

**DEBRECENI EGYETEM  
BÖLCSÉSZETTUDOMÁNYI KAR  
PSZICHOLÓGIA INTÉZET**

**SZEMÉLYISÉGLÉLEKTAN MŰHELYMUNKA**

*Az egészségmagatartás, optimizmus, külső-belső  
kontroll és Big Five faktorok kapcsolatának vizsgálata  
munkavállalók körében*

Témavezető: Sztancsik Veronika  
egyetemi tanársegéd

Mercs Enikő  
Pszichológia BA  
Levelező

**2015**

## NYILATKOZAT

Alulírott .....,

a Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában nyilatkozom és aláírással igazolom, hogy

.....

.....

című diplomamunkám saját, önálló munkám; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően készült.

Tudomásul veszem, hogy diplomamunka esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölése nélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölése nélkül;
- más szerző publikált gondolatainak saját gondolatként való feltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem. Tudomásul veszem, hogy plágium esetén diplomamunkám visszautasításra kerül.

Továbbá felelősségem tudatában nyilatkozom arról, és aláírással igazolom, hogy a Debreceni Egyetem Elektronikus archívumába (DEA) a <http://dea.lib.unideb.hu/dea/handle/2437/85081> címre feltöltött diplomamunkám mindenben megegyezik a benyújtott papíralapú és/vagy CD formátumú dolgozattal.

Debrecen, .....év ..... hó ..... nap

.....

aláírás

# Tartalomjegyzék

<b>Bevezetés</b> .....	5
<b>1. Témafelvetés</b> .....	6
<b>2. Szakirodalmi háttér</b>	
2.1. Az egészségmagatartás	
2.1.1. Az egészségmagatartás definiálása .....	7
2.1.2. Egységmagatartást magyarázó modellek.....	8
2.1.3. A munkavállalói egészség szerepe .....	11
2.2. Az optimizmus	
2.2.1. A pozitív pszichológia .....	12
2.2.2. Az optimizmus definiálása .....	13
2.2.3. Az optimizmus és pesszimizmus viszonya.....	15
2.2.4. Optimizmus és fizikai egészség.....	16
2.2.5. Optimizmus konstruktumok és egészségmagatartás .....	17
2.2.6. Az optimizmus mérése .....	18
2.3. Személyiségelméletek	
2.3.1. Big Five: a személyiség ötfaktoros elmélete .....	19
2.3.2. Rotter kontrollhely elmélete .....	20
2.3.2.1. A kontroll helyének szerepe az optimizmus- pesszimizmusban és a magatartásban .....	21
3. A vizsgálat	
3.1. Kérdésfelvetés.....	22
3.2. A kutatás bemutatása	
3.2.1. A vizsgálati minta .....	25
3.2.2. Vizsgálati módszerek .....	25
3.2.3. Eredmények és azok értékelése.....	27

3.2.4. Következtetések és javaslatok.....	33
<b>4. Összefoglalás .....</b>	<b>34</b>
<b>Irodalomjegyzék .....</b>	<b>36</b>
<b>Mellékletek</b>	

## Bevezetés

Egészségmagatartásunk jelentősen befolyásolja egészségi állapotunkat, nyilvánvaló, hogy az egészségre ártalmas szokások (pl. dohányzás) gátolják, míg az egészségvédő cselekedetek (pl. sport) szolgálják egészségünket. Munkavállalóként ez nemcsak saját helyzetünket befolyásolja, hanem a munkáltatóét is, mivel teljesítményünk leginkább az egészséghez köthető. A munkáltató számára gazdaságilag az az előnyös, ha dolgozói kiváló egészségi állapotban vannak, mivel hatékonyabban végzik teendőiket, (kevesebbet hiányoznak) és így nagyobb profitra tehetnek szert. De mi hat az egészségmagatartásunkra?

Napjainkban a pozitív pszichológia és központi fogalma, az optimizmus egyre nagyobb népszerűségnek örvend és kutatások sora bizonyítja az egészségviselkedésre és fizikai, lelki egészségünkre való jótékony hatását. Fontossá vált az is, hogy ne csak a patológiákkal foglalkozunk, hanem az egészséges emberekkel is, testi-lelki egyensúlyuk megőrzése és védelme érdekében. De az optimizmus áldásos hatása betegségek kezelésénél is megmutatkozik, sőt ma már pszichoterápiás eljárásban is alkalmazzák (Pozitív Pszichoterápia).

Az optimizmus reális elvárás a jövőre vonatkozóan, amely pozitív érzelmeket indukál, ebből adódóan kedvező irányba tereli magatartásunkat is. Míg az optimista ember jobban odafigyel magára, egészségére (elősegíti a kedvező egészségmagatartást), addig a pesszimista kevésbé egészségtudatos, nem fektet nagy hangsúlyt az egészsége megőrzésére (Pikó, 2005).

Az optimizmus szerepvállalása az egészség kérdésében cseppet sem elvetendő, érdekes és nagy szakirodalmat felölelő terület, jelen műhelymunkámban ennek csak egy szeletét vizsgálom.

## 1. Témafelvetés

Műhelymunkámban az egészségmagatartás, optimizmus lehetséges kapcsolatainak irányát vizsgálom, összevetve a kontrollhely-elmélettel, illetve a Big Five személyiségdimenziókkal, aktív munkavállalók mintáján. A vizsgálatom célja, hogy bebizonyítsam az optimizmus jótékony hatását az egészségre, ezáltal rávilágítsak gazdasági hasznára, illetve, hogy megvizsgáljam a személyiségelméletekkel való viszonyát. Úgy gondolom, hogy az optimizmus pozitív kapcsolatot mutat az egészségvédő magatartásokkal, kontrollhely tekintetében a belső kontrollas attitűdű egyének optimistábbak a jövőre vonatkozóan. Feltételezem, hogy az optimizmus kapcsolatban áll bizonyos személyiségdimenziókkal, és a Big Five személyiségfaktorok némelyike összefügg a kontrollhely értékeivel.

Az előbbieken felvázolt feltételezések alátámasztásához a témafelvetés után egy szakirodalmi áttekintés következik, mely három pont köré szerveződik. Először az egészségmagatartás témakörén belül az egészségmagatartás fogalmát, elméleti modelljeit tekintem át, majd a rávilágítok arra, hogy miért fontos a munka világában.

A második egység (a szakirodalmi részen belül) a pozitív pszichológiát, azáltal optimizmus definícióját, konstruktumait és pesszimizmussal való viszonyát írja le, majd az egészséggel és egészségmagatartással kapcsolatos összefüggéseit mutatja be.

Végül a személyiségelméletek (Big Five és külső- belső kontroll) teóriájáról számolok be, ezen belül a kontrollhely, a magatartás és az optimizmus kapcsolatáról.

Dolgozatom kutatási részében a hipotézisek tesztelésére elvégzett vizsgálatot, eszközöket, módszereket prezentálok, majd a statisztikai adatfeldolgozással nyert adatok értékelése következik. A következtetés és javaslattétel fejezetében megemlítem elméletem valószínűsíthető hiányosságait és a továbbfejlesztés lehetőségét.

## 2. Szakirodalmi háttér

### 2.1. Az egészségmagatartás

#### 2.1.1. Az egészségmagatartás definiálása

Az egészségmagatartás az egészségpszichológia egyik kutatási területe. Az egészség megtartásában a pszichés tényezők, ezzel összefüggésben a magatartás fontos szerepet játszik, Califano (1979, idézi Kulcsár, 1998, 30. old.) úgy fogalmaz, hogy: *„az egyén többet tehet saját egészségéért, mint bármely orvos, kórház, gyógyszer vagy egzotikus gyógyászati eljárás”*.

Kasl és Cobb (1966, idézi Glanz, Rimer és Viswanath, 2008, 12. old.) szerint az egészségmagatartás: *„bármely olyan tevékenység, amit a személy hite szerint azért tesz, hogy egészséges legyen, megelőzze a betegséget vagy felismerje azt még annak tünetmentes állapotában”*.

Az egészségmagatartást Matarazzo (1980, idézi Pikó, 2002) alapvetően kétféle kategóriába sorolja: *preventív, megőrző, immunogén* (pl. fizikai aktivitás, szűrővizsgálaton való részvétel) és *rizikó, károsító vagy patogén* (pl. dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) *magatartás*. Harris és Guten (1979) minden olyan viselkedést egészségvédőnek tekint, melynek célja hogy óvja, elősegítse és fenntartsa az egészséget függetlenül az egyén egészségi állapotától és a viselkedés objektív hatékonyságától. A főbb egészségkárosító tényezők közé tartozik a dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, kevés fizikai aktivitás és közlekedésbiztonság elhanyagolása. Urbán (2001) megfogalmazásában ugyanezek a fogalmak egészség szempontjából kedvező, illetve kedvezőtlen viselkedésként szerepelnek és a következő kategóriák alapján összegezhethők:

- *Táplálkozással kapcsolatos viselkedések* (pl. testsúly szabályozása- magas kalóriatartalmú ételek fogyasztása)
- *Szexualitással kapcsolatos viselkedések* (pl. biztonságos szexuális aktusok- óvszer és más fogamzásgátlási módok hanyagolása)
- *Fizikai aktivitással és sporttal kapcsolatos viselkedések* (pl. rendszeres fizikai aktivitás-túlzott értékű fizikai aktivitás)

- *Addikcióval összekapcsolódó viselkedések* (pl. dohányzásról való leszokással kapcsolatos viselkedések- dohányzás)
- *Higiéniával és fizikai megjelenéssel kapcsolatos viselkedés* (pl. megfelelő tisztálkodás-túlzott mértékű napozás és szolárium)
- *Helyváltoztatással/ utazással kapcsolatos magatartások* (pl. biztonsági szabályok betartása- alkoholfogyasztás vezetését megelőzően)
- *Betegséggel és gyógyulással kapcsolatos viselkedések* (pl. szűrővizsgálaton való részvétel- orvoshoz fordulás késleltetése) (Urbán, 2001).

### 2.1.2. Egészségmagatartást magyarázó modellek

Az egészségmagatartás pszichológiai modelljeit Urbán Róbert (2001, 601-615. old.) munkája nyomán tekintem át.

*A, Kognitív elméletek:*

#### *1. Az egészséghiedelem- modell:*

Az elmélet Rosenstock (1974) nevéhez köthető, de Becker (1984) módosította, akinek alapfeltevése, hogy az egészségmagatartás valószínűségét olyan hiedelmek befolyásolják, mint: az egészség veszélyeztetettségének észlelt komolysága, a betegséggel kapcsolatos észlelt veszélyeztetettség, a betegséget megelőző cselekvésből származó észlelt nyereség, illetve a cselekvéssel szembeni akadályok, vagy a cselekvéssel felmerülő „költségek”. A modellt számos kritika érte, mivel nem veszi figyelembe az egészségünkre ható társas és környezeti hatásokat, valamint feltételezi, hogy az emberek mindig racionálisan döntenek.

#### *2. A védelemmotiváció elmélete:*

Ez az elmélet (Rogers, 1983) a kognitív közvetítői folyamatokra koncentrál, amely az egészséget veszélyeztető inger és a kiváltott magatartás között jön létre. Ezáltal két értékelő folyamat zajlik bennünk: a fenyegetés értékelése és a megküzdés értékelése, amelyek a védelemmotivációt hozzák létre. Ezek az értékelő megnyilvánulások adaptív-nem adaptív válaszokkal, valamint a válaszok valószínűségét növelő vagy csökkentő tényezőkkel állnak kapcsolatban.



### *3. Az anticipált megbánás elmélete:*

Az elmélet szerint az, hogy hogyan fogunk viselkedni jelentősen meghatározzák az elővételezett érzelmi állapotok, azaz azok a személyek, akik elővételezik cselekvésük negatív következményeit sokkal inkább odafigyelnek a prevencióra. Viszont a szakirodalom nem foglalkozik az anticipált pozitív érzelmek (pl. öröm, elégedettség) jelentőségével, pedig jelentős motivációs bázis lenne az egészségmagatartás szempontjából.

## *B, Társas- kognitív elméletek*

A társas- kognitív elméleteknél középpontba került a viselkedéses szándék fogalma, ugyanis a szándék olyan motivációs tényezőt jelent, amelyek előre jelzik, hogy a személy mekkora erőfeszítést hajlandó tenni a cselekvés véghezviteléhez.

### *1. Szándékos cselekvés elmélete:*

Ajzen és Fishbein (1980) elmélete szerint a személy szándékaival összhangban cselekszik, ezért a modell a szándékot igyekszik bejósolni, amelynek két meghatározója van: 1. cselekvéssel kapcsolatos attitűd, 2. szubjektív normák (a cselekvéshez társuló észlelt társas nyomás és az észlelt normatív előírások).

A szubjektív normák beemelésével az elmélet túlhaladja a kognitív, egyénre fókuszáló teóriákat, a társas környezet szerepét emeli

### *2. Tervezett cselekvés elmélete:*

Ajzen (1988) a nem teljes akarati cselekvések magyarázatára vezette be a tervezett cselekvés elméletét. A cselekvés feletti kontroll egy kontinuum mentén a teljes kontrolltól a kontroll teljes hiányáig terjed. A viselkedés feletti észlelt kontroll több szinten is megvalósul: 1. a cselekvéssel szembeni attitűd és szubjektív normák mellett hatással van a cselekvéses szándékra, 2. az észlelt kontroll a szándéktól függetlenül is befolyásolja a cselekvést.

### *3. Próbálkozás elmélete:*

Bagozzi és Warshaw (1990) úgy gondolta, hogy a cselekvés nem egyszerűen, hanem sokszor többszöri próbálkozás után valósul meg. A modell a tervezett cselekvés elméletéből indul ki, azonban részben változtat rajta és új elemekkel egészíti ki. A cselekvés iránti attitűdöt három komponens alkotja: 1. a cselekvés anticipált sikeres elvégzése iránti attitűd, 2. a cselekvés anticipált kudarc iránti attitűd, 3. a célérés folyamat iránti attitűd. Itt az észlelt viselkedéses kontroll helyett az elvárt siker- kudarc jelenik meg.

## C, Az egészségmagatartás folyamatmodelljei

### 1. A viselkedésváltozás átfogó elméleti modellje:

Prochaska és DiClemente (1992) szerint minden viselkedésváltozás egy folyamat eredménye, amely az alábbi szakaszból áll:

1. *Töprengés előtti időszak:* ebben a szakaszban a személy még nem akar változtatni, ugyanis nem érzi szükségét vagy nincs tudatában a problémának.
2. *Tépelődés időszaka:* a személy észleli a problémát, de még nem tesz lépéseket a megoldás érdekében.
3. *Előkészület időszaka:* ebben a fázisban a szándékhoz már viselkedésszerű jelek is társulnak, de ez még nem elegendő a sikeres változtatáshoz.
4. *Cselekvés időszaka:* ez a leglátványosabb periódus, mivel itt történik a legtöbb változás a viselkedések terén, az egyén módosítja magatartását.
5. *A viselkedésváltozás fenntartásának időszaka:* Ebben a szakaszban a visszaesés megelőzése a cél és az elért eredménynek megszilárdítása, fenntartása.

### 2. Az egészségcselekvési folyamat megközelítése:

Schwarzer ötvözi a kognitív és szociális kognitív elméleteket, és megkülönböztet egy motivációs, illetve egy akarati [cselekvési] szakaszt. A motivációs szakaszban a cselekvés mellett, illetve az ellen szóló érvek gyűjtése zajlik, valamint az adott egészségmagatartás választásának mérlegelése. Ebben a fázisban három kognitív tényező hangsúlyos (amelyek a célokat, terveket befolyásolják): a veszély/ rizikó percepciója, a kimeneti elvárások és az észlelt hatékonyság. Az akarati szakasz a döntés utáni, de még a cselekvés előtti intervallumot foglalja magába. Itt történik a tervek, instrukciók megfogalmazása, amelyekkel a cselekvés kivitelezhetővé válik.

### 3. Az egészségmagatartás éndeterminációs megközelítése:

A motiváció és a személyiség éndeterminációs elmélete három szükségleten alapszik: az autonómia iránti szükséglet, kompetenciaszükséglet és a társas kapcsolatok iránti igény. Az egészségmagatartás szempontjából különösen fontos az extrinzik (külső) és intrinzik (belső) motiváció elkülönítése. Ez az egészségviselkedés szempontjából azért elsődleges, mert a hosszú távú perzisztenciát megcélzó egészségmagatartások akkor maradnak fenn, ha az extrinzik motiváció éndeterminálttá vagy intrinzikké tud válni.

Az egészségmagatartás modellek a tudatos információfeldolgozásra koncentrálnak, ezen kívül az optimizmusra, mely a döntési folyamat központi eleme és mint olyan, oksági tényezők mentén segít értelmezni az életeseményeket (Delle Fave, 2011).

### **2.1.3. A munkavállalói egészség szerepe**

Kapás Zsolt (2007) közvetlen kapcsolatot feltételez a munkavállalók egészsége és a munkahelyi teljesítmény között. A dolgozók egészségéből fakadó haszon csak hosszabbtávon mérhető [de fontos hangsúlyozni, hogy az egészségbe való befektetés megtérül].

Nyilvánvaló, hogy az egészséges munkavállaló nagyobb profitot termelhet, mivel hatékonyabb munkát végez.

Kapás (2007, 8.old) úgy véli: *„A munkahelyek károsító tényezőinek lehetőség szerinti megszüntetése, illetve minimalizálása, az egyének megbirkózási képességének növelése, általában az egészséggel és biztonsággal kapcsolatos egyéni kompetenciák fejlesztése napjaink egyik legfontosabb kihívása”.*

Érezhető, hogy nem pusztán a munkavédelmi előírások betartatásáról van szó, hanem attól sokkal többről, az egyének képességeinek, készségeinek figyelembe vételéről.

Nemcsak az egészség megóvása, hanem fejlesztése is célként fogalmazódik meg, ezért olyan programok jelennek meg a munkaerőpiacon, amelyek a vállalati stratégia részeként vesznek részt az egészségfejlesztésben. Sajnos a tendencia még nem általános, de a kezdeményezések példamutató értékűek.

A munkaadó szempontjából tehát nagyon fontos, hogy dolgozói egészségesek legyenek, a kiegyensúlyozottabb munkavégzés, illetve a munkavállaló betegségéből fakadó egyéb felmerülő költségek (pl. helyettesítés, határidő- csúszás, termelés- kiesésből adódó deficit) miatt.

## **2.2. Az optimizmus**

### **2.2.1. Pozitív pszichológia**

Az optimizmus fogalmának bevezetéséhez úgy gondolom, szükségszerű felvázolni a pozitív pszichológia jelenségét, mivel ez adja a táptalaját, illetve irányzatként előmozdította az optimizmus kutatásának megindulását.

A pozitív pszichológia alapítóinak Martin Seligman és Csíkszentmihályi Mihályt tartják. Oláh (2012) óvatosan közelíti meg a fogalom determinálását, felveti a mozgalom, irányzat megjelölést, de úgy véli, hogy színrelépése óta kevés idő telt el ahhoz, hogy meghatározzuk, mi is a pozitív pszichológia.

Seligman (2002, idézi Pikó, 2010, 11. old.) szerint társadalomtörténeti okok magyarázzák a pozitív pszichológia előtérbe kerülését. Ugyanis a 20. században a háború okozta kóros magatartásformák korrigálása volt a cél, de ezzel együtt megfigyelték azt a jelenséget, hogy, vannak olyan személyek, akik a viszontagságok ellenére egészségesek maradtak és a trauma feldolgozását követően pozitív irányban fejlődött a személyiségük.

Seligman és Csíkszentmihályi a 20. század utolsó éveiben felhívták a figyelmet arra, hogy a pszichológiának nem csak a betegségek, lelki sérülések gyógyításában (patológiai szemlélet) kellene szerepet vállalnia, hanem sokkal inkább az egészséges emberrel és annak pozitív tulajdonságainak kutatásában (Oláh, 2012).

A pozitív pszichológia alapvetően három pilléren nyugodott:

1. Pozitív irányultság az értékek, erények, erősségek és források mentén.
2. Tudományos alapon dolgozik, szem előtt tartva az eredmények ellenőrizhetőségét.
3. Célja, hogy előnyösen hasson az ember viselkedésére a hétköznapiak során és pszichológiailag növelje a pozitívumokat az emberi életben (Tepperwein, 2008, 62-63. old.).

### 2.2.2. Az optimizmus definiálása

Seligman és Csíkszentmihályi (2000, idézi Hamvai, 2014, 53. old) az optimizmust olyan vonásként, emberi erősségként írja le, amely az emberi jóllétet szolgálja.

Az optimizmussal foglalkozó elméleteknek alapvetően két iránya rajzolódott ki: az egyik az optimizmust személyiség diszpozícióként, a másik, mint magyarázó stílust határozza meg. Az első irányvonal a diszpozicionális és szituációs optimizmus terminusát foglalja magában. A *diszpozicionális optimizmus* egy általános elvárás azzal kapcsolatban, hogy a jövőben a dolgok kedvezően alakulnak. Ez azt jelenti, hogy a személyiség jegyről van szó, mivel tartós jellemvonás, diszpozíció. „Nagy” optimizmusnak is nevezik, ezzel szemben áll a „kis” optimizmus fogalom, amely tulajdonképpen egy eseményre vonatkozó pozitív elvárás, tehát szituációs optimizmus (Hamvai, 2014).

A másik elmélet, amely az optimizmust, mint magyarázó stílust azonosítja, Seligman (1972) *tanult tehetetlenség* definíciójából indul ki és *attribúciós optimizmus*nak nevezik (Hamvai, 2014). Seligman (2012) állatkísérletek nyomán felismerte, hogy ha az embert egymást követő, kiszámíthatatlan averzív ingerek érik, akkor meg sem próbálják azokat elhárítani (még akkor sem, ha elkerülhetőek), mivel úgy érzi, hogy nincs befolyása rá. Megtanulják, hogy tehetetlenek a problémával szemben. Seligman szerint a tanult tehetetlenségre a pesszimisták hajlamosabbak, mint az optimisták, akik próbálkoznak a problémák megoldásával és nem adják fel a reményt.

További kísérletekkel rájött arra, hogy az optimizmus ugyanúgy tanulható, ahogyan a pesszimizmus (tehetetlenség). Egy realisabb szemlélet elsajátításával, illetve a pozitív tényezőkre való összpontosítással és kitartással optimistábbá válhatunk (Seligman, 1998).

A diszpozicionális (vonás) és attribúciós optimizmus mellett még számos optimizmus konstruktumot különít el Norem és Chang (2002, idézi Szondy, 2008, 23. old.). Az optimizmust „ernyő” fogalomként definiálják, utalva a különböző meghatározásokra. Norem és Cantor munkája nyomán Szondy összefoglalta a legjelentősebb optimizmus konstruktumokat, melyeket az alábbi táblázat szemléltet (Norem és Cantor, 2002, idézi Szondy, 2008, 23. old.):

1. táblázat: optimizmus konstruktumok

Optimizmus konstruktum	Tanulmány	Rövid leírás
diszpozicionális (vonás) optimizmus	Scheier és Carver (1985)	Generalizált pozitív elvárás a jövőre vonatkozóan.
optimista és pesszimista attribúciós stílus	Peterson és Seligman (1984)	A pozitív és negatív események magyarázata az internalitás, globalitás és stabilitás dimenziói mentén.
naív optimizmus	Epstein és Meier (1989)	Sztereotíp, leegyszerűsítő gondolkodás és széleskörű általánosítás pozitív eseményt követően.
optimista illúziók, torzítások	Taylor és Brown (1988)	Tendenciózus torzítások az alábbi 3 területen: illuzórikusan pozitív énkép, a kontroll illúziója, illuzórikusan pozitív jövőkép.
neurotikus és racionális pesszimizmus	Kelman (1945)	A szerző megkülönbözteti a racionális (reális) pesszimizmust és a neurotikus (irracionális) pesszimizmust, mely krónikus elégedetlenséghez és reménytelenségérzéshez társul.
irreális optimizmus	Weistein (1980)	A negatív események megjelenési valószínűségének lebecsülése.
irreális pesszimizmus	Dolinski és munkatársai (1987)	Valós fenyegetettségi helyzetben (pl. a csernobili katasztrófa után) a személyek azt gondolják, hogy nagyobb veszélynek vannak kitéve, mint mások.
defenzív pesszimizmus és stratégiai optimizmus	Norem és Cantor (1986)	A defenzív pesszimizmus olyan szorongáscsökkentő stratégia, amely során a személy felkészül a negatív kimenetekre, ez azonban nem csökkenti teljesítményét.
szituáció-specifikus optimizmus	pl. Segestrom és munkatársai (2003)	Egy konkrét esemény (pl. vizsga, orvosi vizsgálat) kimenetével kapcsolatos elvárás.

Optimizmus konstruktum	Tanulmány	Rövid leírás
remény	Synder (1989)	A célelésre irányuló kognitív konstruktum, melynek két összetevőjét különböztetik meg: a sikeres hatóerőre vonatkozó gondolatokat (melyek mentális motivációként működnek) és a megoldási lehetőségekre vonatkozó gondolatok.

Pikó (2010) érzelmi szintű pszichológiai védőfaktoraként értelmezi az optimizmust. Az optimizmus egészségre kifejtett jótékonyhatása a magatartáson és a hangulaton keresztül érvényesül, valamint jelentős szerepe van a megküzdésben (probléma- illetve érzelmeközpontú coping-stratégiák mozgósításában).

Az optimizmus stabil vonásnak tekinthető, ez azért meglepő, mert örökletességét csupán 25%-ra teszik. Ez alapján a környezet nagyobb szerepet tölt be az optimizmus formálásában (Barkóczi, 2012). Seligman (2012) felhívja a figyelmet arra, hogy az attribúciós stílus kialakulásában jelentős szerepe van a szülőknek, nevelőknek. Így elengedhetetlen, hogy már gyermekként megtanuljuk, hogyan kell optimistának lenni. [Itt nem szabad elfelejteni, hogy attribúciós optimizmusról van szó].

### 2.2.3. Az optimizmus és pesszimizmus viszonya

Ha optimizmusról beszélünk, akkor tisztáznunk kell a pesszimizmushoz való viszonyát is. Hétköznapi értelemben az pesszimizmust az optimizmus ellentétéként határozzuk meg.

Scheier és Carver (1985) is bipolárisan értelmezte az optimizmus és pesszimizmus fogalmát, tehát ugyanannak a dimenzióknak két végpontjaként. Így az általuk kidolgozott Életszemlélet Teszten (LOT) elért magas pontszám optimizmust, míg az alacsony pontszám pesszimizmust jelent. Azonban a teszt faktoranalitikus vizsgálata (például Chang, D’Zurilla, 1996) azt támasztja alá, hogy két különálló faktorról van szó (Szondy, 2006).

Peterson (2000, idézi Matthews, Deary, Whiteman, 2003, 261. old.) is rávilágít arra, hogy ezek a fogalmak nem zárják ki kölcsönösen egymást, ugyanis aki általánosságban optimista, még előfordul, hogy bizonyos helyzetben, egyes esetekben pesszimista.

#### 2.2.4. Optimizmus és fizikai egészség

Tiger (1979) az optimizmust az evolúció során kialakult legadaptívabb funkciónak tekintette az emberi fajnál és úgy gondolta az élet végességéből adódó félelem ellensúlyozására jött létre. Még ha vitatható is a nézet, adaptivitása kétségtelen, mivel számos egészségmutatót pozitívan befolyásol: az optimizmus hozzájárul a gyógyulás gyorsulásához (Scheier és mtsai, 1999), a szívroham utáni hosszabb túlélési időhöz (Peterson és Bossio, 2002) (Szondy, 2005). Optimizmus és egészség kapcsán számos tanulmány jelent meg, amelyekben az optimizmust egy elvárásként fogalmazták meg a pozitív jövőbeli kimenetekre vonatkozóan [tehát diszpozicionális optimizmusként értelmezik]. Sok esetben találtak pozitív kapcsolatot az optimizmus és bizonyos egészségiállapot-változók között a fizikai állapotra vonatkozóan. Taylor, Kemeny, Reed, Bower és Gruenewald (2000) az immunrendszerre való pozitív hatását vizsgálták, míg Allison, Guichard, Fung és Gilain (2003) az optimizmus túlélési esélyre gyakorolt hatását nézték daganatos betegek esetében (Pikó és Hamvai, 2010).

Az optimizmus egyes helyzetekben erősíti, míg más helyzetekben gyengíti az immunfunkciókat. Stressz és konfliktusmentes esetben (pl. Kohut, Coper és mtsai, 2002) az optimizmus pozitívan hat az immunrendszerre, míg abban az esetben, ha az egyének kontrollálatlan helyzetbe kerülnek (pl. Sieber, Rodin és mtsai, 1992) inkább immunszuppresszív hatás érvényesül (Szondy, 2006).

A kutatások legnagyobb része szerint a magasabb diszpozicionális optimizmus jobb szubjektív egészségi állapottal (a vizsgálati személy véleménye saját egészségi állapotáról) társul (pl. Aspinwall és Taylor, 1992) (Szondy, 2006, 63-64. old).

Az optimizmus és fizikai egészségi állapot közötti összefüggés hátterében egy harmadik, „rejtett” változó állhat, amely a neuroticizmus. Ez alapján néhány kutató feltételezi, hogy az optimizmus egészségre gyakorolt hatását tulajdonképpen az optimizmus neuroticizmussal való kapcsolata adja. Ezért Scheier, Carver és Bridges (1994) megalkották a LOT átdolgozott változatát (LOT-R), ahol az optimizmus és neuroticizmus korrelációja kisebb mértékű (-0,36)(Szondy, 2006).

Az optimizmus szerepe a megelőzésben is fontos, preventív lehet a betegségekkel (pl. kardiovaszkuláris megbetegedés) és fizikai ártalmakkal szemben (Hamvai, 2014).



### 2.2.5. Optimizmus konstruktumok és egészségmagatartás

Az optimizmus és egészségmagatartás összefüggéseire vonatkozóan általánosságban elmondható, hogy az optimizmus inkább az egészségvédő magatartásokkal áll kapcsolatban, míg az egészségkárosító magatartással fordított a viszonya (Hamvai, 2014).

Az egészségmagatartás modellek a tudatos információfeldolgozás mellett az optimizmus szerepét is hangsúlyozzák az egészségcélok elérésében. Taylor és Gollwitzer (1995, idézi Delle Fave, 2011) szerint a cél megvalósítás folyamatában az optimizmus erőforrásként szolgál, ugyanis növeli a kitartást, ezáltal segíti a küzdelmet.

Scheier és Carver úgy fogalmaz, hogy az optimizmusnak akkor van szerepe a viselkedés változtatásában, ha a kitűzött cél elérését valami akadályozza. Ebben az esetben az optimista személy nem hátrál meg, keményebben dolgozik, ezáltal nagyobb valószínűséggel koronázza siker a viselkedését (Scheier és Carver, 1985, idézi Szondy 2005).

Azonban az is előfordulhat, hogy optimizmusunkkal lebecsüljük állapotunk súlyosságát (defenzív vagy irreális optimizmus). Az egészségmagatartás szempontjából a legadaptívabb a pozitív szintű realizmus és optimizmus ötvöze, mivel a veszély felmérésében a realizmus segít „visszafogni” az irreális optimizmust, ugyanakkor az optimizmus növeli az énhatékonyságot, ezáltal személyes erőforrásainkat annak érdekében, hogy megbirkózhassunk a betegséggel (Aspinwall és Brunhart, 1996, idézi Delle Fave, 2011).

Szondy (2005) három konstruktum összefüggésében mutatja be az optimizmus és egészségmagatartás kapcsolatára vonatkozó jelentősebb kutatásokat:

Lobel és munkatársai (2000) veszélyeztetett terhes nőket vizsgált és azt találták, hogy egészségvédő testedzés csökkenti a koraszülés valószínűségét. Robbins és munkatársai (1991) azt támasztották alá, hogy egészséges emberek esetén is pozitív együttjárás van az egészségvédő viselkedés és az optimizmus között.

Bosompra és munkatársai (2001) szerint viszont az optimizmus negatívan hat az egészségmagatartás alakulására. Azt tanulmányozták, hogy a rákszűrésen való részvételt hogyan befolyásolják bizonyos pszichoszociális tényezők, melynek eredményeképpen azt állapították meg, hogy az optimizmus a rákos megbetegedés észlelésének alacsonyabb valószínűségével párosul, amely hozzájárul a szűrővizsgálatokon való csökkent részvételhez.

Léteznek olyan kutatások is, amelyek nem mutatnak kapcsolatot a két változó között. Erre példa Schroder és Schwarzer (2005) tanulmánya, ahol az önkontroll, diszpozicionális optimizmus és egészségre vonatkozó kontrollhit befolyását vizsgálták szív-műtéten átesett betegek egészségmagatartására vonatkozóan. Úgy találták, hogy leginkább az önkontroll befolyásolta az egészségmagatartást, míg a diszpozicionális optimizmus nem korrelált szignifikánsan azzal.

Az irreális optimizmus konstruktumának tekintetében is végeztek vizsgálatokat, köztük a dohányzásra vonatkozóan is (pl. Boney- McCoy és mtsai, 1992). Az eredmények alapján a dohányzó személyek alulbecsülik a dohányzással járó veszélyeket, tehát irreálisan optimistának bizonyultak. Davidson és Prkachin (1997) az egészségmagatartásra kifejtett hatást vizsgálták az irreális optimizmus és a diszpozicionális optimizmus tükrében és arra az eredményre jutottak, hogy a testedzés mértéke összefügg a két változó kölcsönhatásával, magyarul, akik minkét konstruktumra magas pontszámot kaptak kevesebb edzést végeztek.

Igen kutatott téma a terápia specifikus optimizmus kapcsán az antiretrovírus terápián résztvevő a HIV-fertőzöttek szexuális magatartása. Kalichman és munkatársai (1998) homo- és biszexuális férfiak mintáját vizsgálva összefüggést találtak a védekezés nélküli szexuális magatartás és a terápiával kapcsolatos pozitív elvárások között. Más kutatók (Huebner és mtsai, 2004) fordított viszonyt feltételeznek, tehát úgy válik, hogy a védekezés nélküli szexuális aktust követően az optimizmus pozitív befolyással van a személy szorongására.

Összefoglalva elmondható, hogy a diszpozicionális optimizmus (pozitív kimenet elvárása) esetében a legtöbb kutatás alapján pozitív együttjárás figyelhető meg, míg az irreális optimizmus (negatív kimenetel hiányának elvárása) negatívan korrelál az egészségvédő magatartással. Az egészségvédő magatartást leginkább két tényező: az irreális optimizmushoz köthető észlelt veszély mértékének, és a vonásoptimizmushoz rendelt megküzdési mechanizmusok kölcsönhatása befolyásolja (Szondy, 2005).

### **2.2.6. Az optimizmus mérése**

Scheier és Carver 1985-ös tanulmányukban tették közzé az Életszemlélet Tesztet (LOT, Life orientation Test), de mivel sok kritika érte a prediktív validitásra vonatkozóan, 1994-ben kifejlesztették az átdolgozott változatát (LOT-R). Az Életszemlélet Teszt a leggyakrabban

alkalmazott kérdőív a diszpozicionális (vonás) optimizmus felmérésére. A LOT-R magyar validálását és reliabilitását Bérdi Márk és Köteles Ferenc végezte és az eredmények összhangban voltak a külföldi tapasztalatokkal. (Bérdi és Köteles, 2010).

Scheirer és Carver (1985, idézi Szondy 2006) Életszemlélet Tesztjén elért magas pontszám az optimizmust jelenti, míg az alacsonyabb pontszám a pesszimizmust. A vonásoptimizmus mérésére kifejlesztett kérdőív a skála két végpontjára helyezi, mintegy ellentétként értelmezve az optimizmust és pesszimizmust. Azonban ezzel az állásponttal nem mindenki ért egyet, faktoranalitikus elemzésre támaszkodva azt állítják, hogy két különböző, bizonyos mértékig önálló dimenzióról van szó (pl. Chang, D’Zurilla, Maydeu, Olivares, 1994, idézi Szondy, 2006).

A KROKO (Kell a Remény az Optimizmus Kialakulásához Országszerte) kérdőívet Dr. Cronio Pérez kolumbiai születésű magyar pszichológus, újságíró 1992-ben fejlesztette ki és alkalmazta, mellyel az volt a célja, hogy könnyen és gyorsan megállapítható legyen az optimizmus szintje (Rózsahegyi, 2006). A skála validálását és 21- ről 14 tételre való rövidítését Köteles, Szemerszky és Rózsahegyi végezte el. A KROKO a tágabb értelemben vett optimizmust, életkedvet méri és három alszkálája van: megküzdés, önértékelés és közvetlen optimizmus (Köteles, Szemerszky és Rózsahegyi).

## **2.3. Személyiségelméletek**

### **2.3.1. Big Five: A személyiség ötfaktoros elmélete**

A Big Five öttényezőes személyiségmodell, mely szerint a személyiséget öt magasabb rendű faktor alkotja. Az első tudományos kutatást D. W. Fiske 1949-ben jelentette meg a modellről, majd a nyolcvanas és kilencvenes években fellendült a téma vizsgálata és a kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy az öt faktor kultúrától és nyelvtől független. Az öt személyiségdimenzió a következő:

1. *Extraverzió*: önbizalmat, magabiztosságot, impulzusok szabad kifejezését jelenti,
2. *Barátságosság*: általában a kapcsolatok fenntartásának képessége, szolgálatkészség, gondoskodás, érzelmi támogatás jelzőit foglalja magában,
3. *Lelkiismeretesség*: tervezés, kitartás, célokért való küzdelem tartozik ide,
4. *Emocionalitás vagy neuroticizmus*: lényege a szubjektív szorongásélmény,

5. *Nyitottság*: a szerzők leginkább az intellektussal hozzák összefüggésbe (Carver és Scheier, 2006, 85-89. old.).

A Big Five személyiségelméletek legfőbb kritikája, hogy bizonyos faktorok még most is vitatottak, illetve felmerül a kérdés, hogy vannak-e még további dimenziók? Emellett nem tudja leírni a személyiség leírásának minden variációját.

Az öt személyiségjegyet mérő legfőbb mérőeszközök a következők: Big Five Questionnaire (BFQ), NEO- Personality Inventory (NEO-PI), Big Five Adjectives (BFA), illetve rövidített kérdőívei: Ten Item Personality Inventory (TIPI) és a Five Item Personality Inventory (FIPI).

### **2.3.2. Rotter kontrollhely elmélete**

Rotter kontrollhely teóriája a személyiségpszichológia úgynevezett szűk tartományú elméletekhez tartozik, tehát a személyiség egy bizonyos részét írja le. Maga a megközelítés a szociális tanuláselméletet veszi alapul, Rotter 1966-os tanulmányában azt írja, hogy a külső és belső kontroll alapja a jutalmakhoz kapcsolódó belső vélekedés arról, hogy a világ egyes jelenségeit saját viselkedése eredményezte vagy ettől függetlennek tartja (Mirnics, 2006).

Belső kontrollosnak tekinthető az a személy, aki úgy gondolja, hogy egy szituációban, ami történt, történik vagy történni fog, az ő viselkedésének, tetteinek következménye. Tehát a pozitív és negatív eseményeket egyaránt saját akcióinak és személyi kontrolljának tulajdonítja. A külső kontrollos személy ezzel szemben úgy véli, hogy cselekedetei nem állnak összefüggésben azzal, ami az adott szituációban vele történik. Sokkal inkább tulajdonítja a szerencsének vagy a sorsnak, felsőbb erőknek. Ez együtt jár azzal a hittel, hogy nem érdemes küzdeni, mivel ami velünk történik, az nem saját erőfeszítéseink végeredménye, és ez a nézet magában hordozza a magabiztosság és a saját képességben való hit hiányát (Oláh, 1982). Phares (1989) vizsgálatai alapján megállapította, a külső kontrollhitű egyén megtanulhatja, hogy nincs befolyással az adott viselkedés következményére. (Ez a tanult tehetetlenség jelensége, melyhez Seligman a pesszimizmust rendeli).

A külső-belső kontroll attitűdöt kontinuumként kell értelmezni. A külső kontrollosok relatíve passzívabbak, nem törekednek arra, hogy növeljék a megerősítések (jutalmak) számát és gyakoriságát. A külső-belső kontroll kontinuum közepén elhelyezkedők úgy látják, hogy a környezetet megváltoztatni nem tudják, mégis aktívabban állnak hozzá a dolgokhoz,

opportunistáknak tekinthetők, alkalmazkodó viselkedéssel próbálnak megerősítéshez jutni, ugyanakkor szoronganak is amiatt, hogy sikerül-e tökéletesen megfelelni az elvárt társadalmi szerephez. Az erőteljesebb belső kontrollt mutató személyek hisznek abban, hogy környezetüket, a világot megváltoztathatják, ambiciózusak, kreatívak, felfedezők (Oláh, 1982).

### **2.3.2.1. A kontroll helyének szerepe az optimizmus- pesszimizmusban és a magatartásban**

Cronio Pérez szerint a külső-belső kontroll-attitűd, illetve az optimizmus- pesszimizmus a legalapvetőbb motivációs tényezőknek tekinthetők (Pérez, 2004).

Rotter a kognitív tényezők szerepét hangsúlyozza a viselkedés változásában, attitűdöket, elvárásokat fogalmazzunk meg a jövőbeli viselkedésünkre vonatkozóan és ezek befolyással vannak a tetteinkre (Phares, 1989).

Hoorens és Buunk (1993, idézi Pérez, 2004, 12. old.) középiskolások esetében vizsgálta a kontrollhely és optimizmus összefüggését, és az eredmények szerint, akik úgy érzik, hogy kontrollal rendelkeznek az események felett, optimistábbak, mint azok, akik ezen események történéseiben külső okokat feltételeznek.

A modern és posztmodern társadalomban a magatartáskontroll az egészségviselkedés szempontjából is meghatározó jelentőségű. A modernizáció során megerősödött belső kontroll szerepét a fogyasztói társadalomban a külső kontroll vette át, a külső megerősítés által vezérelt ember sokkal könnyebben válik manipuláció áldozatává, mint az értékeihez, céljaihoz ragaszkodó belsőleg kontrollált személy. Egészségmagatartás szempontjából fontos, hogy sikeresen tudjunk változtatni viselkedésünkön, kontrollálni tudjuk döntéseinket (Pikó, 2005).

A pozitív hozzáállás és optimizmus hozzájárul fizikai és mentális jóllétünkhöz, életminőségünk javulásához, amelyek elősegítik a hatékonyabb munkavégzést is, és végső soron pozitív hozadékát van a gazdaság számára.

### 3. A vizsgálat

#### 3.1. Kérdésfeltevés

Vizsgálatomban arra keresem a választ, hogy milyen kapcsolatok vannak az optimizmus és egészségmagatartás, valamint a külső-belső kontroll és Big Five személyiségelméletek között munkavállalókat tekintve.

Hipotéziseimet a releváns szakirodalom és az eddigi kutatási eredmények alapján fogalmaztam meg. Feltevéseim a következők:

- 1. Hipotézis: Az optimizmus pozitívan befolyásolja az egészségvédő magatartásokat (fizikai aktivitás, rendszeres szűrővizsgálaton való részvétel, kiegyensúlyozott táplálkozás, elegendő alvás).*

Szondy (2008) kutatásai alapján az optimizmus- pesszimizmus és egészségmagatartás nem mutat egységes mintázatot, egyes egészségvédő magatartások az optimizmussal (testedzés), mások a pesszizmussal (szűrővizsgálatokon való részvétel, dohányzás) korrelálnak. Hamvai (2014) serdülők körében vizsgálta az optimizmus- egészségmagatartás kapcsolatát, melynek eredményeképpen azt állapította meg, hogy a magasabb szintű optimizmus nagyobb eséllyel gyakoribb egészségvédő magatartáshoz vezet (kivéve a dohányzás esetében).

Azt szeretném vizsgálni, hogy az optimizmusnak milyen szerepe van az egészségmagatartások kialakulásában.

- 2. Hipotézis: Párkapcsolatban vagy házasságban élő személyek optimistábbak, mint az egyedülálló, illetve elvált egyének.*

Ellen Idler kutatócsapatával szívműtéten átesett pácienseket vizsgált a túlélési időtartammal kapcsolatban. A kutatás arra az eredményre vezetett, hogy a házastársi kapcsolatban levők tovább élnek az egyedülállókhöz képest. Idler ezt azzal magyarázta, hogy a házasságban élők optimistábbak, jobban képesek kezelni a műtéttel kapcsolatos félelmeiket, illetve a műtét utáni fájdalmakat.

3. *Hipotézis:* Az optimistábbak kevesebbet voltak táppénzen betegségük esetén, mint a pesszimistábbak.

Az optimizmus alapvetően akkor gyengíti az immunfunkciókat, ha az egyének kontrollálhatatlan vagy hosszabb ideig fennálló stresszhelyzettel találkoznak (Szondy, 2004). Ezzel szemben, ha valaki beteg lesz és nem megy táppénzre, úgy gondolhatja, hogy kontrollálható a helyzet és így az optimizmus erősíti az immunműködést és gyorsabban is gyógyul. Ez alapján feltételezem azt, hogy akik nem mennek táppénzre betegségük esetén, azok optimistábbak.

4. *Hipotézis:* Az optimizmus korrelál az extraverzió, lelkiismeretesség, barátságosság, érzelmi stabilitás Big Five dimenzióival, de nincs kapcsolatban a nyitottság dimenzióival.

Sharpe, Martin és Roth (2011) tanulmányukban a Big Five személyiségjegyek és a diszpozicionális optimizmus kapcsolatát vizsgálták és azt találták, hogy az optimizmus a következő négy Big Five faktorról mutat erős korrelációt: az emocionális stabilitás, extraverzió, lelkiismeretesség és barátságosság. A nyitottsággal nem mutatkozott erős kapcsolat.

Zuckerman (2002, idézi Szondy, 2008) szerint ugyanazok a biológiai tényezők határozzák meg a neuroticizmust, mint a pesszimizmust és az ő megállapítását támasztja alá számos kutatás, mely szerint a pesszimizmus magas szintje magas vérnyomást és magas arousal szintet indukál.

5. *Hipotézis:* Minél inkább belső kontrollal rendelkező egy személy, annál inkább optimista.

Rotter (1962, idézi Oláh, 1982, 12-13. old.) úgy véli, hogy a belső kontrollal rendelkező személy eredményeit saját cselekedeteinek köszönheti, befolyással van az eseményekre. Ezzel szemben a külső kontrollal rendelkező személy inkább a szerencsének vagy a sorsnak tulajdonítja az eredményeket és azt gondolja, hogy az események kimenete általa nem kontrollálható.

Pérez (2004) kolumbiai és magyar egyetemistákat vizsgált külső- belső kontroll és optimizmus összefüggésében. Szignifikáns korrelációt talált a magyar hallgatók körében a belső kontroll és optimizmus között.

6. *Hipotézis:* A külső kontrollhitűek között gyakoribb az egészségkárosító magatartásforma (dohányzás és alkoholfogyasztás), mint a belső kontrollhitűek esetében.

Straits és Sechrest (1963), valamint Woodruff és Werner (1965) vizsgálatai azt támasztották alá, hogy azok a személyek, akik dohányoznak, kissé externálisabbak azoknál, akik nem dohányoznak (Phares, 1989).

Pérez (2004) szerint a külső kontrollhit inkább pesszimizmushoz kötődik és Pikó (2005) úgy véli, hogy a pesszimisták nem figyelnek annyira oda az egészségükre. Ez alapján feltételezhető, hogy a külső kontrollhit összefügg az egészségkárosító magatartásformákkal.

7. *Hipotézis:* A külső-belső kontrollhely értékei korrelálnak az lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás dimenzióival, de nem mutatnak kapcsolatot az extravertió, barátságosság, nyitottság Big Five személyiségfaktorokkal.

Garma (1992) két külső-belső kontroll kérdőívet: az egydimenziós Rotter-féle és a többdimenziós Levenson-féle mérőeszközt vetette össze a Big Five faktorokkal (NEO-PI) egyetemisták mintáján. A vizsgálatom szempontjából a Big Five jegyek Rotter skálával való kapcsolata a releváns, ezért Garma kutatásának eredménye ennek tükrében: míg az extravertió, nyitottság és barátságosság csak kis mértékben kapcsolódott a Rotter külső- belső kontroll skálához, addig neuroticizmus és lelkiismeret dimenziói szoros összefüggést mutattak azzal.



## 3.2. A vizsgálat bemutatása

### 3.2.1. A vizsgálati minta

A vizsgálatban 107 fő vett részt, ebből 96 (27 férfi és 69 nő) értékelhető válasz született. A kérdőívet interneten tettem közzé, a résztvevőket tájékoztattam arról, hogy a felmérésben való részvétel önkéntes és anonim, valamint feltételként szerepelt, hogy aktív munkavállalók kitöltésére számítok.

### 3.2.2. A vizsgálat módszere

A kutatás során használt kérdőív négy elemből állt: 1. demográfiai adatok felmérése és egészségmagatartásra vonatkozó kérdések, 2. Big Five személyiségdimenziók meghatározása TIPI kérdőívvel, 3. Optimizmus mérése Életszemlélet tesztel (LOT-R), és 4. a kontrollhely meghatározása, Rotter külső- belső attitűd kérdőív alkalmazásával.

Az egészségmagatartás felmérésére Szondy (2008) és Hamvai (2014) kérdőívében megjelenő kérdéseket vettem alapul, amit kiegészítettem saját kérdésekkel is (1.sz. melléklet).

A személyiségfaktorok felméréséhez a Ten Item Personality Inventory (TIPI) (2. sz. melléklet) kérdőívet használtam. A TIPI egy pszichológiai értelemben bevizsgált, validált, megbízható kérdőív, amely a rövid Big Five mérőeszközökhöz tartozik, Gosling (2003, idézi Mirnics, 2006) és csoportja publikálta.

A TIPI kérdőív, ahogyan a neve is mutatja, tíz tételből áll és a személyiség öt alapidimenzióját méri, úgy, mint:

- *Extraverzió*: az egyén szociális nyitottságát, határozottságát, társasági viselkedését, vezetői tulajdonságait vizsgálja.
- *Barátságosság*: azt mutatja meg, hogy a tesztalany mennyire kooperatív, melegszívű, empatikus.
- *Lelkiismeretesség*: felelősségteljes magatartást, kitartást és szabálykövető viselkedést jelent.

- *Érzelmi stabilitás*: ez a faktor azt mutatja meg, hogy a személy mennyire nyugodt, magabiztos erős érzelmi reakciók hatására, illetve viselkedésének hatékonyságát mennyire befolyásolja hangulati állapota.
- *Nyitottság*: az egyén újra való fogékonyságát jelzi, mennyire kíváncsi, kreatív és fantáziadús, valamint tanul-e a tapasztalataiból.

A TIPI fő előnye, hogy kiterjeszti a tanulmányterületeket, amelyekben a Big Five alkalmazható, rövidege (ugyanakkor megbízhatósága) lehetővé teszi, hogy a Big Five dimenziók és egyéb eredményekkel, konstrukciókkal összevethetőek legyenek. Másik nagy pozitívuma, hogy kiküszöböli az itemek sokaságát, így elkerülhető az alany unalma és az a gyakran kifejezett érzése, hogy újra és újra ugyanarra a kérdésre kell felelnie (Gosling, 2003). Ugyanakkor azt is érdemes megemlíteni, hogy a standard többteteles mérőeszközökhöz viszonyítva a TIPI kevésbé tekinthető megbízhatónak, illetve kisebb a korrelációja más eljárásokkal, mégis kis erőforrás igényűek és más kutatásokkal foglalkozó szakembereknek nagyobb döntési szabadságot ad.

A TIPI tíz tétele egyenként két aspektust tartalmaz, az öt tulajdonságcsoport jellemzőségét az egyén önmagára nézve egy hétfokú skálán ítéli meg. A tételek a következők:

1. Extravertált, lelkes
2. Kritikus, veszekedős
3. Megbízható, önkontrollal rendelkező
4. Nyugtalan, hirtelen haragú
5. Nyitott, komplex gondolkodású
6. Visszahúzó, csöndes
7. Megértő, melegszívű
8. Szervezetlen, figyelmetlen
9. Nyugodt, kiegyensúlyozott
10. Konvencionális, nem kreatív

A teszt minden Big Five tulajdonsághoz két tételt rendel. Az egyik (vastaggal szedett) a kettő közül mindig fordított: **1, 6**: extravertió, **2, 7**: barátságosság, **3, 8**: lelkiismeretesség, **4, 9** érzelmi stabilitás, **5, 10**: nyitottság.

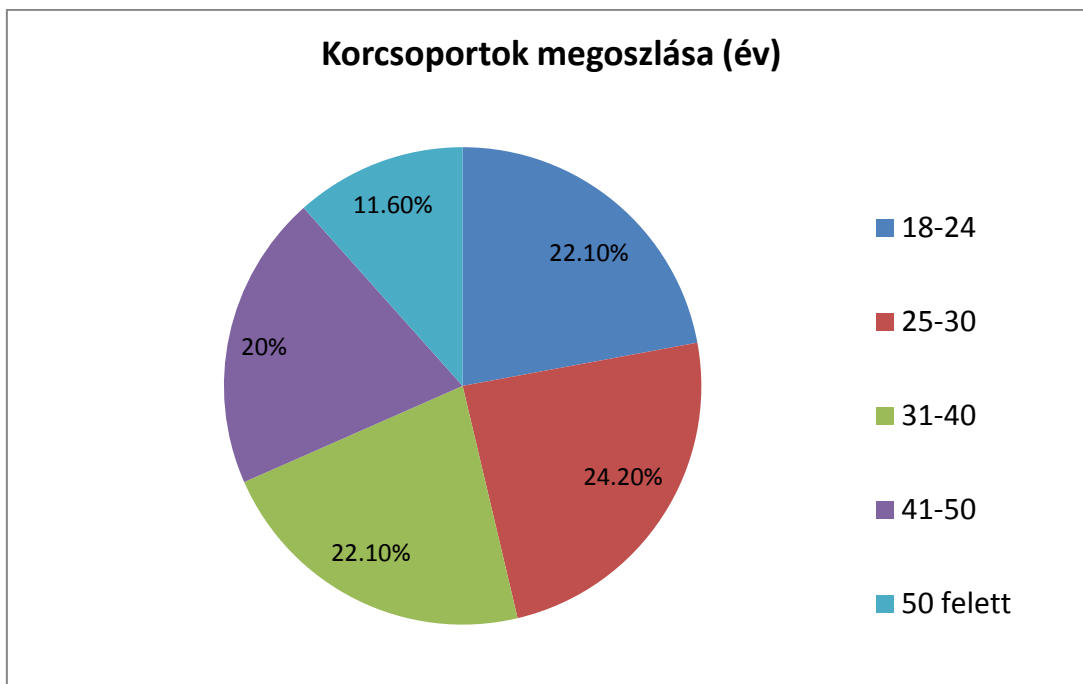
A TIPI pontozása úgy zajlik, hogy először a fordított tételeket átkódoljuk. Majd a tulajdonsághoz tartozó két itemet átlagoljuk. Ha például az extravertiót vesszük, akkor a hozzá tartozó itemek az 1-es és 6-os. Az első tétel 5-ös pontszámot kapott. A 6-os a fordított tétel, tehát, ha a tesztalany 2-es pontszámot adott a hetes skálán, akkor az megfordítva 6-os. Ehhez hozzáadjuk az első értéket, az 5-öt és átlagoljuk, így 5.5 lesz az eredmény. Ezt a számítást minden jegyre elvégezzük.

A diszpozicionális optimizmus mérésére a LOT-R (Life Orientation Test- Revised) (3. sz. melléklet) tesztet alkalmaztam, amelyet Carver és Briggs dolgozott ki 1994-ben. A kérdőív 10 tételből áll, amelyből 4 töltelék (2., 5., 6., és 8.) tétel. Az értékelendő 6 item közül három pozitív és három negatív. Az 1., 4. és 10. választ hagyományosan kell pontozni, de a 3., 7., és 9-es tételt fordítottan. Az egyes itemeket 5-fokú Likert skálán kell értékelni, ezáltal a vonásoptimizmus értéke 6 és 30 között mozog, minél magasabb a pontszám, annál magasabb a vonásoptimizmus értéke.

A külső-belső kontroll attitűd mérésére az egyik leggyakrabban használt mérőeszközt, Rotter-féle külső- belső kontroll attitűd kérdőívet (Internal-External Control Scale) használtam (4. sz. melléklet). A teszt 29 állításpárt tartalmaz, amelyek közül 6 töltelék tétel. A tételenként két állítás közül a vizsgálati személynek a rá jellemzőt kell megjelölnie. A kérdőív azt méri, hogy az egyén hol helyezkedik el a két dimenzió mentén, mivel különböző helyzetekben elvárása van arról, hogy a siker saját viselkedésétől függ (belső kontroll) vagy külső tényezők határozzák meg (külső kontroll). Hazai mintán vizsgálva a nők átlagpontszáma külső kontroll esetén: 10.69, férfiaknál 10.28 (4.15-ös szórás mellett) (Oláh, 1982).

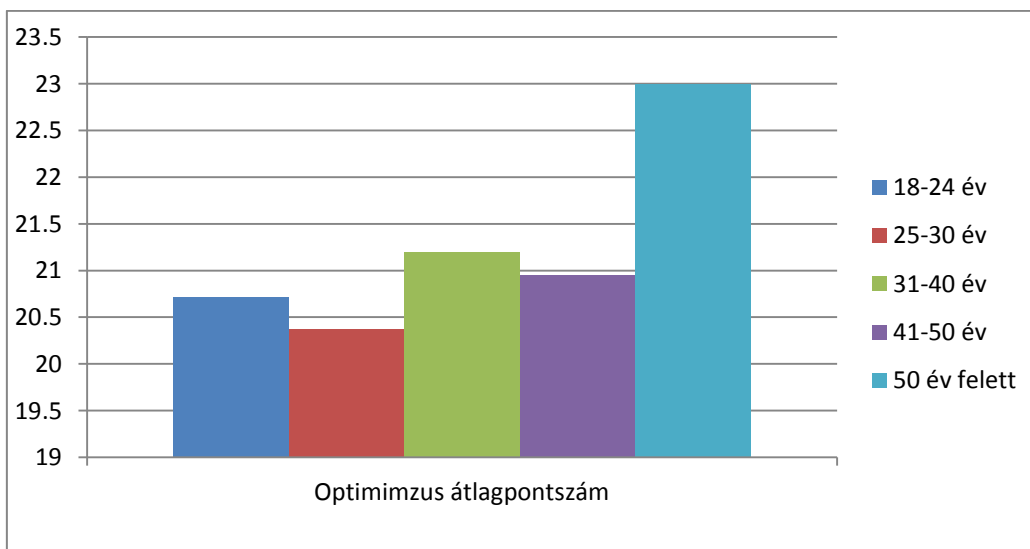
### **3.2.3. Eredmények és azok értéklelése**

A statisztikai adatfeldolgozást SPSS program segítségével végeztem el. Az adatfelvétel során öt korcsoport szerint kaptam válaszokat, mely szerint a kitöltők megoszlása a következőképpen alakult:



3.1. ábra: A vizsgálati minta korcsoport szerinti megoszlása

A minta optimizmus pontszámának átlaga 21, 252 pont volt. Tekintve, hogy a maximális pontszám 30, illetve az alsó határ 6 pont, ez egy elég magas eredmény. A korcsoportok szerinti optimizmus pontszámok az alábbi ábrán látható:



3.2. ábra: A vizsgálati minta korcsoport szerinti átlagpontszámai

A külső-belső kontroll eredményeit tekintve a minta átlaga 12, 16 pont, amely nem jelent szélsőséges értéket egyik irányban sem, ha Pérez (2004) szerint kategorizálunk (11,5 pont felett), inkább külső kontrollos attitűdöt tükröz.

A Big Five személyiségfaktorok átlageredményei a minta tekintetében az 5. sz. mellékletben találhatóak.

A hipotézisek nagyrészt korrelációs összefüggéseket vetettek fel, ezért készítettem egy korrelációs táblázatot az adatelemzéshez (6. sz. melléklet). A következőkben a hipotézisek ellenőrzését egyenként tekintem át.

*1. Hipotézis: Az optimizmus pozitívan befolyásolja az egészségvédő magatartásokat (fizikai aktivitás, rendszeres szűrővizsgálaton való részvétel, kiegyensúlyozott táplálkozás, elegendő alvás/pihenés).*

A hipotézis ellenőrzése céljából az optimizmus és az egészségvédő magatartások közötti korrelációkat vizsgáltam meg. Első lépésként khi-négyszet próbával ellenőriztem a minta eloszlását. Majd Fisher- féle egzakt próbát végeztem, hogy megvizsgáljam, van-e különbség az egészségmagatartásra vonatkozóan a nemek tekintetében (7. sz. melléklet). Nem találtam szignifikáns különbséget egyik egészségvédő magatartásnál sem, így az optimizmus vizsgálatánál nem volt szükség különbséget tenni a nemek között, együtt kezeltem a mintát.

Mivel a minta nem mutatott normál eloszlást, az együttjárások vizsgálatánál Spearman-féle rangkorrelációt (nem paraméteres eljárás) alkalmaztam, amely azt adja meg, hogy milyen erősségű lineáris összefüggés áll fenn a változók között.

Az eredmények a következőképpen alakultak:

2. táblázat: Az optimizmus és egészségvédő magatartások korrelációja

Egészségvédő magatartás	Optimizmus	
	Korreláció (r)	Szignifikancia szint (p)
Fizikai aktivitás	0,077	0,456
Szűrővizsgálaton való részvétel	0,146	0,155
Kiegyensúlyozott táplálkozás	0,125	0,226
Elegendő alvás/pihenés	0,155	0,130

Ez alapján megállapítható, hogy az első hipotézis nem igazolódott, a korreláció pozitív (igen gyenge), viszont szignifikáns összefüggés nincs ( $p > 0,05$ ) az optimizmus és az egyes egészségvédő magatartások között.

2. *Hipotézis: Párkapcsolatban vagy házasságban élő személyek optimistábbak, mint az egyedülálló, illetve elvált egyének.*

A hipotézis vizsgálatánál két csoportot alkottam: a párkapcsolatban és házasságban élők (N=66) kerültek az egyik, és az egyedülálló, elváltak (N=30) a másik csoportba. A két csoport optimizmus szintjét összevettem, Mann-Whitney próbát végeztem (8. sz. melléklet) (mivel a változók nem normál eloszlásúak), de itt sem találtam szignifikáns különbséget, (a rho értéke: 0,158), ezért a második hipotézist elvettem, optimizmus tekintetében az egyedülálló/ elváltak nem térnek el a házasságban, illetve párkapcsolatban élőktől.

3. *Hipotézis: Az optimistábbak kevesebbet voltak táppénzen betegségük esetén, mint a pesszimistábbak.*

A hipotézis vizsgálatánál az optimizmust vettem össze azokkal a válaszokkal, amelyek azt tükrözték, hogy a munkavállaló nem ment táppénzre betegség esetén. Azt az eredményt vártam volna, hogy az optimisták betegség esetén nem mennek táppénzre, mivel úgy gondolják, hogy hamar meggyógyulnak. A Spearman-féle rangkorreláció alapján az optimizmus negatív, gyenge korrelációt mutatott ( $r = -0,113$ ) a táppénz változójával, szignifikáns összefüggés ebben az esetben sem volt ( $p = 0,271$ ). Ezért a harmadik hipotézis nem igazolódott.

4. *Hipotézis: Az optimizmus korrelál az extraverzió, lelkiismeretesség, barátságosság, érzelmi stabilitás Big Five dimenzióival, de nincs kapcsolatban a nyitottság dimenzióival.*

A hipotézis vizsgálatánál az optimizmus és a Big Five egyes dimenzióinak korrelációját vizsgáltam Spearman-féle rangkorrelációval.

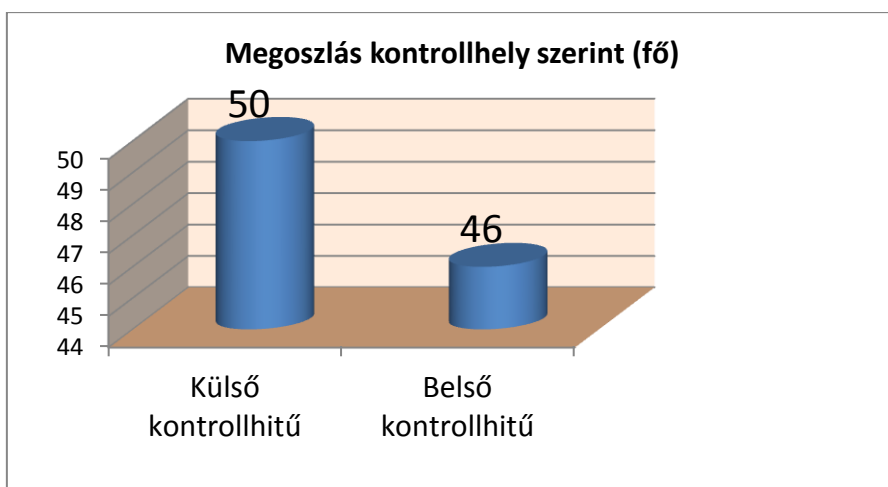
A hipotézisem részben igazolódott, ugyanis az optimizmus korrelált a lelkiismeretességgel ( $r=0,298$ ;  $p=0,003$ ), az érzelmi stabilitással ( $r=0,257$ ;  $p=0,012$ ), viszont az extravenzió ( $p=0,052$ ) és barátságosság ( $p=0,091$ ) dimenzióival nem volt szignifikáns kapcsolat.

A nyitottság faktor szintén korrelált az optimizmussal ( $r=0,380$ ;  $p=0,000$ ).

5. *Hipotézis: Minél inkább belső kontrollós attitűdű egy személy, annál inkább optimista.*

A hipotézis vizsgálatára szintén Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam, mellyel az optimizmus, illetve a belső kontroll változók együttjárását kutattam.

A belső kontrollósoknak tekintetem Pérez (2004) nyomán a Rotter-skálán 11,5 pontnál kevesebbet elérő személyeket. Bár itt fontos ismét megjegyezni, hogy külső-belső kontroll esetében inkább kontinuumról beszélhetünk, azonban a kutatás szempontjából előnyösebb volt ezt a felosztást alkalmazni. A minta megoszlása kontrollhely szerint a következőképpen alakult:



3.3. ábra: A minta megoszlása kontrollhely szerint

Az eredmény ugyan nem szignifikáns ( $p=0,084$ ), de ebben az esetben tendenciaszerű összefüggés áll fenn a belső kontroll és az optimizmus között (ugyanis a rho-érték 0,1-nél kisebb), melynek iránya a hipotézissel hasonló, ezért a feltételezés nem elvetendő, nagyobb minta esetén valószínűleg szignifikáns különbséget kapnánk.

6. Hipotézis: A külső kontrollhitűek között gyakoribb az egészségkárosító magatartásforma, mint a belső kontrollhitűek esetében.

A hipotézis ellenőrzésére ebben az esetben is Spearman-féle rangkorrelációt végeztem, a kontrollhit változóját két egészségkárosító magatartásformával: az alkoholfogyasztással és a dohányzással hasonlítottam össze. Külső kontrollosnak a Rotter- skálán 11, 5-nél magasabb pontszámot elérőket tekintettem. Szignifikáns összefüggést egyik esetben sem találtam (alkoholfogyasztás:  $r = -0,010$ ;  $p = 0,925$ ; dohányzás:  $r = 0,006$ ;  $p = 0,957$ ).

7. Hipotézis: A külső-belső kontrollhely értékei korrelálnak az lelkiismeretesség, érzelmi stabilitás dimenzióival, de nem mutatnak kapcsolatot az extraverzió, barátságosság, nyitottság Big Five személyiségfaktorokkal.

Az utolsó hipotézisem vizsgálatánál a két személyiségelmélet értékeinek összefüggését vizsgáltam Spearman- féle rangkorrelációval.

Az eredményeket az alábbi táblázat szemlélteti:

3. táblázat: A Big Five és Kontrollhely elmélet korrelációja

	Extraverzió		Barátságosság		Lelkiismeretesség		Érzelmi stabilitás		Nyitottság	
	Korr. (r)	Szign. (p)	Korr. (r)	Szign. (p)	Korr. (r)	Szign. (p)	Korr. (r)	Szign. (p)	Korr. (r)	Szign. (p)
<b>Kontrollhely</b>	-0,098	0,340	0,137	0,182	-0,088	0,392	-0,010	0,924	<b>-0,247</b>	<b>0,015</b>

Egyetlen Big Five dimenziónál, a nyitottságnál találtam biztos, de gyenge kapcsolatot, a többi faktor nem korrelált a kontrollhely értékeivel.

Miután a hipotéziseket megvizsgáltam, kíváncsi voltam arra, hogy milyen szignifikáns korrelációk vannak az egyes változók között (amelyeket nem fogalmaztam meg



hipotézisként). A Big Five személyiségfaktorai tekintve az extravertió a szűrővizsgálatokon való részvétellel ( $r=0,269$ ,  $p=0,008$ ) korrelált. A lelkiismeretesség szignifikáns negatív kapcsolatot mutatott a dohányzással ( $r= -0,246$ ;  $p=0,016$ ) és az alkoholfogyasztással (szintén  $r= -0,246$ ;  $p=0,016$ ), valamint pozitívan korrelált a szűrővizsgálaton való részvétellel ( $r=0,292$ ;  $p=0,004$ ) és az elegendő alvás, pihenésre való odafigyeléssel ( $r=0,272$ ;  $p=0,007$ ). Az érzelmi stabilitás szintén a szűrővizsgálatokon való részvétellel ( $r=0,222$ ;  $p=0,030$ ) és az elegendő alvással mutatott kapcsolatot ( $r=0,342$ ;  $p=0,001$ ). A barátságosság dimenziója együttjárást mutatott a testedzéssel ( $r=0,244$ ;  $p=0,16$ ) és az elegendő alvás/pihenésre való odafigyeléssel ( $r=0,283$ ;  $p=0,005$ ).

Az egyes egészségmagatartások között is sok összefüggés mutatkozott: például aki odafigyel a helyes táplálkozásra, az ügyel az elegendő alvásra/ pihenésre, testedzést végez és részt vesz a kötelező szűrővizsgálatokon is. Az a személy, aki dohányzik már kevésbé figyel oda az alvásra/ pihenésre és nem végez fizikai aktivitást (ld. korrelációs táblázat, 6. sz. melléklet).

### **3.2.4. Következtetések és javaslatok**

A hipotéziseim felállításánál a szakirodalomban igazolt összefüggésekre támaszkodtam és munkavállalók mintáján vizsgáltam az optimizmus és egészségmagatartás, valamint a kontrollhely és a Big Five dimenzióinak összefüggéseit.

A kutatások többsége alátámasztja a diszpozicionális optimizmus egészségmagatartásra való pozitív hatását, azonban a munkavállalók körében végzett vizsgálatomban nem mutatkozott szignifikáns összefüggés. A szakirodalommal ellentétben családi kategóriákat összevetve az optimizmussal sem találtam meghatározó kapcsolatot, az egyedülálló és kapcsolatban élők optimizmusa nem tér el jelentős mértékben. A táppénz kérdésében is megdőlt a hipotézisem, azok, akik nem veszik igénybe a táppénzt, nem optimistábbak. A Big Five dimenziók közül az extravertió, érzelmi stabilitás és nyitottság faktorai korreláltak az optimizmussal, amely részben alátámasztotta a feltételezésemet. A kontrollhely-elmélettel összefüggésben a belső kontroll és optimizmus között tendenciaszerű kapcsolat volt, a külső-kontroll az egészségkárosító magatartásformákkal nem mutatott kapcsolatot. A kontrollhely-elméletet összevetve és Big Five személyiségdimenziókkal csak a nyitottság esetében mutatott kapcsolatot, valószínűleg azért, mert a két kérdőív más kontextusban méri a személyiséget.

Érdekes, hogy sok szignifikáns kapcsolat volt a Big Five dimenziók és az egészségmagatartások, valamint az egészségmagatartás formái között.

A kutatási eredményeimet az általános szakirodalmi tendenciákkal összehasonlítva megállapítható, hogy főként az optimizmust vizsgálatánál nem egyeztek meg a kimenetek (az általános eredményeket tekintve). Azonban bizonyos vizsgálatok, pl. Schroder, és Schwarzer (2005) nem találtak egyezést az egészségmagatartás és optimizmus között. Ezért úgy gondolom, hogy szükséges lenne más mérőeszközt is alkalmazni a diszpozicionális optimizmus és egészségmagatartás kapcsolatának meghatározásához. Abban az esetben biztosabb eredményt kapnék az optimizmusra vonatkozóan. Ezen kívül a minta elemszámának növelésével feltehetően markánsabb szignifikanciát kapnék.

#### **4. Összefoglalás**

Műhelymunkámban munkavállalók körében vizsgáltam az optimizmus, egészségmagatartás és két személyiségelmélet, a külső-belső kontroll és a Big Five faktorok kapcsolatát. Azért szerettem volna munkavállalókat vizsgálni, mivel célul tűztem ki az optimizmus gazdasági hasznának bizonyítását. Az optimizmus ugyanis a szakirodalmak szerint pozitívan befolyásolja egészségmagatartásunkat, ezáltal egészségünket és úgy gondolom ez elengedhetetlen a hasznos munkavégzéshez és ahhoz, hogy kevesebb időt töltsünk munkán kívül. Ezek mellett kíváncsi voltam arra, hogy egyes személyiségelméletek hogyan kapcsolódnak az optimizmushoz, egészségmagatartáshoz.

A kutatásomhoz 4 részből álló kérdőívet használtam: felmértem az egészségmagatartási szokásokat, az optimizmus szintjét (LOT-R), a külső-belső kontroll attitűdöt (Rotter), valamint a Big Five személyiségdimenziókat (TIPI). A hipotéziseimet a szakirodalmakra támaszkodva állítottam fel. Vizsgáltam az optimizmus és egészségvédő viselkedés kapcsolatát, azonban az elméletekkel ellentétben nem találtam szignifikáns korrelációt. A családi állapot tekintetében sem találtam különbséget a mintában, a párkapcsolatban élők nem értek el szignifikánsan magasabb optimizmus pontszámot az egyedülállóknál. A belső kontroll tendenciaszintű összefüggést mutatott az optimizmussal, azonban szignifikáns kapcsolat itt sem volt. A táppénzzel összefüggésben is volt egy feltételezésem, miszerint, aki

optimista, kevesebbet veszi igénybe a táppénzt, azonban a hipotézis nem nyert igazolást. A Big Five dimenziók közül a lelkiismeret, érzelmi stabilitás, nyitottság függött össze az optimizmussal. Külső kontroll tekintetében úgy gondoltam, hogy az egészségkárosító magatartáshoz fog kapcsolódni, de a kapcsolat nem igazolódott. Megvizsgáltam a Big Five és kontrollhely kapcsolatát is, ennek eredményeképpen a nyitottság faktor esetében találtam összefüggést, valószínűsíthetően azért, mivel mást hivatottak mérni.

Hipotézisként nem fogalmaztam meg, de végül megvizsgáltam az egészségmagatartás és Big Five elméletek, valamint az egyes egészségmagatartások korrelációit. Itt szignifikáns kapcsolatokat találtam: negatív összefüggést volt a lelkiismeretesség és dohányzás, valamint alkoholfogyasztás között, a szűrővizsgálatokon való részvétel pozitívan korrelált az extravertióval, lelkiismeretességgel és érzelmi stabilitással, az elegendő alvás/pihenésre való odafigyelés a barátságossággal, érzelmi stabilitással és lelkiismeretességgel, és a testedzés a barátságossággal. Az egészségmagatartások tekintetében például a táplálkozásra való odafigyelés korrelált a testedzéssel és a szűrővizsgálaton való részvétellel, valamint az elegendő alvás/pihenésre való odafigyeléssel.

Hipotéziseim nagy részét nem sikerült alátámasztanom, úgy gondolom azért, mert a diszpozicionális optimizmus mérésére más mérőeszközt is alkalmaznom kellett volna, hogy biztosabb adatokkal rendelkezem a munkavállalók optimizmusáról, talán akkor az összefüggések is az elméletnek megfelelően alakultak volna. (Ugyanakkor fontos azt is megjegyezni, hogy a szakirodalmak egy kis része például nem talált egyezést az egészségmagatartás és optimizmus között).

## Irodalomjegyzék

- Ajzen, I., Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Englewood-Cliffs, Prentice Hall.
- Ajzen, I. (1988): *Attitudes, personality, and behaviour*. The Dorsey Press, Chicago.
- Allison, P. J., Guichard, C., Fung, K., Gilain, L. (2003): Dispositional optimism predicts survival status 1 year after diagnosis in head and neck cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 543–548.
- Aspinwall, L. G., Taylor, S. E. (1992): Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989–1003.
- Aspinwall, L. G., Brunhart, S.M. (1996). Distinguishing optimism from denial: Optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 993–1003.
- Bagozzi, R. P., Warshaw, P. R. (1990): Trying to consume. *Journal of consumer research*, 17, 127–140.
- Barkóczy I. (2012): A pozitív pszichológia és a kreativitás kapcsolata. In: Oláh Attila (szerk.): *A pozitív pszichológia világa*. Akadémiai kiadó, Budapest. 173–183.
- Becker, M. H., Rosenstock, I. M. (1984): Compliance with medical advice. In: Steptoe A., Matthews A. (ed.). *Health care and human behavior*. London: Academic Press. 135–152.

- Bérdi M., Köteles F. (2010): Az optimizmus mérése: Az életszemlélet teszt átdolgozott változatának (LOT-R) pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 65 (2). 273–294.
- Boney- McCoy, S., Gibbons, F. X., Reis T. J., (1992): Perceptions of smoking risk as a function of smoking status. *Journal of Behavioral Medicine*, 15, 469–488.
- Bosompra K, Ashikaga T, Flynn B. S., Worden J. K., Solomon L. J. (2001): Psychosocial factors associated with the public's willingness to pay for genetic testing for cancer risk: a structural equations model. *Health Education Research*, 16, (2), 157–172.
- Califano, J. A. (1979): *Healthy people: The surgeon general's report on health promotion and disease prevention*. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Carver C. S., Scheier M. F. (2006): *Személyiségpszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Chang, E.C., Maydeu, Olivares, A., D'Zurilla, T. J. (1997) Optimism and pessimism as partially independent constructs: relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433–440.
- Davidson, K., Prkachin, K. (1997): Optimism and unrealistic optimism have an interacting impact on health-promoting behaviour and knowledge changes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, (6), 617–625.
- Delle Fave, A. (2011): A szubjektív élmények hatása az életminőségre. In: Csíkszentmihályi M. (szerk.): *Élni jó. Tanulmányok a pozitív pszichológiáról*. Akadémiai Kiadó, Budapest. 215–235.

Garma, S. I., (1992): *Locus-of-control and the five-factor model of personality. Psychology – Dissertations, Syracuse University.*

letöltve:

<http://libezproxy.syr.edu/login?url=http://proquest.umi.com/pqdweb?did=746499731&sid=1&Fmt=2&clientId=3739&RQT=309&VName=PQD>

Glanz, K., Rimer, B. K., Vishwanath K. (2008): The scope of Health Behaviour and Health Education. In: Glanz, K., Rimer, B. K., Vishwanath K. (ed.): *Health Behaviour and Health Education*. Jossey-Bass, United States, San Fransisco, CA. 3–18.

Gosling S. D., Rentfrow P. J., Swann W. B. (2003): A very brief measure of the Big Five personality domains, *Journal of Research in Personality*, 37, 504–528.

Hamvai Cs. (2014): *Általános és középiskolai tanulók jóllétének pozitív pszichológiai aspektusai*. Nem publikált doktori értekezés, Szegedi Tudományegyetem.

letöltve: [http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2485/1/Hamvai%20Csaba\\_ertekezes.pdf](http://doktori.bibl.u-szeged.hu/2485/1/Hamvai%20Csaba_ertekezes.pdf)

Harris, D. M., Guten, S. (1979): Health protecting behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20, 17–29.

Huebner, D., Rebchook, G. M., Kegeles, S. (2004): A longitudinal study of the association between treatment optimism and sexual risk behavior in young adult gay and bisexual men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37, (4), 1514–1519.

Idler, E. (2008): Psychosocial Factors in Heart Surgery: Presurgical Vulnerability and Postsurgical Recovery. *Health Psychology*, 27, (3), 309–319.

Kalichman, S. C., Nachimson, D., Cherry, C., Williams, E. (1998): AIDS treatment advances and behaviour prevention setbacks: preliminary assessment of reduced perceived threat HIV- AIDS. *Health Psychology*, 17, 546–550.

- Kapás Zs. (2007): *Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás*. Országos egészségfejlesztési Intézet.  
Tanulmány, letöltve: [http://www.oefi.hu/kapas\\_zsolt\\_tanulmany.pdf](http://www.oefi.hu/kapas_zsolt_tanulmany.pdf)
- Kasl, S. V., Cobb, S. (1966): Health Behaviour, Illness Behaviour, and Sick-Role Behaviour: I. Health and Illness Behaviour. *Archives of Environmental health*, 12, 246–266.
- Kohut, M. L., Cooper, M. M., Nickolaus, M. S., Russell, D. R., Cunnick, J. E. (2002): Exercise and psychosocial factors modulate immunity to influenza vaccine in elderly individuals. *Journal of Gerontology*, 57, 557–562.
- Köteles F., Szemerszky R., Rózsahegy M.: KROKO-egy magyar fejlesztésű optimizmus skála pszichometriai elemzése.  
Tanulmány, letöltve: <http://www.optimistaklub.hu/downloads/hunopti.pdf>
- Kulcsár Zs. (1998): *Egészségpszichológia*. Eötvös Kiadó, Budapest.
- Lobel, M., DeVincent, C. J., Kaminer, A., Meyer, B. (2000): The impact of prenatal maternal stress and optimistic disposition on birth outcomes in medically high-risk women. *Health Psychology*, 19 (6), 544–553
- Matarazzo, J. D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807–817.
- Matthews G., Deary I. J., Whiteman M. C. (2003): *Personality Traits*. Cambridge University, United Kingdom.
- Norem, J. K., Cantor, N. (1986): Defensive pessimism: harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1208–1217.
- Norem, J. K. (2002): Defensive pessimism, optimism, and pessimism. In: Chang, E. C. (ed.) *Optimism and pessimism*. APA, Washington. 77–100.

- Mirnicz Zs. (2006): *A személyiség építőkövei*, Bölcsész Konzorcium, Budapest.
- Oláh A. (1982): *Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban. Módszertani füzetek. Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára*. Országos Pedagógiai Intézet, Budapest.
- Oláh A. (2012): A pszichológia napos oldala. In: Oláh A. (szerk.): *A pozitív pszichológia világa*. Akadémiai Kiadó Budapest. 3–11.
- Peterson C. (2000): The Future of Optimism. *American Psychologist*, 55, (1), 44–55.
- Peterson, C., Bossio, L. (2002). Optimism and physical well-being. In Chang, E.C. (Ed.): *Optimism & Pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association. 127–146.
- Pérez, C. (2004): Optimizmus, pesszimizmus. Kultúrközi összehasonlító vizsgálat magyar és kolumbiai egyetemisták körében. *Pszichológia*, 24, 3–35.
- Phares, E. J. (1989): Kontrollhely. In: Szakács F. (szerk.): *Személyiséglélektani Szöveggyűjtemény IV/1*. 101–151. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Pikó B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Pikó B. (2010): Védőfaktorok nyomában: Pozitív fordulat a magatartáskutatásokban? In: Pikó B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 11–21.
- Pikó B., Hamvai Cs. (2010): Az optimizmus, mint a serdülők szerfogyasztásának és pszichikai egészségének védőfaktora. In: Pikó B. (szerk.): *Védőfaktorok nyomában*. L'Harmattan Kiadó, Budapest. 103–113.
- Robbins, A. S., Spence, J. T., Clark, H. (1991): Psychological determinants of health and performance: The tangled web of desirable and undesirable characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (5), 755–765.



- Rosenstock, I. M. (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328–335.
- Rózsahegyi M. (2006): Optimisták- e a könyvtárosok?  
Szakdolgozat, letöltve: <http://mek.oszk.hu/04600/04615/cimkes.html>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. and Norcross, J. C. (1992): In search of how people change: applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.
- Scheier, M. F., Carver C. S. (1985): Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247
- Scheier, M. F., Carver, C. S., Bridges, M. W. (1994) Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self – mastery, and self – esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063 – 1078.
- Scheier, M. F., Matthews, K. A., Owens, J. F., Schulz, R., Bridges, M. W., Magovern, G. J., Carver, C. S. (1999): Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829– 835.
- Schroder, K. E. E., Schwarzer, R. (2005): Habitual self-control and the management of health behavior among heart patients. *Social Science and Medicine*, 60, 859– 875.  
doi:10.1016/j.socscimed.2004.06.028
- Seligman, M. E. P. (1972): Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*. 23, 407–412.
- Seligman, M. E. P. (1998): *Learned Optimism*, New York, Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (2002): Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: Snyder, C. R., Lopez, S. (eds.): *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press, New York, 3–9.
- Seligman, M. E. P. (2012): *Az optimista gyermek*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000): Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- Sharpe J. P., Martin N. R., Roth K. A. (2011): Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond Neuroticism and Extraversion. *Personality and individual differences*, 51 (8), 946–951 doi:10.1016/j.paid.2011.07.033
- Sieber, W. J., Rodin, J., Larson, L., Ortega, S., Cummings, N., Levy, S. (1992): Modulation of human natural killer cell activity by exposure to uncontrollable stress. *Brain, Behavior, and Immunity*, 6, 141–156.
- Szondy M. (2004): Optimizmus és immunfunkciók. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, (4) 301-320.
- Szondy M. (2005): Optimizmus és egészségmagatartás: A pozitív elvárások segítik vagy gátolják az egészségmagatartást? *Pszichológia*, 25, (4), 367–379.
- Szondy M. (2006): Optimizmus és egészség. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 61, (4), 617–636.
- Szondy M. (2008): *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás. Nem publikált doktori értekezés*, Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Letöltve: <http://www.scribd.com/doc/268964089/PhD-Szondy-Optimizmus-Pesz-Eg-Es-Magatart#scribd>
- Taylor, S. E., Gollwitzer, P. M. (1995): Effects of mindset on positive illusions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 213–226.
- Taylor, S.E., Seeman T. E., Reed, G. M., Bower, J. E., Gruenewald, T. L. (2000): Psychological researches, positive illusions and health. *American Psychologist*, 55, 99–109.
- Tepperwein, K. (2008): *A pozitív pszichológia ereje*. M-érték Kiadó, Budapest.
- Tiger, L. (1979): *Optimism: The biology of hope*. New York, Simon and Schuster.

Urbán R. (2001): Útban a magatartásszempontrú egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar pszichológiai szemle*, 56, (4) 593–622.

## Mellékletek

1. sz. melléklet: Egészségmagatartás kérdőív

### Kérdőív

#### Tisztelt Válaszadó!

Mercs Enikő vagyok, a Debreceni Egyetem harmadéves, pszichológia szakos hallgatója. Szakdolgozatom elkészítéséhez szeretném az Ön segítségét kérni, az alábbi kérdőív kitöltésével, amely kb. 10 percet vesz igénybe. Olyan személyek válaszait várom, akik jelenleg **aktív munkavállalók**. A kitöltés **névtelen és önkéntes**!

Köszönöm, hogy hozzájárul a szakdolgozatom sikeréhez!

#### Neme:

- Férfi
- Nő

#### Életkora (év):

- 18 alatt
- 18-24
- 25-30
- 31-40
- 41-50
- 50 felett

#### Családi állapota:

- Házasságban/élettársi kapcsolatban élek, gyekmeke(i)m van(nak)
- Házasságban/élettársi kapcsolatban élek, nincs gyermekem
- Párkapcsolatban élek
- Elváltam
- Egyedülálló vagyok

#### Hányszor volt beteg az elmúlt évben?

- Egyszer sem
- 1-2 alkalommal
- 3-4 alkalommal
- 5- nél többször

**Előfordult Önnel az elmúlt egy évben, hogy beteg volt és munkahelyén dolgozott (nem ment táppénzre, szabadságra) ez idő alatt?**

- nem
- igen, egy alkalommal
- igen, többször

**Milyen gyakran dohányzik?**

- soha
- évente pár alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal
- hetente 1-2 alkalommal
- minden nap

**Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?**

- soha
- évente pár alkalommal
- havonta 1-2 alkalommal
- hetente 1-2 alkalommal
- minden nap

**Odafigyel a helyes táplálkozásra?**

- egyáltalán nem
- egy kissé
- időnként
- legtöbbször igen
- mindig

**Milyen rendszerességgel végez testedzést?**

- soha
- párszor egy évben
- havonta kétszer- háromszor
- hetente egyszer- kétszer
- hetente többször

**Ügyel arra, hogy eleget aludjon/ pihenjen?**

- egyáltalán nem
- egy kissé
- általában igen
- a legtöbbször igen
- mindig

**Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?**

- egyáltalán nem
- néha
- igen, rendszeresen

2. sz. melléklet: Ten Item Personality (TIPI) kérdőív

### TIPI kérdőív

**Az alábbi táblázatban személyiségjegyeket olvashat. Kérem, jelölje X-szel mindegyiknél egy hétfokú skála szerint, milyen mértékben jellemző Önre az adott jegy!**

- 1 - egyáltalán nem jellemző
- 2 - nagyrészt nem jellemző
- 3 - inkább nem jellemző
- 4 - semleges
- 5 - kismértékben jellemző
- 6 - nagyrészt jellemző
- 7 - teljes mértékben jellemző

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Extravertált, lelkes							
2.	Kritikus, veszekedős							
3.	Megbízható, önkontrollal rendelkező							
4.	Nyugtalan, hirtelen haragú							
5.	Nyitott, komplex gondolkodású							
6.	Visszahúzó, csöndes							
7.	Megértő, melegsívű							
8.	Szervezetlen, figyelmetlen							
9.	Nyugodt, kiegyensúlyozott							
10.	Konvencionális, nem kreatív							

3. sz. melléklet: Life Orientation Test- Revised (LOT-R)

### Életszemlélet Teszt (LOT- R)

Az alábbiakban különböző állításokat olvashat. Kérem, jelölje meg egy ötfokú skálán, hogy mennyire ért velük egyet! Kérem, hogy a lehető legőszintébben válaszoljon, és azt a választ jelölje meg, amelyik legelőször az eszébe jut! Ne feledje, nincsenek jó vagy rossz válaszok. (1=egyáltalán nem értek egyet, 2=inkább nem értek egyet, 3=nem tudom eldönteni, 4=valamennyire egyetértek, 5=teljesen egyetértek)

1. Ha bizonytalan vagyok valamiben, akkor rendszerint a legjobb kimenetelben bízom.

1      2      3      4      5

2. Könnyen tudok relaxálni.

1      2      3      4      5

3. Az én esetemben, ha valami elromolhat, akkor valóban el is romlik.

1      2      3      4      5

4. Mindig optimista vagyok a jövővel kapcsolatban.

1      2      3      4      5

5. Nagyon szeretek a barátaimmal lenni.

1      2      3      4      5

6. Fontos, hogy találjak magamnak elfoglaltságot.

1      2      3      4      5

7. Szinte soha nem várom azt, hogy rendben menjenek a dolgok.

1      2      3      4      5

8. Nem egykönnyen izgatom fel magam.

1      2      3      4      5

9. Ritkán számítok arra, hogy jó dolgok történhetnek velem.

1      2      3      4      5

10. Összességében inkább jó, mint rossz dolgokra számítok.

1      2      3      4      5

### **Rotter külső-belső kontroll kérdőív**

A következő kérdések arra irányulnak, hogy bizonyos események hogyan befolyásolnak különböző embereket. Mindegyik pont egy - a-val vagy b-vel jelölt - választási lehetőséget tartalmaz. Kérem, válasszon ki minden párból egy (és csak egy) megállapítást, amelyről inkább hiszi, hogy az Ön esetében érvényes. Valóban azt válassza, amiről azt hiszi, hogy igazabb, mint a másik; és ne azt, amiről azt gondolja, hogy választania kellene; vagy amiről azt szeretné, ha igaz lenne. Ez a személyes vélemény felmérése: ténylegesen nincs helyes, vagy helytelen válasz.

Kérem, válaszoljon ezekre a pontokra gondosan, de ne töltsön sok időt egy ponttal sem. Mindegyik pontnál válasszon. Némelyik esetben feltehetőleg az lesz a benyomása, hogy mindkét megállapítást elhiszi, vagy egyiket sem. Ilyen esetben győződjék meg arról, hogy azt választja, amelyikről úgy véli, hogy az Ön esetében érvényes. Ezen kívül minden pontot egymástól függetlenül válaszoljon meg, vagyis amikor választ, ne hagyja magát befolyásolni korábbi választásaitól.

Emlékeztetőül ismételtelen kérem: azt az alternatívát válassza, amelyiket Ön személyesen igazabbnak vél.

#### **Inkább azon a véleményen vagyok, hogy**

1. a./ A gyerekek azért keverednek bajba, mert a szülők túl gyakran büntetik őket.  
b./ A legtöbb gyerekekkel manapság azért van baj, mert a szülei túl könnyű kézzel bánnak velük.
2. a./ Életünk sok sajátos eseménye balszerencsénk következménye.  
b./ Az általunk elkövetett hibákban kereshetjük szerencsétlenségünk okát.
3. a./ A háborúk egyik legfőbb oka az, hogy az emberek nem érdeklődnek eléggé politikai kérdések iránt.  
b./ Mindig lesznek háborúk, függetlenül attól, hogy milyen erőfeszítéseket teszünk azok megelőzésére.
4. a./ Idővel mindenki elnyeri azt a megbecsülést, amit megérdemel.  
b./ Hiába minden igyekezet, az egyén értéke - sajnálatos módon - gyakran észrevétlen marad.
5. a./ Az a nézet, amely szerint a tanárok igazágtalanok tanítványaikkal szemben: ostobaság.  
b./ A legtöbb diák fel sem fogja, milyen mértékben függnek osztályzatai véletlenszerű eseményektől.
6. a./ Megfelelő érvényesülési lehetőségek nélkül senkiből sem lehet hatékony vezető.  
b./ Azok a tehetséges emberek, akik nincsenek vezető beosztásban, nem használták ki lehetőségeiket.
7. a./ Tehetünk bármit, mindig lesznek olyan emberek, akik nem fognak kedvelni bennünket.  
b./ Ha valaki nem tudja megkedveltetni magát, nem tudja, hogyan kell az emberekkel bánni.
8. a./ A személyiséget elsősorban örökletes tényezők határozzák meg.  
b./ Élettapasztalatainkon múlik, milyen ember válik belőlünk.



9. a./ Ha a sorsra bíztam magam, sohasem jártam olyan jól, mint amikor sikerült elhatároznom, hogy kezembe vegyem a dolgok irányítását.  
b./ Gyakran úgy találom, hogy aminek meg kell történnie, be is következik.
10. a./ Jól felkészült diák számára ritkán, vagy sohasem adódnak "rosszul feltett" kérdések.  
b./ A vizsgakérdések gyakran annyira függetlenek a tanított anyagtól, hogy a felkészülés szinte hiábavaló.
11. a./ A siker kemény munka eredménye, a szerencsének kevés, vagy semmi köze nincs hozzá.  
b./ A jó állás megszerzése főleg azon múlik, hogy az ember éppen jókor legyen a megfelelő helyen.
12. a./ Az átlagpolgár befolyást gyakorolhat a kormány döntéseire.  
b./ A világ folyását néhány hatalmon levő személy irányítja, a kisembereken nem sok múlik.
13. a./ Amikor terveket kovácsolok, majdnem biztos vagyok afelől, hogy végre is fogom hajtani azokat.  
b./ Nem mindig bölcs dolog túl előre tervezni, mivel sok mindenről kiderülhet, hogy valamiképpen a jó- vagy balszerencsétől függ.
14. a./ Vannak teljesen mihaszna emberek.  
b./ Valamilyen jó tulajdonsággal minden ember rendelkezik.
15. a./ Hogy elérek-e valamit, vagy sem, az nálam nagyon kevésbé, vagy egyáltalán nem függ a szerencsétől.  
b./ Sokszor akár "fej vagy írás" alapon dönthetjük el, hogy mit tegyünk.
16. a./ Az, hogy kiből lesz a főnök, gyakran azon dől el, ki volt olyan szerencsés, hogy a megfelelő időben a megfelelő helyen legyen.  
b./ Az, hogy valaki a megfelelő helyre kerüljön, képességein múlik, a szerencsének ehhez kevés, vagy semmi köze nincs.
17. a./ Ami a világ dolgait illeti: legtöbbször olyan erők áldozata, amelyeket sem megérteni, sem irányítani nem tud.  
b./ Politikai és társadalmi ügyekben való aktív részvétellel az emberek irányítani tudják a világ eseményeit.
18. a./ A legtöbb ember nem látja át, hogy életét milyen mértékben irányítják véletlen események.  
b./ Voltaképpen nincs is olyan, hogy "szerencse".
19. a./ Az embernek mindig készen kellene lennie arra, hogy hibáit elismerje.  
b./ Többnyire legjobban tesszük, ha hibáinkat elpalástoljuk.
20. a./ Nem könnyű felismerni, hogy egy ember valójában kedvel-e bennünket, vagy sem.  
b./ Hogy hány barátunk van, azon múlik, milyen emberek vagyunk.
21. a./ Végző soron a minket érő rosszat a jó kiegyenlíti.  
b./ A legtöbb bajt a képességek hiánya, tudatlanság, lustaság, esetleg mindhárom együttese eredményezi.
22. a./ Megfelelő erőfeszítéssel kiküszöbölhető a politikai korrupció.  
b./ Igen nehéz befolyásolni a hatalmon levő politikusok tetteit.

23. a./ Olykor nem tudom megérteni, hogy minek alapján osztályoznak a tanárok.  
b./ Hogy milyen osztályzatokat kapok, az attól függ, mennyire erőltetem meg magam.
24. a./ A jó vezető elvárja beosztottaitól, hogy maguk ismerjék fel, mit kell tenniük.  
b./ Egy jó vezető pontosan megmagyarázza mindenkinek, hogy mi a dolga.
25. a./ Gyakran úgy érzem, kevés befolyást gyakorolhatok azokra az eseményekre, amelyek velem történnek.  
b./ Képtelen vagyok elfogadni azt a felfogást, amely szerint az életben a véletlen, vagy a szerencse komoly szerepet játszik.
26. a./ Az emberek azért magányosak, mert nem próbálnak meg barátságosak lenni.  
b./ Nem sok értelme van annak, hogy túlzott erőfeszítéseket tegyünk magunk megkedveltetésére, ha szeretnek, úgyis szeretnek, ha nem, nem.
27. a./ Az iskolában túlzott hangsúlyt helyeznek a testnevelésre.  
b./ A csoportos sportok kiválóan fejlesztik a jellemet.
28. a./ Magam irányítom sorsomat.  
b./ Olykor úgy érzem, nem rajtam múlik, hogyan alakul az életem.
29. a./ Legtöbbször nem tudom megérteni a politikusok tetteit.  
b./ Végző soron mi vagyunk felelősek a rossz kormányzásért, mind nemzeti, mind helyi szinten.

5. sz. melléklet: A vizsgálati minta Big Five faktorainak átlagpontszámai

Extraverzió	5,06
Barátságosság	5,27
Lelkiismeretesség	5,65
Érzelmi stabilitás	4,90
Nyitottság	5,69

6. sz. melléklet: Korrelációs táblázat

**Nonparametric Correlations**

**Correlations**

			extraverzio	baratsagossag	lelkiismeretesseg	erzelmi stabilitas	nyitottsag
Spearmann's rho	extraverzio	Correlation Coefficient	1,000	,109	,338**	,212*	,343**
		Sig. (2-tailed)	.	,290	,001	,038	,001
		N	96	96	96	96	96
baratsagossag	baratsagossag	Correlation Coefficient	,109	1,000	,216*	,584**	,287**
		Sig. (2-tailed)	,290	.	,034	,000	,005
		N	96	96	96	96	96
lelkiismeretesseg	lelkiismeretesseg	Correlation Coefficient	,338**	,216*	1,000	,436**	,229*
		Sig. (2-tailed)	,001	,034	.	,000	,025
		N	96	96	96	96	96
erzelmi stabilitas	erzelmi stabilitas	Correlation Coefficient	,212*	,584**	,436**	1,000	,181
		Sig. (2-tailed)	,038	,000	,000	.	,078
		N	96	96	96	96	96
nyitottsag	nyitottsag	Correlation Coefficient	,343**	,287**	,229*	,181	1,000
		Sig. (2-tailed)	,001	,005	,025	,078	.
		N	96	96	96	96	96
LOT		Correlation Coefficient	,199	,173	,298**	,257*	,380**

	Sig. (2-tailed)	,052	,091	,003	,012	,000
	N	96	96	96	96	96
Rotter	Correlation Coefficient	-,098	,137	-,088	-,010	-,247 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)	,340	,182	,392	,924	,015
	N	96	96	96	96	96
Előfordul t Önnel az elmúlt egy évben, hogyan beteg volt és munkahe- lyén dolgozott (0 ment táppénzr- e, szabads- ágra) ez idő alatt?	Correlation Coefficient	,082	-,093	-,061	-,149	-,041
	Sig. (2-tailed)	,429	,366	,552	,147	,692
	N	96	96	96	96	96
Milyen gyakran dohányzi k?	Correlation Coefficient	,153	-,190	-,246 <sup>*</sup>	-,131	,024
	Sig. (2-tailed)	,137	,064	,016	,204	,818
	N	96	96	96	96	96
Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	Correlation Coefficient	,102	-,133	-,246 <sup>*</sup>	-,089	,030
	Sig. (2-tailed)	,324	,196	,016	,391	,771
	N	96	96	96	96	96

Odafigye l a helyes táplálkoz ásra?	Correlation	,012	,108	,013	,145	,055
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,911	,293	,897	,157	,595
	N	96	96	96	96	96
Milyen rendszer ességgel végez testedzé st?	Correlation	,165	,244*	,185	,177	,142
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,108	,016	,072	,084	,167
	N	96	96	96	96	96
Ügyel arra, hogy eleget aludjon/ pihenjen ?	Correlation	,069	,283**	,272**	,342**	,109
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,501	,005	,007	,001	,291
	N	96	96	96	96	96
Részt szokott venni a kötelező szűrővizs gálatoko n?	Correlation	,269**	,178	,292**	,222*	,084
	Coefficient					
	Sig. (2-tailed)	,008	,083	,004	,030	,414
	N	96	96	96	96	96

### Correlations

			LOT	Rotter	Előfordult Önnek az elmúlt egy évben, hogy beteg volt és munkahelyén dolgozott (0 ment táppénzre, szabadságra) ez idő alatt?	Milyen gyakran dohányzik?	Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?
Spearman's rho	extraverzió	Correlation Coefficient	,199	-,098	,082	,153	,102
		Sig. (2-tailed)	,052	,340	,429	,137	,324
		N	96	96	96	96	96
barátságosság		Correlation Coefficient	,173	,137	-,093	-,190	-,133
		Sig. (2-tailed)	,091	,182	,366	,064	,196
		N	96	96	96	96	96
lelkismeretesség		Correlation Coefficient	,298**	-,088	-,061	-,246*	-,246*
		Sig. (2-tailed)	,003	,392	,552	,016	,016
		N	96	96	96	96	96
érzelmi stabilitás		Correlation Coefficient	,257*	-,010	-,149	-,131	-,089
		Sig. (2-tailed)	,012	,924	,147	,204	,391
		N	96	96	96	96	96

nyitottság	Correlation Coefficient	,380**	-,247*	-,041	,024	,030
	Sig. (2-tailed)	,000	,015	,692	,818	,771
	N	96	96	96	96	96
LOT	Correlation Coefficient	1,000	-,177	-,113	,199	-,026
	Sig. (2-tailed)	.	,084	,271	,052	,800
	N	96	96	96	96	96
Rotter	Correlation Coefficient	-,177	1,000	,012	,006	-,010
	Sig. (2-tailed)	,084	.	,904	,957	,925
	N	96	96	96	96	96
Előfordult Önnel az elmúlt egy évben, hogy beteg volt és munkahelyén dolgozott (0 ment táppénzre, szabadságra) ez idő alatt?	Correlation Coefficient	-,113	,012	1,000	,039	,017
	Sig. (2-tailed)	,271	,904	.	,705	,870
	N	96	96	96	96	96
Milyen gyakran dohányzik?	Correlation Coefficient	,199	,006	,039	1,000	,186
	Sig. (2-tailed)	,052	,957	,705	.	,069
	N	96	96	96	96	96



Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	Correlation Coefficient	-,026	-,010	,017	,186	1,000
	Sig. (2-tailed)	,800	,925	,870	,069	.
	N	96	96	96	96	96
Odafigyel a helyes táplálkozásra ?	Correlation Coefficient	,125	-,180	-,085	,067	-,165
	Sig. (2-tailed)	,226	,079	,413	,518	,109
	N	96	96	96	96	96
Milyen rendszerességgel végezték a tesztet?	Correlation Coefficient	,077	-,082	-,075	-,270**	-,094
	Sig. (2-tailed)	,456	,428	,466	,008	,364
	N	96	96	96	96	96
Ügyel arra, hogy eleget aludjon/pihenjen?	Correlation Coefficient	,155	-,088	-,212*	-,241*	-,204*
	Sig. (2-tailed)	,130	,391	,038	,018	,046
	N	96	96	96	96	96
Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?	Correlation Coefficient	,146	-,015	-,026	-,079	-,159
	Sig. (2-tailed)	,155	,887	,804	,446	,122
	N	96	96	96	96	96

### Correlations

			Odafigyel a helyes táplálkozásra?	Milyen rendszeres séggel végeztedzést?	Ügyel arra, hogy eleget aludjon/pihenjen?	Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?
Spearman's rho	extraverzio	Correlation Coefficient	,012	,165	,069	,269**
		Sig. (2-tailed)	,911	,108	,501	,008
		N	96	96	96	96
baratsagosság		Correlation Coefficient	,108	,244*	,283**	,178
		Sig. (2-tailed)	,293	,016	,005	,083
		N	96	96	96	96
lelkiismeretesség		Correlation Coefficient	,013	,185	,272**	,292**
		Sig. (2-tailed)	,897	,072	,007	,004
		N	96	96	96	96
erzelmi stabilitás		Correlation Coefficient	,145	,177	,342**	,222*
		Sig. (2-tailed)	,157	,084	,001	,030
		N	96	96	96	96
nyitottság		Correlation Coefficient	,055	,142	,109	,084
		Sig. (2-tailed)	,595	,167	,291	,414
		N	96	96	96	96

LOT	Correlation Coefficient	,125	,077	,155	,146
	Sig. (2-tailed)	,226	,456	,130	,155
	N	96	96	96	96
Rotter	Correlation Coefficient	-,180	-,082	-,088	-,015
	Sig. (2-tailed)	,079	,428	,391	,887
	N	96	96	96	96
Előfordult Önnel az elmúlt egy évben, hogy beteg volt és munkahelyén dolgozott (0 ment táppénzre, szabadságra) ez idő alatt?	Correlation Coefficient	-,085	-,075	-,212 <sup>*</sup>	-,026
	Sig. (2-tailed)	,413	,466	,038	,804
	N	96	96	96	96
Milyen gyakran dohányzik?	Correlation Coefficient	,067	-,270 <sup>**</sup>	-,241 <sup>*</sup>	-,079
	Sig. (2-tailed)	,518	,008	,018	,446
	N	96	96	96	96
Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?	Correlation Coefficient	-,165	-,094	-,204 <sup>*</sup>	-,159
	Sig. (2-tailed)	,109	,364	,046	,122
	N	96	96	96	96
Odafigyel a helyes táplálkozásra?	Correlation Coefficient	1,000	,275 <sup>**</sup>	,390 <sup>**</sup>	,362 <sup>**</sup>
	Sig. (2-tailed)	.	,007	,000	,000
	N	96	96	96	96

Milyen rendszerességgel végezstedzést?	Correlation Coefficient	,275**	1,000	,348**	,257*
	Sig. (2-tailed)	,007	.	,001	,012
	N	96	96	96	96
Ügyel arra, hogy eleget aludjon/ pihenjen?	Correlation Coefficient	,390**	,348**	1,000	,414**
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	.	,000
	N	96	96	96	96
Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?	Correlation Coefficient	,362**	,257*	,414**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,012	,000	.
	N	96	96	96	96

7. sz. mellélet: Egészségmagatartás és optimizmus korrelációi nemek tekintetében

**Neme: \* Milyen rendszerességgel végez testedzést?**

**Crosstab**

		Milyen rendszerességgel végez testedzést?				
		0	1	2	3	4
Neme: 1	Count	4	4	5	7	8
	Expected Count	1,8	7,9	5,3	6,1	7,0
	% within Neme:	14,3%	14,3%	17,9%	25,0%	28,6%
2	Count	2	23	13	14	16
	Expected Count	4,3	19,1	12,8	14,9	17,0
	% within Neme:	2,9%	33,8%	19,1%	20,6%	23,5%
Total	Count	6	27	18	21	24
	Expected Count	6,0	27,0	18,0	21,0	24,0
	% within Neme:	6,3%	28,1%	18,8%	21,9%	25,0%

**Crosstab**

			Total
Neme: 1	Count		28
	Expected Count		28,0
	% within Neme:		100,0%
2	Count		68

	Expected Count	68,0
	% within Neme:	100,0%
Total	Count	96
	Expected Count	96,0
	% within Neme:	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	7,171 <sup>a</sup>	4	,127	,125	
Likelihood Ratio	7,051	4	,133	,161	
Fisher's Exact Test	6,969			,124	
Linear-by-Linear Association	,153 <sup>b</sup>	1	,696	,730	,381
N of Valid Cases	96				

**Chi-Square Tests**

	Point Probability
Pearson Chi-Square	
Likelihood Ratio	
Fisher's Exact Test	
Linear-by-Linear Association	,064
N of Valid Cases	

**Neme: \* Ügyel arra, hogy eleget aludjon/ pihenjen?**

**Crosstab**

		Ügyel arra, hogy eleget aludjon/ pihenjen?				
		0	1	2	3	4
Neme: 1	Count	4	6	10	5	3
	Expected Count	4,1	4,7	10,2	5,0	4,1
	% within Neme:	14,3%	21,4%	35,7%	17,9%	10,7%
2	Count	10	10	25	12	11
	Expected Count	9,9	11,3	24,8	12,0	9,9
	% within Neme:	14,7%	14,7%	36,8%	17,6%	16,2%
Total	Count	14	16	35	17	14
	Expected Count	14,0	16,0	35,0	17,0	14,0
	% within Neme:	14,6%	16,7%	36,5%	17,7%	14,6%

**Crosstab**

			Total
Neme: 1	Count		28
	Expected Count		28,0
	% within Neme:		100,0%
2	Count		68
	Expected Count		68,0
	% within Neme:		100,0%

Total	Count	96
	Expected Count	96,0
	% within Neme:	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	,952 <sup>a</sup>	4	,917	,917	
Likelihood Ratio	,953	4	,917	,922	
Fisher's Exact Test	1,043			,919	
Linear-by-Linear Association	,358 <sup>b</sup>	1	,550	,588	,307
N of Valid Cases	96				

### Chi-Square Tests

	Point Probability
Pearson Chi-Square	
Likelihood Ratio	
Fisher's Exact Test	
Linear-by-Linear Association	,060

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,08.

b. The standardized statistic is ,598.



**Neme: \* Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?**

**Crosstab**

		Részt szokott venni a kötelező szűrővizsgálatokon?			Total
		0	1	2	
Neme: 1	Count	7	11	10	28
	Expected Count	5,5	7,9	14,6	28,0
	% within Neme:	25,0%	39,3%	35,7%	100,0%
2	Count	12	16	40	68
	Expected Count	13,5	19,1	35,4	68,0
	% within Neme:	17,6%	23,5%	58,8%	100,0%
Total	Count	19	27	50	96
	Expected Count	19,0	27,0	50,0	96,0
	% within Neme:	19,8%	28,1%	52,1%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)	
Pearson Chi-Square	4,326 <sup>a</sup>	2	,115	,119		
Likelihood Ratio	4,351	2	,114	,124		
Fisher's Exact Test	4,430			,102		
Linear-by-Linear Association	2,964 <sup>b</sup>	1	,085	,089	,058	
N of Valid Cases	96					

**Chi-Square Tests**

	Point Probability
Pearson Chi-Square	
Likelihood Ratio	
Fisher's Exact Test	
Linear-by-Linear Association	,026
N of Valid Cases	

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,54.

b. The standardized statistic is 1,722.

8. sz. melléklet: Az optimizmus összehasonlítása családi kategória szempontjából

### Mann-Whitney Test

**Ranks**

család_kat	N	Mean Rank	Sum of Ranks
LOT ,00	30	42,58	1277,50
1,00	66	51,19	3378,50
Total	96		

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	LOT
Mann-Whitney U	812,500
Wilcoxon W	1277,500
Z	-1,411
Asymp. Sig. (2-tailed)	,158