

# **A felsőoktatási hallgatók mentálhigiénés állapotának országos felmérését előkészítő szakmai tanulmány**

## **Szerkesztette**

Sebő Tamás

## **Szerzők**

**András Bálint**

**Karner Orsolya**

**Kiss István**

**Perger Mónika**

**Perényi Andrea**

**Sebő Tamás**

**Török Lilla**

## Tartalomjegyzék

Előszó.....	4
Hazai előzmények.....	7
A közelmúlt lezajlott felmérései.....	8
Hallgatói mentálhigiénés státusz a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen .....	8
Diplomás Pályakövető Rendszer .....	8
A pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók felmérése 2018-ban .....	9
Tanácsadói kompetencia vizsgálata a 2018-ban tanácsadáson résztvevő hallgatók körében .....	10
A pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók felmérése 2020-ban .....	10
Összegzés.....	11
Egy pszichés státuszt felmérő kérdőív, az OQ-45.2 eszköz bemutatása .....	12
Az OQ bemutatása.....	12
Pszichometriai jellemzők .....	15
Nemzetközi kitekintés .....	16
Mellékletek.....	19
(1.) melléklet: az eredeti OQ-45.2 .....	19
(2.) melléklet: Az OQ 45.2 értékelése és pontozása (eredeti, angol verzió) .....	20
(3.) melléklet: Az OQ 45.2 értékelése és pontozása (magyar verzió).....	21
(4.) melléklet: Az OQ-45.2 magyar változata.....	22
A hallgatói kiégésszindróma mérése .....	24
Elméleti keretek .....	24
Vizsgálati minta .....	25
Az MBI-SS teszt pszichometriai jellemzői .....	25
Az MBI-SS teszt alskálái és kiértékelése .....	26
Konklúzió .....	26
Mellékletek.....	28
(5.) melléklet: MBI-SS .....	28
A társas támogatás vizsgálati lehetőségei a felsőoktatásban tanulók körében.....	29
A társas támogatás fogalma .....	29
A felsőoktatásban tanuló hallgatók társas kapcsolatai, mint a társas támogatás forrásai .....	30
A társas támogatás vizsgálati módszerei: (SDS, MPSS, OSSS) .....	31
Összegzés.....	34
Mellékletek.....	37
(6.) melléklet: Társas Támogatás Kérdőív (Caldwell és mtsai, 1987. idézi Kopp M. és Kovács M. E. (szerk.) (2006, 544.).....	37
(7.) melléklet: Measures of Perceived Social Support (Turner, R. J. és Marino, F. (1994) .....	37

(8.) melléklet: Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (MSPSS- Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (Papp-Zipernovszky Kékesi, Jámbori, 2017.).....	38
(9.)melléklet: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988).....	39
(10.) melléklet: MOS SSS-H Sz. Makó, H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N. Veszprémi B. Vajda D. Kiss E. Cs. (2016). ....	40
(11.) melléklet: MOS SSS (Lazányi. 2016) .....	41
Social Support Instrument.....	41
Egy diagnosztikai interjú és klinikai becslőskála alkalmazása a német felsőoktatási tanácsadás gyakorlatában.....	42
Vulnerabilitás-stressz modell .....	43
A Vulnerabilitás-Stressz Modell gyakorlati alkalmazása a Mannheimi Studierendewerk Pszichológiai Tanácsadójában .....	44
PHQ-D Egészségkérdőív (Heidelbergi Egyetemi Klinika) .....	46
Kitekintés.....	47
Melléklet.....	49
(12.) melléklet: Minta felsőoktatási diagnosztikai becslőskála fejlesztéséhez.....	49
Hogyan lehetséges leválasztani a koronavírus hatását egy egyetemisták jóllétét és pszichológiai igényeit felmérő kutatásban? .....	57
Mellékletek:.....	62
(13.) melléklet: Események Hatása Kérőív .....	62
(14.) melléklet: IES-COVID19 .....	63
(15.) melléklet: Hyperarousal .....	64
Kérdőív „ergonómiai” szempontok .....	65
Láthatóság .....	65
Elérhetőség.....	66
Szükségesség-igény .....	66
Hogyan kapcsolódik mindez az általunk tervezett felméréshez? .....	66
Javaslatok a fenti szempontok érvényesítésére a felméréshez kapcsolódóan.....	67
A tanácsadók láthatóságának és elérésének növelése .....	67
A felmérés mint branding.....	67
A hatékony kommunikáció felmérése.....	68
Kitöltési hajlandóság .....	68
A kérdőív mint önismereti és fejlődési lehetőség .....	69
A hallgató számára nyújtott visszajelzés, mint többlet.....	69

## Előszó

Jelen beszámoló célja megteremteni a felsőoktatási hallgatók mentálhigiénés állapotának felmérésére irányuló vizsgálat szakmai háttéranyagát, ezáltal megágyazni egy alaposan előkészített és átgondolt országos reprezentatív felmérésnek. A kezdeményezés további célja a hallgatók tanácsadásiszolgáltatások iránti igényének feltérképezése. A tanulmány hét témát tárgyal a konkrét alkalmazandó eszközöktől a jelen környezeti hatásokon át, a felmérés komplex hatásának értelmezéséig. Ezek az alábbiakban röviden összefoglalásra kerülnek.

András Bálint a már rendelkezésre álló adatok tükrében tesz javaslatot a gyakorlatban már bevált és nemzetközileg is előszeretettel használt mérőeszközök alkalmazására. Egy hallgatói mentálhigiénés státuszt és tanácsadási szolgáltatások iránti igényeket felmérni kívánó vizsgálat kapcsán érdemes kiindulni a közelmúlt meglévő adataiból. Ezt a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem adatbázisa nyomán tudjuk megtenni. Alapvetően két forrásra lehet támaszkodni. Az egyik a Diplomás Pályakövető Rendszer, amely a tanulmányokkal összefüggő pszichés tényezőkkel kapcsolatos tételeket is tartalmaz, valamint képet ad a frissen végzett hallgatók egyetemi szolgáltatásokkal való elégedettségéről. Ennek tükrében egy átlagos hallgató leginkább az időbeosztást és a vizsgák okozta stresszt éli meg legkomolyabb nehézségnek egyetemi éve folyamán, de nem feltétlenül fordul intézményi segítségért ez ügyben. Bővebb információ azokról van, akik igénybe vesznek valamilyen konzultációs lehetőséget az egyetemen. Ezen hallgatók esetében Beck Depresszió Kérdőív és Reménytelenség Skála is felvételre kerül. Elmondható a tesztek alapján, hogy a pszichológiai konzultációra jelentkezők körülbelül egyharmada komolyabb pszichés nehézségekkel küzd, ezt a csoportot érdemes kiemelt figyelemmel kezelni, felkészülve arra, hogy a szükséges intervenció esetleg meghaladja az egyetemi tanácsadó feladatkörét, így tovább irányítást igényel.

Dr. Karner Orsolya összefoglalója részletesen bemutatja az OQ-45 önkítöltős kérdőívet, ami a tervezett felmérés gerincét képezheti. Az eszközt mind terápiás, mind tanácsadási folyamatok hatékonyságának mérésére és a fejlődés, haladás detektálására fejlesztették ki. A kérdőív három faktorból épül fel: pszichés tünetek, interperszonális kapcsolatok, valamint a társas szerepek betöltése és működtetése. A mérőeszköz nagy előnye rövidege (45 tétel) és szenzitivitása. Az OQ bár nem diagnosztikai eszköz, alkalmas arra, hogy elkülönítse a klinikai szintű problémákat a szubklinikai tünetektől, amire nagy szükség van a hallgatókkal végzett intervenció munkák kapcsán. Az OQ-t több országban is használják, megbízható, stabil mérőeszköznek bizonyult, magyar nyelvű adaptációja folyamatban van. Az eszköz nem csak a felmérés egy elemeként, de az egyetemi tanácsadók mindennapi szakmai gyakorlatában is hasznos eszköz lehet a jövőben a szűrés, az utánkövetés és a minőségbiztosítás területén egyaránt.

Sebő Tamás összefoglalója a hallgatói kiégésszindróma jelenségével foglalkozik, amely az utóbbi évtized óta a kutatások fókuszába került mind külföldi, mind haza kutatásokban. A kezdetben segítői munka világából ismert kiégés jelensége lassanként más pályákon is körvonalazódni látszik, nem elkerülve a diákságot az általános iskolától, a középiskolán keresztül a felsőoktatásig. A modell három jól elkülöníthető megélésre épít. Először a tanulmányi követelmények következtében létrejövő kimerülést, másodszer a cinizmust és távolságtartó attitűdöt az egyén tanulmányaihoz való viszonyában, harmadrészt a tanulóként megélt inkompetenciaérzést, hatékonyság- és teljesítménycsökkenést hangsúlyozza. Ezen három faktor a kiégés állapotát jól elkülöníti a klasszikus depressziótól, ami fontos differenciáldiagnosztikai szempont lehet. Az összefoglaló bemutatja a kiégésszindróma mérésére szolgáló rövid kérdőívet.

Perger Mónika a társas támogatottság vizsgálati lehetőségeit tekinti át felsőoktatási keretek közt értelmezve. A társas támogatottság az egyik legfontosabb tényezője a fiatal felnőttek pszichés jóllétének, ezért ennek alapos feltérképezése indokolt. A társas támogatás formái – érzelmi, instrumentális és információs támogatás – jól azonosíthatóak, azonban fontos kérdés, hogy adott egyetemista populáció milyen preferált csoportoktól igyekszik megkapni azokat (mint pl. szülők, kortársak, intézmény). A kutatás szempontjából az a legfontosabb nézőpont, hogy az egyetemek hogyan tudnak ehhez hatékonyan hozzájárulni. Egy másik nézőpontból a társas támogatás kvantitatív és kvalitatív dimenzióira is érdemes ránézni, de a kutatások szerint legfőképpen annak észlelt mértéke a meghatározó. Több validált vizsgálati eszköz áll rendelkezésre a témában, de ezeket érdemes speciálisan az egyetemisták populációjára szabni a vizsgálat folyamán. Az összefoglaló javaslatot tesz a meglévő kérdőívek integrálására.

Kiss István a német egyetemek jó gyakorlatából merít, és mutat fel egy eszköztárat, melyet a felmérésen túlmutatóan a tanácsadók szakmai protokolljába integrálni javasol. Fontos diagnosztikai értékkel bírnak a tanácsadási és terápiás folyamatok során a becslőskálák és strukturált interjúk. Előnyük a gyors, áttekinthető információgyűjtés és -rendszerezés. Hátrányuk a koncepció sajátosságaiból fakadó esetleges adatvesztés. A felsőoktatási diáktanácsadásban alkalmazható becslőskálák és interjústruktúrák alapjául az életpályaszakaszhoz kapcsolódó élethelyezetek típusainak, jellemző problémaszituációinak és a hallgatók életvezetési kompetenciáját jellemző sajátosságainak áttekintése szolgálhat. E tényezők különböző kombinációi stresszt váltanak ki a hallgatókban, és tanácsadói vagy terápiás beavatkozást tesznek szükségessé. Ebben az összefoglalóban a német felsőoktatási rendszer sajátosságainak rövid áttekintését követően egy, a diáktanácsadásban alkalmazott, a pszichés állapot felmérését szolgáló diagnosztikai kérdéssor és a PHQ-D klinikai tünetlista példáján a strukturált interjúk készítéséhez fogalmaz meg javaslatokat.

Török Lilla összefoglalója arra tesz javaslatot, hogy a vizsgálatban elkülöníthető legyen az általános pszichés állapot és a COVID-19-pandémia egyénekre gyakorolt hatása. A mentálhigiénés státusz felmérése kapcsán elkerülhetetlen, hogy számításba vegyünk a közelmúlt és a jelen környezeti hatásait, melyek befolyással lehetnek a hallgatók megélt állapotára. A COVID-19 által okozott pandémia nyilvánvalóan ilyen tényező, ennek megfelelően aktívan kutatott terület, ugyanakkor komoly kihívást jelent elválasztani az általános jólléti állapotot befolyásoló egyéb tényezőktől. Török Lilla javaslata szerint érdemes egy jövőbeni kutatásban minél általánosabb 1 vagy maximum 3 kérdéssel felmérni a vizsgálati személyek körében a Covid-19 okozta pszichológiai hatások erősségét. A friss 2020-as kutatások szerint a fiatal felnőttek fokozottan ki vannak téve a szorongásos tünetek kialakulásának, illetve a szociális izoláció következményeinek. A hatást vizsgáló felmérések a halálfélelemlről, szomatikus tünetekről, illetve a veszély megítéléséről, szocioökonómiai tényezőkről, traumatikus stresszről, kényszeres, vírussal kapcsolatos viselkedésekről és gondolatokról, valamint szorongásos fiziológiai természetű tünetcsoportokról kérdezik a hallgatókat. Ezen tényezőket érdemes kiemelt figyelemmel kezelni és értelmezni, amikor majd egy 2021-ben történő keresztmetszeti kép alapján fogalmazunk meg állításokat az egyetemisták mentálhigiénés állapotáról.

Perényi Andrea összefoglalója a kérdőív ergonómiai szempontjait veszi sorra. A zárófejezet egyfelől azzal foglalkozik, miként lehet biztosítani a felmérés hatékonyságát és optimalizálni komplex hatását. Ennek érdekében érdemes egy távolabbi perspektívából is rátekinteni a tervezett felmérésre, és előre átgondolt módon megtervezni annak várható befolyását a hallgatói és intézményi oldalra egyaránt. Egy kiküldött kérdőív önmagában is hírt ad az egyetemeken megtalálható tanácsadási szolgáltatásokról (életvezetési, mentálhigiénés, karrier, esélyegyenlőségi stb), tehát egyfajta direkt reklámnak tekinthető. Megtudhatjuk a hallgatókkal való kommunikáció adekvát csatornáját és módját. A kérdőívben körvonalazódó témák felkelhetnek konkrét tanácsadási igényt, növelve a tanácsadók

keresettségét. Továbbá a kitöltő személy irányába megfelelő visszajelzéssel szolgáló tesztcsomag önmagában is komoly önismereti fejlesztésként szolgálhat, a jövőre vonatkozóan pozitívan formálva a segítségkérés iránti attitűdöt.

## Hazai előzmények

### Dr. Karner Orsolya

ELTE PPK, Pszichológiai Intézet, Életvezetési Tanácsadó

A Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület évtizedek óta vizsgálja az egyetemisták és a főiskolások mentálhigiénés állapotát, egészségmagatartását, megküzdési stratégiáit, a segítségnyújtás iránti igényeit és attitűdjeit (Lisznyai, Vida, Németh 2011), a fiatal felnőttkor életszakaszának jellemzőit. Néhány jelentősebb kutatás említése következik az előző 15 évből, ami rávilágít arra, hogy milyen gazdag alapokra építhetünk, milyen jó helyzetben vagyunk, hogy sok tapasztalat alapján értékelhetjük az egyes mérések erősségeit és gyengeségeit.

Lisznyai a droghasználat jellemzőit és hátterét vizsgálta fiatal felnőtt korban különös tekintettel a korosztály számára kritikus életfeladatok, a tanulmányi teljesítmény és a pályakrizisek szempontjaira. A depresszió vizsgálatára a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) rövidített változatát és a Neurotikus Kognitív Struktúra Kérdőívet (NCS) használta, emellett más jellemzőket is mért (Lisznyai, 2006). 2010-ben készült egy újabb, hasonló kutatás: a Corvinus Egyetem hallgatóinak mentálhigiénés állapota került felmérésre (N=774 fő). A vizsgálat során egy tesztcsomagot töltöttek ki a hallgatók, amelyben rákérdeztek a szabadidejük eltöltésének módjára, alkohol- és drogfogyasztási szokásaikra, valamint depresszió- és szorongásszintjükre (Lisznyai, Vida, Németh 2011). Vida (2011) kapunyitási pánik, avagy a készülődő felnőttkor szakaszának vizsgálata kapcsán kiemeli, hogy fiatalok szorongási szintjének a vizsgálata korántsem új a pszichológiai és a tanácsadással kapcsolatos vizsgálatokban, emellett a depresszió vagy az identitásválság is gyakran vizsgált területek. A fiatalok szorongás- és depressziószintjének kvantitatív vizsgálati eredményei vegyes képet mutatnak. Néhány tanulmány szerint a depressziószintje nem változik a serdülőkor és felnőttkor között (Birmaher & Ryan, 1996; Fergusson & Woodward, 2002; idézi Vida, 2011), míg más szerzők szerint a huszonevesek 62%-a számolt be a depresszió jeleiről, és 91%-uk mutatta az általános szorongás jeleit (Robbins & Wilner 2004; idézi Vida, 2011).

A fenti kutatásokban közös, hogy ugyan több dimenziót vizsgáltak nagy terjedelmű kérdőívekkel, de sok esetben így sem voltak képesek teljes képet adni a hallgatói mentálhigiénés állapotról, inkább egy-egy jellemzőt helyeztek fókuszba, és annak megragadása, kiemelése és a köztük lévő kapcsolatok felderítése volt a cél. Emellett az alkalmazott mérőeszközök pszichometriai jellemzői és kiértékelése, standardja sem voltak mindig megfelelőek, de nyilván ennek kijelentésekor figyelembe kell vennünk azt, hogy ezek voltak adott pillanatban elérhetőek, és így a jó választást ezek képviselték.

A Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület részéről a szándék tehát régóta megvan arra, hogy átfogóan felmérje a mentálhigiénés státuszt hallgatói körben. A munkacsoportunk részéről megtörtént az értékelés a korábbi kutatások gyengéivel kapcsolatban és a célkijelölés is: arra kerestük a megoldást, hogy egy viszonylag rövid, gyorsan kitölthető, széles spektrumú, sok életterületet érintő, az egészséges-patológiás dimenzió teljes vertikumában mérő, megbízható és érvényes, bemért mérőeszközt alkalmazzunk.

## A közelmúlt lezajlott felmérései

### Hallgatói mentálhigiénés státusz a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen

**András Bálint**

BME HSZI, Hallgatói Tanácsadási Osztály

#### BEVEZETŐ

A Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetemen több éve végzünk felméréseket egyes hallgatói csoportok körében, melyek alapján képet kaphatunk a hallgatók mentálhigiénés állapotának egyes jellemzőiről. A felméréseket legegyszerűbben a pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók körében tudjuk lebonyolítani, azonban fontos látnunk, hogy ez a minta nem reprezentatív a BME egész hallgatói csoportjára nézve. Ezért a következőkben a tanácsadásra jelentkező hallgatókkal készített felmérések eredményei és a Diplomás Pályakövető Rendszer kérdőívének pszichés állapotra vonatkozó tételei alapján szeretnénk egy előzetes bemutatást nyújtani a hallgatók mentálhigiénés státuszáról.

#### Diplomás Pályakövető Rendszer

Egyetemünkön a DPR felmérések lebonyolítását a BME Hallgatói Szolgáltatási Igazgatóság végzi, így lehetőségünk nyílik intézményspecifikus kérdésekkel bővíteni a kérdőívet. Ezáltal a mérőeszköz a tanulmányokkal összefüggő pszichés tényezőkkel kapcsolatos tételeket is tartalmaz.

A diplomás hallgatói kérdőív Oktatási Hivatal által elkészített része olyan témaköröket érint, mint az egyetemen végzett képzés jellemzői, átmenet a felsőoktatásból a munka világába, vagy a jelenlegi munkaerő-piaci helyzet. Az intézményspecifikus kérdések pedig az egyetemi élet aspektusait vizsgálják. Rákérdeznek többek között a BME képzésével és az egyetemi szolgáltatásokkal való elégedettségre, a hallgatói aktivitások hasznosságára és a fontosnak tartott készségek fejlesztésére is. Ez utóbbi témakörök közül a hallgatók pszichés állapotáról az alábbi tételek szolgálhatnak információval:

Mi jelentette az Ön számára a legnagyobb nehézséget az egyetem végzésében?

Mely készségek fejlesztése lett volna fontos az Ön karrierjében?

A kérdőívek a frissen felvételt nyert és az előző tanévben végzett hallgatók számára készülnek. Hallgatói mentálhigiénés státusz szempontjából a végzett hallgatók válaszait tekintjük relevánsnak.

Az elmúlt 4 év DPR felmérései segítségével 2012 és 2018 között követhetjük azokat az eredményeket, melyek információt adhatnak számunkra a végzett hallgatók mentálhigiénés állapotáról. Azt láthatjuk, hogy az egyetem elvégzésével kapcsolatos legnagyobb nehézségként a hallgatók évek óta az **időbeosztást** és a **vizsgák okozta stresszt** jelölik meg. A pontszámok mindkét tényező esetében az átlagos övezetben mozognak, az ötfokú skálán minden évben 3 pont körüli értéket figyelhetünk meg. Ez alapján arra gondolhatunk, hogy a kitöltő hallgatók nagy részének valószínűleg nem okoz megoldhatatlan nehézséget az időgazdálkodás és a vizsgastressz kezelése. Fontos azonban figyelmet fordítanunk arra, hogy a válaszok alapján két olyan probléma áll előkelő helyen, melyek pszichés nehézségekkel hozhatók összefüggésbe. Ezek az eredmények további hangsúlyt kapnak azért is, mert



a vizsgák okozta stresszt tekintve az évek során lassú növekedést láthatunk. Míg 2012-ben az ötfokú skálán 2,95 pontra értékelték a hallgatók a vizsgastressz nehézségét, addig 2018-ra ez a pontszám 3,3-ra emelkedett. A fentieket szintén alátámasztja, hogy a végzett hallgatók nagy arányban jelölik meg az **időgazdálkodást** és a **stresszkezelést** olyan készségként, melyek **fejlesztése fontos lett volna számukra** az egyetemi tanulmányaik és a későbbi munkavállalásuk szempontjából. A 2018-as felmérés szerint az időbeosztást a hallgatók 48%-a, a stresszkezelést 43 %-a tartja fontos fejlesztendő kompetenciának. Ez az arány szintén évről évre növekszik.

A DPR felmérések alapján pozitívumnak tekinthető, hogy a társas kapcsolati problémák minden évben alacsony pontszámot kapnak. Ebből arra következtethetünk, hogy a kitöltő hallgatók számára a családi és párkapcsolati problémák, illetve a csoporttársi közegbe való beilleszkedés többnyire nem jelentenek nehézséget. Pszichés állapot szempontjából a társas kapcsolatokból származó támogatás fontos protektív tényező lehet az egyetemi évek során.

### [A pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók felmérése 2018-ban](#)

A pszichológiai tanácsadás iránt érdeklődő hallgatók felmérése hasznos információt nyújt a tanácsadó számára a hallgató aktuális pszichés állapotáról, mely alapján meghatározható a beavatkozás sürgőssége, illetve a probléma jellege is.

A felmérésünkben a negatív hangulati állapot és a depresszív tünetek jelenlétét a **Beck Depresszió Kérdőív** (BDI; Kopp, Skrabski és Czakó, 1990) 13 tételes magyar változatával vizsgáltuk. A kérdőíven elért pontszámok 0-39-ig terjedhetnek. Az értékelés során az eredetileg meghatározott övezeteket vesszük figyelembe a depresszió súlyosságának megítélése során: 12 pont felett középsúlyos, 16 pont felett súlyos depressziós állapotról beszélhetünk. A kérdőív állításai közül nagy hangsúlyt kap az öngyilkosságra vonatkozó tétel, így az erre adott választ az összesített BDI érték mellett külön kiemeljük.

Abban az esetben, ha a szuicidumra vonatkozó tétel alapján a hallgató gondolt már az öngyilkosság lehetőségére, a **Reménytelenség Skála** (Perczel-Forintos, Sallai és Rózsa, 2007) kitöltésére is megkérjük őt. Kutatások alapján a reménytelenség érzése szorosan korrelál az öngyilkossági szándékkal, ezért a skála segítségével az öngyilkossági kockázat még pontosabban felmérhető. A kérdőíven elért pontszám 0 és 20 között szór, súlyos reménytelenségnek a 9 pont feletti eredményt tekintjük.

A 2018-ban 462 hallgató jelentkezett pszichológiai tanácsadásra. A BDI kérdőíven az átlagpontszámuk 13 pont (szórás: 6,1). A válaszok alapján normál övezetbe mindössze 10% (44 fő) tartozik. Ez az alacsony szám nem meglepő, ha figyelembe vesszük, hogy a problémák okozta distressz könnyen eredményezhet enyhe depresszív tüneteket. Hangsúlyos azonban, hogy a bejelentkezők több mint fele (53%, 244 fő) középsúlyos és súlyos depressziós állapotot mutat. Az ő esetükben különösen fontos odafigyelnünk a szuicid veszélyeztetettségre. Öngyilkossági gondolatokról 159 fő számol be, emellett 11 személy indíttatást is érez szuicid cselekedetre. A veszélyeztetettség azonban nemcsak az erős depressziós tüneteket mutató személyeknél lehetséges: 33 hallgató szintén jelezte az öngyilkossági gondolatait, annak ellenére, hogy ők a normál vagy az enyhe depressziós állapot övezetébe esnek a pontszámaik alapján. Ez az eredmény felhívja a figyelmet arra, hogy a BDI pontszámok és az öngyilkossággal kapcsolatos vélekedések egyidejű figyelembevételre elengedhetetlen szűrési feltétel.

Az öngyilkossági kockázat pontosabb felméréséhez segítséget nyújthat, ha a Reménytelenség Skálán kapott pontszámokat is értelmezzük. Ezt a kérdőívet a bejelentkezők 37%-a (169 fő) kitöltötte, ez a szám egyben azt is mutatja, hogy összesen hányan jeleznek öngyilkossági gondolatokat és

öngyilkossági indíttatást. A skálán elért átlagpontszám 11 pont (szórás: 4,5), 9 pont feletti eredményt a kitöltők 67%-a kapott. Ez jelzi számunkra, hogy az öngyilkosságot fontolgató személyek kétharmadánál fokozott a kockázata a szuicid cselekedetnek, így velük érdemes minél hamarabb felvenni a kapcsolatot, és kezdeményezni az első találkozást.

## Tanácsadói kompetencia vizsgálata a 2018-ban tanácsadáson résztvevő hallgatók körében

A 2018-as évben pszichológiai tanácsadásra jelentkezők közül 317 hallgatóval valósult meg többalkalmas folyamat. A kliens megismerése után a tanácsadók esetbemutatása alapján, klinikai szakpszichológus-jelölt kollégánk segítségével próbáltuk meghatározni, hogy a kliensek közül kik azok, akik a tanácsadói kompetenciakörbe tartozó nehézséggel rendelkeznek, és hányan vannak, akik valószínűsíthetően klinikai szintű pszichés probléma miatt tapasztalnak elakadást az életükben. Az eredmények alapján azt láthatjuk, hogy a hallgatók többsége (61%) megfelelő szintű problémával érkezik az egyetemi tanácsadásba és a kompetenciahatárokon belül történhet a folyamat. 3%-nál ezek a határok kissé elmosódnak, nehezebben tarthatók. A kliensek 36%-ánál (114 fő) azonban nagy valószínűséggel fennáll olyan pszichés zavar, ami a tanácsadási kompetenciakörben nem kezelhető. Ennél a 114 hallgatónál arra is kísérletet tettünk, hogy BNO kritériumok alapján a javaslatot tegyünk a feltételezett diagnózisra. Legnagyobb arányban a személyiségzavarok jelentek meg: általános (7,8%), nárcisztikus (5,6%) és borderline (4,1%) személyiségzavart feltételeztünk összesen 56 személynél. Szintén jelentős arányban jelentek meg a szorongásos zavarok is (8,8%, 28 fő). Előfordultak továbbá hangulatzavarok (3,8%), függőségek, illetve alvás-, evés- és szexuális zavarok is (egyenként 2,2%-ban). A hallgatók további 4,4%-a egyéb, adott keretek között nem meghatározható pszichés zavarral rendelkezhet. Fontos megjegyeznünk, hogy ez a felmérésünk a tanácsadás és a klinikum tengelyén gondolkodott, és nem különítette el a szintén nem tanácsadási kompetenciakörbe tartozó, pszichoterápiát igénylő problémákat, melyekhez nem tartozik jól körülírható klinikai diagnózis.

## A pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók felmérése 2020-ban: módosított kérdőívcsomag

Az idei évben szeretnénk volna egyszerűbbé tenni a hallgatók számára a bejelentkező kérdőív kitöltését. A magyarországi mintán végzett kutatásokban nagyobb hagyománya van a **BDI 9 ítemes rövidített változat** (Kopp és Skrabski, 1995) használatának, így megbízhatóbb és pontosabb magyar sztenderdekkel is rendelkezik. Ezért a korábban alkalmazott BDI-13 helyett a 9 tételes változatot emeltük be a saját gyakorlatunkba is. A közepesen súlyos depresszív állapotot 19 ponttól számoljuk, a súlyos állapotnak pedig a 25-27 pontot tekintjük. A normál övezetet 0 és 9 pont között határozzuk meg.

A kérdőívet ezen kívül kiegészítettük a **BDI-13 öngyilkosságra vonatkozó tételével**, eredeti formájában (a négy megállapítás súlyossági sorrendben következnek). Abban az esetben, ha a tétel alapján a hallgató öngyilkossági gondolatokat jelez, továbbra is sor kerül a **Reménytelenség Skála** kitöltésére.

A módosított kérdőívcsomagot 2020 májusában kezdtük alkalmazni, azóta 197 személy jelentkezett pszichológiai tanácsadásra. A bejelentkezők átlagos BDI pontszáma 12 pont (szórás: 5,6). A BDI-9 alapján súlyos depressziós állapotot mindössze egy személynél (0,05%) láthatunk, közép súlyos tüneteket pedig 27 főnél (14%). A hallgatók többsége (106 fő, 54 %) itt is az enyhe övezetben szerepel, további 63 fő (32%) pedig nem mutat depresszív tüneteket. Láthatjuk, hogy a 2020-ban bejelentkező hallgatók körében jelentősen kisebb arányban jelenik meg a közép súlyos és a súlyos depressziós állapot, mint ahogyan azt a 2018-as adatoknál tapasztaltuk. Ennek oka lehet egyrészt a mérőeszköz megváltoztatása: elképzelhető, hogy a mérőeszköz elterjedtsége miatt a BDI-9-ben a súlyosság alapján történő kategorizáció pontosabb, jobban illeszthető a magyar mintához. Azonban azt a lehetőséget sem zárhatjuk ki, hogy a tanácsadásra jelentkező hallgatók egyéni jellemzőinek köszönhető a normál

és az enyhe övezetbe tartozók nagyobb aránya. Az értelmezésnél figyelembe kell vennünk, hogy a 2020-as év mindenki számára sok kihívást, változó élethelyzeteket hozott, mely sok alkalmazkodást kíván. A járványhelyzet miatt a tanácsadási folyamatok nagy része online körülmények között valósul meg, amit nem minden hallgató érez komfortosnak, biztonságosnak. Lehetséges, hogy emiatt az idei évben többségében azok a hallgatók jelentkeztek, akik jobb pszichés állapotban vannak, ezáltal könnyebben tudnak alkalmazkodni az online interakcióhoz, a biztonságos közeget pedig saját környezetükben, önállóan is meg tudják teremteni.

A Reménytelenség Skálán az összes kitöltőt tekintve az átlagpontszám 7,5 pont (szórás: 5), csupán a hallgatók 16%-a (32 fő) rendelkezik a súlyos reménytelenséget mutató, 9 feletti pontszámmal. Közülük 4-en számolnak be öngyilkossági indíttatásról, 28-an pedig öngyilkossági gondolatokról. Szuicid veszélyeztetettség szempontjából magas kockázatúnak számít 11 fő: az ő esetükben az erős depressziós tünetek mellett megjelenik az öngyilkosság lehetősége, illetve a reménytelenség érzése is. Fontos kiemelni azt is, hogy ugyan 169 személy nem, vagy csak enyhe mértékben tapasztal depresszív tüneteket, közülük 46-an (27%) mégis beszámolnak öngyilkossági gondolatokról. Növeli a kockázatot, hogy köztük 21-en (12%) magas reménytelenség pontszámmal is rendelkeznek. Ezek az eredmények árnyalják a depresszió súlyosságának kategorizációját, ugyanakkor felhívják a figyelmet a "mosolygó depresszió" jelenségére is. Előfordul, hogy a depresszív tüneteket sem a társas környezet, sem a kliens nem érzékeli. Ennek oka lehet, hogy a személy mások, és saját maga előtt is egy "maszkot" vesz fel, elhítelve, hogy minden rendben van vele. Azonban a maszk mögött gyakran a negatív érzelmek széles skálája rejtőzik, mellyel a kliens még nem mer szembenézni. Ezért fontos, hogy szakemberként tudjunk a kérdőíveken kapott eredmények mögé látni, és több információt integrálva értelmezni azokat.

## Összegzés

Ahogy a fentiekből látható, a BME hallgatóinak mentálhigiénés állapotára többféle felmérésből következtethetünk, azonban átfogó kutatás a korábbiakban még nem készült. A legtöbb mérést az eddigiekben a pszichológiai tanácsadásra jelentkező hallgatók körében végeztük. A Diplomás Pályakövető Rendszer néhány tétele közvetve utal a pszichés státuszra, azonban a végzett hallgatók felmérése csak egyfajta utánkövetésre alkalmas, hiszen a kitöltők jelentős része a kitöltés idején nem aktív hallgató, ezért a szolgáltatásainkat már nem veheti igénybe. Valószínűsíthető, hogy azon aktív hallgatók felmérése is értékes információkat adhat számunkra, akik nem fordulnak meg a tanácsadás keretei között. Mivel az eddigi felméréseink többsége problémafókuszú, ezért a későbbiekben érdemes lehet a hallgatók erőforrásait, megküzdési stratégiáit is feltérképezni. Ezek a tényezők alátámasztják az egész hallgatóságra irányuló reprezentatív adatgyűjtés relevanciáját, melynek eredményei hozzájárulhatnak a szolgáltatásaink fejlesztéséhez, és segíthetik a hallgatók célzott elérését, ezzel is támogatva a preventív munkát.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

Kopp, M., Skrabski, Á., Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1, (2), 4-24.

Kopp, M. & Skrabski, Á. (1995). *Magyar Lelkiállapot*. Budapest: Végeken Kiadó.

Perczel-Forintos, D., Sallai, J. & Rózsa, S. (2007). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 6, 632-643.

## Egy pszichés státuszt felmérő kérdőív, az OQ-45.2 eszköz bemutatása

**Dr. Karner Orsolya**

ELTE PPK ,Pszichológiai Intézet, Életvezetési Tanácsadó

### Az OQ bemutatása

Az OQ-45 egy önbeszámoló kérdőív, melyet a terápiás és tanácsadási intervenciók hatékonyságának és a fejlődés, haladás mérésére fejlesztettek ki (Lambert, 1996). Az OQ 45 tervezése során Lambert és munkatársai arra törekedtek, hogy egy olyan eszközt alkossanak, ami a felnőttek mentális zavarainak és tüneteinek széles spektrumát lefedi, beleértve a stresszel kapcsolatos betegségeket is (Lambert és mtsai, 2004). Az OQ alkalmas arra, hogy elkülönítse a klinikai szintű problémákat a szubklinikai tünetektől, de ezzel együtt nem diagnosztikai eszköz, diagnosziskötésre jobban működő gyakorlatok és eszközök léteznek, pl MMPI (Lambert és mtsai, 2004).

A kérdőív kidolgozásakor három célt tűztek ki. Az első kettő a rövideg és költséghatékonyság: a mérőeszközt egy átlagos páciens 5 perc alatt tölti ki, ez a gyorsaság és rövideg a klinikai gyakorlatban nagy előny, hiszen terepen nincs sem idő, sem pénz arra, hogy a kutatásokban megszokott terjedelmű battériákat vegyenek fel. A harmadik a szenzitivitás, ez talán a legfontosabb jellemzője: az OQ képes ismételt felvétellel a páciens fejlődésében akár kis változásokat is detektálni. Az OQ-t gyakran alkalmazzák hatásvizsgálatokban, ahol a terapeuta akár hetente kap visszajelzést általa a páciens haladásáról. A páciens kezelési tervével összevetik a haladási ütemet, és a terapeutának jelez, ha túlságosan eltérnek az eredetileg tervezett útvonalról, és ez a visszajelzés hatékonyabb kezeléseket tesz lehetővé (de Jong, 2007).

A jelenleg használt verzió a 2. (jelölése: OQ-45.2), ami 2013 óta van forgalomban. A mérőeszköz kialakítása két módszerrel történt: racionális válogatás és empirikus adatelemzés (Lambert és mtsai, 1996).

A mérőeszköz 45 itemből áll, 5 fokú Likert-skálán kell választ jelölni, a pontszám 0 - 4 között változik kérdésenként. A kitöltést az előző egy hét élményei alapján kell végezni, minden itemre azonos gyakoriságú válaszok közül lehet választani (soha-ritkán-néha-gyakran-szinte mindig). Az eredeti nyelvű eszköz az 1., a kiértékelőkulcs a 2. számú mellékletben található.

A kérdőív 3 faktorból épül fel: pszichés tünetek <sup>1</sup>, interperszonális kapcsolatok, valamint a társas szerepek betöltése és működtetése.

Az alsó pontszámok alkalmasak arra, hogy beazonosítsák és célként jelöljék ki a különösen problematikus területeket, mint a kezelés fókuszát. A működés három területe: ahogy az egyén érzi

---

<sup>1</sup> Lambert és munkatársai az eredeti 1996-os cikkben és azóta is a „symptomatic distress” vagy „symptom distress” (vagyis „tüneti distressz” vagy „tünetek okozta distressz”) kifejezést használják következetesen. A magyar adaptációt végző kutatócsoport (Karner, Kiss, Török, Jáki) szerint ez az eredeti elnevezés rossz, összezavaró, valójában itt a pszichés tünetekről van szó, elsősorban szorongásos, és depresszív tünetekről, de megjelenik a szerhasználat, az impulzivitás és pszichoszomatikus tünetek is, így mostantól a pszichés tünetek elnevezést használjuk a magyar nyelvű anyagokban.

magát, hogyan jön ki a fontos másokkal, és hogyan teljesít a fontos életfeladatokban, életszerepeket, mint az iskola vagy munka.

- Pszichés tünetek (szubjektív diszkomfort, intrapszichés működés, hangsúllyal a depresszió és szorongáson)
- Interperszonális kapcsolatok (magány, konfliktus másokkal, házassági és családi problémák)
- Társas-társadalmi szerepek működtetése (nehézségek a munkahelyen, iskolában vagy otthoni feladatokban)

## KIÉRTÉKELÉS

Az OQ-45 értékelésénél az összpontszámot és a 3 alskálát értékeljük.

Az OQ-45 pontozásához a kitöltő által bejelölt pontszámot ugyanabban a sorban, jobb oldalt található téglalapba be kell másolni. Minden mondathoz egy ilyen téglalap tartozik, ami automatikusan a megfelelő alskálához teszi az adott itemhez tartozó pontszámot. Az 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43 tételek fordítottak. Amikor az egyes itemek pontszámát beírtuk a megfelelő helyre, a függőleges oszlopban található számokat össze kell adni, és az eredményt lent beírni a megfelelő helyre. Így három oszlop összegei lesznek ott, mindegyik az OQ egy-egy alskáláját jelöli. Amikor a három oszlop összegeit összeadjuk, a kérdőív összpontszámát kapjuk meg, amit legalul, az eggyel lejjebb lévő sorba kell beírni.

Hiányzó adatok esetén, azaz, ha egy kliens egy itemet üresen hagy, a meglévő itemek egész számra kerekített átlagpontszámával kell az adott alskálán belül kalkulálni.

## ÉRTELMEZÉS

Az OQ értelmezésénél 3 fő szempont mentén érdemes gondolkodni:

- a **kritikus itemekre** adott válaszok,
- az **összpontszám**,
- az **alskálákon elért pontszám**.

Fontos emellett megemlíteni a **terápiás változást jelző értékkülönbség mértékét**: ez akkor releváns, ha két külön időpontban végzett mérést végzünk azonos személyen, jellemzően egy intervenció kapcsán a kliens változására, és annak szignifikanciájára vagyunk kíváncsiak.

## KRITIKUS TÉTELEK

Ezek a tételek tulajdonképpen egy jelzőfunkciót töltenek be, egy felkiáltójelet jelentenek a segítő szakember számára: bármely kritikus itemre adott nullától eltérő pontszám egy jelzés arra

vonatkozóan, hogy a klinikai interjún fontos az adott témára kitérni, ezek a fontos jelzések a következő tételknél jelennek meg:

Item 8: öngyilkosság

Item 11, 26, 32: szerhasználat

Item 44: agresszió, indulatkezelés

## ÖSSZPONTSZÁM

Az összpontszámok terjedelme 0-180 pont között mozog, tehát a két szám közé eső eredményt kell kapnunk. Ez a pontszám mind az összes, 45 itemre adott pontszám összeadásával jön létre. Minél magasabb a szám, annál rosszabb állapotban van a kliens.

A magas pontszám azt jelzi, hogy a kliensnek nagy számban vannak pszichés tünetei (főleg szorongás, depresszió, szomatikus problémák, stressz), csakúgy, mint nehézségei a személyközi kapcsolatok és a társas szerepei terén (mint pl. munkahely vagy iskola) és általában az életminőségében.

Amerikai mintán a következő **standardok** érvényesek:

Amennyiben az összpontszám eléri vagy meghaladja a 63-ot, akkor klinikai súlyosságú problémát jelez az érték.

A terápiás változást jelző értékkülönbség mértéke: ha a kliens pontszáma legalább 14 ponttal változik a két különböző időpontban felvett teszt esetén.

## ALSKÁLÁKON ELÉRT PONTSZÁM

### **Pszichés Tünetek (DT) pontszám (Symptom Distress (SD))**

Az alskálán elérhető pontszámok terjedelme 0-100 pont között mozog. Ez a pontszám az alskálán található összes, 25 itemre adott pontszám összeadásával jön létre.

Amerikai mintán a következő **standardok** érvényesek:

Amennyiben az alskálán elért pontszám eléri vagy meghaladja a 36-ot, akkor klinikai súlyosságú problémát jelez az érték.

A terápiás változást jelző értékkülönbség mértéke: ha a kliens pontszáma legalább 10 ponttal változik a két különböző időpontban felvett teszt esetén.

Kutatások alapján a leggyakoribb zavarok a szorongásos zavarok, affektív zavarok, alkalmazkodási zavarok és stresszel kapcsolatos betegség. A DT alskálán olyan itemek vannak, amik tükrözik ezeknek a zavaroknak a tüneteit, az átélt szubjektív diszkomfortot. A magas pontszám azt jelzi, hogy a klienst zavarják a tünetek, míg az alacsony pontszám arra utal, hogy nincs ilyen tünete, vagy tagadja azt. A skálán elért pontszám magasan korrelál a különböző depressziót mérő eszközökön elért pontszámmal (pl. BDI) és szorongással (pl. vonás-állapot szorongás).

### **Interperszonális Kapcsolatok (IK) pontszám (Interpersonal Relations (IR))**

Az alskálán elérhető pontszámok terjedelme 0-44 pont között mozog. Ez a pontszám az alskálán található összes, 11 itemre adott pontszám összeadásával jön létre.

Amerikai mintán a következő **standardok** érvényesek:

Amennyiben az alskálán elért pontszám eléri vagy meghaladja a 15-öt, akkor klinikai súlyosságú problémát jelez az érték.

A terápiás változást jelző értékkülönbség mértéke: ha a kliens pontszáma legalább 8 ponttal változik a két különböző időpontban felvett teszt esetén.

Az alskála itemei magányra, interperszonális konfliktusokra, családi és házassági problémákra vonatkoznak. Magas pontszám esetén valószínűsíthetően nehézségek vannak ezeken a területeken, míg alacsony pontszám esetén a kitöltőnek vélhetően nincsenek interperszonális problémái, és elégedett az intim, közeli kapcsolataival.

### **Társas-társadalmi Szerep (TSZ) pontszám (Social Role (SR))**

Az alskálán elérhető pontszámok terjedelme 0-36 pont között mozog. Ez a pontszám az alskálán található összes, 9 itemre adott pontszám összeadásával jön létre.

Amerikai mintán a következő **standardok** érvényesek:

Amennyiben az alskálán elért pontszám eléri vagy meghaladja a 12-t, akkor klinikai súlyosságú problémát jelez az érték.

A terápiás változást jelző értékkülönbség mértéke: ha a kliens pontszáma legalább 7 ponttal változik a két különböző időpontban felvett teszt esetén.

Az alskála itemei azt mérik, hogy milyen mértékben él át nehézséget a különböző társadalmi szerepekben, mint dolgozó, hallgató stb. Konfliktusok a munkahelyen, túlóra, distressz, eredménytelenség ezekben a szerepekben – ezeket méri ez a dimenzió. A magas pontszám azt jelzi, hogy a társas szerepekkel nehézségei vannak, az alacsony pontszám megfelelő társas szerep kezelést jelez.

Külön figyelmet érdemes fordítani alacsony pontszám esetén arra, hogy a szereppel való elégedettségéből fakad-e, vagy pl. munkanélküliségből. (Pl. azért a nullát jelöli a kliens, mert nem érvényes rá az állítás, nem tudja mire vonatkoztatni, mert nincs munkahelye, nincs dolgozó szerepben.)

### **Pszichometriai jellemzők**

A teszt-reteszt megbízhatósági együttható egyetemi mintán .78 a pszichés tünetek, .80 interperszonális kapcsolatok, és .82 társas szerepek betöltése dimenzión, és .84 az összpontszám tekintetében (Lambert, et al., 1996). Belső konzisztenciája - ugyanebben a sorrendben tekintve át a dimenziókat - .92, .74, .70, and .93 egyetemi mintán és klinikai mintán .91, .74, .71, and .93 (Lambert és mtsai, 1996). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy megbízhatóan mér az OQ-45.2 pszichés tünetek és az összpontszám tekintetében, de az interperszonális kapcsolatok és a társas szerepek betöltése dimenzión csak elégséges a teljesítménye (Boswell és mtsai, 2013).

Az eszköz pszichometriai tulajdonságait több amerikai kutatásban vizsgálták, elsőként Mueller és munkatársai 1998-ban, és ugyan gyengébb kapcsolatot találtak, de igazolták a 3 dimenzió meglétét. 2003-ban Beretvas és Kearney's nagyobb mintán (N = 3 143) nem tudta sem az egyfaktoros, sem a háromfaktoros modellt igazolni (Tabet és munkatársai, 2014). Az eszközt egyre több segítő szakember

alkalmazta világszerte, és ezzel párhuzamosan a faktorstruktúra empirikus igazolására számos vizsgálatot végeztek, melyek eredményeképp alternatív strukturális modelleket javasoltak (Bludworth, Tracey, & Glidden-Tracey, 2010; Kim és mtsai, 2010; de Jong, 2007; Rice, Suh, & Ege, 2014; Thalmayer, 2015, idézi Tabet és munkatársai, 2014).

### Nemzetközi kitekintés

A mentális egészségügyi rendszer csakúgy, mint a mentális egészséggel összefüggő értékek országonként és kontextusonként változnak, így nem várható el, hogy egy mérőeszköz jellemzői a kultúrák között azonosak maradjanak (Amble és munkatársai, 2013). A módosulások nem teszik szükségszerűen használhatatlanná az eszközt, ehelyett inkább felhívják a figyelmünket a mentális egészségügyi szolgáltatások különbségeire és a kulturális kontextusra. Mára az OQ-45-öt több, mint 20 nyelvre lefordították, és pszichometriai elemzést már végeztek Németországban, Hollandiában, Olaszországban, Svédországban és Kínában (Amble és munkatársai, 2013). Ezeknek a tanulmányoknak az eredményeit összegzi az 5. mellékletben található 1. táblázat.

A nemzetközi vizsgálatokból többféle következtetés is levonható. Először is, az amerikai és a lefordított verziók is megbízhatónak (stabilnak és magas belső konzisztenciával jellemezhetőnek) tűnnek. Másodsor, az OQ 45 más mérőeszközökkel viszonylag robusztus korrelációt mutat országhatáron átívelve is, így igazolva az érvényességét. Harmadszor, viszonylag nagy a variabilitás a klinikai és nem-klinikai minta átlagát tekintve: a nem klinikai minta összpontszám átlaga a holland 38,7-től a kínai 61-ig terjed. Viszonyításképpen: vegyük észre, hogy a kettő különbsége nagyobb, mint a terápiás változást jelző értékkülönbség index száma (14 pont) az USA-ban. A klinikai mintában is nagy különbségek vannak: a kínai 78,7-től az amerikai 83,1-ig. Következésképpen a klinikai súlyosság határértéke is különbözik, 55 Hollandiában, és 68 Kínában (Amble és munkatársai, 2013). A terápiás változást jelző értékkülönbség index száma kb. 14 pont az összes országban, kivéve Olaszországot és Kínát, előbbiben 18, utóbbiban 20 pont. Végezetül, a konfirmatív faktoranalízisnek nem sikerült minden esetben igazolni a Lambert által feltételezett három faktort, de összességében az adatok illeszkedését a három faktorra mérsékelten jónak nevezhetjük, emellett azonban más megoldásokat is tanulmányoztak (egy és tíz közti faktorszámot, és kétszintű faktorstruktúrát is találtak, pl. de Jong és munkatársai, 2007, vagy Kim és munkatársai, idézi Amble és munkatársai, 2013).

A kérdőív magyarra történő adaptálását egy kutatócsoport végzi, melynek tagjai Dr. Karner Orsolya és Kiss Márta (az ELTE Pszichológiai Intézet munkatársai), és Dr. Török Gábor és Jáki Zsuzsanna (az SE Mentálhigiéné Intézet munkatársai). A validálás folyamatban van, a kész kérdőívet és az eredményeket a tervek szerint publikálják. A munkaverzió jelenlegi állapotában a 3. és 4. számú mellékletben található.



## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Amble I, Gude T, Stubdal S, Oktedalen T, Skjorten AM, Andersen BJ, Solbakken OA, Brorson HH, Arnevik E, Lambert MJ, Wampold BE. Psychometric properties of the outcome questionnaire-45.2: the Norwegian version in an international context. *Psychother Research* 2014;24(4):504-13. doi: 10.1080/10503307.2013.849016. Epub 2013 Nov 5. PMID: 24188797.
- Beckstead, D. J., Hatch, A. L., Lambert, M. J., Eggett, D. L., Goates, M. K., & Vermeersch, D. A. (2003). Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today*, 4(1), 86-97. <http://dx.doi.org/10.1037/h0100015>  
<https://www.researchgate.net/publication/26458745> Clinical significance of the Outcome Questionnaire OQ-452
- Boswell DL, White JK, Sims WD, Harrist RS, Romans JS. Reliability and validity of the Outcome Questionnaire-45.2. *Psychol Rep.* 2013 Jun;112(3):689-93. doi: 10.2466/02.08.PRO.112.3.689-693. PMID: 24245064.
- Cramer A, Schuetz C, Andreae A, et al. The Brief Symptom Inventory and the Outcome Questionnaire-45 in the Assessment of the Outcome Quality of Mental Health Interventions. *Psychiatry Journal.* 2016 ;2016:7830785. DOI: 10.1155/2016/7830785.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5031914/>
- de Jong, K., Nugter, M. A., Polak, M. G., Wagenborg, J. E. A., Spinhoven, P., & Heiser, W. J. (2007). The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 288–301. <https://doi.org/10.1002/cpp.529>
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C. and Yanchar, S.C. (1996), The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clin. Psychol. Psychother.*, 3: 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S)
- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). *The Outcome Questionnaire-45*. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (p. 191–234). Lawrence Erlbaum Associates Publishers. <https://psycnet.apa.org/record/2004-14941-006>
- Lisznyai Sándor, Vida Katalin, Németh Marietta: Mentálhigiénés kutatás a Budapesti Corvinus Egyetemen, In: Szerk.: Puskás-Vajda Zsuzsa, Szerk.: Lisznyai Sándor Ifjúságkutatás és tanácsadás: A pszichológiai tanácsadás tudományos alapjai. Budapest: Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület, 2011. pp. 81-107. (Feta könyvek; 6.). [http://feta.hu/sites/default/files/feta\\_konyv\\_6\\_belivek.pdf](http://feta.hu/sites/default/files/feta_konyv_6_belivek.pdf)
- Lisznyai, S. (2010). Készülődő felnőtttség. Kutatás a fiatalok mentálhigiénés állapota témakörében. In Lisznyai S., Puskás-Vajda Zs., Életszakaszok határán. Közösségi és egyéni tanulási feladatok. 9–24. Budapest: FETA Könyvek 5. [http://www.feta.hu/sites/default/files/feta\\_5\\_eletszakaszok\\_hataran.pdf](http://www.feta.hu/sites/default/files/feta_5_eletszakaszok_hataran.pdf)
- Tabet, Sandra M.; Lambie, Glenn W.; Jahani, Shiva; Rasoolimanesh, S. Mostafa (2019): The Factor Structure of Outcome Questionnaire–45.2 Scores Using Confirmatory Tetrad Analysis–Partial Least Squares. *SAGE Journals. Collection.* <https://doi.org/10.25384/SAGE.c.4472696.v1>
- Tarescavage AM, Ben-Porath YS. Psychotherapeutic outcomes measures: a critical review for practitioners. *J Clin Psychol.* 2014 Sep;70(9):808-30. doi: 10.1002/jclp.22080. Epub 2014 Mar 20. PMID: 24652811. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24652811/>

Vida K. (2011) A kezdődő felnőttkor és a kapunyitási pánik. In: Puskás-Vajda Zs. (szerk.) Ifjúságkutatás és tanácsadás. A pszichológiai tanácsadás tudományos alapjai. FETA Könyvek 6. 9-28. o. Budapest: FETA. [http://feta.hu/sites/default/files/feta\\_konyv\\_6\\_belivek.pdf](http://feta.hu/sites/default/files/feta_konyv_6_belivek.pdf)

Mellékletek

(1.) melléklet: az eredeti OQ-45.2

## Outcome Questionnaire (OQ<sup>®</sup>-45.2)

**Instructions:** Looking back over the last week, including today, help us understand how you have been feeling. Read each item carefully and mark the box under the category which best describes your current situation. For this questionnaire, work is defined as employment, school, housework, volunteer work, and so forth.

Name: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Yrs  
 Sex  
 M  F   
 ID# \_\_\_\_\_

Session # \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Almost Always	SD	IR	SR
1. I get along well with others.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I tire quickly.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I feel no interest in things.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I feel stressed at work / school	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I blame myself for things.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. I feel irritated.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I feel unhappy in my marriage / significant relationship.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. I have thoughts of ending my life.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. I feel weak.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. I feel fearful.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. After heavy drinking, I need a drink the next morning to get going. (If you do not drink, mark "never")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. I find my work / school satisfying.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. I am a happy person.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. I work / study too much.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. I feel worthless.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. I am concerned about family troubles.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. I have an unfulfilling sex life.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. I feel lonely.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. I have frequent arguments.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. I feel loved and wanted.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. I enjoy my spare time.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. I have difficulty concentrating.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. I feel hopeless about the future.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. I like myself.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Disturbing thoughts come into my mind that I cannot get rid of.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. I feel annoyed by people who criticize my drinking (or drug use) (if not applicable, mark "never")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. I have an upset stomach.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. I am not working /studying as well as I used to.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. My heart pounds too much.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. I have trouble getting along with friends and close acquaintances.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. I am satisfied with my life.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. I have trouble at work / school because of drinking or drug use. (If not applicable, mark "never")	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. I feel that something bad is going to happen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. I have sore muscles.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. I feel afraid of open spaces, of driving, or being on buses, subways, and so forth.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. I feel nervous.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. I feel my love relationships are full and complete.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. I feel that I am not doing well at work / school	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. I have too many disagreements at work / school.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. I feel something is wrong with my mind.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. I have trouble falling asleep or staying asleep.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. I feel blue.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. I am satisfied with my relationships with others.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. I feel angry enough at work / school to do something I might regret.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. I have headaches.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Total=</b>						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Developed by Michael J. Lambert, Ph.D. and Gary Burlingame, Ph.D.  
 © Copyright 1996 American Professional Credentialing Services LLC.  
 All Rights Reserved. License Required For All Uses.

For More Information:

American Professional Credentialing Services LLC  
 E-mail: [APCS@EROLS.COM](mailto:APCS@EROLS.COM)  
 Web: [WWW.OQFAMILY.COM](http://WWW.OQFAMILY.COM)  
 Toll-Free: 1-888-884-SCORE (1-888-647-2673)  
 Fax/Voice: 1-873-366-8685

## Scoring and Interpreting the Outcome Questionnaire-45

### Scoring

The OQ-45 provides a **total score** and **three subscores**.

1. To score the OQ-45, simply write the numeric value (found next to each client response box) selected by the client in the corresponding scoring box found to the right of each item on the right side of the questionnaire. There is one scoring box for each item which will automatically place the score for any item into its specific subscale category. *Please note that the numeric values for items 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43 are in reverse.*
2. When the score for each item has been written in the corresponding box, add up each vertical column of numbers, and write the total for each column in the space provided in the bottom right-hand corner of the sheet. This will leave 3 column totals, each representing one of the three subscales for the OQ.
3. When these three column totals are added together, a total score for the questionnaire will be obtained which should be written in the total box found at the bottom.
4. *Missing data:* If a client leaves an item blank, use the average score for the remaining subscale items rounded to the nearest whole number in place of the missing value.

### Interpreting

There are three elements to consider when interpreting the OQ-45:

- The client's answers to certain *critical items*
- The *total score*
- The *subscale scores*

#### I. Critical items

Any *critical item* with an answer other than zero should be flagged for follow-up in the clinical interview:

- Item 8: Suicide
- Items 11, 32: Substance abuse
- Item 44: Violence

#### II. Total Score

**Range:** 0-180

**Cut-off score:** 63 or more – indicates symptoms of clinical significance

**Reliable change:** indicated when a client's score changes by 14 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

This score is calculated by summing all 45 items. The higher the score, the more disturbed the client.

A high score suggests that the client is admitting to a large number of *symptoms* of distress (mainly anxiety, depression, somatic problems and stress) as well as difficulties in *interpersonal relationships, social role* (such as work or school), and in their general *quality of life*.

#### III. Subscales

##### Symptom Distress (SD) Score

**Range:** 0-100

**Clinical cut-off score:** 36 or more – indicates symptoms of clinical significance

**Reliable change:** indicated when a client's score changes by 10 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

Research suggests that the most common disorders are anxiety disorders, affective disorders, adjustment disorders and stress related illness. The SD subscale is composed of items that have been found to reflect the symptoms of these disorders. A high score indicates the client is bothered by these symptoms, while low scores indicate either absence or a denial of the symptoms. Symptom scores correlate highly with various measures of depression (e.g., the BDI) and anxiety (e.g., the State-Trait Anxiety Inventory).

##### Interpersonal Relations (IR) Score

**Range:** 0-44

**Clinical cut-off score:** 15 or more – indicates symptoms of clinical significance

**Reliable change:** indicated when a client's score changes by 8 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

IR items assess complaints such as loneliness, conflicts with others, family and marriage problems. High scores suggest difficulties in these areas, while low scores suggest both the absence of interpersonal problems *as well as* satisfaction with the quality of intimate relationships.

##### Social Role (SR) Score

**Range:** 0-36

**Clinical cut-off score:** 12 or more – indicates symptoms of clinical significance

**Reliable change:** indicated when a client's score changes by 7 points or more (useful if you give the OQ-45 at two different points in time).

SR items measure the extent to which difficulties in the social roles of worker, homemaker or student are present. Conflicts at work, overwork, distress and inefficiency in these roles are assessed. High scores indicate difficulty in social roles, while low scores indicate adequate social role adjustment.

Note: Additional attention should be given to low scores to determine whether they result from role satisfaction or from the client's unemployment (e.g., the client arbitrarily marking the items 0 for never or not applicable).

(3.) melléklet: Az OQ 45.2 értékelése és pontozása (magyar verzió)

## Az OQ-45 pontozása és értékelése

### Pontozás

Az OQ-45 értékelésénél az összpontszámot és a 3 alskálát értékeljük:

1. Az OQ-45 pontozásához a kitöltő által bejelölt pontszámot ugyanabban a sorban, jobb oldalt található téglalapba be kell másolni. Minden mondathoz egy ilyen téglalap tartozik, ami automatikusan a megfelelő alskálához teszi az adott itemhez tartozó pontszámot. *Az 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43 tételek fordítottak.*
2. Amikor az egyes itemek pontszámát beírtuk a megfelelő helyre, a függőleges oszlopban található számokat össze kell adni, és az eredményt lent beírni a megfelelő helyre. Így három oszlop összegei lesznek ott, mindegyik az OQ egy-egy alskálját jelöli.

3. Amikor a három oszlop összegeit összeadjuk, a kérdőív összpontszámát kapjuk meg, amit legalul, az eggyel lejjebb lévő sorba kell beírni.
4. *Hányzó adatok:* ha egy kliens egy itemet üresen hagy, a meglévő itemek egész számra kerekített átlagpontszámával kell az adott alskálán belül kalkulálni.

### Értelmezés

Az OQ értelmezésénél 3 elemet kell figyelembe venni:

- A kliens válaszai a *kritikus itemek*re
- Az *összpontszám*
- Az *alskálákon elért pontszám*

#### I. Kritikus itemek

Bármely *kritikus itemre* adott nullától eltérő pontszám egy jelzés arra vonatkozóan, hogy a klinikai interjú fontos az adott témára kitérni

- Item 8: öngyilkosság
- Items 11, 32: szerhasználat
- Item 44: agresszió, indulatkezelés

#### II. Összpontszám

**Terjedelem:** 0-180 pont között  
**Klinikai szintű problémák:** 63 vagy felette – klinikai szintű tüneteket jelez  
**megbízható mértékű változás:** ha a kliens pontszáma legalább 14 ponttal változik (2 külön időpontban végzett mérés esetén)

Ez a pontszám az összes, 45 itemre adott pontszám összeadásával jön létre. Minél magasabb a szám, annál rosszabb állapotban van a kliens.

A magas pontszám azt jelzi, hogy a kliensnek nagy számban vannak *distress tünetei* (főleg szorongás, depresszió, szomatikus problémák, stressz), csakúgy, mint nehézségek a *személyközi kapcsolatok* és a *társas szerepei* terén (mint pl. munkahely, vagy iskola), és általában az *életminőségében*.

#### III. Alskálák

##### Distressz Tünetek (DT) pontszám

**Terjedelem:** 0-100 pont között  
**Klinikai szintű problémák:** 36 vagy felette – klinikai szintű tüneteket jelez  
**Megbízható mértékű változás:** a kliens pontszáma min. 10 pontot változik (2 külön időpontban végzett mérés esetén)

Kutatások alapján a leggyakoribb zavarok a szorongásos zavarok, affektív zavarok, alkalmazkodási zavarok és stresszel kapcsolatos betegség. A DT alskálán olyan itemek vannak, amik tükrözik ezeknek a zavaroknak a tüneteit. A magas pontszám azt jelzi, hogy a kliens zavarja a tünetek, míg az alacsony pontszám arra utal, hogy nincs ilyen tünete, vagy tagadja azt. A skálán elért pontszám magasán korrelál a különböző depresszió mérő eszközökön elért pontszámmal (pl. BDI) és szorongással (pl. vonás-állapot szorongás).

##### Interperszonális Kapcsolatok (IK) pontszám

**Terjedelem:** 0-44 pont között  
**Klinikai szintű problémák:** 15 vagy felette – klinikai szintű tüneteket jelez  
**Megbízható mértékű változás:** a kliens pontszáma min. 8 pontot változik (2 külön időpontban végzett mérés esetén)

IK itemei panaszokat tartalmaznak a magánnyal, másokkal való konfliktussal, családi és házassági problémákkal kapcsolatban. Magas pontszám esetén valószínűsíthetően nehézségek vannak ezeken a területeken, míg alacsony pontszám esetén vélhetően nincsenek interperszonális problémái és elégedett az intim, közeli kapcsolataival.

##### Társas Szerep (TSZ) pontszám

**Terjedelem:** 0-36 pont között  
**Klinikai szintű problémák:** 12 vagy felette – klinikai szintű tüneteket jelez  
**Megbízható mértékű változás:** a kliens pontszáma min. 7 pontot változik (2 külön időpontban végzett mérés esetén)

A TSZ itemei azt mérik, hogy milyen mértékben él át nehézséget a különböző társadalmi szerepekben, mint dolgozó, hallgató stb. Konfliktusok a munkahelyen, túlóra, distressz, eredménytelenség ezekben a szerepekben – ezeket méri ez a dimenzió. Magas pontszám azt jelzi, hogy a társas szerepekkel nehézségei vannak, alacsony pontszám megfelelő társas szerep kezelést jelez.

Figyelem: külön figyelmet érdemes fordítani alacsony pontszám esetén arra, hogy a szereppel való elégedettségből fakad-e, vagy pl. munkanélküliségből. (pl. azért a nullát jelöli a kliens, mert nem érvényes rá az állítás, nem tudja mire vonatkoztatni, mert nincs munkahelye, nincs dolgozói szerepben)

#### (4.) melléklet: Az OQ-45.2 magyar változata

A kérdőív adaptálását egy kutatócsoport végzi, melynek tagjai Dr. Karner Orsolya és Kiss Márta (az ELTE Pszichológiai Intézet munkatársai), és Dr. Török Gábor és Jáki Zsuzsanna (az SE Mentálhigiéné Intézet munkatársai), az alábbi kérdőív egy munkaváltozat, nem tekinthető véglegesnek, és belső használatra szánjuk.

Az alábbi kérdőívben arra lennének kíváncsiak, hogy visszatekintve az elmúlt egy hétre, a mai napot is beleértve, hogy érezte magát.

Figyelmesen olvassa el egyenként az állításokat, és jelölje meg azt a négyzetet, amely a legjobban leírja a jelenlegi állapotát! Ebben a kérdőívben munkának számít a munkavégzés, a tanulás, a házimunka, az önkéntes munka, stb. Kérjük, a kérdéseket vonatkoztassa arra a területre, ami az ön számára a legfontosabb!

1. Jól kijövök másokkal.
2. Fáradékony vagyok.
3. Semmi nem köti le az érdeklődésemet.
4. Stresszelek a munkahelyemen / az iskolában.
5. Vádolom magam bizonyos dolgokért.
6. Ingerlékeny vagyok.
7. Boldogtalannak érzem magam a párcapcsolatomban / más fontos kapcsolatomban.
8. Vannak azzal kapcsolatos gondolataim, hogy véget vetek az életemnek.
9. Gyengének érzem magam.
10. Tele vagyok félelemmel.
11. Ha sok alkoholt iszom, akkor másnap reggel szükségem van egy újabb italra, hogy össze tudjam szedni magamat. (Ha nem szokott alkoholt fogyasztani, a „soha” választ jelölje.)
12. Elégedett vagyok a munkámmal, az iskolámmal.
13. Boldog ember vagyok.
14. Túl sokat dolgozom / tanulok.
15. Értéktelennek érzem magam.
16. Családi problémák aggasztanak.
17. A szexuális életem nem kielégítő számomra.
18. Magányosnak érzem magam.
19. Szoktam vitatkozni másokkal.
20. Úgy érzem, szeretnek, és fontos vagyok.
21. Élvezem a szabadidőmet.
22. Nehezemre esik koncentrálni.
23. Reménytelennek érzem a jövőmet.
24. Szeretem magamat.
25. Zavaró gondolatok jutnak az eszembe, amiktől képtelen vagyok megszabadulni.
26. Idegesítenek azok az emberek, akik az ivás / drogozás miatt kritizálnak. (Ha nem vonatkozik önre, a „soha” választ jelölje.)
27. Gyomoridegem van.
28. Nem megy úgy a munka/tanulás, mint régen.
29. Úgy érzem, „majd kiugrik a szívem a helyéről”.
30. Nehezen jövök ki a barátaimmal és a közeli ismerőseimmel.
31. Elégedett vagyok az életemmel.

32. Gondjaim vannak a munkahelyemen / az iskolában az ivás vagy a drogozás miatt. (Ha nem vonatkozik önre, a „soha” választ jelölje.)
33. Úgy érzem, hogy valami rossz fog történni.
34. Izomfájdalmaim vannak.
35. Félek a nyitott terektől / a vezetéstől / a tömegközlekedéstől.
36. Ideges vagyok.
37. Szeretteimmel való kapcsolatomat teljesnek és harmonikusnak érzem.
38. Úgy érzem nem teljesítek jól a munkámban / az iskolában.
39. Túl sok nézeteltérésem van a munkahelyemen / az iskolában.
40. Úgy érzem, valami nincs rendben az elmémmel.
41. Nehezen alszom el vagy nehezen alszom át az éjszakát.
42. Levert vagyok.
43. Elégedett vagyok az emberi kapcsolataimmal.
44. Annyira dühbe jövök a munkahelyemen / az iskolában, hogy a végén még olyat teszek, amit később megbánok.
45. Szokott fájni a fejem.

## A hallgatói kiégésszindróma mérése

### Sebő Tamás

SZTE Egyetemi Életvezetési Tanácsadó Központ

#### Elméleti keretek

A felsőoktatásban részt vevő hallgatók pszichés állapotának vizsgálatával már korábban is sokat foglalkoztak, gyakorta kutatott téma például az orvostanhallgatók lelki állapota (Tjia és mtsai, 2005). A fiatal felnőttkorban kialakuló középsúlyos és súlyos depresszió okainak feltárása és megelőzése régóta nagy hangsúlyt kap a segítő szakemberek körében, különösen a szuicidum veszélyeztetettség miatt. A 2000-es években egyre inkább előtérbe került a hallgatók mentális egészségének védelme a későbbi lelki zavarok kiszűrése érdekében, ami életminőségük megtartásához vagy javításához, valamint munkájuk hatékonyabb elvégzéséhez járulhat hozzá (Hazag és mtsai, 2010).

Egyre gyakrabban fordul elő, hogy a pályakezdő fiatalok már eleve motiválatlanul és alacsony önértékeléssel lépnek ki a képző intézményekből a munkaerőpiacra (Schanafelt és mtsai, 2003). Az ilyen irányú tünetek előjelei lehetnek a későbbi kiégésszindróma kialakulásának, ami, ha reflektálatlanul marad, súlyos pszichés megbetegedéseknek ágyazhat meg. 1974-ben Freudenberger használta először a kiégés szakkifejezést a pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülésre (Freudenberger, 1974, idézi Hazag és mtsai, 2010). Később Maslach és Jackson tovább finomította a kiégés definícióját. Elméletük szerint a kiégés tünetegyüttese három fő dimenzióból áll: az emocionális kimerülésből, a deperszonalizációból és a teljesítménycsökkenésből (Maslach és Jackson, 1981, idézi Hazag és mtsai, 2010). A hallgatói kiégés definícióját Schaufeli és mtsai (2002a,b,) határozták meg, és Maslach koncepciójához hasonlóan három dimenziót különböztettek meg:

1. a tanulmányi követelmények következtében létrejövő **kimerülést**;
2. a **cinizmust** és távolságtartó attitűdöt az egyén tanulmányaihoz való viszonyában;
3. a tanulóként megélt inkompetenciaérzést, **hatékonyság-** és teljesítmény **csökkenést**.

A kiégés felmérésére leggyakrabban használt teszt a Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach és mtsai, 1996), amely a munkaszituációval kapcsolatos, a kiégéssel összefüggő érzéseket, gondolatokat térképezi fel. A teszt három alskálán méri a kiégést: 1. érzelmi kimerülés: mennyire érzi úgy az egyén, hogy kimerültek az érzelmi tartalékai a mások problémáival való foglalkozásban; 2. deperszonalizáció/elszemélytelenedés: távolságtartó, negatív attitűd a személy klienseivel szemben; 3. személyes hatékonyság/teljesítmény csökkenése. A későbbiekben a kérdőív szakmaspecifikus változatait is létrehozták, mivel az egyes foglalkozási ágakban szükségszerű volt másként megfogalmazni a tételket.

Az MBI minden egyes verziójával végzett felmérés során beigazolódott, hogy a felállított három dimenzió minden vizsgált foglalkozási ágban és kulturális közegben hasonló pszichometriai



jellemzőkkel rendelkezik, valamint hogy a kiégés jól elkülöníthető a depressziótól (Schaufeli és mtsai 2002a,b).

## Vizsgálati minta

Keresztmetszeti vizsgálatukban Hazag és munkatársai 496 egyetemi hallgató teszteredményeit mutatta be, akik orvosi és mérnöki pályára készültek.

*Két fővárosi és egy vidéki egyetemen folytattuk le felmérésünket: 73 (15%) orvostanhallgatót Budapesten, a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán, 214 főt (43%) Debrecenben, a Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Karán, míg 209 főt (42%) a Budapesti Műszaki Egyetemen kérdeztünk meg. A mintában 56% férfi és 44% nő vett részt. Évfolyamok szerint: 36% első-, 14% másod-, 20% harmad-, 6% negyed-, 24% pedig ötödéves volt. Célunk ezzel a mintaösszetétellel az volt, hogy az egyetem kezdő és végzős éveiről legyen nagyobb mennyiségben adatunk, mivel azt feltételezzük, hogy az egyetem kezdetén és végén eltérhet a hallgatók lelkiállapota a pályával való identifikáció függvényében. Lakóhelyük alapján a válaszadók közül 21% budapesti, 27% nagyvárosi, 37% kisvárosi, valamint 15% falun lakó volt. A vizsgálatban használt kérdőíveket az őszi szemeszter végén, a vizsgaidőszak előtt vettük fel, hogy a vizsgastressz kiégésre való hatását minimalizáljuk. (Hazag és mtsai, 2010,154.o.)*

## Az MBI-SS teszt pszichometriai jellemzői

A konstruktmérvényesség vizsgálatához a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívet, az Észlelt Stressz Kérdőívet, valamint egy szomatikus tüneteket mérő tesztet használtak, míg a konvergens validitás megállapításához az MBI humán szférára használatos, hallgatókra módosított változatát (MBI-HHS) alkalmazták. A faktorszerkezet ellenőrzésére exploratív faktoranalízist végeztek. Eredményeik szerint az MBI-SS belső megbízhatósága igen jónak bizonyult (Cronbach-alfa=0,82). Az MBI-SS időbeli stabilitását mérő teszt-reteszt vizsgálat eredményei szintén magas korrelációt mutattak ( $r=0,73$ ,  $p<0,0001$ ). Az MBI-SS 15 itemének exploratív faktoranalízise hármassztruktúrát alkotott (kimerülés, cinizmus és hatékonyságcsökkenés). Az MBI-HSS-sel való konvergensvaliditás-vizsgálat erős korrelációt mutatott ( $r=0,71$ ,  $p<0,0001$ ), míg a depressziót, stresszt és szomatikus tüneteket vizsgáló tesztekkel való diszkriminációs validitás közepes korrelációt jelzett ( $r=0,34-0,61$ ;  $p\leq 0,003$ ) (Hazag és mtsai 2010).

## Az MBI-SS teszt alskálái és kiértékelése

1. kimerülés: 1., 2., 10., 11., 12. item
2. cinizmus: 3., 8., 13., 14. item
3. hatékonyságcsökkenés: 4., 5., 6., 7., 9., 15. item (fordított pontozás)

A teszt tételeire egy 7 fokú Likert-skálán lehet válaszolni 0-6 között. Ahol 0 azt jelenti, hogy Egyáltalán nem / Soha, 6 pedig, hogy Minden nap / Mindig. A skálák tételeinek értékeit összeadva kapjuk meg az eredményt. A hatékonyságcsökkenés-skála értékeit fordított módon számítjuk.

A minta alapján megállapítható az alacsony, közepes és magas szintű kiégésnek megfelelő hozzávetőleges pontszám. Magas kategóriának az átlagon felül fél szórásnál távolabbiakat tarthatjuk, alacsonynak pedig az átlagtól legalább fél szórásra lefelé lévőket. Ezeknek a sávoknak az általánosíthatósága természetesen további vizsgálatokat igényel.

<b>Az MBI-SS övezetei a mintában:</b>	Alacsony	Közepes	Magas
Kimerülés	8 > pont	8 - 14 pont	14 < pont
Cinizmus	5 > pont	5 - 10 pont	10 < pont
Hatékonyságcsökkenés	1 > pont	1 - 17 pont	17 < pont
Összpontszám	26 > pont	26 - 39 pont	39 < pont

## Konklúzió

Hazag és munkatársai vizsgálatukban megállapították, hogy az MBI-SS alkalmazhatósága igazolódott magyar mintán is, így a kérdőív alkalmas arra, hogy szűrje a hallgatói kiégettséget, amely későbbiekben pszichiátriai zavarokra, testi betegségekre és pályaelhagyásra egyaránt hajlamosíthat. Az MBI-SS alkalmas tehát a hallgatók pszichés állapotának felmérésére a kiégés tekintetében, illetve szintén alkalmas a megfelelő időben való hatékony szűréshez, hogy beazonosítsuk, kik képezhetik a prevenció, intervenció foglalkozások célcsoportjait. A szerzők is jelzik, hogy további vizsgálatok szükségesek arról, hogyan alakul ki a kiégés egyetemi hallgatók között, hogyan függ össze a tanulásban nyújtott teljesítménnyel, valamint az egyetem elvárásaival, feladataival, és milyen módon javíthatóak a fennálló tényezők a hallgatók egészségi állapotának védelme, a pszichés megbetegedések prevenciója érdekében. Erre jó kiinduló pont lehet egy szegedi kutatócsoport munkája, amely a kiégettséget, a követlemény-erőforrás modell tükrében vizsgálja több korcsoportnál is. (Jagodics 2020)

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Hazag, A., Mészáros, E., Major, J., Ádám, Sz. (2010): A hallgatói kiégés szindróma mérése. a Maslach kiégés-teszt hallgatói változatának (MBI-SS) validálása magyar mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 11, 2, 151—168
- Jagodics, B., Varga, R., Szénási Sz., Nagy, K., Szabó, É. (2020): A leterheltség és a tanulmányi motiváció összefüggése szagimnáziumi tanulóknál. *Isklakultúra*, 30. évf. 3. szám.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual*. (Third edition). Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California
- Schanafelt, T.D., Sloan, A.J., Habermann, T.A. (2003): The well-being of physicians. *American Journal of Medicine*, 114: 513—519.
- Schaufeli, W.B., Martinez, I., Pinto, A., Salanova, M., Bakker, M. (2002a): Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33 (5): 461—481.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., Gonzalez-Romá, V., Bakker, A. B. (2002b): The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3: 71—92
- Tjia, J., Givens, J.L., Shea, J.A. (2005): Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health*, 53 (5): 219—224.

## Mellékletek

### (5.) melléklet: MBI-SS

Mennyire tud jólesően belemélyedni munkájába, illetve mennyiben nyomasztják a feladatai? Kérem, jelezze egy hétfokú skálán, hogy milyen gyakran vagy milyen erősen élte át az alábbi állapotokat az utóbbi három hónapban!

Egyáltalán nem	Néhányszor egy évben vagy kevesebbszer	Havonta egyszer vagy kevesebbszer	Néhányszor egy hónapban	Egyszer egy héten	Néhányszor egy héten	Minden nap
0	1	2	3	4	5	6
Soha	Nagyon ritkán	Néha	Rendszeresen	Elég gyakran	Majdnem mindig	Mindig

1.	Úgy érzem, a tanulás érzelmileg kimerít.	0	1	2	3	4	5	6
2.	Már a reggeli felkeléskor fáradt vagyok, ha egy újabb egyetemi nappal kell szembenéznem.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Cinikusabbá váltam abban a kérdésben, hogy a tanulmányaimnak van-e egyáltalán valami haszna.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Hatékonyan meg tudom oldani a problémákat, amelyekkel tanulmányaim során találkozom.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Hiszem, hogy érdemben hozzá tudok járulni a látogatott órákon folyó munkához.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Szerintem jó diák vagyok.	0	1	2	3	4	5	6
7.	Inspirál, ha elérem a tanulmányaimban kitűzött céljaimat.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Kétkedem tanulmányaim fontosságában és értékében	0	1	2	3	4	5	6
9.	Biztos vagyok benne, hogy az órákon jól teljesítek.	0	1	2	3	4	5	6
10.	A tanulás, az órákra járás szorongással tölt el.	0	1	2	3	4	5	6
11.	Egy egyetemi nap végére elhasználnak érzem magam.	0	1	2	3	4	5	6
12.	Kiéggettnek érzem magam a tanulásban.	0	1	2	3	4	5	6
13.	Kevésbé érdekelnek már a tanulmányaim ahhoz képest, mint mikor beiratkoztam az egyetemre.	0	1	2	3	4	5	6
14.	Már kevésbé lelkesít a tanulás.	0	1	2	3	4	5	6
15.	Sok érdekeset tudtam meg tanulmányaim során.	0	1	2	3	4	5	6

# A társas támogatás vizsgálati lehetőségei a felsőoktatásban tanulók körében

**Perger Mónika**

BME Ergonómia és Pszichológia Tanszék

## BEVEZETÉS

A társas támogatás népszerű és gyakran vizsgált témaköre a pszichés jóllét, az egészségmagatartás és a stresszel való megküzdés kutatásainak, amelyek a társas támogatásnak, mint protektív tényezőnek, coping mechanizmusnak a szerepét igyekeznek feltárni a vizsgált jelenségekkel kapcsolatban (Pikó, 2010; Forgács, 2015). A felsőoktatásban tanuló hallgatók életében a kezdődő felnőtté válás időszakának kihívásaival való megküzdésben a társas kapcsolatok által biztosított támasz szerepe szintén igazolt (Lazányi, 2016, 2012, 2011). Így mindenképpen fontos kutatási kérdésnek kell tekintenünk, hogy a hallgatók kiktől és milyen típusú társas támogatásra számíthatnak az életük ezen fontos szakaszában. A kapott eredményeknek köszönhetően várhatóan konkrétan láthatóvá válnak azok a személyek, közösségek a fiatalok életében, akik hozzá tudnak járulni a hallgatók mentális egészségéhez, és emellett fontos szerepet tölthetnek be a prevencióban is.

## A társas támogatás fogalma

Urbán (2017, 120) szerint a társas támogatás „a társas kapcsolatok egyik kiemelt fontosságú funkciójának” tekinthető. Pikó (2002 in Tandari-Kovács, 2010) is azt hangsúlyozza, hogy a társas támasz azon kapcsolati rendszereket jelenti, amelyek pozitív hatással vannak az egyénre és fontos társadalmi védőfaktoroknak tekinti (Pikó, 2010, Forgács, 2015).

A társas támogatásnak több formáját különböztetik meg, amelyek közül a leggyakrabban vizsgáltak az érzelmi, az instrumentális és az információs támogatás (Schafer, Coyne és Lazarus, 1981 in Urbán, 2017). Az érzelmi támogatást többféleképpen is értelmezik, egyrészt azt értik alatta, ahogy az egyén mások támogatását, törődését érzékeli, hogy van lehetősége az érzelmei megosztására (Moss, 1973 in Lazányi, 2011). Mások szerint pedig akkor beszélhetünk róla, ha a pozitív érzelmek, mint például a szeretet, tisztelet, csodálat, befogadás ki is fejeződnek a személy felé (Cobb, 1976 in Lazányi, 2011). Az instrumentális támogatást a konkrét tárgyakban vagy adott helyzetek megoldásában nyújtott segítségként definiálják, ennek egy speciális formája az anyagiakban nyújtott támogatás (Forgács, 2015). Az információkkal való támogatás jelentheti az ötletekkel, javaslatokkal vagy visszajelzésekkel való segítséget, emellett természetesen érzelmi támogatással is jár, hiszen a személy megéli azt, hogy törődnek vele. Így ezt úgyis szokták nevezni, mint érzelmi-információs támogatás (Lazányi, 2011).

Vaux (1988 in Turner és Marino, 1994) szerint a társas támogatás olyan metakonstrukció, amelynek három specifikus eleme van: a társas támasz forrása (network dimenzió), a támogató viselkedés (magatartási dimenzió) és a támogatás értékelése (szubjektív észlelése). Ezek különböző vizsgálati

fókuszokra mutatnak rá a kérdéssel kapcsolatban, az egyik a mennyiségi fókuszú megközelítés, amely a támogatást nyújtó személyek számára, a segítség forrásaira irányul. Emellett a minőségi vizsgálatok is lényegesek, hogy mennyire elégedett a megkérdezett a támogatás jellegével (Tandari-Kovács, 2010). Wethington és Kessler (1986 In Turner és Marino, 1994) pedig azt hangsúlyozta, hogy az észlelt társas támasz fontosabb, mint a ténylegesen megkapott támogatás, így a vizsgálatok fókuszát az észlelt társas támogatás felé irányították.

### A felsőoktatásban tanuló hallgatók társas kapcsolatai, mint a társas támogatás forrásai

A társas támasz vizsgálatához fontos látnunk, hogy a felsőoktatásban tanuló hallgatók társas kapcsolati rendszere hogyan alakul, kik azok a személyek, közösségek, akik a szociális támasz szempontjából fontosak lehetnek. A nappali képzési formában tanulók többsége életkor tekintetében 19-26 év közötti, míg a levelező képzések hallgatói körét nagyobb részt a 30 év felettek alkotják a 2019-es év adatai alapján (KSH, 2020). Így hangsúlyozni kell, hogy a különböző képzési formákban tanuló hallgatók társas kapcsolati rendszerei eltérőek lehetnek, ebből adódóan pedig a számukra elérhető társas támogatás forrásai is másképpen alakulhatnak.

A nappali képzésben tanuló hallgatók esetében a szülőkről való érzelmi-fizikai leválás miatt a származási családdal való kapcsolat átalakulása jellemző. A fiatalok az önálló élet kialakításán dolgoznak, de a tandíj, az albérlet vagy a megélhetés finanszírozása miatt pénzügyileg függő viszonyban lehetnek a szüleiktől, hiszen az anyagi segítség fontos forrását jelenthetik, amely az instrumentális támogatás egyik megnyilvánulása. A szülők anyagi lehetőségei természetesen nem mindig tudják biztosítani ezt a támaszt, illetve ha a fiatal kapcsolata problematikus a családjával, akkor ő maga is dönthet úgy, hogy nem veszi igénybe ezt a lehetőséget még akkor sem, ha rendelkezésére állna. A szülők többsége a tanulmányokkal kapcsolatos kérdésekben nem tud információs támogatást nyújtani, hiszen nem tájékozottak a felsőoktatás megváltozott világában. Azonban, ha a serdülőkorú viharos időszak lecsengett és át tudott alakulni a fiatal és a szülei közötti kapcsolat egyenrangú kapcsolattá, akkor életvezetési kérdésekben fontos érzelmi-információs támogatást nyújthat az apa vagy az anya személye. A lakóhelytől távol lévő intézményekben tanulók helyzete abban más, hogy számukra konkrét segítséget, úgynevezett instrumentális támaszt a mindennapokban kevésbé tudnak nyújtani a szülők. Azok a hallgatók sem támaszkodhatnak a származási családjukra, akiknek a családi rendszere az apa vagy az anya mentális vagy más problémája miatt megterhelt. A családon belül a testvérek is fontosak lehetnek a társas támogatás forrásaként abban az esetben, ha fiatal felnőttként újra közel tudnak kerülni egymáshoz. De ennek az ellenkezője is megtörténhet természetesen, amikor olyan mértékben eltávolodnak egymástól a felsőfokú tanulmányok ideje alatt, hogy szinte semmilyen formában nem számítanak egymásra. A tágabb családot is fontos megemlíteni, hiszen egy-egy rokon is lehet a hallgatók életében meghatározó támogatást nyújtó személy.

A származási családon kívül már a serdülőkortól egyre jelentősebb szerepet töltenek be a fiatalok életében a barátok és a párkapcsolatok, amelyek szerepe a felsőfokú tanulmányok ideje alatt még tovább fokozódik. A barátok egy részét a korábbi iskolai években kialakult kapcsolatok adják, amelyek érzelmi-információs támaszt nyújtanak akkor is, ha más felsőfokú intézményekben folytatják a tanulmányaikat. Az is elfordul, hogy ugyanazon intézmény más szakán tanuló fizikailag is közel maradnak egymás számára. Ezeknek a baráti kapcsolatoknak fontos szerepe lehet akár a tanulmányok sikeres teljesítésében vagy adott problémák megoldásához is nyújthatnak konkrét segítséget instrumentális támaszként. A lakóhelytől távoli intézményben tanuló hallgatók esetében előfordulhat, hogy a korábbi baráti kapcsolatok - mivel csökken a személyes találkozások lehetősége - átalakulnak, de érzelmi támaszként továbbra is fontos szerepet tölthetnek be egymás életében.

A felsőoktatásba lépve azonban új baráti kapcsolatok is kialakulnak, a szaktársakkal a kezdeti felszínes kapcsolat átalakulhat mély barátsággá, amely a társas támogatás szintén fontos forrásává válhat. Ehhez a hallgatóknak be kell illeszkedniük az adott képzés társas kapcsolati rendszerébe, egy olyan közegbe, ahol alapvetően nincsenek tanulócsoporthoz, ahol a nagy létszámú kurzusokon kevésbé van lehetőség a személyességre, ami viszont fontos feltétele lenne a hallgatótársakkal való szorosabb kapcsolatok kialakításának. Ezt azért is fontos hangsúlyozni, mert a diáktársak érzelmi-információs és instrumentális támaszként meghatározó szerepet töltenek be a tanulmányok sikeres teljesítésében (Perger, Takács, 2016). A társas kapcsolatok másfajta közegét tudják nyújtani a különböző hallgatói csoportok, szervezetek (pl. HÖK, AISEC, ESTIEM, szakkollégiumok) (Lazányi, 2011). A közös projekteken való munka szorosabb kapcsolódásokat tud kialakítani más szakok hallgatóival is, így ezek a közösségek érzelmi-információs és instrumentális támaszként egyaránt funkcionálhatnak a hallgatók életében. Különösen akkor, ha a felsőbb évesek, mint mentorok segítik az alsóbb éveseket az egyetem/főiskola világában való eligazodásban is.

A barátok, hallgatótársak mellett a párkapcsolat jelentősége egyre jobban fontossá válik a fiatalok életében. A felsőfokú tanulmányokat nappali képzésben folytatók között a házasságot kötők száma még nem annyira jelentős, így a partner szó használata sokkal inkább megfelelőbb arra a társra, akivel szerelmi kapcsolatban együtt járnak/ élnek, és aki a társas támogatás különböző formáinak nagyon fontos forrása tud lenni. A levelező képzési formában tanulók esetében természetesen más a helyzet: ott már többen saját családdal rendelkeznek, így a feleség/ férj kiemelt személy az életükben a társas támasz szempontjából.

A képzések oktatói, felelősei, a tanulmányi hivatalok és más segítő szervezetek (pl. Diáktanácsadó, Karrieriroda, Esélyegyenlőségi Központ) munkatársai szintén fontos forrásai lehetnek a társas támogatásnak a hallgatók életében. Az egyes intézmények esetében természetesen eltérő formában és mértékben jelennek meg ezek a személyek társas támaszként. Lazányi (2012) hangsúlyozza tanulmányában, hogy a felsőoktatási intézményeknek fontos szerepe van abban, hogy megteremtik-e a feltételeket, körülményeket ahhoz, hogy diákjaik megkapják a szükséges társas támogatást a tanulmányaik teljesítéséhez, ügyeik intézéséhez vagy mentális jóllétükhöz. Ez megvalósulhat olyan rendezvények szervezésével, mint például az Állásbörze vagy a karriertervezést segítő előadások tartása. Ide sorolhatjuk az oktatók által nyújtott rendszeres konzultációs lehetőségeket, a tanulmányi ügyek intézéséhez szükséges fogadóórák biztosítását, de akár az ügyintézők által adott segítő tájékoztatásokat. Fontosak a diáktanácsadók által biztosított pszichológiai konzultációk, tréningek is. Ezek természetesen csak akkor valósulhatnak meg, ha az adott intézmény szervezeti kultúrájára jellemző a hallgatóközpontú, támogató légkör, amelynek része, hogy biztosítják a lehetőségeket a diákok számára a társas támogatás különböző formáinak igénybevételéhez.

A továbbiakban azokat a mérőeszközöket mutatom be, amelyeket már hazai kutatásokban is alkalmaztak a társas támogatás vizsgálatára, tovább gondolva az egyes eszközök alkalmazási lehetőségeit a felsőoktatásban tanuló hallgatókra vonatkoztatva.

### [A társas támogatás vizsgálati módszerei: \(SDS, MPSS, OSSS\)](#)

Magyar mintán az egyik leggyakrabban alkalmazott validált vizsgálati eszköz a társas támogatás vizsgálatára Caldwell, Pearson és Chin (1987 in Kopp és Kovács, 2006) által kialakított **Társas Támogatás Kérdőív** (Support Dimension Scale, SDS), amelyet hazánkban a magyar népesség életminőségét vizsgáló Hungarostudy 2002 nagy szabású kutatásban is alkalmaztak. A kérdőívben felsorolásra kerülnek azok a személyek, akik a társas támogatás forrásai lehetnek a közvetlen és tágabb családi rendszerben, a lakóhelyen, a munkahelyen emellett megjelennek az egyének életében fontos

szerepet betöltő (egyházi, egyesületi) közösségek és a professzionális segítők is. Arra a kérdésre válaszolnak a kitöltők, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthatnak a felsorolt személyek segítségére, amit 4 fokú skálán ítélnék meg (0-semmit/vagy egyáltalán nem, 1-keveset, 2- átlagosan 3-nagyon) (1. számú melléklet). A kapott eredmények a társas támasz forrását nyújtó személyek, közösségek által nyújtott segítségek kvantitatív összehasonlítását teszi lehetővé. Bár Pap-Zipernovszky és mtsai (2017) szerint mivel magyar vizsgálatokban általában az eredeti kérdőívnek csak az első, a támogató személyek típusát felsoroló részét alkalmazzák, azt is sok esetben átalakítva, ez a módszer inkább a kvalitatív és kvantitatív mérőeszközök határán helyezkedik el. A felsőoktatásban tanuló diákok körében végzendő kutatás esetében az eredeti kérdőívben a társas támasz forrásaiként felsorolt személyek biztosan átalakítást igényelnek. A hallgatók többsége ugyanis, ahogy korábban említettem nem házaspár, így a házastárs, élettárs helyett a partner lehetne talán a megfelelőbb arra a személyre, akivel romantikus kapcsolatban vannak, ebbe besorolva a házastársat, élettársat is, de akár ezeket külön is meg lehet jeleníteni a listában. A hallgatók szüleit talán érdemes lenne külön-külön is megkérdezni és így felmérni az apa és az anya által nyújtott segítség szerepét, hiszen a fiatalok másként kapcsolódhatnak a szüleikhez. A családi rendszeren belül az eredeti listában nem szerepel a testvér, aki nemcsak érzelmi támaszt nyújthat, de akár konkrét segítséget is. Az iskolatársak kategóriát hasznos volna differenciálni, és az évfolyam vagy szaktársak mellett más szakok, évfolyamok hallgatóit is betenni a listába. Ez a kérdőív lehetőséget nyújtana arra is, hogy az egyetemeken lévő diákszervezetek (p. szakkollégium, AISEC) támogató szerepét is megvizsgálhassuk. Másrészt az egyetemi közegben a képzés szervezőinek a szerepe is jelentős segítségforrás lehet, így fontos lenne a listába betenni például a tanulmányi hivatalt vagy a képzés felelősét, valamint az oktatókat. Az intézmény által biztosított professzionális segítő személyeket is lehetne akár konkrétan megjeleníteni. Az egyházi közösségek és más egyéb szervezetek, mint lehetőségei a társas támasznak viszont fontos, hogy továbbra is bent maradjanak a listában.

A következőkben ismertetendő kérdőív már nem a mennyiségi megközelítést követi, mert a társas támaszt nyújtó személyeket szűkebb körben vizsgálja, viszont árnyaltabban képes visszajelzést adni az észlelt társas támasz minőségéről. Ez az **Elégedettség a Társas Támogatással (MPSS)** kérdőív, amelyet Prievera és Pikó (2015) alakított ki Turner és Marino (1994) kérdőíve alapján és alkalmas az egyetemista minta vizsgálatára, hiszen kutatási mintájuk (386 fő) 49%-át ők alkották. A kérdőív három alskálát tartalmaz, amelyek az anyai, az apai és a baráti támogatást vizsgálják 6-6-6 állítással. Az adott kapcsolattal való elégedettséget egy 4-fokú skálán mérik („teljes mértékben egyetértek” (3 pont), „részben egyetértek” (2 pont), „kevésbé értek egyet” (1 pont) és „egyáltalán nem értek egyet” (0 pont). Így az összesített skálapontok 0–18 között változhatnak. A skálák megbízhatósága Prievera és Pikó (2015) vizsgálata alapján a következők: anyai támogatás alskála: 0,92, apai támogatás alskála: 0,94 és baráti támogatás alskála: 0,89. Prievera és Pikó (2015) fiatalok körében a problémás internethasználat kapcsán igazolta, hogy azok, akik magasabb társas támaszról számoltak be, az általuk vizsgált támasz típusok (apai, anyai, baráti) mind három alskálájában, alacsonyabb értékeket mutattak a problémás/kockázatos internethasználat tekintetében.

Azt fontos megemlíteni, hogy az Elégedettség a Társas Támogatással kérdőív alapját adó Turner és Marino (1994) MPS (Measures of Social Support) kérdőív a házastárs/partner (6 állítás), a barátok (8 állítás), a rokonok (8 állítás) és a munkatársak (3 állítás) által nyújtott támogatást vizsgálja egy-egy alskálával (2. számú melléklet). 4 fokú skálán kell megítélni, hogy az adott állítások mennyire egyeznek a személy megélésével (1- egyáltalán nem olyan, mint az én élményem, 4-nagyon olyan, mint az én élményem). Abban az esetben, ha valakinek nincs partnere vagy munkahelye a vizsgálat idején ezekre az állításokra 0 értéket jelöl. Nemi különbségeket találtak, valamint a társas támasz változását az életkorral, viszont a társadalmi osztály mentén nem tudták igazolni a feltételezett különbségeket. A mentális egészséggel való kapcsolatot a depressziós tünetekkel és a major depresszióval vizsgálták, és



igazolták a társas támogatás jótékony hatását. Ezt a mérőeszközt, ahogy látható inkább felnőtt minta vizsgálatára dolgozták ki, így a felsőoktatásban a levelező képzési formában tanulók körében végzendő vizsgálatokhoz lenne talán megfelelőbb módszer.

A következő validált mérőeszköz a **Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív** (MSPSS- Multidimensional Scale of Perceived Social Support) gyakran alkalmazott módszer serdülő és egyetemista korosztály körében a társas támogatás vizsgálatára (Papp-Zipernovszky Kékesi, Jámbori, 2017). A kérdőív eredeti változata 12 tételt tartalmaz és a család, barátok és a jelentős mások által nyújtott társas támaszt 4-4-4 tétellel méri. A magyar validált változatban végül 10 tétel maradt, amelyek közül 4 állítás a család, 3 állítás a barátok és szintén 3 állítás a jelentős másokkal kapcsolatban tárja fel az észlelt társas támaszt (3. számú melléklet). A kérdőív 12 teteles verzióját hazai mintán Pribék és Jámbori (2017) alkalmazta egyetemisták körében a kapunyitási pánikkal kapcsolatban vizsgálva a családi, baráti és jelentős mások támogatásának szerepét. Eredményeik igazolták a nemi különbségeket, vagyis az egyetemista nők nagyobb mértékű társas támasszal rendelkeznek, mint a férfiak. A kapunyitási pánik szempontjából pedig a barátok észlelt támogatásának jelentős protektív szerepét tudták feltárni. Az látható, hogy ezt a kérdőívet jól lehetne alkalmazni a felsőoktatásban tanuló hallgatók körében még a 12 teteles formában is, természetesen újra feltárva a kérdőív alskálait és megvizsgálva azok megbízhatóságát. Külföldi kutatásokban is igen népszerű ez a vizsgálati módszer az egyetemistákkal kapcsolatos kutatásokban. Ez annak is köszönhető, hogy Zimet és mtsai (1988) ingyenesen elérhetővé tették ezt a kérdőívet, így számos országban validálták és alkalmazták már (4. számú melléklet).

Egy másik eszközt is adaptáltak magyar mintán a társas támasz vizsgálatára az elmúlt években. Ez a **MOS SSS-H (Medical Outcomes Study)** kérdőív, amely Sz. Makó és munkatársainak (2016) elemzése alapján három fő faktort tartalmaz az eredeti négyhez képest. Ezek a következők: érzelmi-információs, a pozitív szociális interakción alapuló és az instrumentális támasz (Sherbourne és Stewart, 1991 in. Sz. Makó és mtsai, 2016). Az eredeti kérdőívben volt egy affektív támaszt mérő alskála is, amelynek tételei a pozitív szociális interakción alapuló faktorba beolvadtak. A kérdőív első tétele a bizalmi kapcsolatok számára kérdez rá, majd a további 19 állítás a feltárt három társas támaszt vizsgálja 5 fokú skálán, az alapján, hogy milyen gyakran állnak a személy rendelkezésére (soha-mindig). Az érzelmi-információs támasz faktor 8 teteles, a megbízhatósága 0,94. A pozitív szociális interakción alapuló támasz faktor 7 teteles, a megbízhatósága 0,92. A harmadik instrumentális támaszt mérő faktor 4 tételt tartalmaz, amelynek a Cronbach értéke 0,89 (5. számú melléklet). A kérdőív állításai közül több specifikusan betegségek kapcsán szükséges támogatási fajták elérhetőségére kérdez rá (pl. aki orvoshoz szállítja, amikor Önnek szüksége van rá, aki elkészíti Önnek az ételt, ha nem képes rá). Ennek ellenére maga a módszer alkalmas lehet a társas támogatás különböző fajtáinak feltárására a felsőoktatásban tanuló hallgatók körében is ezen tételek átalakításával. Ezt támasztja alá Lazányi (2016, 2012) is, aki a **MOS Social Support Survey** kérdőív hallgatókra adaptált változatával végzett vizsgálatot egyetemisták körében. A kérdőív segítségével a társas támogatás négy dimenzióját kézzel fogható/instrumentális, információs-érzelmi, gyengéd támogatás/affektív és a pozitív szociális interakción alapuló társas támogatást vizsgálta. Sajnos az általa alkalmazott kérdőívnek csak az állításait bocsátotta rendelkezésre, így mindenképpen szükséges a mérőeszköz további validálása (6. számú melléklet).

Meg kell még említeni a fiatalok körében egyre népszerűbb online platformokon elérhető társas támogatási lehetőségeket is, amelyek vizsgálatára szintén elérhető ingyenesen egy kérdőív, az **Online Social Support Scale (OSSS)** (Nick és mtsai, 2018). Ez a kérdőív magyar mintán még legjobb tudomásom szerint nincs bemérve, így további kutatást igényel. Két részből áll, az első rész a különböző online felületek (pl. Facebook, Instagram, Snapchat) használatára kérdez rá, azt vizsgálva, hogy támaszként (például beszélgetnek, üzenetet váltanak, játszanak valakivel) milyen gyakran használják. A második

rész állításával az tártható fel, hogy a társas támogatás különböző típusait (érzelmi, információs, instrumentális, társas kapcsolódás) ezeket a platformokat használva milyen gyakran élik meg.

## Összegzés

A bemutatott kérdőívek és a társas támogatás szakirodalma alapján azt állapítható meg, hogy a társas támogatás vizsgálata során fontos a támasz forrásait feltárni, amelyhez jó kiindulási eszköz a Caldwell, Pearson és Chin (1987 in Kopp és Kovács, 2006) által kialakított **Társas Támogatás Kérdőív** (Support Dimension Scale, SDS) magyar változata. Az ebben szereplő listát természetesen át kell alakítani figyelembe véve a felsőoktatásban tanuló hallgatók társas kapcsolati rendszerét. Azonban ez a kérdőív nem alkalmas a társas támogatás különböző fajtáinak vizsgálatára, amelyet a MOS SSS kérdőív lehetővé tesz (Sz. Makó és munkatársai, 2016). Az eredeti tételek elérhetők bárki számára az interneten, valamint Lazányi (2012, 2016) már meg is próbálta ezeket adaptálni a diákok élethelyzetére, így ez is azt támogatja, ha a társas támasz különböző formáinak a szerepe is fontos a kutatás szempontjából, akkor ezt érdemes folytatni és validálni a kérdőívet. Ehhez természetesen olyan mérőeszközök alkalmazása is szükséges a teljes teszt battériában (pl. Beck depresszió, szubjektív jóllét kérdőívek), amelyek ezt lehetővé teszik.

Köztes megoldást jelenthet a **Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív** (MSPSS-Multidimensional Scale of Perceived Social Support), amelyet már validált Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbori (2017), így alkalmas a hallgatók körében végzendő vizsgálatokra. Itt azonban véleményem szerint fontos lenne a 12 tételű verziót alkalmazni és újra megvizsgálni a faktorszerkezetet. Ez azért kompromisszum, mert csak a szülők, a barátok és a jelentős mások jelennek meg a társas támasz forrásaiként, de árnyaltan vizsgálja az általuk nyújtott támogatással való elégedettséget. Azonban itt sem kapunk képet arról, hogy ezek a személyek milyen típusú támaszt tudnak nyújtani.

Összegző javaslatként azt ajánlom, hogy ha a legteljesebb képet akarjuk kapni a hallgatók társas támogatási rendszeréről, akkor ki kell alakítani egy listát azokról a személyekről, közösségekről, akik a hallgatók életében a társas támasz lehetséges forrásai lehetnek. Velük kapcsolatban azt kellene megítélni, hogy milyen gyakran számíthatnak rájuk nehéz helyzetekben. Emellett hasonlóan az online felületek társas támogató szerepét vizsgáló kérdőívhez egy második részben azt is fontos volna megkérdezni, hogy milyen típusú (szociális, érzelmi, instrumentális, információs) társas támaszt nyújtanak számukra. Természetesen ez az észlelt társas támasz vizsgálatát jelenti és nem a ténylegesen megkapottét, hiszen a kutatások az előbbinek a protektív szerepét igazolták (Urbán, 2017, Forgács, 2017).

## FELHASZNÁLT IRODALOM

Caldwell R.A., Pearson JL, Chin RJ. (1987). Stress moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Journal of Personal and Social Psychology*, 13(2): 5-17. DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2016.3.145

Cobb, S. 1976. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314. idézi Lazányi (2011)

Forgács A. (2015): Társas támasz a gyászban. In: Kiss E. CS., SZ. Makó H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 382–398.

Hays, R. D., Sherbourne, C. D., Mazel, R. (1995): User's Manual for the Medical Outcomes Study (MOS) Core Measures of Health-Related Quality of Life. RAND Corporation, MR-162-RC.

Kopp M., Kovács M. E. (szerk.) (2006). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó.

KSH. Felsőoktatásban tanuló hallgatók életkora képzési forma szerint (2020). <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/haViewer.jsp> 2020.12.11

Lazányi K. R., Baimakova, K. (2016). Az alapvető érzelmi beállítottság és a társas támogatás kapcsolata két felsőoktatási intézmény adatainak tükrében. *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*. VI. kötet. Óbudai Egyetem Budapest. 243-360. [http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/12\\_Lazanyi\\_Kornelia.pdf](http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/12_Lazanyi_Kornelia.pdf) 2020. 12. 02.

Lazányi, K. (2012). *A társas támogatás szerepe egy individualista társadalomban*. In: A Virtuális Intézet Közép-Európa Kutatására közleményei, (4) 2. 51-58. [http://acta.bibl.u-szeged.hu/30184/1/vikek\\_008\\_051-058.pdf](http://acta.bibl.u-szeged.hu/30184/1/vikek_008_051-058.pdf) 2020.12.12.

Lazányi K. R. (2012). Stressz és társas támogatás a felsőoktatásban. *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*. II. kötet. Óbudai Egyetem Budapest. 341-360. [http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/12\\_Lazanyi\\_Kornelia.pdf](http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/12_Lazanyi_Kornelia.pdf) 2020.12.02.

Lazányi K. R. (2011). A társas támogatás szerepe és jelentősége a felsőoktatásban a diákszervezeti tagság kapcsán. *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*. I. Óbudai Egyetem Budapest. 155-170. [http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/09\\_Lazanyi%20Kornelia.pdf](http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/09_Lazanyi%20Kornelia.pdf) 2020. 12. 02.

Moss, G. E. (1973): *Illness, immunity and social interaction*. Wiley Interscience, New York idézi Lazányi (2011)

Nick, E. A., Cole, D. A., Cho, S.-J., Smith, D. K., Carter, T. G., & Zerkowicz, R. L. (2018). The Online Social Support Scale: Measure development and validation. *Psychological Assessment*, 30(9), 1127–1143. <https://doi.org/10.1037/pas0000558>

Papp-Zipernovszky O., Kékesi M. Z., Jámbori Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 18. 3. 230-262. DOI: 10.1556/0406.18.2017.011

Perger M, Takács I. (2016). Factors Contributing to Students' Academic Success Based on the Students' Opinion at BME Faculty of Economic and Social Sciences. *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences*. 24 (2). 119-135. DOI: 10.3311/PPso.8843

Pikó B. (szerk.) (2010). Védőfaktorok nyomában: Pozitív fordulat a magatartáskutatásokban? In: Pikó B. (szerk.) *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. Budapest: L' Harmattan Kiadó. 11-23.

Pikó B. (2002). *Fiatalok pszichoszociális egészsége és rizikómagatartása a társas támogatás tükrében*. Budapest: Osiris Kiadó, 19-41. idézi Tandari-Kovács M. (2010)

Pribék I. K., Jámbori Sz. (2017). A kapunyitási pánik és az észlelt társas támogatás összefüggéseinek vizsgálata szegedi egyetemisták körében. *Magyar Pedagógia*. 117. évf. 2. szám. 139-152. DOI: 10.17670/MPed.2017.2.139

Prievera D. K., Pikó B. (2015):Az interneten eltöltött idő és a problémás használat háttértényezőinek vizsgálata fiatalok körében. *Iskolakultúra*, 25. évf. 11. szám. 90-102. DOI: 10.17543/ISKKULT.2015.11.90

Schaefer, C., Coyne, J., Lazarus, r. S. (1981). The health related-functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4 (4). 381-406. idézi Urbán (2017.)

Sherbourne, Stewart (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705–714. idézi Sz. Makó, H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N. Veszprémi B. Vajda D. Kiss E. Cs. (2016).

Sz. Makó, H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N. Veszprémi B. Vajda D. Kiss E. Cs. (2016). A MOS SSS – Társas támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*. 16. 3. 145-162. DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2016.3.145

Turner, R. J., Marino, F. (1994): Social support and social structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 35. 3. sz. 193–212. DOI: [10.2307/2137276](https://doi.org/10.2307/2137276)

Urbán Róbert (2017). *Az egészségpszichológia alapjai*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó

Wethington, E., Kessler, R. C. (1986). "Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events." *Journal of Health and Social Behavior*. 27. 78-89. idézi Turner és Marino (1994)

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

## Mellékletek

(6.) melléklet: Társas Támogatás Kérdőív (Caldwell és mtsai, 1987. idézi Kopp M. és Kovács M. E. (szerk.) (2006, 544.)

Nehéz élethelyzetben mennyire számíthat az alábbiak segítségére?

0-semmit, 1- keveset, 2-átlagosan, 3-nagyon

- szülő, szülő, amíg élt
- házastárs, házastárs, amíg élt
- élettárs
- iskolatárs/munkatárs
- szomszéd
- barát
- gyermek
- rokon
- segítő foglalkozású
- egyházi csoport
- egyesület/ polgári csoport

(7.) melléklet: Measures of Perceived Social Support (Turner, R. J. és Marino, F. (1994)

A. Spouse/Partner Support

1. I feel very close to my husband/wife/partner. 2. I have a husband/wife/partner who would always take the time to talk over my problems, should I want to. 3. My husband/wife/partner often lets me know that he/she thinks I'm a worthwhile person. 4. When I am with my husband/wife/partner I feel completely able to relax and be myself. 5. No matter what happens I know that my husband/wife/partner will always be there for me should I need him/her. 6. I know that my husband/wife/partner has confidence in me.

B. Friends Support

1. I feel very close to my friends. 2. I have friends who would always take the time to talk over my problems, should I want to. 3. My friends often let me know that they think I'm a worthwhile person. 4. When I am with my friends I feel completely able to relax and be myself. 5. No matter what happens I know that my friends will always be there for me should I need them. 6. I know that my friends have confidence in me. 7. I feel that my friends really care about me. 8. I often feel really appreciated by my friends.

C. Relatives Support

1. I feel very close to my relatives. 2. I have relatives who would always take the time to talk over my problems, should I want to. 3. My relatives often let me know that they think I'm a worthwhile person. 4. When I am with my relatives I feel completely able to relax and be myself. 5. No matter what happens I know that my relatives will always be there for me should I need them. 6. I know that my

relatives have confidence in me. 7. I feel that my relatives really care about me. 8. I often feel really appreciated by my relatives.

#### D. Co-workers Support

1. I feel close to the people at work. 2. I have people at work who would always take the time to talk over my problems, should I want to. 3. I often feel really appreciated by the people I work with.

#### Response Scale For All Four Measures

1-Very much like my experience: 2- Much like my experience 3- Somewhat like my experience 4- Not at all like my experience

(8.) melléklet: Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (MSPSS- Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (Papp-Zipernovszky Kékesi, Jámbori, 2017.)

Kérjük, az alábbi számok bekarikázásával jelölje be, hogy mennyire igazak Önre az alábbi állítások!

egyáltalán nem, 2-inkább nem, 3-is-is, 4-inkább igen, 5-teljes mértékben

#### Állítások

1. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akire számíthatok, ha szükségem van rá.
2. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akivel meg tudom osztani az örömeimet és a bánatomat.
3. A családomra mindig számíthatok.
4. Megkapom a családomtól azt az érzelmi segítséget és támogatást, amelyre szükségem van.
5. Barátaimra mindig számíthatok.
6. Tudok a problémáimról beszélni a családommal.
7. Vannak barátaim, akikkel megoszthatom az örömeimet és a bánatomat.
8. Van legalább egy olyan fontos személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.
9. A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.
10. Meg tudom beszélni a problémáimat a barátaimmal.

A kérdőív alfaktorai:

Család: 3., 4., 6. és 9. tétel

Barátok: 5., 7. és 10. tétel

Jelentős mások: 1., 2. és 8. tétel

Skálaképzés: a kérdőív kiértékelése az egyes alfaktorokhoz tartozó tételszámok átlagolásával történik.

Az eredetihez képest kihagyott tételek:

5. Van legalább egy olyan ismerősöm, aki vigaszt tud nyújtani számomra.

7. Számíthatok a barátaimra, amikor a dolgok rosszra fordulnak.

(9.)melléklet: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988)

Instructions: We are interested in how you feel about the following statements. Read each statement carefully. Indicate how you feel about each statement.

- Circle the "1" if you Very Strongly Disagree
- Circle the "2" if you Strongly Disagree
- Circle the "3" if you Mildly Disagree
- Circle the "4" if you are Neutral
- Circle the "5" if you Mildly Agree
- Circle the "6" if you Strongly Agree
- Circle the "7" if you Very Strongly Agree

1. There is a special person who is around when I am in need. So
2. There is a special person with whom I can share my joys and sorrows. So
3. My family really tries to help me. Fam
4. I get the emotional help and support I need from my family. Fam
5. I have a special person who is a real source of comfort to me. So
6. My friends really try to help me. Fri
7. I can count on my friends when things go wrong. Fri
8. I can talk about my problems with my family. Fam
9. I have friends with whom I can share my joys and sorrows. Fri
10. There is a special person in my life who cares about my feelings. So
11. My family is willing to help me make decisions. Fam
12. I can talk about my problems with my friends. Fri

The items tended to divide into factor groups relating to the source of the social support, namely family (Fam), friends (Fri) or significant other (SO).

(10.) melléklet: MOS SSS-H Sz. Makó, H., Bernáth L., Szentiványi-Makó N. Veszprémi B. Vajda D. Kiss E. Cs. (2016).

Az alábbiakban néhány kérdést olvashat az Ön számára elérhető támaszokról.

1. Körülbelül hány közeli barátja és rokona van (olyan emberek, akikkel nem feszélyezi magát, és bármiről tud beszélgetni, ami az eszébe jut)?

Az emberek olykor támogatásért fordulnak másokhoz, társaságot, segítséget, vagy egyéb támaszt keresnek.

Kérem, válaszoljon arra, hogy szükség esetén Önnek milyen gyakran állnak rendelkezésére az alábbi támaszfajták:

1-soha, 2-ritkán, 3-időnként, 4-gyakran, 5-mindig

**Akad valaki,**

1. aki segít, ha ágnak esik.
2. akire számíthat, hogy meghallgatja Önt, ha ki akarja önteni a szívét.
3. aki jó tanácsot ad krízis esetén.
4. aki orvoshoz szállítja, amikor Önnek szüksége van rá.
5. aki szereti és ragaszkodik Önhöz.
6. akivel jó együtt lenni.
7. aki információt nyújt Önnek, hogy segítsen megérteni egy adott helyzetet.
8. akivel bizalmasan beszélhet önmagáról és a problémáiról.
9. aki megöleli.
10. akivel szabadidejét eltöltheti, lazíthat.
11. aki elkészíti Önnek az ételt, ha nem képes rá.
12. akinek a tanácsát igazán kéri.
13. akivel együtt tevékenykedhet, hogy segítse elterelni a figyelmét a problémákról.
14. aki segít a napi teendők elvégzésében, ha beteg.
15. akivel megosztja legszemélyesebb félelmeit és aggályait.
16. akihez tanácsért fordulhat egy személyes probléma megoldásában.
17. akivel valami kellemeset lehet csinálni.
18. aki megérti a gondjait.
19. akit Ön szerethet, és aki érezteti, hogy szükség van Önre.



(11.) melléklet: MOS SSS (Lazányi. 2016)

Social Support Instrument.

[https://www.rand.org/health-care/surveys\\_tools/mos/social-support/survey-instrument.html](https://www.rand.org/health-care/surveys_tools/mos/social-support/survey-instrument.html) 2020.12.12.

1. Van, aki meghallgat, ha úgy érzem, beszélnem kell valakivel.- Someone you can count on to listen to you when you need to talk.
2. Van, aki információkkal lát el, hogy jobban értsem a világ dolgait. - Someone to give you information to help you understand a situation.
3. Van, aki nehéz helyzetekben jó tanácsokkal lát el.- Someone to give you good advice about a crisis.
4. Van, akiben megbízhatok, akinek beszélhetek önmagadról, a problémáidról.- Someone to confide in or talk to about yourself or your problems.
5. Van, akinek várom a tanácsait.- Someone whose advice you really want.
6. Van, akivel a legszemélyesebb problémáimat és félelmeimet is megoszthatom.- Someone to share your most private worries and fears with.
7. Van, aki személyes problémáim megoldásában hasznos tanácsokat ad.- Someone to turn to for suggestions about how to deal with a personal problem.
8. Van, aki megérti a problémáimat.- Someone who understands your problems.
9. Van, aki segít, amikor beteg vagyok.- Someone to take you to the doctor if you needed it.
10. Van, aki hazavinné, ha szükségem lenne rá.- Someone to help you if you were confined to bed.
11. Van, aki elkészítené az ételeimet, amikor egyedül nem lennék rá képes.- Someone to prepare your meals if you were unable to do it yourself.
12. Van, aki segítene a házimunkában, amikor beteg vagyok.- Someone to help with daily chores if you were sick.
13. Van, aki kimutatja irántam érzett szeretetét, szerelmét.- Someone who shows you love and affection.
14. Van, aki érezteti velem, hogy fontos vagyok a számára.- Someone to love and make you feel wanted.
15. Van, aki megölel.- Someone who hugs you.
16. Van, akivel kellemesen tudom eltölteni az időt.- Someone to have a good time with.
17. Van, akivel azért járok össze, hogy kikapcsolódjak.- Someone to get together with for relaxation.
18. Van, akivel élvezetes dolgokat lehet művelni.- Someone to do something enjoyable with.
19. Van, aki segít elvonni a figyelmemet a mindennapi problémákról.- Someone to do things with to help you get your mind off things.
20. 1-8. tétel: Social-emotional support
21. 9-12. tétel: Tangible support
22. 13-15. tétel: Affectionate support
23. 16-18. tétel: Positive social interaction
24. 19.tétel: Additional item

# Egy diagnosztikai interjú és klinikai becslőskála alkalmazása a német felsőoktatási tanácsadás gyakorlatában

**Kiss István**

Forschungsinstitut Betriebliche Bildung  
Nürnberg

Psychologische Beratungsstelle

Studierendenwerk  
Mannheim

## BEVEZETÉS

Az általános életvezetési problémákkal és tanulmányokkal való megküzdése a németországi felsőoktatási hallgatók hozzávetően kétharmadát erősen megterheli (HIS, 2013). A szolgáltatások igénybevételi küszöbének vizsgálatakor szembeűnő az indoklás, hogy a hallgatók ezeket a problémákat az élet részeként kezelik és önállóan próbálják legyőzni a nehézségeket. (HIS,2013). Így saját, többé-kevésbé eredményes megküzdési mintáikhoz ragaszkodva, rendszerint egy olyan fázisban jelentkeznek csak segítségért, amikor komoly krízishelyzet alakul ki, amikor úgy érzik, megküzdési kapacitásuk kimerült.

Jellemzően a tanulmányi feladatok kiváltotta nyomás, a követelmények rendszerszintű hibái és/vagy az oktatók pedagógiai módszereivel kapcsolatos problémák miatt kérnek segítséget, (26%, HIS), de a hallgatók jelentős részének a képzés finanszírozásával (41%, HIS 2013) és társas kapcsolataikkal összefüggésben is (33%, HIS 2013) nehézségei adódnak. Ennek megfelelően pontos információkkal rendelkező, képzett tanácsadókat (58%) és hallgatóközpontú szolgáltatást (53%) várnak el. A német hallgatók élethelyzetének sajátosságaiból adódóan a tanulmányok finanszírozása (58%), a tanulmányi és teljesítményproblémák (57%), a tanulmányok és munkavállalás összeegyeztetése (50%) vezetnek a hozott problémák listáját.

Az adatok értelmezéséhez fontos háttérinformáció, hogy Németországban a hallgatói finanszírozás rendszerében a szülők vagyoni helyzete is mérlegre kerül. A családtól külön élő hallgatók havonta átlagosan 300 EUR-val több forrásra jogosultak. Feltétele, hogy a hallgató 18 éves korát követően minimum öt éven keresztül önálló jövedelemmel rendelkezett és saját háztartást vezetett. Beleszámít ebbe az időszakba a szakma tanulással és gyakorlattal töltött időszak is ([www.bafög.de](http://www.bafög.de)). Jellemző karrierminta, hogy a hallgatók szakmai képzést követően kezdenek felsőoktatási tanulmányokat - ezen az útvonalon elsősorban a gyakorlatiasabb, duális felsőoktatási rendszerbe lehetséges a belépés. A német szabályozás érettségi nélkül is utat nyit a felsőoktatásba. A szakmai képesítéshez kapcsolódó felsőoktatási irányokba a felsőfokú tanulmányok végzéséhez szükséges tanulási kompetenciák felmérése (pl. Baden-Württemberg tartomány, Mannheimer Egyetem Delta-Prüfung tájékoztató: <https://deltapruefung.uni-mannheim.de/startseite>). A felsőoktatási tanulmányok finanszírozására nyújtott hitel aktuálisan minimálisan havi 130 EUR havi részlettel, 20 éves távon törleszhető. A nemzetköziesítés jegyében a támogatás a tartózkodásra jogosult külföldi hallgatók számára is igényelhető. A kétlépcsős képzési útvonal az életszakaszok eltolódását eredményezi, a hallgatók egy korábbi, saját jövedelmet biztosító és viszonylag jól áttekinthető kereteket biztosító önálló életvezetési stádiumból lépnek vissza a folyamatos számonkéréssel jellemezhető, szigorúan teljesítményközpontú, elméleti tanulmányokhoz. Gyakran önálló háztartást vezetve, esetleg párkapcsolattal és gyermekkel a háttérben.

A bemutatott háttértényezők figyelembevételével nem meglepő, hogy a felsőoktatási tanulmányokkal kapcsolatos folyamatos terhelés testi, lelki és emocionális kimerüléshez vezet. Burn-out típusú

folyamatot indít el, amelyhez rendszerint társul a kikapcsolódást biztosító aktivitások elmaradása, a pihenésre fordítható idő részarányának csökkenése és az inadekvát megküzdési formák alkalmazása. A problémakör elsősorban a hallgatói kiégés (45%) és a vizsgákhoz valamint jövőhöz kapcsolódó szorongás (45%) formájában jelenik meg. Jellemzően egyéni tanácsadási formát kívánnak igénybe venni a hallgatók (53-58%) e problémák orvoslásához. (HISBUS, 2013)

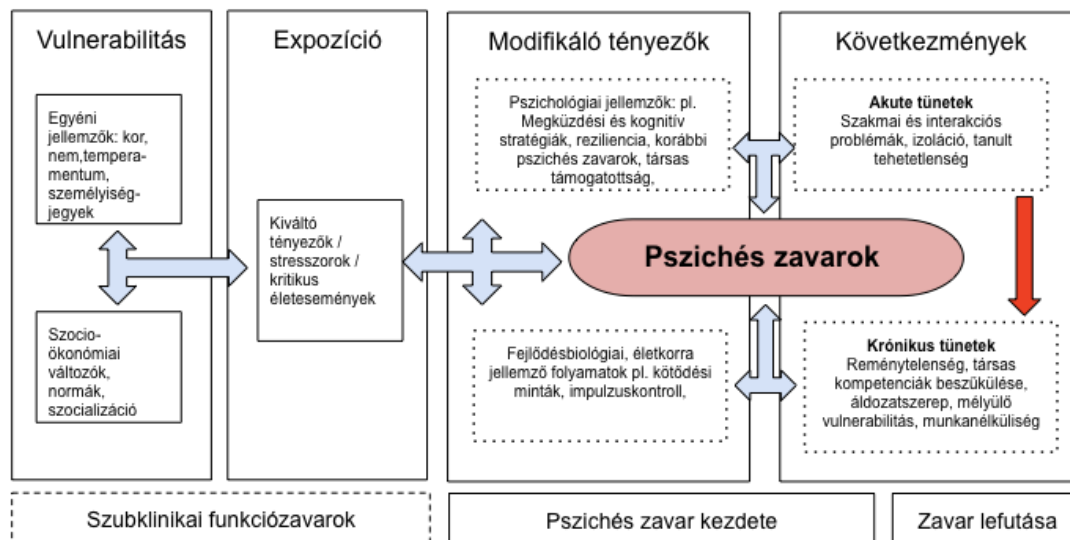
A tanácskérők Németországban is akkor fordulnak az életvezetési tanácsadókhoz segítségért, amikor társas környezetük már nem vagy nem elegendő mértékben képes kompenzálni a terhelésből fakadó nyomást. Különösen nehéz helyzetben vannak a szülői háztól távol élő, társas kapcsolatokkal nem vagy csak kevésbé rendelkező hallgatók és problémát jelenthet az is, ha a kérdésről nem tudnak vagy nem szeretnének a közeli hozzátartozókkal, barátokkal vagy ismerősökkel beszélni (Sickendiek et al, 2002).

A hallgatók a korábban felsoroltakon kívül következő problémák megoldásához kérnének professzionális segítséget: lemorzsolódással kapcsolatos aggodalmak (38%), pszichoszomatikus panaszok (36%), depresszív tünetek (27%), identitás- és önértékelési problémák (22%), kapcsolatteremtési problémák (21%), problémák a társas kapcsolati hálózatban (17%), túlzott internethasználat (14%), alkohol- és droproblémák (14%).

## Vulnerabilitás-stressz modell

A felsőoktatási környezetben jelentkező problémák leírásában és értelmezésében is jól használható elméleti keretet biztosít a Vulnerabilitás-stressz modell (Wittchen, Hoyer 2011), amelynek alkotóelemei a pszichés zavarok kialakulásának tényezőit szervezi rendszerbe.

**Vulnerabilitás-stressz-modell**



Wittchen, Hoyer (2011) 21. old. nyomán

Az ún. vulnerabilitás-stressz modell deskriptív eszközként a gyakorlatban is jól használható áttekintést nyújt a tünetek kialakulását befolyásoló tényezőkről és a funkciózavar, pszichés zavar kialakulásának folyamatáról.

A tanácsadói gyakorlatban feltárandó a modell alapján az egyéni diszpozíciók köre, a korábbi életesemények és pszichés sérülések nyomán kialakuló vulnerabilitás problémája. A problémahelyzetek kialakulásában fontos szerepet kap a társas környezet, az egyéni szocializáció folyamata. E két dimenzió kombinációja a stresszt kiváltó helyzetekben (többnyire a vizsgaidőszakot röviddel megelőző hetekben illetve a vizsgaidőszakok alatt) pszichés zavarok megjelenéséhez vezethet.

A túlterhelés okozta stressz első lépésben a bevezetőben említett funkcionális problémák formájában jelentkezik. A tanulmányi teljesítmény romlása, koncentrációs zavarok és vizsga-, teljesítményszorongás formájában jelenik meg leggyakrabban a probléma. Klinikai szintű pszichés zavarok diagnosztizálására rendszerint a tartósan fennálló, a kliens változtatási törekvéseinek ellenálló problémák esetén kerül sor. Jó eséllyel feltételezhető, hogy a tanulmányok félidejében tapasztalt nehézségek, illetve az egyes szakaszok (pl. a kapunyitási pánik) hátterében az említett folyamatok szerephez jutnak.

Jellemzően hosszú távú terhelés eredményeként fellépő szomatikus problémák azonosítása is lehetséges. A hallgatói problémák felmérésénél kapott eredmények a modell szerkezetére vetítve úgy is értelmezhetőek, hogy a hallgatók legnagyobb része egyéni diszpozíciójától és a stresszt kiváltó helyzettől függően jellemzően a túlterhelés-kiégés tüneteivel szembesül a pszichés problémák kezdeti fázisában majd a helyzet megoldásával kapcsolatos nehézségek a hallgatók kisebb csoportjaira jellemzően a lemorzsolódás veszélyét, önértékelési zavarok és szerfüggőség megjelenését teszik valószínűvé az első interjúk tárgyaként.

## A Vulnerabilitás-Stressz Modell gyakorlati alkalmazása a Mannheimi Studierendenwerk Pszichológiai Tanácsadójában

A Hallgatói Szövetség mannheimi főiskolákat és egyetemeket ellátó Pszichológiai Tanácsadó Központjának tanácsadói koncepciója a Vulnerabilitás-Stressz-modell szerkezetét követő diagnosztikai eszköztárat alkalmaz a hallgatók problémáinak és tanácsadói szükségleteinek felméréséhez.

A tanácsadói folyamat során a hallgató a jelentkezéskor, az adatvédelmi irányelvek ismertetését és elfogadását követően egy rövid, három témakörből álló *elsőinterjú kérdéssort* tölt ki, amelyet magával hoz a tanácsadó beszélgetés első ülésére.

Az elsőinterjú kérdéssor a szociodemográfiai jellemzőkre (életkor, családi állapot) a tanulmányokkal kapcsolatos információkra (anyaintézmény, szak, évfolyam, felsőoktatásban eltöltött időszak) valamint a jelentkezést indokló problémahelyzetek listájára (pl. tanulmányi stressz, szorongás, hangulatzavarok, pénzügyi nehézségek, kommunikációs- és partnerkapcsolati problémák, szuicidkésztetés) kérdez rá. Minden témakörben egy ötfokú Likert-skálán értékelteti az adott kiváltó tényező aktuális hatásának mértékét.

Az elsőinterjú kérdéssor a problémahelyzet fennállásának hozzávetőleges idejére is rákérdez (előre megfogalmazott válaszkategóriákat kínálva: pl. a probléma mindig jelen volt a kliens életében, serdülő- és ifjúkortól jelentkezett, a felsőoktatási tanulmányok kezdetével lépett fel, vagy a tanulmányok során alakult ki, illetve csak az utóbbi néhány hétben jelentkezett).

A kérdéssor az átélt aktuális stresszhelyzet mértékének megjelölését is kéri egy ötfokú skálán, illetve választ keres arra a kérdésre is, hogy milyen fokú kihívást jelentett a tanácsadói szolgálathoz való bejelentkezés.

Egy szövegbox segítségével a tanácskérő saját szavaival megfogalmazhatja a fő problémáját, amelyben támogatást kér. Az első interjú helyzetében a kérdéssor alapján 30-35 perc során kijelölhető a tanácsadói fókusz.

A modifikáló tényezők összegyűjtését az elsőinterjú kérdéssor második része támogatja. Ezt az első ülés végén kapja meg a kliens és otthonában töltheti ki az eszközt.

Segítségével a fő problémának megjelölt témában, a kritikus helyzetekre jellemző gondolatok, érzelmek, viselkedésminták és testi érzetek leírása a tanácskérő feladata. Nyílt kérdések formájában arról is beszámol, milyen körülmények között kevésbé megterhelő a probléma, illetve milyen körülmények nehezítik meg a helyzet elviselését/megoldását. A probléma környezetre gyakorolt hatását is átgondolhatja a tanácskérő egy nyílt kérdésre adott válasz formájában.

A terhelés intenzitásának változásaira, a tünetek fluktuációjára külön kérdés irányítja rá a figyelmet: négy válaszkategória segítségével írhatja le a tanácskérő, hogy a probléma intenzitása az első megjelenéstől számítva növekedett, csökkent, nagyjából azonos szinten maradt illetve szabálytalan hullámmal jellemezhető-e. E kérdések mindegyike a második ún. *diagnosztikai beszélgetésre* történő felkészítést és a problémára való reflektálás képességének fejlesztését szolgálja.

A probléma hatását az életvezetés további területeire egy nyílt kérdés ragadja meg.

A korábbi problémamegoldási módokkal kapcsolatban listát kap kézhez a tanácskérő, amelyeken rendszerezheti a megküzdési stratégiára vonatkozó reflexióit. Többek között az elérhető öngyógyító csoportok, az elfojtás, a munkába/tanulmányokba való temetkezés, a problémamegoldás és emóciókontroll lehetőségeit tartalmazza a lista.

Ezután a rendelkezésre álló társas támogatási rendszer elemeinek részletes lekérdezésére kerül sor. Minden esetben reflexiót kérve az adott szereplő által biztosított segítség formájáról és becsült intenzitásának mértékéről.

A professzionális segítség eddig igénybe vett formáit is felméri a kérdéssor: elsősorban az orvosi, pszichiátriai kezelés illetve pszichoterápiás előzmények listázására kéri a klienst. Ebben a szakaszban szerepelnek a gyógyszeres kezelésre vonatkozó kérdések is. A problémahelyzetre, kiváltó tényezőkre és modifikáló tényezőkre vonatkozó szakaszok összegzésként a kliensnek a tanácsadó szolgáltatótól várt segítség jellemzőit kell összegyűjtenie. Ezek a lépések a diagnosztikai interjú hatékonyságát fokozó tényezőként tekinthetőek.

A kérdéssor kiegészítéseként az **FPI-R személyiségkérdőív** kitöltésére is sor kerül. A kérdéssor felújított változata a következő faktorok mentén írja le a vizsgált személyt:

- Élettel való elégedettség
- Társas orientáció
- Teljesítményorientáció
- Gátoltság
- Izgathatóság
- Agresszió
- Átélt pszichés terhelés (stressz) mértéke
- Testi panaszok
- Egészséggel kapcsolatos aggodalom
- Nyitottság

- Neuroticizmus
- Extraverzió

Az FPI-R kérdőív eredménye pszichometriai mutatói alapján (Chrombach  $\alpha = .73$  és  $\alpha = .83$  között) és a vizsgált populációra vonatkozó sztenderdek birtokában hasznos információkat nyújt a tanácsadási folyamat tervezéséhez, illetve a diagnosztikai kérdéssorral szerzett adatok értelmezéséhez.

A diáktanácsadóban végzett munka során a kliensek az elsőinterjút követően diagnosztikai beszélgetésen vesznek részt, amely a kérdőívvel nyert adatok áttekintésén, kiegészítésén alapul. A diagnosztikai munka lezárását követően kerül sor a tanácsadói/terápiás szerződés kötésére és a közös munka megkezdésére. A tanácskérők három ülésből álló blokkokra kapnak meghívást, amelyek önrész ellenében vehetőek igénybe. Az önrész méltányossági indokkal csökkenthető. A tapasztalatok szerint eredményesen segíti a tanácskérők elköteleződésének növelését a tanácsadói folyamatban való részvételre.

A Covid-kézissel kapcsolatban a tanácsadó szolgálat 2020 márciusában átállt a telefonos szolgáltatásra, amelyet áprilistól kiegészített a <https://www.redmedical.de/> online terápiás szoftver alkalmazása. A kérdéssor kiküldésére e-Mailben, feltöltésére egy titkosított honlap segítségével kerül sor. A kiértékelést a tanácsadók a kinyomtatott válaszlapon alapján végzik. Az adatok kizárólag papír alapon kerülnek megőrzésre, a kliensek kódszámmal vezetett mappáiban.

## PHQ-D Egészségkérdőív (Heidelbergi Egyetemi Klinika)

A Columbia Egyetem Pszichiátriai Intézetének pszichoszomatikai részlege által összeállított vizsgálati eszköz *német változata* 16 kérdéscsoportban gyűjti össze a terápiás segítséget igénylő klinikai tüneteket illetve a megjelenésükben közrejátszó, kiváltó tényezőket. A Heidelbergi Egyetem munkatársai által összeállított rövid screening eszköz a diáktanácsadásban is jellemző pszichés zavarokhoz kapcsolódó tünetekre kérdez rá.

Az Egészségkérdőív struktúrája: a *szociodemográfiai adatokat* követően az elmúlt négy hétben fellépő testi tünetek listájával indul a kérdéssor. Ez követően az elmúlt két hétben tapasztalt *hangulati problémákat* (elsősorban a depresszióra utaló szimptomákat felsorolva) méri fel.

Harmadik kérdéscsoportja a *pánik* tüneteire kérdez rá, amelyet a *szorongás* jellemzőit átfogó negyedik illetve ötödik blokk követ.

A hatodik, hetedik és nyolcadik blokkban az *étkezési zavar* tüneteire vonatkozó kérdések.

A kilencedik és tizedik blokk az *alkoholprobléma* jellemzőit sorolja fel.

A tizenegyedik blokk az *átélt pszichés terhelés mértékének* meghatározására négyfokú Likert-skálát tartalmaz, a tünettann részleteinek leírását a következő, tizenkettedik blokkra hagyva.

Egy esetleges traumatikus élmény jelenlétét illetve annak hatását (*PTSD*) a tizenharmadik blokk eldöntendő kérdése hivatott jelezni.

Az *aktuális probléma jellemzőiről* nyílt kérdésre adott válaszból nyilatkozhat a tanácskérő a tizennegyedik alpontban.

Ezt követően orvosi rendelvényre szedett *hangulatjavító, szorongásoldó illetve antipszichotikus szerek*ről nyilatkozhat a kérdezett.

Nők számára kiegészítő kérdéseket tartalmaz az utolsó, tizenhatodik blokk, a *menses* jellemzőire, *terhességre* illetve az elmúlt félévben *lezajlott szülésre* vonatkozóan.

A Heidelbergi Egészségkérdőív szerkezete párhuzamba állítható a korábbiakban ismertetett Vulnerabilitás-Stressz-moddellel és jól kiegészíti, elmélyíti a mannheimi Diáktanácsadó diagnosztikai eszköztárának tünetlistáját.

## Kitekintés

Hasznos eszköz lenne a felsőoktatási diáktanácsadás számára a prevenció folyamatban olyan online hozzáférést garantáló önbecslő eszköztár kialakítása, amelynek segítségével a hallgatók még a kritikus határ elérése előtt felmérhetik erőforrásaikat, és az információ birtokában célzottan kérhetnek segítséget a felsőoktatási diáktanácsadóktól: kiválaszthatják, milyen típusú szolgáltatásra van szükségük. Ehhez célszerű lenne a szolgáltatásokat biztosító intézményekről, szakemberekről a FETA gondozásában felépített adatbázisból kontaktinformációkat biztosítani.

Online formában közel másfél évtizede rendelkezésre áll néhány, a tanulással és életvezetéssel kapcsolatos önbecslő skála (pl. [www.felvi.hu](http://www.felvi.hu) önismereti tesztek, hallgatói életről kapcsolatos kérdéssorok), amelyek a primer prevenció igényével születtek és alacsonykültségű szolgáltatásként valamennyi felsőoktatási hallgató számára rendelkezésre állnak. Konceptiójukat tekintve önreflexióra épülő folyamatot támogatnak, konkrét ajánlásokat fogalmazva meg a felmért jellemzők egyéni sajátosságainak függvényében. Ezek a kérdéssorok az első interjú folyamatát támogató információk gyűjtésére is alkalmasak. Online kérdéssorokkal a felsőoktatási intézmények saját profiljukhoz igazodó módszert biztosíthatnak a tanulmányok és életvezetés egyes területein túlterhelt hallgatók számára.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

Beratung von Bachelorstudierenden in Studium und Alltag. Ergebnisse einer HISBUS-Befragung zu Schwierigkeiten und Problemlagen von Studierenden und zur Wahrnehmung, Nutzung und Bewertung von Beratungsangeboten: [http://www.his.de/pdf/pub\\_fh/fh-201303.pdf](http://www.his.de/pdf/pub_fh/fh-201303.pdf)

Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. *FPI - R Freiburger Persönlichkeitsinventar 8.*, erweiterte Auflage. Hogrefe

felvi.hu - hallgatói önismereti kérdéssorok: [www.felvi.hu](http://www.felvi.hu)

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Forrás: [https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/pdf\\_Material/PHQ\\_Komplett\\_Fragebogen1.pdf](https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/pdf_Material/PHQ_Komplett_Fragebogen1.pdf)

Hallgatói hitel és finanszírozási rendszer. [www.bafög.de](http://www.bafög.de)

Hallgatói képességvizsgálat módszertana, Mannheim Egyetem. <https://deltapruefung.uni-mannheim.de/startseite>

Wittchen, H.U., Hoyer, J. (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2006, 2011

Sickendiek, U., Engel, F., Nestmann, F. (2002): *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. 2., überarb. u. erw. Aufl. Weinheim: Juventa.



## Melléklet

(12.) melléklet: Minta felsőoktatási diagnosztikai becslőskála fejlesztéséhez

A németországi tapasztalatok alapján olyan önbecslő eszköz fejlesztése ajánlható, amely kettős funkciót tölt be a felsőoktatási tanácsadási/terápiás folyamatban:

Primer prevenció eszközként a hallgatók számára segítséget nyújthat a sajátos hallgatói élethelyzetből fakadó terhelés önálló felmérésére. Segítségével a hallgatók problémák kialakulásának korai fázisában kaphatnak visszajelzést a problémahelyzet kiváltásában közrejátszó tényezőkről, a megküzdési eszköztár fejlesztést igénylő jellemzőiről. Célzottan foglalkozhatnak ezekkel a faktorokkal, akár önállóan is fejleszthetik készségeiket a problémás területeken (pl. tanulási stratégiák átdolgozása).

A szakemberek számára fontos segítséget jelenthet egy strukturált problémafeltáró eszköz. A kliensek a kérdésekre válaszolva már részben önállóan képesek a fókuszba állítandó téma meghatározására és jelentős időt megtakarítva explorálhatóak segítségével a tünettan háttérében meghúzódó további tényezők a beszélgetés keretében.

A diáktanácsadási állapotfelmérő kérdéssor strukturális elemei:

### **Szociodemográfiai kérdések**

- Életkor,
- nem,
- családi/kapcsolati állapot,
- esetleges gyermekek

### **Tanulmányokkal kapcsolatos kérdések**

Felsőoktatási intézmény, aktuális szak, megszerzendő végzettség (statisztikai elemzése az oktatási programok sajátosságaiból adódó stresszorok, terhelés jellemzőinek visszajelzéséhez ad információt)

Az adott szakon eltöltött tanulmányi idő

Felsőoktatási intézményekben szerzett eddigi tapasztalat (összes, felsőoktatási félévek száma)

Tanulmányokhoz meghatározott időkeret túllépése (halogatás)

Tanulmányokhoz kapcsolódó általános elégedettség, éhhatékonyág, tanulással kapcsolatos szorongás illetve vizsgahelyzetekben áltélt stressz mértéke (célszerűen 4 fokú Likert-Skálán)

Életvezetéssel és hallgatói léttel kapcsolatos problémakörökhöz rendelhető klinikai tünetek becslőskálája

(1) Szomatiform zavar:

Milyen mértékben befolyásolták az életvitelét <b>az elmúlt négy hétben</b> a következő tünetek?	<i>egyáltalán nem</i>	<i>kis mértékben</i>	<i>erősen</i>
Hasi panaszok			
Hátfájás			
Fájdalom a karokban, lábakban vagy ízületekben (térd, csípő stb.)			
Menstruációs fájdalmak vagy egyéb panaszok a menses kapcsán			
Fájdalmak vagy problémák a szexuális élet során			
Fejfájás			
Mellkasi fájdalmak			
Szédülés			
Ájulás			
Szívdobogás, felgyorsult pulzus			
Légszomj			
Székrekedés, ideges béltünetek, hasmenés			
Hányinger, puffadás vagy emésztési panaszok			

(2) Depresszióra utaló tünetek:

Milyen mértékben befolyásolták az életvitelét <b>az elmúlt két hétben</b> a következő panaszok?	<i>egyáltalán nem</i>	<i>egyes napokon</i>	<i>a napok több mint felében</i>	<i>szinte minden nap</i>
Érdeklődés, a tevékenységekkel kapcsolatos öröm csökkenése				
Levertség, melankólia vagy reménytelenség				
Elalvással, átalvással kapcsolatos nehézségek, megnövekedett alvási igény				
Fáradtság, energiahiányos állapot				
Az étvágy változása (csökkent vagy növekedett)				

Az önértékelés csökkenése: kudarc vagy másoknak okozott csalódás érzése				
Koncentrációs problémák pl. olvasás vagy videók/podcastok követése során				
Lendületvesztés, ami megfigyelhető mások számára pl. a lassú beszéd vagy mozgás formájában				
Izgatottság, nyugtalanság, megnövekedett mozgásigény				
Gondolatok, amelyek arra irányultak, hogy jobb lenne meghalni vagy önmagának valamilyen sérülést okozni				

(3) Szorongásra vonatkozó kérdések

Az **elmúlt négy hétben** élt át szorongásos rohamot (hirtelen fellépő erős szorongást, pánikot)

*nem - igen*

*ha "nem", akkor tovább az 5. kérdéscsoportra*

	nem	igen
Korábban is jelentkeztek ezek a tünetek?		
<u>Váratlanul</u> lépnek fel a tünetek - olyan helyzetekben, amikor nem érzi magát feszültnek, nyugtalannak?		
Nagyon megterhelik ezek a rohamok és/vagy aggódik hogy újból megjelennek?		

(4) Emlékezzen vissza az utolsó szorongásos rohamra

	nem	igen
Nehezen kapott levegőt?		
Erősen érezte a szívdobogást, felgyorsult vagy rendszertelenné vált a pulzusa?		
Mellkasi szorítást érzett?		

Erősen izzadt?		
Fulladásélménye volt?		
Hőhullámok vagy hidegrázás fogta el?		
Hányinger, gyomorpanaszok vagy hasmenésre utaló jelek léptek fel?		
Szédült, bizonytalanná vált, kábultság vagy ájulásszerű élmény lépett fel?		
Bizsergést vagy zsibbadást érzett egyes testrészekben?		
Fellépett remegés, reszketés?		
Halálfélelem fogta el?		

(5) Milyen mértékben befolyásolták az életvitelét **az elmúlt négy hétben** a következő tünetek?

	<i>egyáltalán nem</i>	<i>kis mértékben</i>	<i>erősen</i>
Idegesség, szorongás, feszült állapot vagy aggodás			

Ha **“egyáltalán nem”**, akkor folytassa a 6. kérdéscsoporttal

	<i>egyáltalán nem</i>	<i>kis mértékben</i>	<i>erősen</i>
Nyugtalanság, ami miatt nem tudott egy helyben maradni			
Enyhe fáradékonyosság			
Izomfeszültség, izomfájdalmak			
Problémák az elalvással, az éjszaka átalvásában			
Koncentrációs problémák pl. az olvasásban, podcastok követésében			
Ingerlékenység, túlérzékenység			

(6) Kérdések az evéssel kapcsolatban

	nem	igen
Gyakran előfordult, hogy nem tudta szabályozni <u>mit</u> és <u>mennyit</u> eszik?		
Gyakran többet eszik - egy <u>kétórás időtartamra</u> vetítve - olyan mennyiségeket, hogy azt mások szokatlannak, túlzónak		

tarthatják		
------------	--	--

Ha az előző két kérdésre a válasza **“nem”**, folytassa a 9. ponttal.

Az étkezéssel kapcsolatos problémák az elmúlt három hónapban átlagosan legalább heti két alkalommal jelentkeztek?		
---	--	--

- (7) Az elmúlt három hónapban alkalmazta-e ezeket a megoldásokat, hogy a testsúlyának növekedését megakadályozza?

	nem	igen
Önhánytatás		
Hashajtószerekből a javasolt mennyiség legalább dupláját alkalmazta		
Bőjtölt (koplalt), legalább 24 órán keresztül nem fogyasztott élelmiszert		
Napi egy óránál hosszabb ideig sportolt, kizárólag a testsúlynövekedést megakadályozandó, amennyiben a 6. pontban említettek előfordultak		

- (8) Amennyiben a testsúlynövekedést ellensúlyozó/kizáró stratégiákat alkalmazta (a 7. pontban egy vagy annál több igen válasz), előfordult, hogy azokra legalább heti két alkalommal sor került?

*nem - igen*

- (9) Fogyaszt Ön alkalmanként alkoholt?

*nem - igen*

Amennyiben **“nem”**, folytassa a 11. kérdéssel!

- (10) Az elmúlt 6 hónapban előfordult-e a következő szituáció:

	nem	igen
Alkoholt ivott, annak ellenére, hogy orvos javasolta, hagyjon fel a fogyasztásával		
Munkavégzés, tanulmányok, gyermekfelügyelet vagy más		

tevékenységei során alkoholt fogyasztott, alkoholos befolyás alatt állt vagy "másnapos" volt		
Elkészt a munkából, oktatásból vagy más kötelezettségeiből távol maradt alkoholos befolyásoltság vagy "másnaposság" miatt		
Kapcsolataiban problémát okozott, hogy alkohol befolyása alatt állt/ivott		
Gépjárművet vezetett alkoholos befolyásoltság alatt		

(11) Amennyiben a kérdéssorban eddig szereplő bármely probléma fennáll, kérjük adja meg, hogy a probléma milyen mértékben zavarja, hogy kötelezettségeit (munkáját, tanulmányokat) el tudja látni, háztartással kapcsolatos feladatait elvégezze vagy társas kapcsolatainak eleget tegyen:

Egyáltalán nem nehezíti meg	Kis mértékben megnehezíti	viszonylag jelentős mértékben nehezíti	nagy mértékben megnehezíti

(12) Milyen mértékben terhelték meg az elmúlt négy hét során?

	<i>egyáltalán nem</i>	<i>kis mértékben</i>	<i>erősen</i>
Egészségével kapcsolatos aggodalmak			
A megjelenésével, testsúlyával kapcsolatos aggodalmak			
Szexuális készlettség hiánya, szexuális élet zavarai			
Kapcsolati problémák (házastárs, partner, élettárs, barát/barátnő)			
Gyermekek, szülők vagy más családtag ellátásával kapcsolatos teendők miatti terhelés			
Tanulmányok/munkavégzés során fellépő stresszhelyzetek			
Pénzügyi problémák vagy aggodalmak			
Elszigeteltség, hogy nem volt kivel megosztania problémáit			
Események, amelyek a közelmúltban (két héten belül) történtek			
Gondolatok, álmok, amelyek korábbi megterhelő élményekhez kapcsolódnak (pl. baleset, erőszak, katasztrófa, nemi erőszak)			

(13) Volt az elmúlt évben erőszakos cselekmény áldozata (ideértve bármely testi sérülést okozó eseményt, nemi erőszakot)

nem - igen

(14) Mi az, ami az utóbbi időben érzelmileg a legnagyobb mértékben megterhelte?

.....

(15) Szed nyugtató hatású, depresszióellenes vagy szorongásoldó gyógyszereket?

nem - igen

(16) Csak nők által kitöltendő kérdések menses, terhesség, szülés témában

Melyik kijelentéssel jellemezhető leginkább a havi vérzése?

A havi vérzésben nincsen változás	
Nincs havi vérzés terhesség vagy közelmúltban zajlott szülés miatt	
A havi vérzés rendszertelenné vált (periódus hossza, rendszeressége, erőssége megváltozott)	
Havivérzés legalább egy éve szünetel	
A havi vérzést homontabletta (fogamzásgátló vagy egyéb ösztrogén tartalmú készítmény) szabályozza	

	nem/nem alkalmazható	igen
A havivérzést megelőző héten kifejezett hangulati problémák tapasztalhatóak - pl. depresszív jegyek, szorongás, ingerlékenység, agresszivitás, hangulatingadozás		

ha az előző kérdésre adott válasza **“igen”**

A havi vérzést megelőzően tapasztalt problémák eltűnnek, legkésőbb a vérzés elálltával		
--	--	--

	nem/nem alkalmazható	igen
Sor került-e az elmúlt hat hónapban szülésre?		

Volt-e az elmúlt fél évben vetélése?		
Vannak-e problémái a teherbeeséssel?		



## Hogyan lehetséges leválasztani a koronavírus hatását egy egyetemisták jóllétét és pszichológiai igényeit felmérő kutatásban?

**Török Lilla**

BCE Hallgatói Támogatás

A Covid-19 világjárvány a saját és családunk egészségét egyaránt befolyásoló körülmény, ami sok szinten van hatással a mindennapi és az általános jóllétünkre, pszichológiai és szociális következményei jelentősek világszerte. Az emberek általános jóllét állapotára nagy skálán tekintve tehát jelentős hatással van, ugyanakkor krízisállapot kialakulását is előidézheti egy sérülékeny személyiség szerkezetű vagy környezeti körülmények között lévő egyén esetében. Míg az első esetben a járvány okozta pszichológiai tényezők kontrollálhatók a kutatások alapján mért tényezőkre, addig a második esetben a Covid-19 okozta helyzet következményeit nem lehet „kivonni” egy általános pszichés állapotból. Ahhoz, hogy egy keresztmetszeti kutatásban általános képet tudjunk kapni az egyetemisták pszichológiai jóllétéről, kontrollálnunk kell az eredményeket azokra a kontextuális hatásokra, amik jelentősen befolyásolhatják az eredményeket, pl. a jelenlegi világjárvány okozta általános pszichológiai distressz. Elsőként tehát kiterünk azokra a mentális jóllétre vonatkozó empirikus eredményekre, amelyekre már rendelkezésünkre állnak. A járványhelyzet kapcsán született publikációkat gyorsított eljárásban jelentetik meg a tudományos lapok, ez az oka annak, hogy Covid-19 témában már gazdag a szakirodalom.

A személyiséghez kapcsolódó tényezők közül Taylor (2019) a negatív emocionalitásra való hajlamot vagy neurocitást, a vonásszorongást, a fenyegetés túlértékelését, a bizonytalanság intoleranciáját, az egészséggel kapcsolatos információk túlzott monitorozására vonatkozó kognitív stílust emelték ki, mint a pandémia negatív következmények nélküli átvészelését gátló tényezőket. A jelenleg is születendőben lévő empirikus eredmények ezeket meg is erősítik. A vírushelyzetről szóló publikációk szerint a gyerekek és a fiatal felnőttek különösen ki vannak téve szorongásos tünetek kialakulásának (Orgilés, Morales, Delvecchio, Mazzeschi, & Espada, 2020). Egyetemi hallgatók valószínűbben tapasztalnak stresszt, szorongást és depressziós tüneteket a vírus kapcsán, mint más korosztály a felnőtt populációban (Li, Wang, Yang, Lei, & Yang, 2020). Cao és munkatársai (2020) szintén egyetemistákat vizsgáltak Kínában. Eredményeik szerint a válaszadók 0,9%-a súlyos szorongást, 2,7%-a közepes szorongást, míg 21,3%-uk enyhe szorongást tapasztal a vírus alatt. A szorongással szemben protektív faktorként lépett fel, ha valaki városi területen lakik, a családjának stabil az anyagi helyzete, és a szüleivel él. Ezzel ellentétben a szorongás megélését tekintve súlyosbító tényezőnek számít az, ha családtagja vagy közeli ismerőse elkapta a vírust. Szintén kimutatható volt, hogy a szorongás megélésével pozitív összefüggést mutatott a vírus gazdasági hatása, a hétköznapi hatása és az egyetemi tevékenységek időbeli elcsúsztatása vagy elmaradása. A társas támogatás ezzel ellentétben negatív összefüggést mutatott a szorongásszinttel. Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, és Collado (2020) eredményei szerint a spanyol populációból vett résztvevők 36%-a közepes vagy súlyos pszichológiai hatásokat érzékelt, 25% enyhe vagy súlyos szorongásról számolt be. 41% mutatott depressziós tüneteket és 41% élt meg erős stresszt. Leginkább a nőket, a fiatalokat és azokat érintette negatívan a pszichológiai tüneteket illetően a vírus, akik elvesztették a munkájukat a pandémia alatt. A szerzők jobb mentális állapotot találtak azoknál, akik elégedettek voltak a vírussal kapcsolatos információátadással, szabadidős tevékenységet végeztek, vagy úgy ítélték meg, hogy az egészségügyi állapotuk jó. Hasonló eredményre jutottak egy másik spanyol kutatásban is (Odriozola-González, Planchuelo-Gómez, Irurtia, & de Luis-García, 2020), ahol közepesen erős vagy súlyos szorongásról

(21,34%), depresszióról (34,19%) és stresszről (28,14%) számoltak be az egyetemista résztvevők. A válaszadók 50,43%-a közepesen erős vagy súlyos következményekről számolt be a járvány kapcsán. A bölcsészet-, humán és jogtudományokat hallgatók magasabb szorongás-, stressz- és depressziószintről számoltak be, mint a mérnök tudományokat hallgatók. Wathélet és munkatársainak (2020) francia egyetemisták körében végzett tanulmánya azt mutatta, hogy a résztvevők 11,4%-a számolt be a fentiekén kívül öngyilkossági gondolatokról is. Egy metaanalitikus tanulmány (Luo, Guo, Yu, Jiang, & Wang, 2020) a korábbiakat kiegészítve azt találta, hogy a negatív affektivitás szempontjából rizikótényező még az is, ha nagyobb esélye van annak, hogy valaki találkozhat a vírussal, a szociális izoláció, és a vírussal kapcsolatos túlzott hírolvasás. Simor és munkatársai (2020) eredményei szerint a halottak napi száma igen fontos hatással volt a vizsgálati személyek aznapi jóllétére, negatív érzelmeket való megélésére, és az aznapi alvásminőségét befolyásolta. Mukhtar (2020) ugyanakkor felhívja a figyelmet arra is, hogy igen nagy a folyamatos produktivitással kapcsolatos nyomás az embereken a karantén idején, ami az egyetemisták esetében különösen lényeges tényező lehet a jóllét szempontjából.

A fentiek világossá teszik, hogy a fiatal egyetemista korosztály körében a pandémia igen jelentős hatással van a pszichológiai jóllétére, ezért egy ilyen témát általánosan vizsgáló kutatásban ezeket a hatásokat fontos kontrollálni. Ugyanakkor a fenti tényezők mindegyikére kontrollálni az eredményeket nem könnyű, ráadásul azok esetében, akiknél súlyos krízis állapotot okozott a vírus keltette helyzet (pl. haláleset, szakítás), nem is lehet. Igen sok kérdőív jött létre a Covid-19 pszichológiai hatásainak vizsgálatára. A *Félelem a Covid-19-től Skála* (Ahorsu és mtsai, 2020), a *Covid Stressz Skála* (Taylor, Landry, Paluszek, Fergus, McKay, & Asmundson, 2020) a *Koronavírus Szorongás Skála* (Lee, 2020), vagy a *COVID-19 Fóbia Skála* (Arpaci, Karataş, & Baloğlu, 2020), de ezek elsősorban az első hullám keltette helyzetre reagálnak (bár nem kizárólag akkor relevánsak). A kérdőívek a halálfélelemről, szomatikus tünetekről, illetve a veszély megítéléséről, szocioökológiai tényezőkről, traumatikus stresszről, kényszeres, vírussal kapcsolatos viselkedésekről és gondolatokról, valamint szorongásos fiziológiai természetű tünetcsoportokról kérdezik a válaszadókat. Ezek a kérdések - habár a vírus akután megjelenő fázisában, vagyis az első hullámban kiemelkedően fontos tényezők voltak - a helyzet elhúzódása valamiféleképpen deszenzitizálta az embereket ezeket a tüneteket illetően, és inkább közvetetten befolyásolja az életünket (pl. a szociális izoláció következményei mentén), illetve krónikussá vált.

A koronavírus idején zajló, általános jóllétet vizsgáló kutatások így nincsenek könnyű helyzetben a módszertan tervezésekor. A szakirodalomban a vírus idején zajló (nem Covid-19 témájú) adatfelvételek még nem kerültek nyomdába a publikációs folyamatok hossza miatt, ezért létező protokollok alapján nem tudunk inspirálódni. Több kutató használta az Életesemények Skálát (IES; Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979, magyarul: Kocsis-Bogár, Miklósi, & Perczel-Forintos, 2012, 1. számú melléklet; pl. Rodríguez-Rey és mtsai, 2020; Paulino és mtsai, 2020) a Covid-19 összhatásának mérésére. A kérdőív eredetileg megrázó életesemények, pszichotraumák hatásának mérésére jött létre. Olyan kérdőív kidolgozásán dolgoztak a kutatók, amely súlyos életesemények szubjektív hatását méri az esemény bekövetkezése utáni egy-egy időpillanatban. Ma gyakran használják a PTSD (poszttraumatikus stressz szindróma) egyik diagnosztikus eszközeként. Az eredeti kérdőív 15 iteme 2 alfaktorból áll: Emléketörés és Elkerülés. Ezt későbbi kutatások kiegészítették egy harmadik alfaktor 6 tételével, ami a Hyperarousal nevet kapta (IES-R). A kérdőív 3 alfaktorra bővített változata nem áll rendelkezésünkre magyar adaptációként, csupán a kétfaktoros. A magyar nyelvű skálában az állítások faktorok szerinti megoszlása a következő: Emléketörés: 1, 4, 5, 6, 10, 11, 14; Elkerülés: 2, 3, 7, 8, 9, 12, 13, 15. Az állításokat 4 fokú skálán kell értékelniük a válaszadónak gyakoriság szerint 0 és 4 pont között, és az alfaktorok pontszámain kívül az összpontszám is értelmezhető. A vírushelyzet okán a kérdőívet többször alkalmazták annak befolyásának megállapítására, sőt megalkottak egy specifikusan a Covid-

19 hatásának mérésre adaptált változatát (Vanaken, Scheveneels, Belmans, & Hermans, 2020). A Covid-19 helyzetre szabott kérdőív ugyanabból a 15 itemből áll, a szerzők a kérdőív instrukcióját változtatták meg az eredetihez képest, valamint az itemek múlt idejű megfogalmazását változtatták meg jelen idejűre, minthogy a járvány még jelenleg is tart. A kérdőív eszerinti angol nyelvű változatát a 2. számú melléklet tartalmazza. A jelen tanulmány írója amellett érvel, hogy a keresztmetszeti kutatásokban a vírushelyzet általános pszichológiai hatásának mérésére az Életesemények Skála Covid-19-re adaptált változatát érdemes használni, és ennek pontszámára kontrollálni az eredményeket. Szintén érdemes megfontolni a Hyperarousal alsókála használatát is, ami képes megragadni a vírus okozta izgalmi szint emelkedését is, ami a fentiek alapján egy lényeges tényező lehet a pandémia kapcsán is. Az angol nyelvű skála Hyperarousalra vonatkozó itemei a 3. számú mellékletben olvashatók. A kérdőív magyar nyelvű használatához a szakirodalmi megfontolásoknak megfelelő fordítási folyamat révén kapott itemeket érdemes használni. A végső kérdőív kiválasztásáról szóló döntés során azt fontos mérlegelni, hogy egy bemért faktorstruktúra vagy a pontosabb lefedése egy jelenségnek kap-e prioritást.

A fentiekén kívül a jelen tanulmány szerzője amellett érvel, hogy érdemes minél általánosabb 1 vagy maximum 3 kérdéssel felmérni a vizsgálati személyek körében a Covid-19 okozta pszichológiai hatások erősségét. A vizsgálati személyek szubjektív ítélete és megélése a járvány okozta hatásokról az, amit valójában szeretnénk megragadni, ezért fontos lenne tudni, hogy a kitöltő az olyan általános kérdésre, mint hogy „Kérjük, jelöld egy 5 fokozatú skálán, hogy milyen mértékben van befolyással a jóllétedre a Covid-19 járvány!” vagy „Kérjük, jelöld egy 5 fokozatú skálán, hogy a pszichológiai egészségedet milyen mértékben befolyásolja a Covid-19 járvány!” milyen választ ad. A válaszlehetőségek az „egyáltalán nem” és a „teljes mértékben” között húzódnának meg. Az ilyesfajta kérdéseknek az a célja, hogy a többi önkítöltős skálán kapott eredmény egy közös modellben kontrollálható lehessen erre a hatásra.

## FELHASZNÁLT IRODALOM

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Imani, V., Saffari, M., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-9.
- Arpaci, I., Karataş, K., & Baloğlu, M. (2020). The development and initial tests for the psychometric properties of the COVID-19 Phobia Scale (C19P-S). *Personality and Individual Differences*, 164.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G., Han, M., Xu, X., Dong, J., & Zheng, J. (2020). The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry research*, 287, 112934.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Kocsis-Bogár, K., Miklósi, M., & Perczel Forintos, D. (2012). Az Események Hatása Kérdőív magyar változatának pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 27, 245-254.
- Lee, S. A. (2020). Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Studies*, 44(7), 393-401.
- Li, S., Wang, Y., Yang, Y., Lei, X., & Yang, Y. (2020). Analysis of influencing factors of anxiety and emotional disorders in children and adolescents during home isolation during the epidemic of novel coronavirus pneumonia. *Journal of Child Health Care*, 2020(28), 1-9.
- Luo, M., Guo, L., Yu, M., Jiang, W., & Wang, H. (2020). The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public - A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 291, 113190.
- Mukhtar S. (2020). Psychological health during the coronavirus disease 2019 pandemic outbreak. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 512-516.
- Odrizola-González, P., Planchuelo-Gómez, Á., Irurtia, M. J., & de Luis-García, R. (2020). Psychological effects of the COVID-19 outbreak and lockdown among students and workers of a Spanish university. *Psychiatry research*, 290, 113108.
- Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. (2020). Immediate psychological effects of the COVID-19 quarantine in youth from Italy and Spain. *PsyArXiv 2020*, 1-13.
- Paulino, M., Dumas-Diniz, R., Brissos, S., Brites, R., Alho, L., Simões, M. R., & Silva, C. F. (2020). COVID-19 in Portugal: exploring the immediate psychological impact on the general population. *Psychology, Health & Medicine*.

- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H., & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors During the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic Among the General Population in Spain. *Frontiers in psychology, 11*, 1540.
- Simor, P., Polner, B., Bathori, N., Ortega, R. S., Van Roy, A., Albajara Sáenz, A., ... Peigneux, P. (2020, August 7). Home confinement during the COVID-19: day-to-day associations of sleep quality with rumination, psychotic-like experiences and somatic symptoms.
- Taylor S. (2019). *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing.
- Taylor, S., Landry, C., Paluszek, M., Fergus, T. A., McKay, D., & Asmundson, G. J. G. (2020). Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *Journal of Anxiety Disorders, 72*, 102232.
- Vanaken, L., Scheveneels, S., Belmans, E., & Hermans, D. (2020). Validation of the Impact of Event Scale With Modifications for COVID-19 (IES-COVID19). *Frontiers in Psychiatry, 11*, 738.
- Wathelet, M., Duhem, S., Vaiva, G., Baubet, T., Habran, E., Veerapa, E., Debien, C., Molenda, S., Horn, M., Grandgenèvre, P., Notredame, C. E., & D'Hondt, F. (2020). Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA network open, 3*(10), e2025591.

Mellékletek:

(13.) melléklet: Események Hatása Kérdőív

### Események Hatása Kérdőív

**Kérjük, most idézze fel élete egyik legmegrázóbb eseményét!**

.....-án Ön .....-t élt át.

dátum

életesemény

*Az alábbi lista olyan kijelentéseket tartalmaz, amelyeket az emberek fenyegető, nehéz életesemény átélését követően tettek. Kérjük, minden tételnél jelölje meg, milyen gyakran voltak jellemzőek Önre ezek a megállapítások AZ ELMŰLT HÉTEN. Ha valamelyik egyszer sem fordult elő az elmúlt hétben, akkor az „egyáltalán nem” oszlopban jelezze. Köszönjük válaszait!*

<b>Gyakoriság:</b>	<b>egyáltalán nem</b>	<b>ritkán</b>	<b>néha</b>	<b>gyakran</b>
1. Akkor is gondoltam rá, amikor nem akartam.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
2. Nem hagytam, hogy felidegesítsen, amikor erre gondoltam vagy emlékeztettek rá.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
3. Próbáltam kitörölni az emlékezetemből.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
4. Problémát okozott az elalvás vagy az alvás, mert képek és gondolatok jutottak eszembe az eseményről.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
5. Hullámokban erős érzések törtek rám az eseménnyel kapcsolatban.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
6. Álmodtam róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
7. Elkerültem az erre emlékeztető dolgokat.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
8. Úgy éreztem, mintha meg sem történt volna, vagy nem a valóságban történt volna.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
9. Megpróbáltam nem beszélni róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
10. Képek jutottak az eszembe róla.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
11. Más dolgok folyton eszembe juttatták.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
12. Tudatában vagyok, hogy még mindig sok érzésem van ezzel kapcsolatban, de nem foglalkozom velük.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
13. Próbáltam nem gondolni rá.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
14. Bármilyen, ami rá emlékeztetett, visszahozta az azzal kapcsolatos érzéseket.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran
15. Egyfajta tompaságot éreztem ezzel kapcsolatban.	egyáltalán nem	ritkán	néha	gyakran

### The Impact of Event Scale with modifications for COVID-19 (IES-COVID19)

Name: ..... Datum: .....

Please find below a list of statements regarding the situation related to the corona virus (COVID-19). Read each statement carefully and indicate to what extent it was applicable to you during the last seven days. If it did not occur, you can choose 0, which corresponds to 'not at all'.

	Not at all	Seldom	Sometimes	Often
1. I thought about it when I didn't mean to.	0	1	3	5
2. I avoided letting myself get upset when I thought about it or was reminded of it.	0	1	3	5
3. I tried to remove it from my thoughts.	0	1	3	5
4. I had trouble falling asleep or staying asleep because of pictures and thoughts about it that came into my mind.	0	1	3	5
5. I had waves of strong feelings about it.	0	1	3	5
6. I had dreams about it.	0	1	3	5
7. I stayed away from things that made me think about it.	0	1	3	5
8. I felt as if it hadn't happened or wasn't real.	0	1	3	5
9. I tried not to talk about it.	0	1	3	5
10. Pictures about it popped into my mind.	0	1	3	5
11. Other things kept making me think about it.	0	1	3	5
12. I was aware that I had a lot of feelings about it, but I didn't deal with them.	0	1	3	5
13. I tried not to think about it.	0	1	3	5
14. Every thought about it brought back the feelings about it.	0	1	3	5
15. My feelings about it were kind of numb	0	1	3	5

Highlighted in yellow: changes compared to the original IES (Horowitz et al., 1979).

(15.) melléklet: Hyperarousal

**Hyperarousal**

- 4. I felt irritable and angry
- 10. I was jumpy and easily startled
- 15. I had trouble falling asleep
- 18. I had trouble concentrating
- 19. Reminders of it caused me to have physical reactions, such as sweating, trouble breathing, nausea, or a pounding heart
- 21. I felt watchful and on guard



## Kérdőív „ergonómiai” szempontok

**Perényi Andrea**

BCE Hallgatói Támogatás

A FETA korábbi felmérései<sup>2,3</sup> alapján a hallgatói tanácsadó szolgáltatások (diáktanácsadók) láthatósága a hallgatók számára nem teljeskörű, közel felük nem ismeri őket és magas azok száma, akik nem veszik igénybe a tanácsadó szolgáltatásait, miközben a tanácsadók fontos feladatokat és területeket látnak el, amelyek hatással vannak a hallgatói wellbeingre, mind általános, mind egyéni szinten.

Általános szinten hatást gyakorolnak például a tanácsadók által szervezett rendezvények, előadások, online és offline tájékoztató anyagok, kortárs hálózat kialakítása és támogatása, oktatók esélyegyenlőségi érzékenyítése stb. Egyéni szinteken pedig a különféle (pszichológiai, esélyegyenlőségi, tanulási vagy pálya- és karriertanácsadás, kortárs segítség, közösségépítés) támogató szolgáltatások elérése, igénybevétele akár döntő tényező is lehet abban, mi történik a hallgató életében: lemorzsolódik, vagy megtalálja a helyét; elveszettséget, motivátlanságot él meg vagy énhatékonyságot.

Jelen anyagban arra vállalkozom, hogy korábbi – intézményi szinten nagy létszámú (10% feletti, azaz 1200 és 2200 fő) kitöltést elérő – felmérési tapasztalataim alapján bemutassam azokat a jó gyakorlatokat, amelyek hozzájárulhatnak a felmérés sikeréhez, illetve azokat a meglátásokat, amelyek a felméréshez, mint egy a hallgatókkal való kommunikációs lehetőséghez kapcsolódnak.

### Láthatóság

Habár minden tanácsadó azon munkálkodik, hogy a láthatósága jobb legyen, a hallgatókhoz és az egyetemi kollégákhoz is minél több információ jusson el, és a hallgatók rátaláljanak a megfelelő támogatási lehetőségekre az egyes területeken (pszichológiai és mentálhigiéné, karrier, tanulás, esélyegyenlőség) ez nem egyszerű feladat. Akár a személyes terekben, akár az online térben viszonylag erős „zajban”, információáradatban kell megszólítanunk a hallgatókat (rengeteg program, hirdetés, többszörös szerepből - pl. munkavállaló, diákszervezeti tag - adódó figyelemmegosztás stb). Ezért fontos, hogy a tanácsadó többféle módon, platformon is képviselje magát.

---

<sup>2</sup> A felsőoktatási tanácsadás lehetőségei a lemorzsolódás csökkentésében - A hallgatók mentálhigiénés állapota, tanácsadási szükségletei és a szolgáltatási rendszer jellemzői, Kiss István, László Noémi, Puskás-Vajda Zsuzsa FETA 2016 48-56. o

<sup>3</sup> Intézményi szervezettefejlesztés a tanácsadói szervezetek működésének, dinamikájának hatékonyabbá tételé érdekében 2016 [6\\_zarotanutmany.pdf \(feta.hu\)](#)

Maga a felmérés is egy olyan lehetőség, amely a jelenlegi hallgatók számára láthatóvá tudja tenni a tanácsadókat és szolgáltatásait. A felmérésben fontos lehet arra is fókuszálnunk, hogy tájékozódjunk, mi javíthatná a tanácsadók láthatóságát, milyen platformokat érdemes használnunk.

### Elérhetőség

Emellett a hallgatók elérése olyan új kérdéseket is felvet, hogy hogyan kommunikáljunk, milyen módszereket, használjunk az elérésükben. Nem elég láthatónak lenni, tudnunk kell hozzájuk szólni és megszólítani őket, fontos a hiteles kommunikáció.

Az online munkamódban ez különösen felveti a hatékonyság, célzottság kérdését is, de az egyetemista korosztályban a pandémiaidőszakon kívül is erősen hangsúlyos az online információszerezés és kommunikáció.

A pszichológia térhódítása (pszichológiai témájú weboldalak, magazinok, könyvek) jelentős az elmúlt években. Míg egy évtizeddel korábban egy egyetemi honlap pszichoedukációs anyagai sokszor szinte kizárólagos információforrást jelentettek, és a honlap elsődleges tájékoztatói felületnek bizonyult a hallgatók számára, addig napjainkban számtalan információforrásra bukkan rá egy hallgató. Külön szakmává vált az információ online megjelenítése pl. hogy a keresők (pl. google) első oldalas találatként találjanak rá a tanácsadóra. A hallgatók nem feltétlenül honlapot fognak keresni, hanem Instagrammon, Facebookon nézelődnek. A 2020. szeptemberében végzett személyes interjúink alapján érdekes tapasztalat, hogy a magyar anyanyelvű hallgatók is sok esetben angol kulcsszavakkal keresnek. Nem csoda, hiszen tananyaguk is sok esetben nemzetközi oktatóvideókban néznek utána, kikapcsolódásnál, információszerezésnél is angol nyelvű tartalmakat keresnek. A megtalált információkkal is erősen kritikusak, könnyen áttekinthető, érthető ugyanakkor aktuális és színvonalas tartalmat keresnek. A nem megfelelő kommunikáció a tanácsadó hitelességét kérdőjelezi meg, még azelőtt, hogy a hallgató egyáltalán bejelentkezett volna <sup>4</sup>.

Az, hogy mit, hol és hogyan kommunikálunk, hidat, hidakat képez a szolgáltatásokba való belépéshez, ezért (is) fontos, hogy olyan legyen, amire a hallgató könnyen és szívesen mond igent.

### Szükségesség-igény

A fentiekhez kapcsolódik az is, hogy milyen igényekre tudunk rácsatlakozni, hogyan tudunk az igényekre rákérdezni, hogyan tudjuk őket felszínre hozni. Szakértőként sok esetben látunk olyan kiváltó tényezőket, melynek a hallgatók csak a következményeit, hatását, tüneti szintjét érzékelik (pl. kreditrendszer vagy kétféle képzés hatásai vagy jelen helyzetben a COVID áttételes hatásai). Megoldási utakat szakemberként mi tudunk kezdeményezni, a hallgató számára nem mindig egyértelmű, hogy egy adott szolgáltatás, hogyan és miben tud segíteni neki, vagy nem egyértelmű számára egy kérdőívben, hogy melyik szolgáltatás pontosan mit takar. Ezekben az esetekben célszerű nemcsak a szolgáltatásokra való igényt, hanem a problémaköröket is felmérni, mivel azokat sokkal könnyebb a hallgatóknak megfogalmazniuk.

### Hogyan kapcsolódik mindez az általunk tervezett felméréshez?

Alapvetően néhány fontos gondolatot szeretnék megfogalmazni:

- az első, hogy önmagában a kérdőív növelheti a tanácsadók láthatóságát a hallgatók számára,

---

<sup>4</sup> Hallgatói interjúk eredményei a BCE-n a tanácsadó szolgáltatás online megjelenésével kapcsolatban (2020. szeptember-október)

- a második, hogy mint minden kommunikáció a kérdőív is betölt branding funkciókat (akár használjuk erre tudatosan, akár nem),
- a harmadik, hogy a felmérés lehetőséget biztosíthat arra is, hogy a szolgáltatásigények mellett a hatékony kommunikációs kapcsolódási lehetőségekre is rákérdezzünk,
- a negyedik, hogy maga a kérdőív és a hozzá kapcsolódó kommunikáció is felszínre hívhatja a lappangó, nem tudatosított igényeket, így voltaképpen „igényt teremthet”,
- az ötödik, hogy egy jól felépített kérdőívnek önmagában is lehet önismereti és erőforrást aktiváló hatása.

## Javaslatok a fenti szempontok érvényesítésére a felméréshez kapcsolódóan

### A tanácsadók láthatóságának és elérésének növelése

Mind a kérdőív bevezetőjében, mind a végén lehetőségünk van arra, hogy a felhívjuk a figyelmet rá, hogy intézményében tanácsadó működik, melynek elérhetőségeit megtalálja a [Tanácsadás | Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület \(feta.hu\)](#) oldalon. Tapasztalatom, hogy az általunk végzett tavaszi felmérésben a tanácsadó elérhetőségét kommunikálva egyértelműen növekedett a megkeresések száma.

Itt megemlíteném László és Kiss azon kutatási eredménye is, hogy a hallgatók egy része azért nem veszi igénybe a szolgáltatásokat, mert nem tudják, hogy az számukra térítésmentes. **Fontos tehát az elérhetőségeken kívül a szolgáltatások ingyenességét is kommunikálni a hallgatók felé.**

### A felmérés mint branding

Akár számolunk azzal tudatosan, akár nem, kommunikációnk befolyásolni fogja, hogy a hallgató mit gondol a tanácsadó szolgáltatásokról. **Hangsúlyozottan fontos ezért, hogy meghatározzuk, mit szeretnénk üzeni: kik számára nyitottak a tanácsadók, milyen problémákkal lehet megkeresni őket.**

A tanácsadó egy olyan alacsony küszöbű hely, ami:

- fő hangsúlyában fiatal felnőttek fejlődési feladataiban és akcidentális kríziseiben, azaz különféle területeken jelentkező életvezetési nehézségeiben (lelki egészség, speciális igények miatt felmerülő akadályok, teljesítményhez való viszony, kortárs kapcsolatok kiépítése, pálya és karrier életút stb.) nyújt segítséget a válaszok, megoldások megtalálásában,
- mindemellett pedig fontos kapu/híd funkcióval is bír a klinikai szintű problémák megfelelő továbbirányításával, utánkövetett továbbküldéssel.

Ha állapotfelmérésünk túl sok klinikai vonatkozást tartalmazna, akkor a hallgató számára egy „betegségközpontú” tanácsadó képét sugallanánk, miközben a tanácsadónak fontos szerepe van abban, hogy a hallgatók „korán”, kisebb szenvedésnyomással is beléphessenek a tanácsadásba, elejét véve egy esetleges negatív és akár klinikumba gyűrűző negatív spirálnak. Emellett preventív és önfejlesztő céllal is megkereshessék a tanácsadót. Ha a kérdőív kizárólag a mentálhigiénés állapotra és pszichológia tanácsadásra kérdez rá, akkor a hallgató számára a többi tanácsadó szolgáltatás láthatatlan marad.

A kérdések aránya, jelenléte vagy hiánya befolyásolja azt, hogy a kitöltő milyen tanácsadót lát lelki szemei előtt, mennyire gondolja azt, hogy neki helye van a tanácsadóban. Kevésbé tud kapcsolódni a hallgató, ha nagyon szakmai nyelven fogalmazzuk meg a tételeket vagy kíséző szövegeket, mert így nem derül ki számára, hogy milyen akár benne felmerülő kérdésekben is kaphat segítséget.

Mindemellett a kérdőív bevezetője és szerkezete azt is kommunikálja, hogy mit gondolunk magáról a hallgatóról és hogyan tudunk kapcsolódni hozzá. **Aktív és egyenrangú félnek tekintjük-e, és képesnek tartjuk-e saját erőforrásai mozgósítására.**

#### A hatékony kommunikáció felmérése

Fontos felmérnünk, hogy milyen módon keresnének a hallgatók minket, hogy a szolgáltatások ne maradjanak rejtve, melyhez a fókuszcsoporthoz származó információk jó segítséget nyújthatnak. Érdekes a különböző problémák esetén rákérdezni, milyen formában keresné először (személyes kapcsolatok megkérdezése vagy online keresés), amennyiben online, akkor hol keresné először, és milyen keresőszavakat használna.

## IGÉNYEK TUDATOSÍTÁSA

Míg számunkra fontos szolgáltatásfejlesztési szerepe van, a kitöltő számára edukációs szereppel bír, ha találkozik egy olyan felsorolással, amiből megtudja, mivel lehet általánosságban megkeresni a tanácsadókat. Az igények tudatosítása esetében kétféle módon gondolkodhatunk: meghatározhatjuk azt, hogy milyen problémák, tünetek merülnek fel a hallgatói életút során, illetve általános szolgáltatáscsoportokat tüntetünk fel. Célszerű lehet akár mindkettőt megtennünk, de utóbbinál fontos magyarázatot is fűznünk hozzá, mi mit takar.

Az igénybevételhez kevésbé skála alapú, sokkal inkább az igények differenciálására alkalmas értékelést ajánlanám:

- igénybe vette: igen nem
- igénybe venné, ha a jövőben szüksége lenne rá: igen, nem, talán
- igénybe vette volna, ha ismerte volna: igen, nem, talán

Az igények felmérésénél azok szintézése, mélysége is fontos: pl. előadás, tájékoztató anyag vagy egyéni tanácsadás személyesen, egyéni tanácsadás online stb.

Szintén fontos lehet az igényfelmérésben arra rákérdezni, hogy egy átlagos egyetemi félévben mennyi időt fordítana szívesen önfejlesztésre.

#### Kitöltési hajlandóság

Tapasztalataim szerint érdemes több hirdetési útvonalat és alkalmat beindítani (Neptun üzenet, ismételt hírlevél, tanácsadó és intézmény online platformjai). **A célzott üzenetek (lásd e-mailben való kiküldés) magas kitöltési arányt mutat, ha a hallgatók számára egy kevésbé elfoglalt időszakban és lehetőleg pénteken küldjük ki.**

Fontos az egészet olyan keretbe rendezni, ami ad a kitöltőnek valamit, amiért megéri kitölteni: motivációs bázis. A kitöltés motivációját növelheti, ha tudunk valami többletet nyújtani a hallgatónak a kitöltés által, azaz úgy érzi, hogy számára hasznos lehet. Fontos a kutatásról a hallgatókra helyezni a fókusz: a töltsd ki nekünk helyett töltsd ki magad miatt-ra azaz nem (csak) azt kommunikálni, mit tudhatunk meg mi, hanem azt (is), mit vihet el ő (pl. a kitöltéssel végiggondolhatja, megoszthatja, hogy érzi magát az egyetemen, információkat tudhat meg és az eredménnyel hatással lehet a szolgáltatások fejlesztésére). A felmérés címeként is rá érdemes helyezni a fókusz, pl.: Hogyan tud segíteni nekem az

egyetem az önfejlesztésben? Milyen neked egyetemistának lenni? Másrészt nyújthatunk valamilyen fajta többletet is, amivel szintén önismeretét gazdagítja.

A kitöltési hajlandóságot javítja az is, ha azonnal a kérdésekkel találkozunk, és az ún. kemény adatokat (kor, nem, stb.) csak a kérdőív végén kérdezzük meg tőle.

#### A kérdőív mint önismereti és fejlődési lehetőség

A többlet, amit tudunk nyújtani a hallgató számára, az, ha a kérdőív által önismeretét gazdagítja, és maga a kérdőív kitöltése által is meg tudja élni énhatékonyt, aktivitását. Fontosnak tartom, hogy a kérdőív szerkesztésénél abban gondolkozzunk, hogy a kitöltésnél egy fejlődési szemléletet mozgósítsunk. Korábbi tapasztalatunk, hogy ez utóbbi sok esetben magától is megtörténik, ha a kérdőív a változtatásra, aktivitásra, jólétre vonatkozó kérdéseket is tartalmaz. Ez akkor lehetséges, ha a kérdőív az állapot és problémafelméréstől -> a személyes aktivitás (mit tesz ő a megoldásért) -> külső támogatás vonalon tud mozogni.

Számunkra is fontos információ lehet, hogy mit tesz a hallgató lelki egészsége, jövője, kapcsolatai érdekében. Ebben a szabad, kifejtős kérdést is tud segíteni, melynek tartalomelemzése nehézkes, nagy munkaigényű, de a) nekünk is segíthet egy következő felmérés témájában b) neki is lehetőséget adhat a gondolatai kifejtésére.

#### A hallgató számára nyújtott visszajelzés, mint többlet

A közvetlen, kvantitatív alapokon nyugvó visszajelzés ugyan egyszerűnek és ésszerűnek tűnik, ugyanakkor megvan a veszélye is, mivel ennek szinte minden esetben van egy értékelő jellege. Mindset kérdése, hogy valaki önmaga címkézésre használja akár negatív, akár pozitív irányba, vagy fejlődésre, változtatásra sarkallja. Könnyen előfordulhat, hogy ha azt jelezzük vissza, hogy kérdőívének eredményei mit jelentenek akár egy standard értékhez, akár a mintavételi populációátlaghoz képest, és a hozzá kapcsolódó értelmezést jelezzük vissza, ellentétes hatást érünk el, mint amit szeretnénk. A kitöltő negatív eredmények esetén nem segítséget kér, hanem elmélyíti önmagáról való negatív gondolatait, vagy az átlag feletti eredményeknél azt gondolja, hogy neki semmit sem tudna nyújtani a tanácsadási szolgáltatás.

A partneri viszony miatt is fontos, hogy a hallgatónak ne értelmezést, tanácsot adjunk, hanem hagyjuk meg számára a jelentésadást, de adjunk hozzá kapaszkodókat.

Gyakran alkalmazott lehetőség, hogy a kitöltő feliratkozhat arra, hogy megkapja a kutatási eredményeket, de ez időben a kitöltéshez képest sokkal később valósul meg, illetve plusz munkát jelent számára annak értelmezése. Természetesen ezt a lehetőséget is beépíthetjük, de közvetlen nyereségként sokkal fontosabbnak tartom:

- a kitöltés során való önmagáról gondolkodást (ennek hangsúlyozása a bevezetőben fontos),
- a kitöltés után közvetlenül hozzáférhető anyagokat.

A kitöltés után visszajelzésként olyan kérdések feltevését javaslom, melyek az önreflexiót és a saját állapotra vonatkozó aktivitást mozgadják meg:

- Mit mozgatót meg benne a kérdőív, milyen érzéseket, gondolatokat váltott ki?
- Milyen kérdések fogalmazódtak meg benne önmagával kapcsolatban a kitöltés során?
- Megfogalmazódott-e változtatási, fejlődési szándék a kitöltés során?

- Volt-e olyan kérdés, amire megterhelő, nehéz volt választ adni?
- Volt e olyan kérdés, ami alapján realizálta, megfogalmazta azt, hogy nincs jó állapotban, feltétlenül kapaszkodókra, segítségre lenne szüksége?

Akár csak egy szimpla záróüzenet formájában, akár, ha a felület megengedi ennek független kezelését, oly módon, hogy kitölthesse, és önmaga számára lementhesse, de velünk ne kelljen megosztania. A kérdéseket a tanácsadók elérhetőségét tartalmazó FETA aloldal elérhetőséggel és egy rövid 4-5 mondatos a tanácsadást összefoglaló szöveggel együtt javasolt megjeleníteni, amely tartalmazza, hogy a kérdőív kitöltése során felmerülő önismereti kérdésekkel (önmagára, kapcsolataira, a jövőjére vonatkozóan) megkeresheti az egyetemi tanácsadó szolgáltatásokat, illetve amennyiben az utolsó kérdés esetén igennel válaszolt, abban az esetben mindenképpen kérjen segítséget, mert ez az állapot megváltoztatható. (Itt akár a lelkeség-szolgálat száma is megadható.)

Ezzel a passzív értékelést befogadó szerepből egy aktív szerepbe helyezük, ahol személyes narratívájában el kell helyeznie, mit jelentett számára a kérdőív, így nem egy értékelő visszajelzést kap, hanem a saját maga által képzett jelentést kapja meg.

Ha még szeretnénk valamit adni a kitöltők számára, akkor a kitöltés végén lehetővé tehetjük valamilyen néhány oldalas selfhelp, önismereti vagy edukációs anyag letöltését is, mely általánosságban ragadja meg az általa kitöltötteket, vagy érdeklődése alapján választhat, melyik anyagot szeretné letölteni. Pl. az eddig javasolt kérdőívek, tehát a megmozgatott területek alapján: lelkiállapot, érzések hatása és megváltoztathatóságuk és néhány érzelemszabályozó gyakorlat elérhetősége, társas támogatás fontossága és hozzá kapcsolódó önismereti kérdések, kiégés rizikófaktora egyetemisták körében és megelőzésre alkalmas módszerek 1-1 oldalban.

Mindezeket az értékajánlatokat már a bevezető szövegben fontos kedvcsinálóként, kitöltési motiváció-generátorként feltüntetnünk.