi, táplálkozási, egészségügyi, nevelési és társadalmi szükségleteinek kielégítését, másrészt a szüntelenül felmerülő alkalmazkodást az állandó változásban lévő környezethez. Az egészség tehát elérendő és megtartandó állapot, ami egyben azt is jelenti, hogy állandó mozgásban, változásban lévő kiegyenlítődési folyamat. Elképzelt egészség ideáljaink leginkább mindenkor jelen társadalmunk ideáljaiból erednek, ezek lehetnek a média által közvetített információk, a munkahelyi közösség elvárásai, s az otthonról, családból kapott minta eredményei.

Túri Veronika főrm. által vezetett programrész célja az volt, hogy a résztvevők állítsanak fel kötelező értékrendszert az egészség iránti elkötelezettségnek; ismerjék meg az egészséges életmód legfontosabb szabályait; legyenek tisztában az egészséges táplálkozás fontosságával; tartsák szem előtt a testi higiénét, a rendszeres mozgás egészségét befolyásoló hatását; ismerjék meg a drog, az alkohol és a dohányzás egészségkárosító hatását.

1.	Egészségtelen életmód – egészségtudat, betegségtudat	Megmagyarázások, mítoszok, struccpolitika
2.	Információk	Az adatokat miként kell értelmezni.
3.	Biológia, anatómia, kórtan	Vissza az alapokhoz
4.	Álomtestsúly, ideák	Eszmék & téveszmék
5.	Alvás – stressz – rémálom	
6.	Egészséges életmód	Táplálkozás, tápanyagok
7.	Mit tehetünk egészségünk megőrzésének érdekében	Táplálkozás, tápanyagok újszerű felhasználása
8.	Munkahelyi stressz	Pszichoszomatika
9.	Burn-out	Munka, család, nemi szerepek
10.	Immunrendszer	Bőr, védelem, gátlások, külső eszközök – belső eszközök
11.	Egészséges vagy tünetmentes?	Betegségtudat
12.	Prevenció egy életen át!!	Öngyógyítás

3. sz ábra: egészséges életmód modul tematikája

#### 4.4. A 12 alkalmas pénzügyi programrész tematikája

2010-ben a Személyügyi főnökség keresett meg azzal a problémával, hogy megnövekedtek a segélyek, illetményelőlegek iránti igények, amely főleg a közalkalmazotti, és tiszthelyettesi állományt érintették, és azt az igényt fogalmazták meg felém, hogy csapatpszichológusként vegyek részt ezen egyének megküzdési potenciáljának erősítésében. A probléma háttérében a gazdasági válság, az emelkedő energiaárak, élelmiszerárak, és a nem emelkedő fizetés állt. Az MH LEK Személyügyi Főnökség, Családsegítő szolgálat, és a Szociális bizottság

szolgáltatásainak igénybevételi lehetősége biztosított volt az állomány számára, amely a gazdasági válság hatásainak, s ezen hatások egyéni szintre történő lecsapódásának korrigálását végezte el. A szociális Bizottság felmérése szerint a bruttó 120.000 Ft alatti fizetést kapó közalkalmazottak száma 206 fő, a bruttó 120.000 Ft - 130.000 Ft között 152 fő kap fizetést, bruttó 130.000 -140.000 Ft között 99 fő közalkalmazott keres. A közalkalmazottak átlagkeresete pótlékokkal együtt bruttó 127.000 Ft. A MH Logisztikai Ellátó Központnál a Szociális bizottságon kívül felállításra került egy új bizottság is, amely célja volt, hogy a nehéz anyagi helyzetbe került állomány részére, megoldási lehetőségeket keressen a „krízis” helyzetből történő kilábalásra.

1.	Az alapok, amiket már elszúrtunk.	Ha gödörbe vagy ne áss tovább.
2.	Szükségesek az új válaszok.	"Én vagyok sorsom parancsolója és én vagyok lelkem kapitánya"
3.	Miért fontos a pénzügyi műveltség.	Amivel még segíteni lehet, gondolatok diákcsemegéje.
4.	Pénzügyi álomból rémálom.	Nem az a lényeg mennyit keresel, hanem mennyit tartasz meg belőle!!!!!!!
5.	Az adók és a cégek hatalma.	A teknős tehetetlensége.
6.	Az akadályok leküzdése.	1. Félelem      2. Kishitűség 3. Lustaság    4. Rossz szokás
7.	A gazdagok nem pénzért dolgoznak.	Csak akkor fejlődünk, ha vállaljuk a kényelmetlenségeket.
8.	Kezd korán.	Kockáztatni és félni nem kell annak aki korán felkel.
9-10	Mi a forrás.	Pénzáramlás – CASHFLOW Játék.
11-12	Mi az eszköz.	

4. ábra: pénzügyi modul tematikája

Ezért kértem fel Farkas Zsolt tzs.-t, hogy a programban a pénzügyi műveltség alapjait is megismertessük az állománnyal. Megpróbáltunk ehhez segítséget nyújtani egy szemléletformáló program formájában. Mivel a pénz kezelése nem érzelmi alapokon nyugszik, csupán a számok törvénye alapján működik és csakis objektíven,

ezért lehetőséget biztosítottunk az állomány számára, hogy más irányból, más aspektusból vizsgálja meg és kezelje a saját pénzügyi helyzetét.

Köztudott dolog, hogy a legtöbb ember életét vélemények irányítják, nem tények. Ahhoz, hogy megváltoztassák az életüket, előbb a véleményüket kell megváltoztatni, csak azután veszik szemügyre a tényeket. Ugyanígy, csakis úgy változtathatjuk meg tartósan pénzügyi sikerességünk szintjét, ha átállítjuk pénzügyi természetünket, vagyis pénzügyi modellünket. Arra a dologra is fókuszáltunk, hogy a pénzkezelési szokásaink fontosabbak, mint a keresett összeg, ezért a készpénzáramlás folyamata is tudatosításra került.

## 5. Kutatási Program 2011-1012

A program lebonyolítása során azt tapasztaltam, hogy a különböző betegségcsoportok tagjai eltérő magatartást, eltérő motivációt, s eltérő kapcsolódási formákat mutattak. A megvalósított 6 hónapos egészségmagatartás fejlesztő program során szerzett tapasztalataim kapcsán döntöttem arról, hogy kutatási program keretében 100 fő vizsgálatát hajtom végre, annak érdekében, hogy a betegségek lelki hátterében húzódó okokat feltárhassam.

Szakmai munkám során az tapasztaltam, hogy a páciensek hasonló életprobléma fennállása esetén is mennyire más gondolati keretben gondolkoznak, s az egyéni problémamegoldás érdekében az egyénre jellemző kognitív torzítások és diszfunkcionális attitűdök korrigálása elengedhetetlenül szükséges. E vizsgálatban arra is választ kerestem, hogy a különböző betegségekben küzdő egyének rehabilitációjában milyen fontos problémaköröket kell feltárni, az orvosi vizsgálati eredmények és a betegségek milyen specifikus egészségfejlesztő pszichológiai támogatást igényelnek.

### 5.1. A kutatási program főbb kérdései

**2010-es év betegforgalmi adatai hasonló képet mutattak a 2009-es év adataival. A dolgozók 1/3-a időszakos, vagy állandó alvásproblémával küzdött, s magas számban voltak tapasztalhatók pszichoszomatikus megbetegedések. A dolgozók mentális állapota nem megfelelő: kiégés, depresszió, magas észlelt stressz szint jellemezte őket. Az állomány 20%-át 182 főt gondozta az egészségügyi szakszemélyzet: 83 fő rendszeres szív-és keringési panaszok, valamint magas vérnyomás betegség miatt szorult gondozásra, 14 fő cukorbetegség miatt, 55 fő mozgásszervi betegséggel küzdött s 30 fő egyéb betegségcsoportokban.**

2010-ben végrehajtott vizsgálatom megerősítette az alvásproblémák és a stressz kapcsolatát, mert az eredmények azt mutatták, hogy aki szubjektíven több stresszhelyzetet él át, kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnek tartja a mindennapjait, az több éjszakai tünetről számol be, s mindinkább szembesül a megzavart alvás nappali következményeivel is. Az önszabályozó képesség hiánya, - ami a stressz hatására fellépő feszültségek, az akadályok, kudarcok, veszteségek következményeként kialakuló érzelmi állapotok kontrollálásának hiányát jelenti -

egyértelműen előrejelzi az alvásproblémák bekövetkeztét. Ha az egyének nem képesek pszichés energiáikat teljes mértékben a szándékolt feladat megoldására koncentrálni, s nem képesek a cselekvések optimális időzítésére sem, akkor ezen feszültségek megnehezítik az elalvási és átalvási képességeket is. S azok a dolgozók, akik nem képesek úrrá lenni a fenyegetések, veszély helyzetek és kudarcok keltette szorongásaikon, kellemetlen élményeiken, negatív érzelmeiken, azoknak valószínűleg. alvásukban is zavar jelentkezhethet.

A korábbi tapasztalataim ismeretében a következő kutatási kérdéseket fogalmaztam meg:

- A Magyar Honvédségben dolgozók személyiségstruktúrája mennyiben tér el a magyar lakosság személyiségstruktúrájától?
- Melyek az ok a személyiségjellemzők, amelyek különbségként jelentkeznek a férfi és női munkavállalók között?
- Melyek azok a személyiségjellemzők, amelyek különbségként jelentkeznek a tisztitiszthelyettesi és közalkalmazotti állományban?
- Vannak-e specifikus személyiségjellemzők, amelyek meghatározzák a különböző pszichoszomatikus betegségek – a genetikai faktorok mellett - (pl. mozgásszervi panaszok, hipertónia, alvászavarok, elhízás) megjelenését?
- A személyiség mely alapvonásai határozzák meg a stresszhez való viszonyt (eustressz vs. distressz)?
- Léteznek-e a stresszhez való viszonyulásban, annak megélésében és arra való válaszreakcióban egyéni különbségek?
- Az Egészségügyi Központban segítséget kérő dolgozóknál azt a megfigyelést tettem, hogy a mozgásszervi megbetegedés során fizioterápiás és fizikoterápiás segítségnyújtást veszik igénybe a betegek, inkább a fizikális állapotjavításban bíznak. Az emésztőszervi betegségnél pedig pszichológiai támogatást veszik igénybe, inkább a személyes támaszkeresésben, az emberi kapcsolatban bíznak. Vajon a segítségkérés különböző formái kiválasztásának és elfogadásának okát, magyarázatát megtalálom-e betegcsoportok ösztönképletében?
- A vizsgálat során arra is kívánok választ kapni, hogy a Szondi által ránk hagyott munkamódszer hozzájárul-e a pszichoszomatikus panaszok megismeréséhez, s a betegségekben szerepet játszó a családi tudattalan által meghatározott közös ösztönfeszültségek feltárása megvalósítható-e?

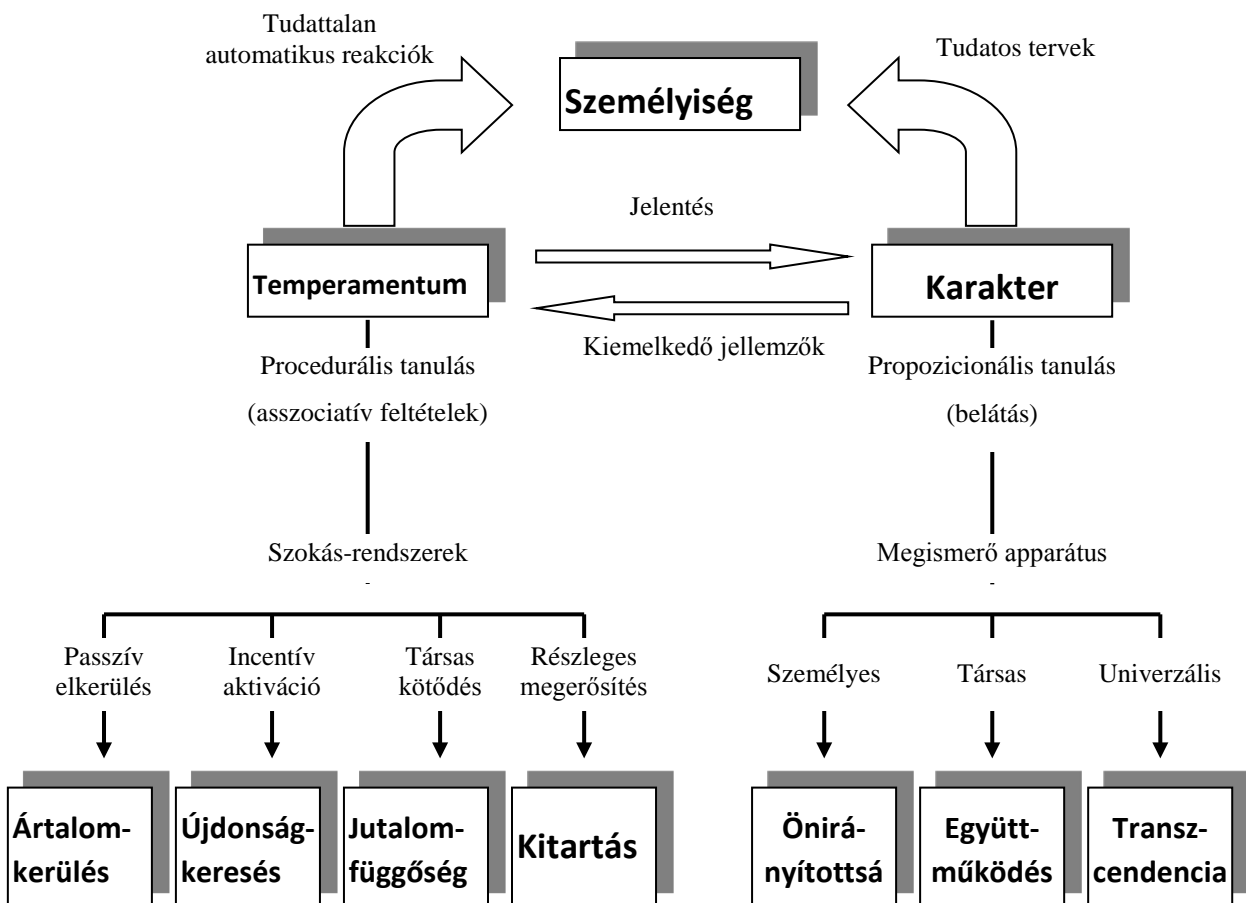
## **5.2. A pszichológiai paraméterek vizsgálati módszerei:**

A vizsgálat tartalmazott az alapvető szocioökonómiai státuszra vonatkozó kérdéssort, amely a nemre, korra, iskolázottságra, és rendfokozatra kérdezett rá.

### 5.2.1. Temperamentum és karakter meghatározása (TCI)

Családkutatások, longitudinális fejlődéskutatások, a személyiségstruktúra pszichometriai tanulmányozása, valamint a humán és állati kondicionálás és tanulás neurofarmakológiájának és neuroanatómiájának tanulmányozása alapján Cloninger integrált bioszociális elméletet dolgozott ki.

A temperamentum – Cloninger szerint – az emocionális ingerekre adott automatikus válaszok összessége, míg a karakter az önmagunkra, másokra és a világra vonatkozó fogalmak halmazát jelenti. A temperamentum az alapvető emocionális válaszmintázatokat, szokásokat és a hangulatot határozza meg, míg a karakter a szándékot, az attitűdöket és a célokat befolyásolja. A temperamentum tehát a születéskor meghatározott emocionális prediszpozíciókat jelzi, míg a karakter az, amit a személy szándékosan megvalósít önmagából (CLONINGER, 1987; CLONINGER és mtsai., 1993; CLONINGER és SVRAKIC, 1997).



5. ábra A személyiség általános pszichobiológiai modellje

A Cloninger és munkatársai (1993, 1994) által kifejlesztett Temperamentum és Karakter Kérdőív 240 igen-nem válaszlehetőséggel eldönthető állítása a személyiséget hét dimenzió mentén térképezi fel. Cloninger szerint a személyiséget

általában meghatározzák az információ befogadásában, tárolásában és feldolgozásában található különbségek. A memória rendszer két típusát különíti el, a tudatos és tudattalan memóriát. A korábbi vizsgálataimban kapott értékes információk és a jól kidolgozott rendszer miatt döntöttem úgy, hogy ez a teszt is része lesz kutatásomnak, a személyiségmodell az 5. ábrán látható.

### **5.2.2. A szabad akarat kérdésének feltárása**

Szondi teszt azt vizsgálja, hogy volt-e a személynek igazi szabad választása az élete során. Arról a pszichikus távolságról gondolkodik ilyenkor, amely az egyén tettei és viselkedése, valamint belső vágyai és szándékai között feszül általában (Noszlopin 1989). Véleménye szerint, mindenki életében vagy egy fontos vagy megtört, könnyen követhető vagy alig kifejezhető, jellemző menet vagy ismétlődés és kifejelet: valami megragadható van benne, amit meg is kell vagy kellene ragadni ahhoz, hogy akár jobban elvállalni vagy változtatni lehessen rajta.

Szondi szerint a családi tudattalan a választásainkban nyilvánul meg: ez irányítja a partner-, barát-, foglalkozás-, betegség-, és halálnemválasztásainkat egyaránt.

„Szondi Lipót nem dolgozott ki önálló elméletet a pszichoszomatikus megbetegedések kialakulására vonatkozóan, munkássága mégis nagymértékben hozzájárulhat a pszichoszomatikus betegségek megértéséhez. (Hargitai, 2001. 35.). Szondi szerint a különböző betegségek megjelenését alapvetően meghatározza az illető személy látens öröklött hajlama. A családi tudattalan működése révén eljuthatunk a sorsanalízis és a pszichoszomatika közötti kapcsolat fontos állomásához, a betegségválasztáshoz. Ez a morbotropizmus jelensége, amely Szondi szóhasználatával élve-arra ad választ, hogy miért vonzódik valaki. egy bizonyos betegségformához- és nem máshoz” (Szondi,1996b): gyakorlatilag a szimptomaválasztás kérdésével állunk szemben. Szondi felismeri, hogy hasonló családi tudattalannal rendelkező személyek kielégíthetetlen ösztönszükségleteiket ugyanazon ösztönkörhöz tartozó betegségforma választásában vezetik le. Szondi a betegválasztás lehetőségeit nem szűkíti le, utalva ezzel arra, hogy választásaink pszichoszomatikus megbetegedési formákra is irányulhatnak. (Hargitai, 2001. 37.)

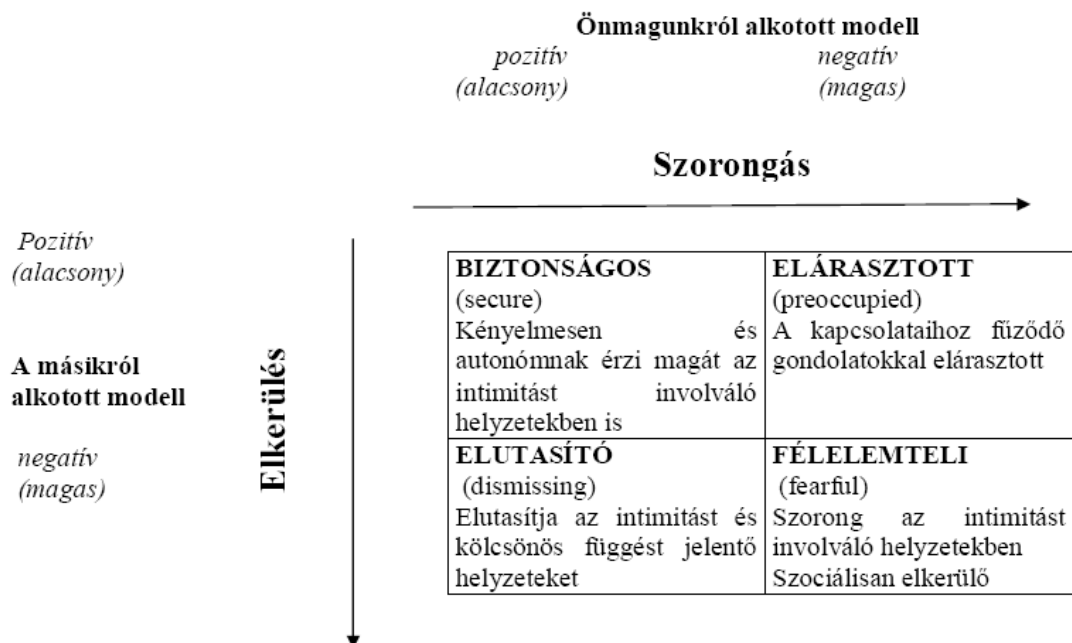
A Szondi projektív teszt 48 darab képből áll, s melynek minden képe ez olyan személyt ábrázol, aki valamely ösztönfaktor megbetegített variánsát jeleníti meg. Mind a hat sorozatban mind a nyolc ösztönfaktor képviselteti magát, mégpedig oly módon, hogy minden ösztönfaktorhoz tartozik egy kép. Az egyes ösztönfaktorokat tehát a sorozatokban összesen hat fotó képviseli. (Szondi, 2002) A kísérleti eljárásban mind a 100 személlyel 10 profilos Szondi tesztet vettem fel, melynek során összesen 1000 tesztprofil született.

### **5.2.3. Felnőttkori kötődés vizsgálata**

A felnőttkori kötődési megközelítés *Bowlby*tól eredeztethető, aki egyetemes emberi szükségletnek tartja a szoros érzelmi kötődésre kialakítására való igényt. Az Experiences in Close Relationship Questionnaire – Közeli Kapcsolatok Élmény Kérdőív segítségével feltárható az a belső munkamodell (*Gervai, 1997*) mely

stabilan, tudattalanul és automatikusan működik, meghatározza, hogyan viselkedünk más emberekkel, mit várhatunk el másoktól egy kapcsolatban, mivel a kötődési viselkedés felnőttkorban is aktív, különösen stressz- és félelemkeltő helyzetben.

Kim Bartholomew (1991) megalkotta felnőtt kötődés kétdimenziós modelljét, amely négy kötődési stílust határoz meg. Az énről alkotott modell legfontosabb kérdése: Értékes, szerethető vagyok? A másikról alkotott modell kérdés: megbízhatóak, gondoskodóak, elérhetőek? Ezen kérdések alapján határozta meg a négy felnőtt kötődési stílust, melybe a biztonságosan kötődő mellett három bizonytalan kötődési minta került be. Ezt a négy felnőtt kötődési variációt építették be a szerzők (Brennan, Clark és Shaver, 1998) az ECR kérdőívbe, mint vizsgálati dimenziókat. A kérdőív magyar fordítása a PTE Pszichológiai Intézetében készült 2000-ben, én a 162 kérdéses hosszabb verziót alkalmaztam vizsgálatomban, mivel úgy gondoltam, hogy a személyiség működésével kapcsolatos kérdéseim kutatására alkalmas lehet.



6. sz. ábra: kötődési stílusok

## 6. Az eredmények bemutatása

2007-től kezdtem a Logisztikai Ellátó Központban a csapatpszichológusi munkámat, és a Szondi tesztprofilokat folyamatosan vettem fel a hozzám forduló kollégák támogatása során. Így 100 egyén 10 profilos tesztfelvételére kerülhetett sor. Szondi-tesztet azért alkalmaztam, mert lehetővé tette számomra a manifeszt és a látens ösztönshüvelyek egyénileg különböző mértékének megragadását, az egészséges - és a pszichopatologikus személyiség működésének diagnosztizálását.

A Szondi tesztnél a csoportos összegzéseket (csoportos ösztönképlet, csoportos látenciasor és ösztönosztály) PETZ (1953) leírása alapján határoztam

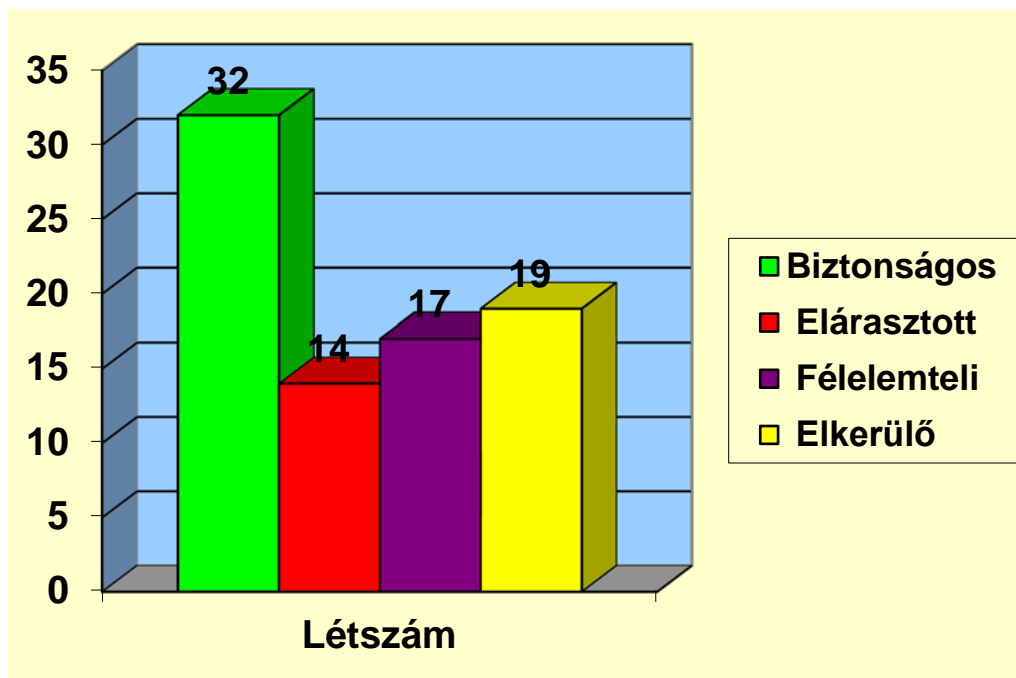


meg: a 1000 tesztprofilban található ösztönfaktorokat összegeztem az adott csoportoknak megfelelően, majd átlagoltam, a végleges számításokat pedig az említett szerző munkája alapján végeztem el. Az eredményeket táblázatban szemléltetem, szintén a Petz által alkalmazott módszer alapján.

Amint a kutatási program elindult, kértem az együttműködésüket a másik két teszt kitöltése érdekében is. Sajnos, már voltak olyan kollégák, akik már nem az MH LEK dolgozói voltak, de akikkel fel tudtam venni a kapcsolatot, azok vállalkoztak a tesztek kitöltésére, azonban 15 fő esetében a TCI teszt és 18 fő esetében az ECR teszt kitöltésére nem került sor. A 100 Szondi teszt felvételét és az adatok rögzítését is én végeztem. Az eredmények elemzésére az SPSS for Windows 13.0 programcsomagot használtam. A 80 fő csoportosítását rendfokozat, nem, betegségcsoportok szerint, valamint dohányzási szokásaikat figyelembe véve végeztem. A különböző csoportok között chí négyzet próbával hasonlítottam össze.

A felnőttkori kötődés teszt a következő kötődési stílusokat határozza meg:

**A biztonságosan kötődők** kapcsolatai kölcsönösek, intimek, közeli, az önfeltárás magas szintjével és a problémák konstruktív megoldásával jellemezhetők. Biztonságosan kötődők erős vonzalmat, szeretetet éreznek a többi ember iránt, ezzel összhangban őket mások jóindulatúnak, barátságosnak, bizalomra méltónak látják. Ebbe a csoportba tartozó személyek probléma esetén megküzdési stratégiák széles köréből tudnak választani, beleértve a másoktól való segítségkérést. Párkapcsolataikban partnerüket és kapcsolatuk minőségét reálisan meg tudják ítélni. Párjuk hibáit is el tudják fogadni, mivel az elképzelésük a szerelemről nem idealizált. A vizsgált állomány 39%-a tartozik ezen csoportba.



7. sz. ábra: kötődési stílusok elemzése

**Az elárasztott kötődésű személyek** kapcsolataikban az érzelmi túlfűtöttség, a túlzott függőség, tapadósság, kritika, önfeltárás, féltékenység jellemző. Könnyen

szerelembe esnek, hajlamosak partnerüket idealizálni, és az új idealizált kapcsolatot mindennel szemben előtérbe helyezni. Kapcsolataikban teljes odaadást várnak el a másiktól, önmagukat igyekeznek nélkülözhetetlenné tenni, így biztosítva önmaguk számára a megerősítést. Képtelenek partner nélkül lenni, ha párkapcsolatuk felbomlik, rögtön újat keresnek. Mások társasága iránt olthatatlan vágyat éreznek, másokban éppen e vágy miatt szorongást keltenek, hiszen soha nem lehet eleget adni nekik. Ha problémával kerülnek szembe, érzelmileg túlreagálják. Rendkívül nehezen viselik a feszültséget, mivel képtelenek megnyugtatni önmagukat, környezetüktől követelnek segítséget. A vizsgált állomány 17%-a tartozik ezen csoportba.

**A félelemteli kötődésűek** önmaguk és a környezetük szeretetreméltóságában egyaránt bizonytalanok. Az elkerülő viselkedésük miatt nehezen tudnak kapcsolatokat kialakítani. Ha sikerül baráti vagy párkapcsolatot kialakítaniuk többnyire passzívok, függőek, hajlamosak többet tenni a kapcsolatért, és az önfeltárás alacsony szintje jellemzi őket. Nem engedik meg maguknak a kitárulkozást, mert attól félnek, kiderülne, hogy nem értékesek és nem is merik felfedni magukat, mert a környezetet nem tartják megbízhatónak, elfogadónak. Gátoltak az őszinte kommunikációban, a negatív érzelmek megfogalmazásában, mert félnek, hogy kapcsolatuk felbomlásával jár. Nagyon megviseli őket kapcsolataik felbomlása, mert önmagukat hibáztatják, másrészt félnek az új kapcsolat keresésével járó elutasítással. Ez a félelem és az alacsony önértékelés az oka annak, hogy hajlamosak súlyos problémák mellett is bent maradni a kapcsolatban. Sokat aggódnak amiatt, hogy környezetük nem szereti, butának vagy unalmasnak tartja őket. Mások beképzeltnek és tartózkodónak ítéli meg őket, ezt ők féltékenységként értelmezik saját maguk számára. Azt mondják magukról, hogy szeretnének másokhoz közeledni, de nem tudják hogyan kell. Ha problémával, nyugtalanító helyzettel találják szembe magukat, nem tesznek aktívan ellene, nem kérnek támogatást másoktól. A vizsgált állomány 20%-a tartozik ezen csoportba.

**Az elutasító kötődésű személyek** kapcsolataira a felszínesség, az érzelmi függetlenség, az intimitás és az önfeltárás hiánya jellemző. Barátságaikat a kölcsönös érdeklődésre, tevékenységre alapulnak, nem érzelmi közelségre. Párkapcsolataikban is távolságtartók, érzelmileg kevésbé involváltak, mint partnerük. Nem hajlamosak a féltékenykedésre, a szeparációs szorongásra. Mások támogatását nem igénylik és kényelmetlenül érzik magukat, ha párjuk megerősítést, elköteleződést vár el tőlük. Könnyen megunják párkapcsolataikat és többnyire nem is törekednek új kapcsolat kialakítására, mert az érzelmi kapcsolatoknál többre értékelik a szabadságot, függetlenséget, az élet teljesítményközpontú területeit (pl. munka, sport). Az érzelmi kapcsolat és az intimitáshiánya jellemző elsősorban ebben a kötődési mintában és nem a kapcsolat hiánya. Ellenben a félelemteli elkerülőkkal az elutasítókat nem foglalkoztatja, hogy mit gondolnak róluk mások, mivel az énről alkotott modelljük pozitív. A mások megítélése szerint hűvösek, racionálisak, érzelemmentesek és teljesítmény centrikusak. Ha problémával, nyugtalanító helyzettel kerülnek szembe, érzelmeiket igyekeznek figyelmen kívül hagyni, így értékelik le a probléma fontosságát, és kifejezetten kerülik ilyenkor mások társaságát (*Bartholomew, 1994*). A vizsgált állomány 23%-a tartozik ezen csoportba.

Az USA adatokat Crowell és mtsai (1999-ben) és a magyar adatokat Nagy László (2005)-ben közölt adatai alapján készítettem el, ezeket az adatokat használok szemléltetésül az MH LEK állományának bemutatására.

Kötődési stílus	Biztonságos	Elárasztott	Félelemteli	Elutasító	létszám
USA normál	57%	10%	15 %	18 %	69
Magyar normál	38%	33%	16.6%	12.5%	373
MH LEK	39%	17 %	20%	23%	82

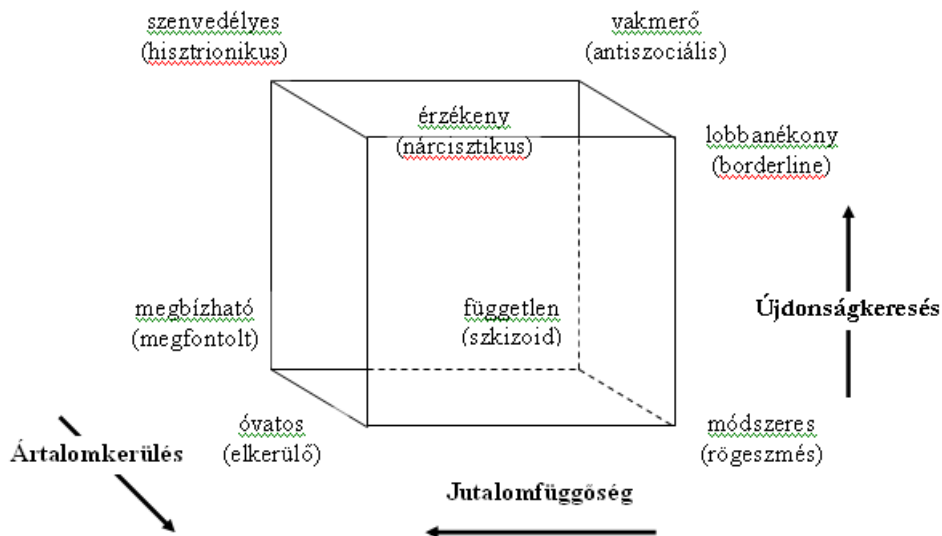
3. sz táblázat: amerikai- magyar kötődési minta összehasonlítása

Az amerikai mintába 20 %-kal több a biztonságosan kötődő, de a magyar normál mintával szinte megegyező számú a biztonságosan kötődő munkahelyi kollégák száma. A félelemteli kötődésűek csak 3 %-kal térnek el pozitív irányban a magyar mintától. Az elárasztott kötődési stílusú a magyar mintához képest 50 % kisebb, azonban az elutasító kötődésűek 50 %-kal nagyobb.

Ez azt jelenti, hogy az állomány tagjai inkább racionálisak, érzelemmentesek és teljesítmény centrikusak. Kevésbé jellemző az érzelmi túlfűtöttség, a problémák túlreagálása. Azonban ha problémával, nyugtalanító helyzettel kerülnek szembe, érzelmeiket igyekeznek figyelmen kívül hagyni, ez viszont ahhoz vezethet, hogy a konstruktív problémamegoldó technikák alkalmazására nem kerülhet sor, s az érzelmi folyamatok sem tudnak a normális mederben végbemenni, s kerülőutakat keresnek a megoldásukra. Ezért lehetséges, hogy a pszichoszomatikus betegségek felülete ad lehetőséget ezen érzelmi folyamatok lereagálására. Mivel a betegségek olyan utakat jelentenek, amelyek mentén a beteg visszavonulhat a valóságból, hogy ápolja magát vagy törődjön magával. Más szavakkal, ha a valódi problémák eredeti nyers formájukban túl nehezek, ahhoz a megoldáshoz folyamodnak, hogy fantasztikussá alakítják őket, aminek egyebek között az az óriási előnye is megvan, hogy panaszkodni lehet róluk.

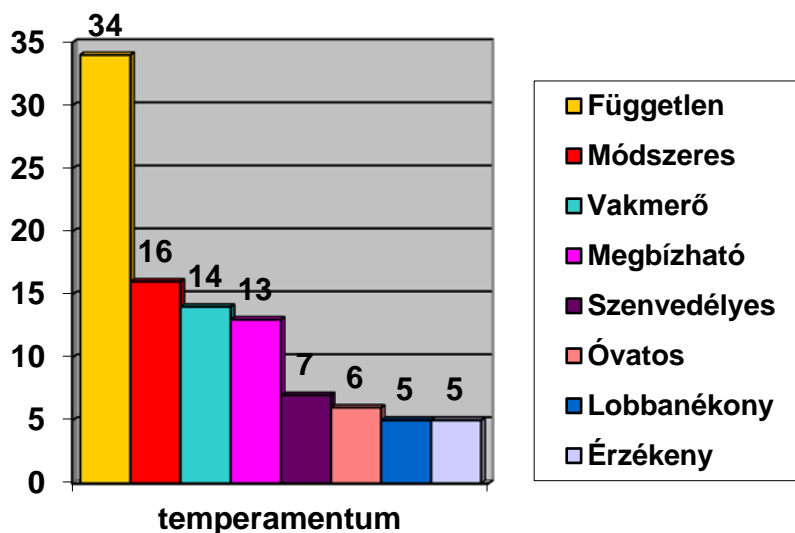
### A temperamentum és karakterdimenziók bemutatása

Mivel a cloningeri feltételezés szerint a négy temperamentum-dimenzió egymástól független, ebből az következik, hogy a különböző dimenziókon elért pontszámok bármilyen kombinációban előfordulhatnak. A különböző temperamentum-típusokat az ártalomkerülés, az újdonságkeresés és a jutalomfüggőség dimenziói adják. A kitartás, mint azt korábban említettük ezektől elkülönítve kezelendő, mivel általánosabb jellegű és az összes többi dimenzióra hat. Cloninger úgy véli, nyolc alapvető temperamentum-típus különíthető el, melyeket az egyes dimenziókon elért magas és alacsony pontszámok konfigurációi adnak. A nyolc temperamentum típust a következő ábra szemlélteti.



8. sz. ábra: temperamentum típusok

A személyiség pszichobiológiai modellje szerint a temperamentum- és karakterkonfigurációk igen komplex módon kapcsolódnak össze, és együtt határozzák meg a teljes személyiséget. A temperamentum bizonyos fokig behatárolja a karakter fejlődését, de nem determinálja teljes mértékben, hiszen a karakter erősen befolyásolja a szociokulturális tanulás, a tapasztalat és számos véletlenszerű esemény (pl. szerencse). Összességében a temperamentum-konstellációból a személyiség prediszpozícióira, a karakter konfigurációból pedig az érettségi fokára lehet következtetni.



9. sz. ábra: Temperamentum típusok eloszlása az állomány körében

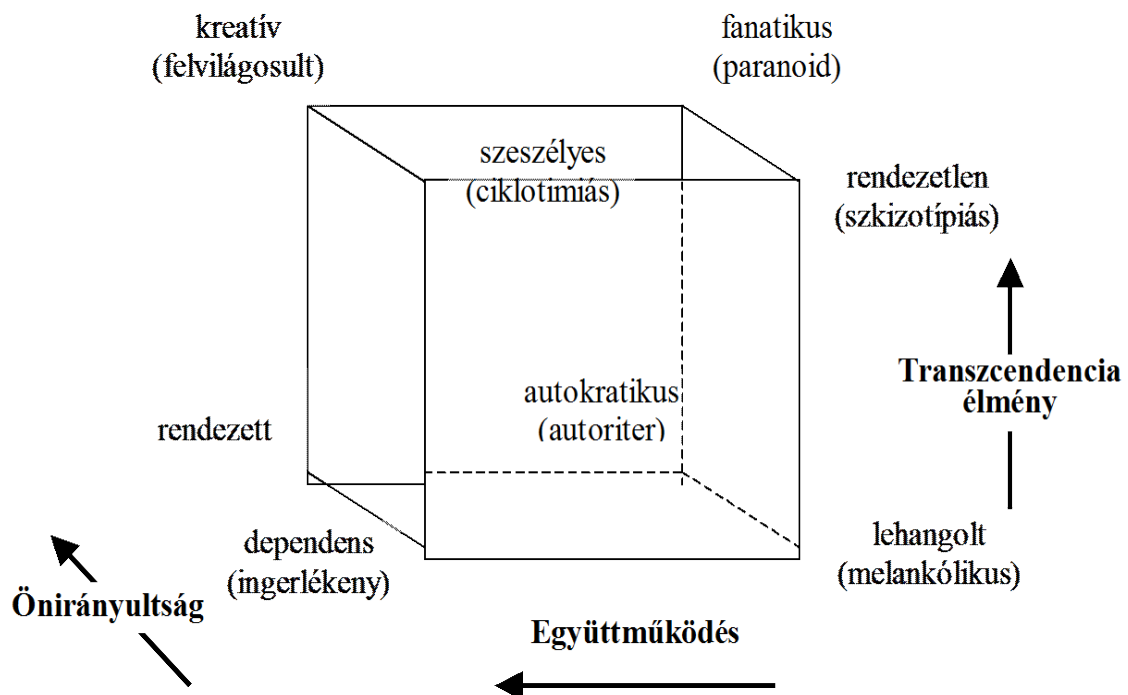
Az ábrából látható, hogy az állomány 40 %-a a **független temperamentumba** tartozik. A független személyiséget az alapválasz jellegzetességeit illetően mindhárom dimenzióban alacsony érték jellemzi. A független személyiségek erősen

ellenállóak a mások kívánságához való alkalmazkodás szociális kényszerével szemben, mert szociálisan elszigeteltek, érzelmileg zárkóztak, kevés barátal rendelkeznek, dicséret iránti közömbösek. (alacsony jutalom-függőség). Magabiztosság jellemzi őket és a kritika iránti közömbösség (alacsony ártalom-kerülés) és rigidek (alacsony újdonság-keresés). A független egyéneket még a félrevonulás/visszahúzódás is jellemzi, mert kedvelik az elkülönülést/magányt és a meleg érzések kifejezésére korlátozott képességgel bírnak. Biztonság- és nyugalomkereső viselkedésük során képesek belefeledkezni a rend és biztonság fenntartásába a szabályok és szervezési részletek szem előtt tartásával.

Azt gondolom, hogy a logisztikai szakmai feladatok ellátásához szükségesek ezen személyiségjellemzők, a szabályok betartásához nélkülözhetetlenek ezek a személyiségvonások, azonban ha ezeket nem a szervezet szempontjából, hanem az egyén oldaláról vizsgáljuk, akkor látható, hogy az érzések átélésének képessége háttérbe szorul, amely megnehezíti a személyes harmónia átélését a mindennapokban.

### Karaktertípusok

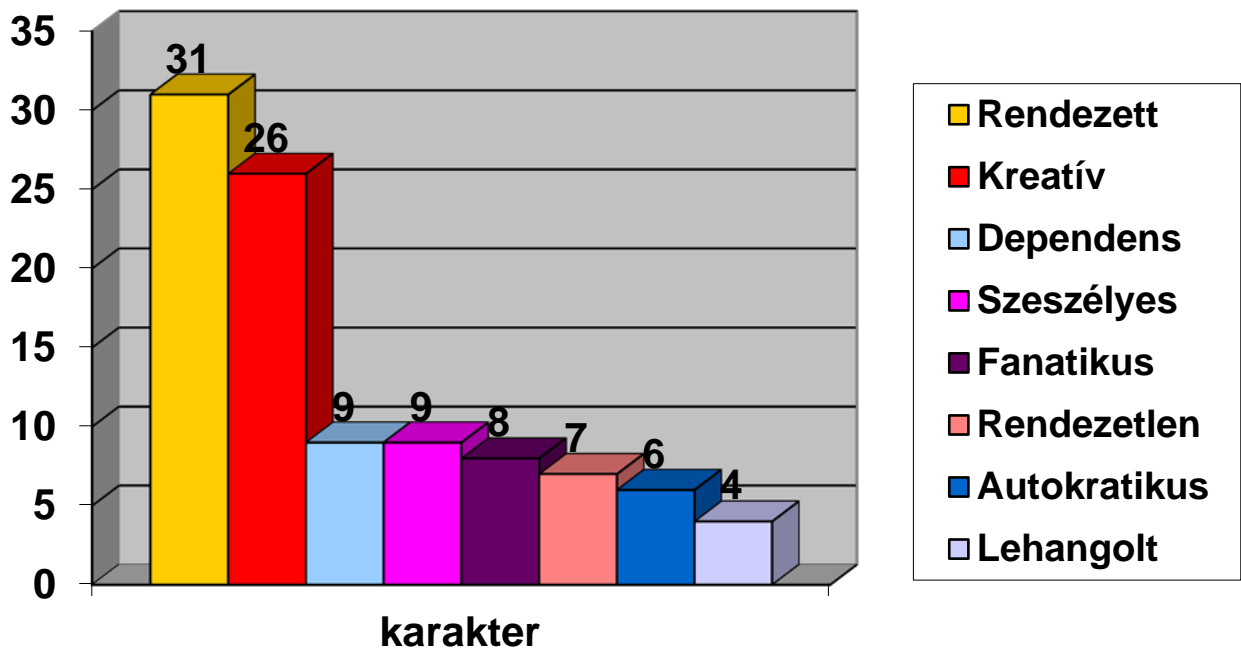
Az Önirányultság, az Együtműködés és a Transzcendencia élmény dimenziók alacsony és magas pontszámainak lehetséges kombinációi, illetve az ezeknek megfelelő a nyolc karaktertípus a következő.



10. sz. ábra: karakter típusok

Az egyes karakter konfigurációk az egyénre jellemző temperamentum-típusból jósolhatók be, figyelembe véve a temperamentum- és karakterjellemzők kölcsönhatását, a szociokulturális normákat, a fejlődést meghatározó

életeseményeket, a család által közvetített szociális normákat, s végül, de nem utolsó sorban a genetikai tényezőket.



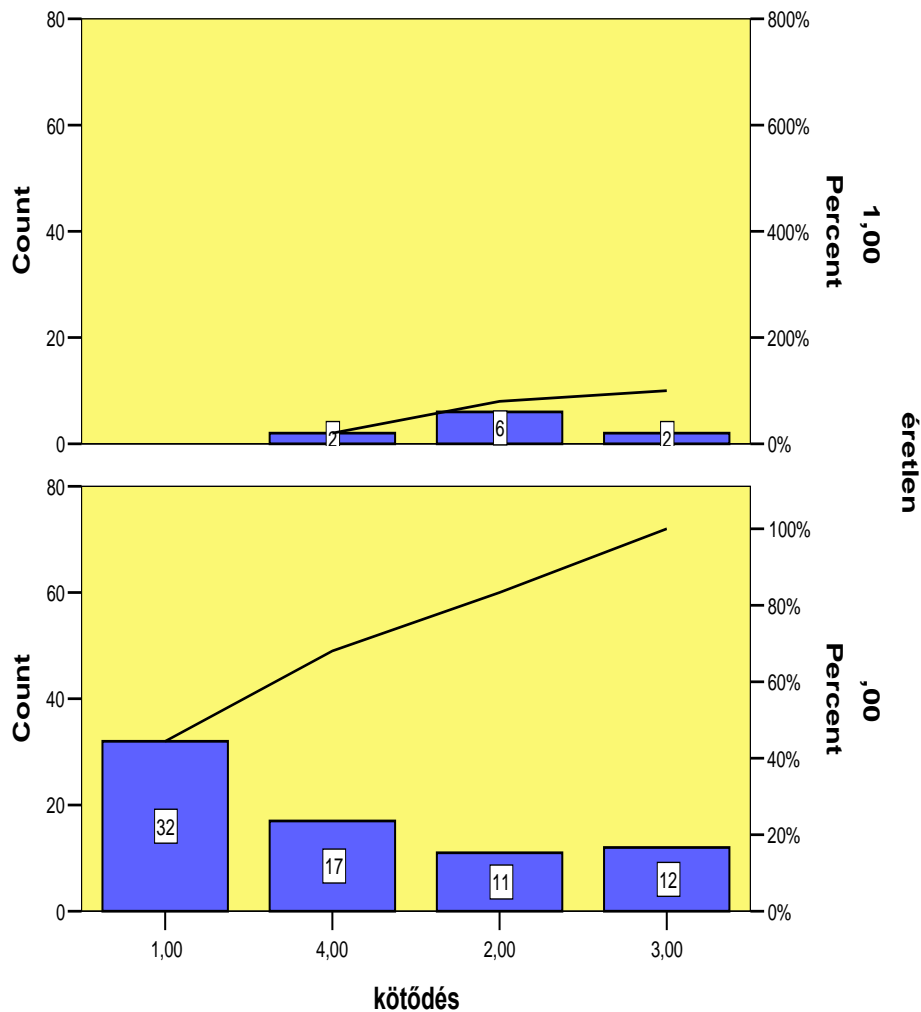
11. sz ábra: karakter típusok eloszlása az állomány körében

A **kreatív, vagy felvilágosult karaktertípusra** mindhárom dimenzió átlagon felüli pontszáma a jellemző. Az állomány 30%-a ebbe a típusba tartozik. A kreatív karaktertípusba tartozó személyek leleményesek, elmélkedők, érettek és gyakran élnek át pozitív érzelmeket (pl. öröm, szeretet, remény). A kreatív karakter konfiguráció a leggyakrabban a szenvedélyes és a megbízható temperamentum-típusokkal jár együtt (alacsony ártalomkerülés és magas jutalomfüggőség). Az ilyen karaktertípussal jellemezhető személyek körében a mentális zavarok előfordulása nagyon ritka.

A kreatív és a **rendezett karaktertípusokat** a transzcendencia-élmény különbözteti meg, ami abban jut kifejeződésre, hogy a kreatív karakterű személyek szabadszellemeűek, míg a rendezett karaktertípussal jellemezhető személyek konzervatívak, büszkék a logikus okfejtésükre, konzisztensek, figyelnek a részletekre és a törvényre. A modell szerint a rendezett karakterű személyeket jobban érdeklik a hatalom és a javak, mint a kreatívokat. Az állomány 36 %-a tartozik ezen típusba.

A kollégák 2/3-a így a magas önirányítottságú és magas együttműködési készségű csoportba tartozik, amely biztos alapja lehet egy jól működő szervezetnek. Az állomány 1/3-a azonban kevés pozitív érzelmet él át, többnyire a szégyen, a gyűlölet és a szenvedés uralja érzelmeiket. Cloninger vizsgálatainak alapján a különböző karaktertípusok a pszichózisra és a hangulatzavarokra való hajlam kiváló mutatói (Cloninger és mtsai., 1998). Azok a személyek, akik mindhárom karakterdimenzió az átlagnál alacsonyabb pontszámot érnek el, azokra az önzés, az éretlenség, és az érzelmi reaktivitás jellemző.

Az ilyen személyek a legtöbb hétköznapi helyzetet ellenségesnek és nyomorúságosnak élik meg. A vizsgált minta 13 %-a 11 fő bizonyult éretlen karakterűnek. Számukra érdemes lenne személyiségfejlesztő programokat indítani hatékonyságuk növelése érdekében. Összevettem a TCI és ECR kérdőív eredményeit és azt találtam, hogy a biztonságosan kötődők között nincs éretlen karakter, az elárasztott (megoldatlan) kötődési stílus az alapja a legtöbb éretlen karakternek.



12. sz. ábra. éretlen karakter létszáma

Az újdonságkeresés a viselkedés aktivációjának, kezdeményezésének öröklött mintája, amely gyakori explorációs aktivitással jár együtt. Az új ingerekre vagy potenciális jutalomforrásokra adott válaszokban vagy a büntetés alóli felszabadulásakor izgalmi állapot, jókedv, derűtség figyelhető meg. További jellemzője az impulzív döntéshozás, a jutalom megközelítése és a frusztráció, a monotonía, a potenciális büntetés aktív elkerülése.

A táblázatban jól látható, hogy mind a női és mind a férfi minta eredményei eltérnek a magyar lakosság átlagától. Az újdonságkeresés dimenzió alacsony értéket elérők szívesebben merülnek bele az apró részletekbe, sokkal megfontoltabbak és törvénytisztelőbbek, mint a magas pontszámot nyújtók.

MAGYAR LAKOSSÁG ÉS A KATONAI ÁLLOMÁNY TCI ÉRTÉKEINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

	férfi		LEK férfi		nő		LEK nő	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
NS1 A felfedezés izgalma vs. rigiditás	6,83	2,15	6,63	2,15	6,87	2,51	6,63	2,15
NS2 Impulzivitás vs. reflektivitás	4,38	2,33	3,40	1,75	3,98	2,39	3,78	1,86
NS3 Extroavagancia vs. Visszafogottság	<b>5,42</b>	2,46	<b>3,50</b>	2,17	5,52	2,16	4,94	2,01
NS4 Rendezetlenség vs. Rendszeretet	<b>6,02</b>	2,05	<b>3,90</b>	1,62	<b>5,55</b>	1,88	<b>4,38</b>	1,62
Újdonság keresés NS1 + NS2 + NS3 + NS4	<b>22,2</b>	6,42	<b>17,4</b>	5,11	<b>21,9</b>	6,34	<b>19,7</b>	4,83
HA1 Anticipátoros aggodalom és pesszimiz vs. Gátolatlan optimizmus	3,82	2,35	3,7	1,62	4,28	2,61	4,78	2,03
HA2 Félelem a bizonytalanságtól	2,36	1,62	2,33	1,62	3,24	1,92	3,47	2,02
Fájdalom kerülés HA1 + HA2 + HA3 + HA4	13,49	6,07	12,50	5,94	15,08	6,74	15,47	6,74
Jutalomfüggőség RD1 + RD2 + RD3	13,33	4,13	13,06	4,10	16,41	3,72	16,16	3,27
P Kitartás	<b>3,82</b>	1,99	<b>4,43</b>	1,79	4,22	2,06	4,5	1,98
S1 Felelősség vs. Mások hibáztatása	6,02	1,67	5,931	1,92	6,12	1,60	5,29	1,53
S2 Célra irányultság vs. a cél orientáció iránya	5,47	1,95	6,16	2,08	5,82	1,72	5,85	2,10
S3 Leleményesség	<b>3,70</b>	1,19	<b>4,30</b>	0,91	3,50	1,23	3,54	1,18
S4 Önfogadás vs. Önmegbecsülés	<b>6,71</b>	2,93	<b>9,13</b>	1,97	<b>7,77</b>	2,43	<b>8,18</b>	2,48
S5 Személyes tulajdonságok belátása	<b>7,09</b>	2,57	<b>8,33</b>	1,76	7,30	2,46	7,50	2,22
Önirányultság S1 + S2 + S3 + S4 + S5	<b>28,9</b>	6,35	<b>33,8</b>	5,06	30,45	5,97	30,38	6,64



<b>C1 Társas elfogadás vs. Intolerancia</b>	5,70	1,90	6,63	1,65	6,34	1,79	6,49	1,69
<b>C2 Empátia vs. Társak iránti érzéketlenség</b>	4,29	1,62	4,96	1,58	4,97	1,57	5,05	1,43
<b>C3 Segítőkézség □□. Segítőkézség hiánya</b>	<b>5,50</b>	1,51	<b>6,40</b>	1,16	5,83	1,47	5,78	1,49
<b>C4 Együttérzés vs. Bosszúállás</b>	<b>5,92</b>	3,00	<b>7,93</b>	2,42	7,15	2,44	7,14	2,74
<b>C5 Lelkiismeretesség vs. Önző haszonelvűség</b>	<b>6,08</b>	1,89	<b>7,00</b>	1,53	6,99	1,60	7,12	1,45
<b>Együtműködés C1 + C2 + C3 + C4 + C5</b>	<b>27,4</b>	6,95	<b>32,9</b>	6,64	31,27	5,95	31,6	6,53
<b>ST1 Önmagunkkal szembeni felelősség vs. Öntudatos tapasztalatszerzés</b>	<b>5,94</b>	2,57	<b>4,60</b>	2,31	5,73	2,85	5,80	2,61
<b>ST2 Transzperszonális azonosulás vs. Éndifferenciáció</b>	2,58	1,93	2,36	1,82	2,72	□,04	,3,21	2,07
<b>ST3 Spirituális elfogadás vs. Racionális materializmus</b>	5,48	3,10	5,03	2,56	<b>5,96</b>	2,99	<b>7,67</b>	3,48
<b>Transzcendencia ST1 + ST2 + ST3</b>	<b>14,0</b>	6,08	<b>12,0</b>	4,48	<b>14,4</b>	6,15	<b>16,6</b>	6,97

4. sz. táblázat: magyar lakosság és a katonai állomány TCI értékeinek összehasonlítása

Azt gondolom, hogy a logisztikai feladatok megoldása igényli a megfontoltságot, a törvénytiszteletet, ezért lehet alacsonyabb értékekkel találkozni ezen eredmények során. A férfiak merevebbek, tartózkodóbbak, mértékletesek, a női munkavállalókra inkább jellemző a szentimentalizmus, és a jutalomfüggőség.

	újdonságkeresés	Extravagancia-visszafogottság	Pesszimizmus-optimizmus	Félelem a bizonytalanságtól	jutalomfüggőség	Szentimentalizmus
Férfi	17,43	3,5	3,7	2,33	13,06	5,26
Nő	19,74	4,94	4,78	3,47	16,16	7,32
Chi-Square	4,277	8,185	5,321	4,621	11,664	19,284
Asymp. Sig.	,039	,004	,021	,032	,001	,000

5. sz. táblázat: férfi- női katonai állomány temperamentum faktorainak összehasonlítása

Cloninger szerint a kitartás általánosabb érvényű és a személyiség összes dimenziójára, illetve a személyiségfejlődés teljes folyamatára ható tulajdonság. Ezen eredmény is magasabb a magyar átlagnál. A kitartást az önkontroll moderátorának tekinthetjük, amelynek jelentős szerepe van az érzelemszabályozásban és a személyiségfejlődésben. A magas pontszámmal rendelkező egyéneknél azonban az a veszély is fennáll, hogy ha túlteljesítenek, akkor gyakran elfojtással, anticipálással reagálnak a stresszhelyzetekben.. Amint az egyéni személyiségelemzéseket végeztem, azt tapasztaltam, hogy a maximális pontszámmal rendelkezők kértek tőlem egyénileg szakmai segítséget a számukra kezelhetetlen stresszhelyzetek kezelésére.

Az önirányítottság arra utal, hogy a személy mennyire képes a kontrollra, a szabályok betartására és a viselkedéses alkalmazkodásra az adott szituációban, és ez a kontroll mennyire van összhangban az egyénileg választott célokkal és értékekkel. A magas önértékelés azt jelenti, hogy a személy elfogadja magát olyannak, amilyen; életének van jelentése és célja, s ezen célok elérése érdekében képes a kielégülés elhalasztására. Ha valaki hosszú ideig világos célokat és értékeket követ, melyek kialakítására kezdetben erőfeszítéseket kellett tennie, akkor ezek második természetévé válnak. Vagyis az automatikus válaszok céljaival és értékeivel kongruensek és bízhat benne, hogy spontánul működnek mindenféle elfojtott konfliktus nélkül. A pozitív önértékelés és az individuális korlátok elfogadására való képesség erősen korrelál a felelősségtudattal és az eredményességgel. S a magas önirányítottsággal jellemezhető egyéneket a személyiség érettsége jellemzi. A táblázatból jól látható, hogy a katona férfiak magasabb önirányítottsággal rendelkeznek, a magyar lakosság átlagához képest, célratörőek, felelősségteliek, leleményesek, önfogadóak, fegyelmezettek.

	Önirányítottság	Felelősség	Leleményesség	Transzcendencia	Öntudatos tapasztalatszerzés	Spirituális elfogadás
Férfi	33,86	5,9	4,3	12	4,6	5,03
NŐ	30,38	5,29	3,54	16,69	5,8	7,67
Chi-Square	5,429	4,331	9,123	9,380	3,952	10,179
Asymp. Sig.	,020	,037	,003	,002	,047	,001

6. sz táblázat: férfi-női katonai állomány karakterfaktorainak összehasonlítása

Az együttműködési készség dimenzió a más emberek elfogadásában mutatkozó egyéni különbségeket térképezi fel. A karakter azon aspektusaira vonatkozik, amelyek az egyetértési készséget jelentik, szemben az én-központú agresszióval és az ellenségességgel. A magas pontértéket elérő együttműködő személyek szociálisan toleránsak, empatikusak, segítőkészek, könyörületesek. Úgy érzik, hogy támogató és segítőkész közösség részei. A katona férfiak itt is magasabb eredményekkel rendelkeznek, mind a segítőkészség, együttérzés és lelkiismeretesség alskálán is tapasztalható.

A transzcendencia-élmény általánosságban azonosulást jelent mindennel, ami az emberi lét számára nélkülözhetetlenek, lényeginek tűnik és része az univerzumnak, az egyesült egésznek. Az "egyesülő tudatosság" állapotában minden egy totalitás része. A személy tudatában van annak, hogy a kozmosz evolúciójának integráns

része. Ez az állapot leírható úgy is, mint azonosulás, elfogadás, vagy spirituális egyesülés a természettel és annak forrásával. A transzperszonális azonosulás történhet valami olyan dologgal, ami a self-en kívül áll, vagy mindennel. A személy azt az érzést tapasztalja meg, hogy része egy csodálatos intelligenciának vagy az vezeti őt, amely talán minden jelenség isteni forrása. A spiritualitás leírható úgy is, mint valami belső vágyakozás arra, hogy halhatatlanok legyünk és ez vezethet ahhoz a vágyhoz, hogy azonosuljunk a természettel, mint egésszel, vagy annak forrásával. Ebben a dimenzióban érdekes eredményeket tapasztaltam, a férfiak negatív irányban térnek el a magyar átlag eredményeitől, a nők pedig pozitív irányban. A férfiak konvencionálisabbak, racionális materializmus jellemzi őket, hiányoznak az egyetemes harmónia ideái gondolkodásukból, a nők pozitív irányban térnek el, rájuk az elfogadás, a kreatív inspiráció jellemző.

## Irodalomjegyzék

NATO Logisztikai Kézikönyv, Stratégiai és Védelmi Kutatóintézet, Budapest, 1997.

Az egészségfejlesztés alapelvei - az egészségfejlesztés nemzetközi alapidokumentumai módszertani Füzet letöltve: 2010. 02.20.

<http://www.oefi.hu/modszertan1.pdf>

ANTALFAI M.(2007): Katarzis élményre épülő tematikus művészet-pszichoterápia In: Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh Attila (szerk) Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig Trefort Kiadó 356-382

CSERJÉSI R.(2009):Érzelem, kogníció, tudatosság és viselkedési problémák evészavarokban. Összefoglaló vizsgálat: obesitas és anorexia nervosa. Orvosi hetilap 150 évfolyam 24 sz. 1135-1143

CSÉCSEYNÉ NAGY Zs. (2011) Gyógyító beszélgetések a rehabilitációban c. szakdolgozat

GYÖNGYÖSINÉ KISS E. (1999) Szondi Lipót Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest

HARASZTI L. (2001): A felnőttkori elhízás, a kövérség pszichológiai problémái. MH Egészségügyi Csoportfőnökség kiadványa

HARGITAI R. (2001) Sorsanalízis és pszichoszomatika: 5-6 éves asztmás gyerekek személyisége a Szondi teszt tükrében. Magyar Pszichológiai Szemle, 1, 35-52.

HARGITAI R. (2008):Sors és történet Szondi Lipót sorsanalízise a narratív pszichológia tükrében Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest

KÖKÖNYEI GY.: Érzelemszabályozás krónikus fájdalomban. Doktori (PhD) értekezés 2008 Budapest ELTE letöltve: 2010.04.06.

KELEMEN G. (2001): Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia Pro Pannonia Kiadói Alapítvány Pécs

Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózatának Luxemburgi Deklarációja, (1997) In: Lőrök Eszter Az OEFI szerepe a Munkahelyi egészségfejlesztésben letöltve:2010 04.02.<http://www.oefi.hu/egfszak3.pdf>

NOSZLOPI L. (1989) Sorselemzés és kísérleti ösztöndiagnosztika. Akadémiai Kiadó, Budapest

- PETZ, G. (1953) Triebstrukturanalyse bei Lungentuberkulösen. Szondiana,1, 134-144.
- PIKÓ B.(2005): Lelki egészség a modern társadalomban Akadémiai Kiadó, Budapest
- PIKÓ B. (2002a): Egészségszociológia. Új Mandátum, Budapest
- PIKÓ B. (2002b): Egészségtudatosság serdülőkorban. Akadémiai, Budapest
- REINHARDT M.(2007): Kognitív reprezentációk a krónikus betegségről. Betegségkogníció és önszabályozás összefüggéseinek empirikus vizsgálata I. és II. típusú cukorbetegség körében In: Demetrovics Zs., Kökönyei Gy., Oláh Attila (szerk) Személyiséglélektantól az egészségpszichológiáig Trefort Kiadó 156-185.
- SALAVECZ, Gy (2008): Munkahelyi Stressz és Egészség in: Kopp Mária szerk: Magyar Lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó
- SCHWOY DÓRA, SCHWOY DEZSŐ, GY. KISS ENIKŐ: Angliában élő különböző népcsoportok multikulturális összehasonlítása a Szondi- teszttel Megjelent: Deák Anita, Nagy László, Péley Bernadette (szerk. 2011): Lélek-képek, Pécs, Pro Pannónia Kiadói Alapítvány, 169-181.
- SKARDERUD F.: A self súlya-étkezési zavarok és selfpszichológia In: Kohut utáni fejlődés
- SZONDI L. (1942): Előadások a kísérleti ösztöndiagnosztika köréből. IV. kötet. Az ember meghatározása az ösztönök tapasztalati rendszerében. Az ember ösztönlinnaeususa. Budapest, Diószegi sokszorosítás.
- SZONDI L. (1996): Ember és sors Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- SZONDI L. (2002) A Szondi teszt: A kísérleti ösztöndiagnosztika tankönyve. Új Mandátum, Budapest