

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

A MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG-VIZSGÁLATOK BEVEZETÉSÉNEK LÉPÉSEI A MAGYAR HONVÉDSÉG ÁLLOMÁNYÁBAN (2006-2009)

INTRODUCING THE MEASURES OF ADVERSITY QUOTIENT RESEARCHES IN THE HUNGARIAN DEFENCE FORCES (2006-2009)

A jelen tanulmányban áttekintjük a megpróbáltatás-tűrés és az ehhez kapcsolódó mentális állóképesség természetét és jellemzőit, mivel a katonai állományra jellemző krízisek megélésének egyik lehetséges, sőt talán a legfontosabb preventív és konstruktív módja a magasabb szintű megpróbáltatás-tűrés és mentális állóképesség kialakítása. Stoltz (1997) mentális állóképesség elméletének kidolgozása óta kutatók tucatjai foglalkoznak a ma annyira aktuális kérdéssel, hogy hogyan tudjuk megőrizni a legnehezebb körülmények között is önbizalmunkat, józan gondolkodásunkat, döntés- és cselekvőképességünket. A kutatások azt találták, hogy amennyiben magas a mentális állóképesség szint (kontroll-érzet, a tenni akarás, a felelős, ugyanakkor optimista gondolkodás, példamutatás) kevésbé jellemző a kivárás, a felelősség egymásra áttolása, a cinikus demoralizálás, a fásultság, a megszokotthoz való merev ragaszkodás (Kobasa, 1979). Az alacsonyabb mentális állóképesség szintet mutatók viszont nem veszik fel velük a gondolkodási tempót, a negatívumokra koncentrálnak, blokkolják a cselekvésben őket. Ez a csapaton belüli konfliktust, megemelkedett stressz-szintet eredményezhet.

In this article we make an attempt to present the resistance in facing adversity and the nature and characteristics of the related mental resilience. We consider that for overcoming crisis situations in the armed forces one of the possible, maybe the most important, preventive and constructive methods is to develop a better abilities in mental resilience and resistance in facing adversity. Since the elaboration of Adversity Quotient (AQ) Stoltz (1997) dozens of research and training institutions have focused on this very actual question: how can we keep in the midst of the most difficult circumstances our self-confidence, clear thinking, decision making and acting ability. It is also our aim to measure the psychological and mental performance, their resilience and on what answer typology they react to challenges. For the armed forces this carries double importance: on the one side to preserve and to develop their own mental resilience, on the other, to help their peers who perform to a lesser extent or are demotivated. The higher the Adversity Quotient (the sense of control, desire to act, responsibility, at the same time optimistic thinking, setting examples) the less likely will they be prone to wait it out, postpone satisfaction, shift responsibility to another, cynic demoralisation, lethargy, rigid clinging to routine (Kobasa, 1979). Subjects with a lower AQ, will not share their mental tempo, concentrate on negative thinking, or stop their peers in their tracks. This can often lead to conflicts and to elevated stress levels.

BEVEZETÉS

A krízisek „megélésének”, elviselni tudásának egyik lehetséges, talán legfontosabb preventív módszere a magasabb szintű mentális állóképesség kialakítása. Nagyon sokan foglalkoznak azzal az aktuális kérdéssel, hogy hogyan tudjuk megőrizni a legnehezebb körülmények között is az önbizalmunkat, józan gondolkodásunkat, döntés- és cselekvő képes-

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

ségünket, miként lehetséges, hogy egyes emberek talpon maradnak ott, ahol a többség összeomlik, hogy kitaranak akkor, amikor mások már régen feladták. A kognitív pszichológiának köszönhetően ma már tudjuk, hogy hétköznapi viselkedésünket úgynevezett kognitív sémák automatizmusa vezérli. Idegrendszerünkben fix kapcsolatok épülnek fel, amelyek bizonyos kulcsingerek észlelése esetén gyorsan és automatikusan kialakítják az adott helyzetre adandó választásokat. Seligman (1993) bebizonyította, ha olyan helyzetbe kerülünk, amelyben saját cselekedeteinknek nincs hatása a körülöttünk zajló eseményekre, elveszítjük a kontroll érzését, és legközelebb már nem is próbálkozunk, még akkor sem, ha nyilvánvalóan uralni tudnánk a szituációt. Ezt a jelenséget nevezte tanult tehetetlenségnek.

A 2002-es évi World Health Report óta visszatérő téma, hogy a modern társadalmakban miért vált a lelki egészség megőrzése különösen nagy kihívássá, valamint hogy a lelki egészség zavarai milyen mechanizmusokon keresztül vezetnek egészségromláshoz. A mentális zavarok jelentős anyagi veszteséget jelentenek a társadalom számára, és ez a tendencia rosszabbodni fog, ha nem teszünk ellene tudatosan. Annak ellenére, hogy számos országban, különösképpen Ausztráliában, Hollandiában, Svéd- és Finnországban bizonyítottan hatékony módszereket alkalmaznak arra, hogy elsősorban a különösen veszélyeztetett rétegek megbirkózási készségeinek javításán keresztül előzzék meg a magatartási zavarok kialakulását és súlyosbodását, nálunk ezeknek a módszereknek az alkalmazása csak kísérleti stádiumban van. Viszonylag kevés hasonló jellegű hazai vizsgálat folyt eddig, a vizsgálatok eredményei pedig azt mutatják, hogy a változó társadalmi helyzetekkel való megbirkózási készségek, a reménytelenség, kontrollvesztés lelkiállapota igen fontos veszélyeztető tényező, és a hagyományos kockázati faktorok számának növekedése – alkohol, dohányzás – is társadalmi és pszichológiai faktorokra vezethető vissza (Orth-Gomer et al., 2002, Bobak és Marmot, 2005).

A WHO ajánlása a munkahelyi környezetre a következő:

„Az optimális egészségi állapot úgy érhető el, hogy életkorunknak és nemünknek megfelelően növeljük fizikai és szellemi képességeinket, fejlesztjük a változó élet- és munkakörülményekhez szükséges alkalmazkodóképességünket, fokozzuk erőtartalékainkat, és új egyéni teljesítményeket érünk el a munkában és az élet más területein.”

MEGPRÓBÁLTATÁS-TŰRÉS ÉS MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG PROFIL ÖSSZEFÜGGÉSEINEK FELTÁRÁSA AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁSSAL

A nemzeti és nemzetközi katonai szervezetekben, katonai törzsekben, valamint a nemzeti katonai képviselőteken végzendő munka nagy felelősséget ró az ott szolgálatot teljesítőkre, hiszen munkájukkal, helytállásukkal nemcsak magukat, hanem Magyarországot és a Magyar Honvédséget is képviselik, minősítik. Ezért különösen fontos, hogy olyan katonák tevékenykedjenek, akik fizikai és pszichés egészségének felmérése folyamatosan megvalósul, kifejezett tekintettel a katonai szolgálat alatt esetlegesen fellépő krízishelyzetek megélésére, hatásának feltárására, a felmerülő megpróbáltatások elviselésére, tűrésére és a velük való megküzdésre.

A megpróbáltatásokkal való megküzdésben alul maradó (krízisben lévő) egyén legfontosabb személyiség- és viselkedési jellemzői a következők:

- figyelme beszűkül, elsősorban a problémájára irányul, azon belül is kisebb részekre;
- az ilyen személy ambivalens benyomást kelt, olyan emberét, aki a krízishelyzet megoldásán, magyarázatán dolgozik, ugyanakkor elgyötört, félelmek, szorongások kínozzák;
- érzelmi reakcióit kevésbé képes kontrollálni, lehet rendkívül impulzív;
- mindennapi tevékenysége, munkavégzése a korábban megszokotthoz képest alacsony határfokú;
- az emberi kapcsolatai megváltoznak (másokat aszerint ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget vagy sem);
- a tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik (krízisben lévő egyénnek nincs önmagára vonatkozó jövőképe);
- hajlamosabb egészségkárosító szerekhez nyúlni;
- sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

A magyar katonák fokozódó nemzetközi szerepvállalásával és a katonai feladatokból eredő lélektani terhek növekedésével a krízisek, megpróbáltatások és ezek megélésének pontosabb megismerése szinte elengedhetetlen mind a szakemberek, mind a parancsnokok részéről.

A POTENCIÁLIS KRÍZISHELYZETEK A KATONAI HIVATÁSBAN

A korszerűsödő Magyar Honvédség a folyamatos változások éveit éli, ami már önmagában komoly alkalmazkodóképességet kíván a szervezet tagjaitól. A változások mértéke és gyakorisága fokozza a traumatizáló hatások és konfliktusok megjelenését, ezáltal a krízishelyzetek kialakulását. A kiszámíthatatlanság, a váratlanság, a bejósolhatatlanság a megterhelő élethelyzetekben növelik a krízisek kialakulásának esélyét.

Emellett a haderő előtt álló új kihívás az expedíciós jellegű tevékenységek erősödése, a NATO nemzetközi feladataiban való jelentősebb mértékű részvétellel. A magyar katonai kontingensek egyre nagyobb kihívást jelentő nemzetközi műveletekben vesznek részt, ami komoly felkészültséget kíván katonai- és pszichológiai értelemben egyaránt.

A missziók alatti feladatvégzéshez kapcsolódó potenciális megpróbáltatások és krízishelyzetek:

- beilleszkedési nehézségek, a szervezeti szocializáció problémái;
- együttműködési problémák;
- összezártságból, bezártságból adódó alkalmazkodási nehézségek;
- "főnök-beosztott" konfliktusok;
- a túl sok feladatból adódó túlterheltség (időhiány);
- a feladathiányból eredő unalom;
- az egysíki feladatok okozta monotonía;
- az egyén képességeit meghaladó feladatok, kompetenciahiány érzése;
- az információhiány (vagy téves információk), mint válságkeltő tényező;
- a szervezatlenségből eredő konfliktusok;
- katasztrófák, balesetek, harci cselekmények, terrortámadások, tragédiák által kiváltott krízisek;
- a tartós fenyegetettség által kiváltott krízis;
- idegen és ismeretlen földrajzi környezet.

A MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG ÉS A MEGPRÓBÁLTATÁS-TŰRÉS

A jelen kutatás célkitűzése szempontjából fontos áttekintenünk a megpróbáltatás-tűrés és az ehhez kapcsolódó mentális állóképesség természetét és jellemzőit, mivel a krízisek megélésének egyik lehetséges, sőt talán a legfontosabb preventív és konstruktív módja a magasabb szintű megpróbáltatás-tűrés és mentális állóképesség kialakítása. A jelen vizsgálat során egy speciális, az MH állományára kifejlesztett teszt (ld. 1. számú melléklet) segítségével feltérképezzük az állomány megpróbáltatás tűrés és mentális állóképesség szintjét, melyet egy mérőszámokban (Mentális Állóképesség Kvóciens, továbbiakban MÁQ) is kifejezünk. Továbbá ezzel összefüggésben felmérjük a missziós állomány stressz-jelenlét és -tűrés mutatóit, a missziós tünetek megjelenését, az állomány egészséghez való viszonyát és a pszichés jóllétüket, közérzetüket is. Ezáltal arra törekszünk, hogy előrejelezzük, hogyan reagál az állomány a nehézségekre: mennyire maradnak kezdeményezőek és optimisták váratlan és kellemetlen élethelyzetekben. Feltételezzük, hogy akinek magas a mentális állóképessége, az energikusabb, kezdeményezőbb, önállóbb, felvállalja az élet nehéz helyzetét, magasabb a teljesítménye, jobb a probléma-megoldási hajlandósága, egészségesebb életet él.

Az MÁQ elméleti hátterét az 1960-as években indult, azóta világszerte folytatott átfogó idegrendszeri és pszichológiai kutatási eredmények szolgáltatják (Wortman & Brehm, 1995). A kognitív pszichológiának köszönhetően ma már tudjuk, hogy hétköznapi viselkedésünket gyermekkorunkból hozott, úgynevezett kognitív sémák automatizmusa vezérli. Ez azt

HADTUZOMÁNYI SZEMLE

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

jelenti, hogy az élet során gyűjtött tapasztalatokra építve idegrendszerünkben fix kapcsolatok, épülnek fel, amelyek bizonyos kulcsingerek észlelése esetén gyorsan és automatikusan kialakítják az adott helyzetre adandó válaszokat.

Ehhez kapcsolódóan az MÁQ felméri az állomány szellemi és mentális teljesítőképességét, állóképességét, milyen mintázat alapján reagálunk a kihívásokra. Elmondhatjuk, hogy az MÁQ az a mérőszám, amely a veszélyhelyzetekben megjelenő automatikus gondolkodási mintáink hatékonyságát méri. Stoltz (2003) szerint a folyamatos kihívások során, ha az egyén úgy észleli és érzi, hogy nincs befolyása a helyzetre, az inkompetencia, a megfelelni nem tudás érzése a tanult tehetetlenség állapotába taszíthatja. Emellett azokat a beégett szokásokat és viselkedésmintákat méri, ahogy az ember a kihívásokra reagál. A mutató a megpróbáltatással szembeni gondolkodásunk négy területét határozza meg: a kontroll, az aktív felelősségtudat, a reális hatótávolság és az időbeli fennmaradás vizsgálatát végezhetjük el segítségével.

KAPCSOLÓDÁSI PONTOK A U.S. ARMED FORCES ÁLLOMÁNYÁBAN LEFOLYTATOTT MEGPRÓBÁLTATÁS-TŰRÉSI KUTATÁSOKHOZ (1998-2008)

Leszögezhető, hogy a fegyveres szolgálat mind fizikailag, mind mentálisan igen megterhelő, és e megterhelés maradéktalan teljesítéséhez fokozottan egészséges állományra van szükség. A U. S. Army ide vonatkozó longitudinális követéses vizsgálatainak (MSMR, 2007/1.) eredményei is azt mutatták, hogy a fegyveres szolgálatba belépő állomány a releváns szűrővizsgálatoknak és előírásoknak köszönhetően kifejezetten egészségesnek mondható, így a Magyar Honvédség állományában is fokozott figyelmet kell fordítanunk ennek a relatíve jó egészségi állapotnak a megőrzésére és a megbetegedések kialakulásának megelőzésére.

A U. S. Army keretében végzett longitudinális vizsgálatsorozat során (MSMR, 2003-2006) a külszolgálatra induló állomány 75 %-ának az általános egészségbecslési mutatója (önbecsléses adatok) a „nagyon jó” kategóriába esett, míg a visszatéréskor ez a mutató 60%-os értéket vett fel. Azt találták, hogy ez a visszaesés (általánosságban legalább egy kategóriát jelentett az önbecsléses ötfokú skálán) a külhoni szolgálat során jelentkező megpróbáltatások és kihívások eredménye, illetve a szolgálat körülményeire vezethetők vissza. Azt is vizsgálták, hogy a visszatérő állomány körében a megpróbáltatás tűrés szintje hogyan alakult. Azt az eredményt kapták, hogy a megpróbáltatás tűrés szintje az életkorral fordított arányosságban állt, a 40 év feletti állomány kétszer alacsonyabb megpróbáltatás tűrés szintet mutatott, mint a 21-25 korosztályú állomány tagjai. Továbbá azt találták (MSMR, 2007/4.), hogy a külszolgálatot befejező állomány esetében a visszatéréskor relatíve magas a depresszió, a szorongás, a szer-függőség és a PTSD gyakorisága (legalább egy mentális megbetegedést diagnosztizáltak a külszolgálatból visszatérő állomány 12%-ban, 2001-2006). A férfiak körében magasabb volt a mentális megbetegedések aránya, illetve náluk nagyobb arányban jelentkeztek alvás-zavarok is.

A külszolgálatból való visszatérés után végzett szűrővizsgálat-sorozat részeként (MSMR, 2007/6.) a rutin jellegű vizsgálatok közé tartozik a fizikai vizsgálatok mellett a mentális betegségek (pl. PTSD) szűrése és követéses kezelése is. Azt találták, hogy a külszolgálatból visszatérés 3-6 hónapját követően erős összefüggés volt a vizsgált állomány mentális állapota és a külszolgálatból való visszatéréskor tapasztalt megpróbáltatás tűrés szintjük között. Ez az adat a kutatók szerint azt mutatja, hogy bár pl. a PTSD korai jelei nem egyértelműen mutatkoznak, nem elég differenciálisan az első diagnosztikus vizsgálatok során, azonban az állomány megpróbáltatás tűrés képességének szintje nagy valószínűséggel jelezheti a mentális problémákat. Ezzel a mutatóval akár megelőzhető, illetve megfelelő módon kezelhető az esetlegesen kialakuló mentális probléma még a korai szakaszban. Az alkoholfogyasztás, és – dependencia vonatkozásában az ezen a területén végzett longitudinális vizsgálatok (MSMR, 1998-2002) azt mutatták, hogy a U.S. Army belépő állományának 75%-a fogyasztott alkoholt és a szűrővizsgálati felvételi eljárások során a megkérdezettek 26 %-a számolt be komolyabb alkohol-problémáról a vizsgálatot megelőző évre vonatkozóan. A már több éve szolgálatot teljesítő álló-

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

mányon végzett párhuzamos szűrővizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy az alkohol-probléma igen magas arányban (több mint 20%) jelen van a fiatalabb (21-25 év) korosztályú nőtlen férfi állomány körében. Az 1990-es évek közepén az alkohol-probléma volt a második vezető ok a betegállományba kerülésnek a U.S Army kötelékében, míg 2001-re az alkohol-dependencia a hatodik helyre csúszott vissza az egészségügyi problémák sorában. Emellett azonban az alkohol-probléma maradt a vezető ok a halálos balesetek kialakulásában.

Az egészségmegőrzési és prevenciók modellek kialakítása során a U. S. Army szakemberei arra törekedtek, hogy egy olyan általános érvényű egészségfejlesztési modellt állítsanak fel (MSMR, 2008/3.) az állomány szűrővizsgálati adatai alapján, mely a kockázati faktorok multidimenzionális súlyozását teszi lehetővé. A kifejlesztett modell helyzet-specifikus tényezők vizsgálatát is engedélyezi, az ún. hiba vagy zaj források kiszűrésére, mely minimalizálja vagy éppen kioltja hatásukat. A súlyozást három fő területen végezték el minden kockázati faktor esetében, melyek a vizsgált faktorok által okozott megbetegedések abszolút kockázati gyakoriságára, az okozott megbetegedések relatív kockázati gyakoriságára és az okozott megbetegedés gyógyításához, a felépüléshez szükséges kórházi, illetve betegállományi napokra épültek. A vizsgálatban a vezető megbetegedések az izom, porc és ín-sérülések voltak (főként a hát, és mellkasi, térd, boka, könyök és váll), a felső- és alsó légúti megbetegedések, majd ezután mentális megbetegedések és a különböző dependenciák következtek.

**AZ ÁLLOMÁNY MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG ÉS MEGPRÓBÁLTATÁS TŰRÉSÉNEK, ILLETVE STRESSZEL VALÓ
KAPCSOLATÁNAK ÉS PSZICHÉS EGÉSZSÉGÉNEK FELMÉRÉSÉRE SZOLGÁLÓ TESZTEK BEMUTATÁSA
(FŐBB MÉRÉSI TERÜLETEK ÉS ALSKÁLÁK)**

Mentális Állóképesség Kvóciens és Megpróbáltatás-tűrés Profil dimenziói

I. KONTROL DIMENZIÓ

Két fontos kérdést vet fel a Megpróbáltatás-tűrés Profil e dimenziója:

Milyen mértékben tudja a személy befolyásolni a helyzet kimenetét?

Milyen mértékű kontrollt érez maga a személy a kezében?

Azok a személyek, akik magasabb kontrol szinttel rendelkeznek a mentális állóképesség területén, valóban szignifikánsan jobban tudják kontrollálni és befolyásolni a megpróbáltatással teli, magas stresszel járó helyzetek kimenetét. A magasabb kontrol szinttel rendelkezők még azokban a szituációkban is, melyek megoldhatatlannak tűnnek, vagy meghaladják a képességeiket, találnak olyan aspektust, amelyet befolyásolni tudnak, így nem érzik olyan mértékben megterhelőnek vagy félelmetesnek az adott helyzetet, mint az alacsonyabb kontrol szinttel rendelkezők. Az alacsonyabb kontrol szintet mutatók, ha úgy látják, hogy nem képesek teljes mértékben uralni vagy legalábbis befolyásolni a bizonytalan helyzeteket, akkor hamar feladják, és meg sem próbálják megoldani azokat.

II. FELELŐSÉGTUDAT

Ez a dimenzió szintén két kérdés megválaszolásában segít:

Milyen mértékben érzi felelősnek magát a személy a stresszel teli helyzet kialakulásában?

Mennyire tartja önmagát felelősnek ennek a helyzetnek a megoldásában?

Az aktív felelősségérzet a motiváltság mellett a cselekedetek mögött álló egyik legfontosabb mozgatórugó. Azok a személyek, akik a Megpróbáltatás-tűrés Profil ezen dimenziójában magasabb pontszámot érnek el, felelősebbnek érzik magukat a stresszel teli szituációk kezelésére, függetlenül attól, hogy ki idézte elő ezt a helyzetet. Náluk kevesebb annak az esélye, hogy tehetetlennek vagy tanácstalannak érezzék magukat, míg az alacsonyabb pontszámot mutatók általában az ilyen helyzetekben kétségbeesettnek és áldozatnak érzik magukat.

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

III. KITERJEDÉS MEGÍTÉLÉSE

A reális hatótávolságot vagy kiterjedést vizsgáló dimenzió fő kérdései:

A stresszel teli, bizonytalan helyzet esetleges negatív kimenetele hogyan fogja érinteni a személy szakmai megítélését?

Milyen mértékben érinti ez a szituáció életének más területeit is?

Ha a személy úgy érzi, hogy kézben tartja a szituáció akár még negatív kimenetét is, akkor sokkal hatékonyabb és eredményesebb lesz a probléma megoldásában. Ebben a dimenzióban magasabb szintet elérők képesek a reálisan, a helyzet súlyosságának megfelelően észlelni és kezelni a munkájukból adódó stresszel teli bizonytalan szituációkat, és nem engedik, hogy az életük más területeire is kihassanak ezek. Az alacsonyabb realitás szinttel rendelkezők nem képesek megfelelően felmérni a helyzetet, és hajlamosak a túlságos aggodalomra és akár agresszív viselkedésre is képesek önmagukkal és/vagy másokkal szemben a túlzott bizonytalanságkerülésük miatt.

IV. IDŐBELI FENNMARADÁS

Az idői dimenzió az alábbi fő kérdésre ad választ:

Mennyi ideig fog a megpróbáltatás, illetve a bizonytalan stresszel teli helyzet fennállni?

Még a legnagyobb nehézségek sem olyan elviselhetetlenek, ha tudjuk, hogy egyszer biztosan véget fognak érni. Ebben a dimenzióban magasabb pontértékkel bírók rendelkeznek azzal a rendkívüli képességgel, hogy még a végeláthatatlannak tűnő nehézségeket is úgy tekintik, mint egy éppen fennálló, de hamar elmúló, ideiglenes problémát. Ez a képességük segíti őket az optimizmus és a remény fenntartásában. A kifejezetten alacsony idői szinttel rendelkezők szinte minden felmerülő problémát végtelen ideig fennmaradó, és ezért igen súlyos helyzetként élik meg.

SZUBJEKTÍV JÓLLÉT - JÓ KÖZÉRZET (WELL-BEING) VIZSGÁLATA

A pszichológiai jóllét teljes spektrumának átélését önmagunk elfogadása, a múlt pozitív értékelése, személyes fejlődésünk folyamatos érzése, minőségi emberi kapcsolatok birtoklása, és az a meggyőződés jelenti, hogy életünk értelmes célokat követ, amelyeket autonóm módon, a környezetünk fölött kontrollt gyakorolva valósítunk meg (Grob, 1994). Ezen területek alakulását tárja fel a Jó Közérzet kérdőív.

A vizsgált dimenziók: Önefogadás, Pozitív emberi kapcsolatok, Autonómia, Környezeti kontroll, Életcélok és a Személyes fejlődés lehetősége.

MUNKAHELYI-STRESSZ JELENLÉT KÉRDŐÍV

A stressz jelenlét kérdőív megmutatja, hogy a stressz tényezők közül melyik milyen mértékben jellemzi az állomány munkáját, illetve bemutatja azt is, hogy ezek jelenlétét milyen erősségűnek ítélték meg.

A vizsgált stressz-tényezők: időnyomás, igazságtalanság, verseny, felelősség, váratlanság, szakmai konfliktus, emberi konfliktusok, munka és magánélet összeegyeztethetlensége, szakmai nyomás, diszkrimináció, fizikai körülmények, visszajelzés hiánya, személyes fejlődés hiánya, információ hiány, függőség felettől, függőség munkatársaktól, támogatás hiánya, képzettség hiánya, nem megfelelő fizetés.

MUNKAHELYI-STRESSZ TERHELÉS KÉRDŐÍV

A Stressz terhelés kérdőív megmutatja, hogy az állomány a stressz tényezőket mennyire érzi megterhelőnek a szolgálat munkájuk során.

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

A TÜNETEK MEGÉLÉSÉNEK ALAKULÁSA

A skála itemei megmutatják, hogy a vizsgálati személyek milyen gyakran érezték a kérdésfelvétel előtti hónapra vonatkozóan, hogy az alábbi stressz-tünetek előfordultak a szolgálat alatt.

A vizsgált tünetek: fáradtság, levertség, elégedetlenség, unalom, ingerültség, figyelemzavar, szorongás, idegesség, alvási zavar, fejfájás, gyomorprobléma, feledékenység, szédülés, fáradékonyosság, étvágytalanság vagy falási rohamok, döntésképtelenség, keringési zavarok, fokozottabb dohányzás, fokozottabb alkoholfogyasztás, lazítási képtelenség és az alkalmatlanság érzése.

BECK-FÉLE DEPRESSZIÓ KÉRDŐÍV RÖVIDÍTETT VÁLTOZATA (RÉTHELYI, 2001)

A vizsgált Depresszió tünet-együttes összetevői a szociális visszahúzódság, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyosság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, örömképesség hiánya és önvádolás. A vizsgálati személyek négyfokozatú skálán válaszoltak, hogy egy-egy állítás mennyire jellemző rájuk. A rövidített kérdőív pontszámait megbízhatóan átszámíthatjuk az eredeti pontszám értékekre (nem depressziós, enyhe depressziós, közepesen súlyos depressziós tünet-együttes, súlyos depresszió állapotokra nézve). A rövidített kérdőív Cronbach-alpha értéke 0,085, amely a kérdések igen jó belső konzisztenciáját mutatja.

KOHERENCIA-ÉRZÉS KÉRDŐÍV

Rahe és Tolles (2002) vizsgálatai szerint az általunk is alkalmazott 9 tételes kérdőív megbízható és valid eszköz, magas belső konzisztenciával. A többdimenziós önjellemző mérőeszközt a mindennapi stressz-hatások és a rendelkezésre álló megküzdő kapacitások átfogó felmérésére fejlesztették ki, melynek a koherencia-érzés dimenzióját az „élet értelme” jelzővel is ellátták. Ezt a dimenziót hét kérdés alkotja (pl.: Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része).

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖNBECSLÉSE

Az elmúlt években számos vizsgálat bizonyította (Idler és Benjameni, 1997), hogy az egészségi állapot önértékelése, az ún. „self-related health” a megbetegedések egyik legmegbízhatóbb előrejelzője, megbízhatóbb, mint a szűrővizsgálati eljárások többsége. Az egészségükre vonatkozóan három konkrét kérdést tettünk fel, a kortársaival és kollégáival összehasonlítva hogyan értékelik a vizsgálati személyek a saját egészségi állapotukat, illetve összességében hogyan minősítik a saját egészségi állapotukat. Arra vonatkozóan is tettünk fel kérdést, hogy az elmúlt évben hány napig volt kórházban, illetve egészségügyi szabadságon. Az egészségi állapot megítélése szempontjából a betegnapok számát lényegesen megbízhatóbbnak tartják.

AZ MÁQ ÉS AZ MTP VIZSGÁLATOK EDDIGI, A MAGYAR HONVÉDSÉG ÁLLOMÁNYÁN VÉGZETT KUTATÁSOK EREDMÉNYEI

A Magyar Honvédség kötelékében szolgálatot teljesítő állomány Mentális Állóképességének és Megpróbáltatás-tűrési Profiljának felmérése egyrészt éppen azokat a jellemzőket tárja fel, melyek a fegyveres testületekben való hatékony és sikeres helytálláshoz feltétlenül szükségesek: állhatatosság, ellenálló-képesség, szívósság, észszerűség, reális gondolkodás, vállalkozókészség, jó problémamegoldás, aktivitás, eredményesség, teljesítmény, kitartás, energia, optimizmus, jó egészségi szint és felelősségtudat. Másrészt a vizsgálat segítségével feltárhatjuk a mentális állóképesség és megpróbáltatás-tűrési alakulásával kapcsolatba hozható egészség-mutatók alakulását is az állomány körében. Az előző vizsgálatok (Szilágyi, 2007; 2008), azt az eredményt mutatták, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkezőkre az egészségkárosító szerek ritkább használata, az egészségfejlesztéshez való pozitívabb hozzáállás, a magasabb szintű pszichés

HADTUZOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

közérzet és fokozottabb stressz-tűrési képesség, illetve alacsonyabb szintű általános tünetszint volt jellemző. A magasabb MÁQ szint emellett a felmért állomány eredményeiben szignifikánsan pozitívan korrelált a szubjektív jólléttel ($r=0,406^{**}$), a koherencia érzéssel ($r=0,317^{**}$) és az általános egészségi állapot önbecslésen alapuló mutatójával ($r = 0,288^{**}$) is. Szignifikánsan negatívan korrelál az MÁQ a depresszió mutatójával ($r=-0,327^{**}$), a pszichoszomatikus és testi tünetekkel ($r -0,374^{**}$), a stressz jelenlét ($r=-0,284^{**}$), és a stressz-terhelés mutatóival ($r=-0,373^{**}$).

Szignifikáns regressziós összefüggést találtunk továbbá a felmért állomány dohányzási szokásai és az MÁQ szintje között ($B=-0,105^{**}$). Azt találtuk, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők kevesebbet, vagy egyáltalán nem dohányoznak az alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkező társaikkal összehasonlítva. Mivel regressziós összefüggésről van szó, feltételezhető, hogy az MÁQ mintegy védő szerepet tölt be a dohányzás megakadályozásában, illetve a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők kevésbé érzik szükségét a dohányzás, mint stressz-oldó, megbirkózást elősegítő tényező alkalmazásának. Azt is láthatjuk, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők szignifikánsan kevesebb napot töltöttek kórházban, illetve egészségügyi szabadságon a felmérést megelőző évben ($B=-0,087^{*}$). Ez az eredmény szintén a magas szintű MÁQ védő szerepét támasztja alá. A szív és érrendszeri megbetegedések tekintetében azt találtuk, hogy a MÁQ magasabb szintje esetében ezen betegségek valószínűsége csökken ($B=-0,106^{**}$). Úgy is fogalmazhatunk, hogy az alacsony mentális állóképességgel rendelkező állománytagok esetében nagy valószínűséggel előre jelezhető ilyen típusú megbetegedés. A felső-alsó légúti megbetegedések tekintetében is hasonlóan alakul az előrejelző érvényesség ($B = -0,104^{**}$), így a megbetegedés valószínűsége a mentális állóképesség alacsonyabb szintje esetén nagyobb. Az allergiás megbetegedések esetében a szignifikáns összefüggés nem olyan erős ($B = -0,085^{*}$), tehát az MÁQ alacsony szintje önmagában nem teljes mértékben magyarázza az allergiás megbetegedések megjelenését. Úgy tűnik, hogy ehhez társulnia kell a pszichoszomatikus tünetek fokozottabb megélésének és a munka-stressz nehezebb feldolgozásának is. Az ideg-elme betegséggel összefüggésben elmondható, hogy az MÁQ magasabb szintje kisebb valószínűséggel párosul ilyen típusú megbetegedéssel, ezen a területen is védő szerepet tölt be a mentális állóképesség ($B = -0,099^{**}$).

AZ MÁQ TESZT JÓSAÉG-MUTATÓI, ITEMEI LEÍRÁSA ÉS A VÁLASZPONTOK ELOSZLÁSA

Az MÁQ teszt eddigi teszteredményei és reliabilitási mutatói a Magyar Honvédség állományában

Az előző vizsgálatok során (Szilágyi, 2007; 2008) a Magyar Honvédség állományára speciálisan kifejlesztett 20 állítástól álló teszt segítségével feltérképeztük az állomány mentális állóképesség szintjét, melyet egy mérőszámban (MÁQ - Mentális Állóképesség Kvóciens) fejeztünk ki.

A jelen vizsgálatban a felmért állomány mentális állóképesség mutatójának átlagértéke 59,69 (az MÁQ mérőszáma 20-100 pont közötti értéket vehet fel, mivel a 20 állítást egy ötfokú, Likert-típusú skálán mérjük fel), mely érték a számtani középérték (60 pont) közelében van. Elmondható továbbá, hogy az állomány MÁQ értéke normál eloszlást mutat, szórása 8,59. A legkisebb MÁQ érték a felmért mintában 42, a legmagasabb MÁQ érték 84 volt.

Az MÁQ mérésére kifejlesztett teszt belső konzisztenciájának vizsgálata során abból indultunk ki, hogy egy teszt megbízhatóságát leggyakrabban a tesztet alkotó itemek együttjárásának mértékéből becsüljük. Az ún. felezéses eljárás (split-half) segítségével a két részre osztott teszt első felén elért pontértéket korreláltatjuk a második felére adott pontértékekkel. Az SPSS reliabilitás vizsgálatokor ennek a becslésnek az általánosítását, az összes lehetséges tesztfelzés átlagkorrelációit alkalmazzuk. Az MÁQ teszt reliabilitása: Cronbach $\alpha = 0,72$, melyből láthatjuk, hogy az MÁQ teszt viszonylag jó belső konzisztenciával rendelkezik az aránylag kis mintán (324 fő, ebből validnak bizonyult 194 fő MÁQ tesztje) végzett kutatás alapján.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

Eredmények

A demográfiai kérdések eredményei

A Magyar Honvédség állományának egészségmagatartásának megismerését célzó, és az egészségfejlesztési, ill. prevenciós modellt megalapozó keresztmetszeti bio- és pszichoszociális rendfokozatra, állományi kategóriára, korra, nemre és szolgálati helyre reprezentatív felmérésben 564 fő vett részt. 458 férfi (81,2 %) és 106 (18,8%) nő.

Az önkéntes és önkitöltős kérdőíves kutatásban 245 fő (43,3%) hivatásos, és 319 fő (56,6%) szerződéses állomány adatait kezeljük. Főtiszt 20 fő (3,5 %), tiszt 99 fő (17,6%), tiszthelyettes 169 fő (30%), tisztos 203 fő (36 %) állomány töltötte ki a kérdőívet, míg 73 fő (12,9%) nem adta meg a rendfokozatát. Szolgálati évek számát tekintve, átlagosan 7,85 éve szolgálnak a felmérésben részt vett állomány tagjai. Legrövidebb 2 hónap, leghosszabb szolgálati idő 38 év volt. Főként szellemi, irodai munkát végzők aránya 23,4 % (132 fő), főleg fizikai munkakörben dolgozók aránya 28,4 % (160 fő), míg vegyes munkakörben (fizikai és szellemi egyaránt) 272 fő (48,2 %) dolgozik a felmérésben résztvevők körében. A beosztás jellegét tekintve 3 fő (0,5 %) felsővezető, 114 fő középvezető (20,2%), 132 fő alsóvezető (23,4 %), és 315 fő (55,9 %) végrehajtó adatait ismerhetjük meg. A felmérésben résztvevők többségének, 362 főnek (64,2 %) szolgálati helye nem azonos a lakóhelyével. Iskolai végzettségüket tekintve főiskolai/egyetemi végzettséggel 143 fő (25,4 %) rendelkezik, szakiskolát 269 fő (47,7 %) végzett, egyéb középiskolai végzettséggel 133 fő (23,6 %) rendelkezik, míg 8 általánost 19 fő (3,4 %) fő végzett. Családi állapotukra nézve elmondhatjuk, hogy 287 fő (50,9 %) házasságban él, 3 fő (0,5 %) özvegy, házastársától külön él 2 fő (0,4 %), elvált 50 fő (8,9 %), és nőtlen/hajadon 222 fő (39,4 %). Megkérdeztük, hogy a felmérésben részt vevők vettek-e már részt előzetesen misszióban, 381 fő (67,6 %) azoknak a száma, akik nem teljesítettek szolgálatot misszióban. Abból a 183 főből (32,4 %), aki már teljesített szolgálatot misszióban, 91 fő (49,5 %) egy alkalommal, 58 fő (31,5 %) kétszer, 27 fő (15,2 %) három alkalommal, 7 fő (1,2 %) négy alkalommal teljesített missziót. A misszióban eltöltött hónapok száma átlagosan 12,19 volt, a legkevesebb 2 hónapot, legtöbbet 52 hónapot töltöttek el eddig misszióban az állománytagok.

A mentális állóképesség (MÁQ) vizsgálati eredményei

A jelen vizsgálat során a MH állományára speciálisan kifejlesztett 20 állításból álló skála segítségével feltérképeztük az állomány megpróbáltatás tűrési és mentális állóképesség szintjét, melyet egy mérőszámban (Mentális Állóképesség Kvóciens, továbbiakban MÁQ) kifejeztünk. Továbbá az állomány MÁQ szintjének alakulásával összefüggésben felmértük az állomány stressz-jelenlét és –tűrési mutatóit, a mentális és pszichikai tüneteket, a megbetegedéseket, az állomány egészséghez való viszonyát és a pszichés jóllétüket, közérzetüket is. Arra törekedtünk, hogy előrejelezzük, hogyan reagál az állomány a nehézségekre: mennyire maradnak kezdeményezőek és optimisták váratlan és kellemetlen élethelyzetekben. Feltételeztük, hogy akinek magasabb a mentális állóképessége, az energikusabb, kezdeményezőbb, önállóbb, felvállalja az élet nehéz helyzetzeit, magasabb a teljesítménye, jobb a probléma-megoldási hajlandósága, egészségesebb életet él, kevésbé betegszik meg ugyanolyan, vagy hasonló körülmények között, mint az alacsonyabb MÁQ szintet mutató társai.

AZ MÁQ MÉRÉSÉRE KIFEJLESZTETT SKÁLA BELSŐ KONZISZTENCIÁJA

Egy skála megbízhatóságát leggyakrabban a skálát alkotó tételek együtt járásának mértékéből becsüljük. Az ún. felezéses eljárás (split-half) segítségével a két részre osztott teszt első felén elért pontszámot korreláljuk a második felére adott pontszámokkal. Az SPSS reliabilitás vizsgálata ennek a becslésnek az általánosítását, az összes lehetséges teszt-

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

felezés átlagkorrelációit alkalmazza. A kapott konzisztencia mutatót *Cronbach-alpha*-nak nevezzük, melynek 0,60 és 0,95 közötti értéke a skála megbízhatóságát jelzi.

— MÁQ reliabilitás : Cronbach alpha = 0,84.

A fenti eredményből láthatjuk, hogy az MÁQ skála kifejezetten jó belső konzisztenciával rendelkezik. Az alábbi táblázat bemutatja, hogy a korrelációs vizsgálatok (Pearson bivariate) eredményei az állomány MÁQ szintjével összefüggésben a következőképpen alakultak:

MÁQ és a pszichológiai mutatók korrelációs összefüggései

		<i>Az állomány MÁQ szintje</i>
<i>Szubjektív jóllét</i>	Pearson corr.	0,406(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561
<i>KOHE-RENCIA</i>	Pearson corr.	0,317(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561
<i>Depresszió mutató</i>	Pearson corr.	-0,327(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561
<i>TÜNET</i>	Pearson corr.	-0,374(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561
<i>Stressz-jelenlét</i>	Pearson corr.	-0,284(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	559
<i>Stressz-megterhelés</i>	Pearson corr.	-0,373(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561
<i>Egészségi állapot (Önbecslés)</i>	Pearson corr.	0,288(**)
	Szign. (2-tailed)	,000
	N	561

A Mentális Állóképesség a felmért állomány eredményeiben szignifikánsan pozitívan korrelál a Szubjektív jólléttel, és a Koherencia mutatóval és az önbecsléses Egészségi állapottal. Ezt az eredményt úgy értelmezhetjük, hogy az állomány azon tagjai, akik magasabb szintű mentális állóképességgel rendelkeznek, azok pszichés jólléte is magasabb szintű, úgy érzik, hogy helyük és küldetésük van a világban, illetve összehasonlítva kortársaikkal és kollégáikkal kifejezetten jó egészségi állapotról számolnak be.

Szignifikánsan negatívan korrelál az MÁQ a Depresszió mutatóval, a pszichoszomatikus és testi tünetekkel, a stressz jelenlét és megterhelés mutatóival. Tehát az állomány azon tagjai, akik magasabb szintű mentális állóképességet mutatnak kevésbé depressziósak, kevesebb pszichoszomatikus tünetük van, kevésbé érzik a stressz jelenlétét a mindennapi munkájuk során, illetve a mégis jelen lévő stresszt kevésbé tartják megterhelőnek. A fenti eredmények mellett, melyek az

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

MÁQ validitását és megbízhatóságát mutatják amellet, hogy feltárják más pszichés tényezőkkel való összefüggéseit, arra is törekedtünk, hogy előre jelezzük az MÁQ szerepét az állomány egészség-magatartásában és a megbetegedéseinek alakulásában.

AZ ÁLLÓKÉPESSÉGRE VONATKOZÓ LINEÁRIS REGRESSZIÓS VIZSGÁLATOK EREDMÉNYEI

Szignifikáns regressziós összefüggést találtunk a felmért állomány dohányzási szokásai és az MÁQ szintje között. Azt találtuk, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők kevesebbet, vagy egyáltalán nem dohányoznak az alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkező társaikkal összehasonlítva. Mivel regressziós összefüggésről van szó, feltételezhető, hogy az MÁQ mintegy védő szerepet tölt be a dohányzás megakadályozásában, illetve a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők kevésbé érzik szükségét a dohányzás, mint stressz-oldó, megbirkózást elősegítő tényező alkalmazásának.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	44,714	1	44,714	6,212	,013

Prediktor: MAQ

Függő változó: Élete során hányszor dohányzott?

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,105	-2,492	,013

Függő változó: Élete során hányszor dohányzott?

Az alábbi négy táblázat eredményeiben azt is láthatjuk, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkezők szignifikánsan kevesebb napot töltöttek kórházban, illetve egészségügyi szabadságon az elmúlt évben. Ez az eredmény szintén a magas szintű MÁQ védő szerepét támasztja alá.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	27,653	1	27,653	3,755	,043

Prediktor: MAQ

Függő változó: Kórházi napok száma az elmúlt évben

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,082	-1,938	,053

Függő változó: Kórházi napok száma az elmúlt évben

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	1118,332	1	1118,332	7,713	,006

Prediktor: MAQ

Függő változó: Egészségügyi szabadságon töltött napok száma az elmúlt évben

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,117	-2,777	,006

Függő változó: Egészségügyi szabadságon töltött napok száma az elmúlt évben

A következőkben a felmért állomány MÁQ szintjének előrejelző összefüggéseit vizsgáljuk a megbetegedésekre.

A szív és érrendszeri megbetegedések tekintetében azt találtuk, hogy a MÁQ magasabb szintje esetében ezen betegségek valószínűsége csökken. Úgy is fogalmazhatunk, hogy az alacsony mentális állóképességgel rendelkező állománytagok esetében nagy valószínűséggel előre jelezhető ilyen típusú megbetegedés.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	,931	1	,931	6,364	,012

Prediktor: MAQ

Függő változó: Szív és érrendszeri megbetegedés

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,106	-2,523	,012

Függő változó: Szív és érrendszeri megbetegedés

A felső-alsó légúti megbetegedések tekintetében is hasonlóan alakul az előrejelző érvényesség, így a megbetegedés valószínűsége a mentális állóképesség alacsonyabb szintje esetén nagyobb.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	1,201	1	1,201	6,057	,014

Prediktor: MAQ

Függő változó: Felső-alsó légúti megbetegedés

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,104	-2,461	,014

Függő változó: Felső-alsó légúti megbetegedés

Az allergiás megbetegedések esetében a szignifikáns összefüggés nem olyan erős, tehát az MÁQ alacsony szintje önmagában nem teljes mértékben magyarázza az allergiás megbetegedések megjelenését. Ehhez egy időben társulni kell a pszichoszomatikus tünetek fokozottabb megélésének és a munka-stressz nehezebb feldolgozásának is.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	,025	1	1,025	5,123	,046

Prediktor: MAQ

Függő változó: Allergiás megbetegedés

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,085	-,350	,046

Függő változó: Allergiás megbetegedés

Az ideg-elme betegséggel összefüggésben elmondható, hogy az MÁQ magasabb szintje kisebb valószínűséggel párosul ilyen típusú megbetegedéssel, ezen a területen is védő szerepet tölt be a mentális állóképesség.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	,146	1	,146	5,555	,019

Prediktor: MAQ

Függő változó: Ideg-elme betegség

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,099	-2,357	,019

Függő változó: Ideg-elme betegség

A bőrbetegségek kialakulása tekintetében eredményeink azt mutatják, hogy a magasabb szintű mentális állóképesség esetében kisebb valószínűséggel találhatunk ilyen megbetegedést, viszont a mentális állóképesség csökkenésével a bőrbetegségek gyakorisága is megnőhet.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	,765	1	,765	7,990	,005

Prediktor: MAQ

Függő változó: Bőrbetegség

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,119	-2,827	,005

Függő változó: Bőrbetegség

Az emésztőszervi megbetegedések esetében szintén védő szerepet tölt be, tehát fordított arányosság van az MÁQ magas szintű jelenléte és az emésztőszervi megbetegedések megjelenése között.

	Négyzet-összeg	df	Négyzet-átlag	F	Szign.
Regresszió	,323	1	,323	3,905	,049

Prediktor: MAQ

Függő változó: Emésztőszervi megbetegedés

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK BeatrixBudapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

	Béta	t	Szign.
MAQ	-,083	-1,976	,049

Függő változó: Emésztőszervi megbetegedés

REGRESSZIÓS MODELL A MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG ÉS A PSZICHOLÓGIAI MUTATÓK ÖSSZEFÜGGÉSEIRE, ÉS A MEGBETEGEDÉSEK ALAKULÁSÁRA VALÓ HATÁSUKRÓL

(A fenti összefoglaló ábrán az **egy irányba mutató nyilak** (\rightarrow) a lépésenkénti regresszió vizsgálat során szignifikánsnak ($* = p \leq 0,05$; illetve $** = p \leq 0,01$) bizonyult hatásokat jelölik. A kapcsolatok erősségét jelző számok standardizált regressziós együtthatók. Például az MÁQ-tól (Mentális Állóképesség Kvóciens) induló egy irányú nyíl a szív és érrendszeri betegségek felé, és a szív és érrendszeri betegségnél található két csillagos negatív érték azt jelenti, hogy a magasabb MÁQ szinttel rendelkező katonák kevésbé hajlamosak a szív és érrendszeri betegségekre, mint az alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkezők. A **kettős végű, két irányba mutató nyilak** (\leftrightarrow) viszont szignifikáns ($* = p \leq 0,05$; illetve $** = p \leq 0,01$) korrelációs összefüggést jeleznek, a nyilakon található számok a pszichológiai mutatók együttjárásának, kölcsönös összefüggésének mértéké és irányát jelző korrelációs együtthatók.)

A REGRESSZIÓS MODELL MAGYARÁZATA AZ MÁQ SZEREPÉT TEKINTVE

Az MÁQ védő hatása mutatható ki a bőrbetegségek ($B = -0,119$), a szív- és érrendszeri megbetegedések ($B = -0,106$), és a felső-alsó légúti megbetegedések ($B = -0,104$), esetében, továbbá az ideg-elme ($B = -0,099$), az allergiás ($B = -0,085$), és az emésztőszervi megbetegedések ($B = -0,083$) kialakulásában is. Pozitív együttjárást mutat az MÁQ a Szubjektív jólléttel ($r = 0,406$), a Koherencia érzéssel ($r = 0,317$), és az általános egészségi állapot önbecslésen alapuló mutatójával ($r = 0,288$) is. Negatív korrelációt jelez az MÁQ a Depresszió ($r = -0,327$), a Stressz-jelenlét ($r = -0,284$), a Stressz-terhelés ($r = -0,373$), és a Tünet-megélés ($r = -0,374$) szintjével.

A Mentális Állóképesség és más pszichológiai mutatók (Stressz-jelenlét, Depresszió, Szubjektív jóllét, Tünet-mutató, Stressz-terhelés, Koherencia, és az Egészségi állapot önbecslése) összefüggéseit és direkt, fő hatásait mutatja a megbetegedések (szív és érrendszeri, mozgásszervi, ideg-elme, allergia, felső-alsó légúti, bőrbetegségek, emésztőszervi megbetegedések) alakulására a fenti összegző modell. Láthatjuk, hogy a modell közepén a Mentális Állóképesség (MÁQ) áll, mintegy összefogva a többi mutatót, a minden irányba terjedő oda-vissza korrelációs, kölcsönös kapcsolati hatásain keresztül. Továbbá azért is illeti ezt a mutatót a középponti hely, mivel a mozgásszervi megbetegedéseken kívül (melyre direkt hatásként sokkal inkább a Stressz-jelenlét és a Depresszió mutatója hat) minden megbetegedés kialakulására negatívan hat, vagyis éppen gátolja a kialakulásukat, kumulatíván protektív, védő szerepet tölt be. Ez a védő hatás legerősebb a bőrbetegségek, a szív- és érrendszeri megbetegedések és a felső-alsó légúti megbetegedések esetében, de gátló tényezőként jelen van az ideg-elme, az allergiás és az emésztőszervi megbetegedések kialakulásának valószínűsítésében is. Pozitív együttjárást mutat továbbá, hasonlóan alakul a lefutása a Szubjektív jólléttel, a Koherencia érzéssel, és az általános egészségi állapot önbecslésen alapuló mutatóival is. Ellentétesen mozog az MÁQ a Depresszió, a Stressz-jelenlét, a Stressz-terhelés és a Tünet-megélés szintjével.

A vizsgált megbetegedéseket jobban szemügyre véve kiemelhetjük, hogy az MÁQ mellett más pszichológiai mutatók is jelentős regressziós szerepet tölthetnek be a betegségek kialakulásának valószínűsítésében, illetve előrejelzésében. A szív és érrendszeri megbetegedés esetében az MÁQ mellett az egészségi állapot összegző önbecslésére vonatkozó mutató is jelezheti a betegségre való hajlamot, kockázatot ezen a területen. Ha ez az önbecslésen alapuló mutató alacsony, akkor nagyobb valószínűséggel jelentkezhet szív- és érrendszeri megbetegedés a vizsgált személynél. A mozgásszervi megbetegedések esetében ilyen hajlamosító mutató lehet a depresszió és a stressz-jelenlét fokozott szintje.

**DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix**

**Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám**

Az ideg-elme betegségeknél a depresszió mutató megemelkedése, és a szubjektív jóllét mutató alacsonyabb szintje jelentkezhet a csökkent MÁQ szint mellett. Az allergiás megbetegedések előjelezője a fokozott tünet-megélés mutató megemelkedése és az alacsony MÁQ szint lehet. A felső-alsó légúti megbetegedésekre hajlamosabbak azok, akik erősebben élik meg a tüneteiket, illetve alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkeznek. A tünetek fokozottabb megélése a bőrbetegségek kialakulását is elősegíti, emellett a stressz-források fokozott terhelésként való megélése, és az alacsony MÁQ szint is közrejátszhat a bőrbetegségek megjelenésében. Az emésztőszervi megbetegedések alakulásában az MÁQ szint csökkenése mellett a Koherencia-érzés alacsonyabb szintje is szerepet játszik.

Elmondhatjuk, hogy ha egy személy magas MÁQ szinttel rendelkezik, akkor ez a vizsgált megbetegedések (kivéve a mozgásszervi megbetegedést, mely minden korosztályban, mintegy „munkahelyi ártalomként” van jelen az MH kötelékében) kialakulásának esélyét csökkenti esetében. Emellett szubjektívan, pszichésen jobban érzi magát, úgy gondolja, hogy van jövője és értelme az életének, megtalálta a helyét a világban és összességében egészségesebbnek tartja magát, mint az alacsonyabb MÁQ szinttel rendelkezők.

ÖSSZEZÉS

Ahhoz, hogy sikeres egészségfejlesztési programot alakítsunk ki, ismernünk kell a megbetegedésekhez és az egészségkárosító magatartásokhoz köthető legfontosabb rizikótényezőket, azaz esélynövelő hatásokat, valamint azokat a protektív faktorokat, amelyek a védelemben játszhatnak szerepet. Az általunk lefolytatott mentális állóképesség vizsgálatok egyrészt éppen azokat a jellemzőket tárták fel, melyek a szolgálatban való hatékony és sikeres helytálláshoz feltétlenül szükségesek: céltudatosság, szívósság, reális gondolkodás, kihívás-keresés, jó problémamegoldás, éberség, teljesítmény-orientáltság, kitartás, energikusság, felelősségtudat és megfelelő egészségi követelményszint. Másrészt a vizsgálatainkban összefüggést találtunk a mentális állóképesség és az életminőség, a stressz terhelés-tűrési képesség és a pszichoszomatikus tünetek megjelenése.

EGÉSZSÉGMEGŐRZŐ PROGRAMOK TERVEZETE

A jelen tanulmányban bemutatott vizsgálatok eredményeinek hosszú távú hozamaként több modulból álló, átfogó prevenció és egészségmegőrző programtervet dolgozhatunk ki.

A programok fő céljai:

1. Nagy népegészségügyi jelentőségű betegségek megelőzése (elsősorban az MH állományára jellemzően magas mozgásszervi megbetegedések, a szív- érrendszeri betegségek, ill. a fegyveres testületeknél és népegészségügyi szempontból is nagy jelentőségű depresszióknak a megelőzése).
2. Általános ismeretek nyújtása az egészséges életmódról, táplálkozásról, mozgásról és alapvető személyes stressz kezelési képességekről.
3. Kockázati tényezők elkerülésének lehetősége - aktív stressz kezelés, pszichés megküzdés javítása mind a hétköznapi stressz forrásokkal, mind a speciális, fegyveres testületekre jellemző kockázati tényezőkkel.

A programok célcsoportjai lehetnek a jelen vizsgálat eredményei alapján:

- magas vérnyomásúak,
- magas koleszterinszintűek,
- krónikus szomatikus betegségben szenvedők (pl. allergiás, asztmás populáció, veseelégtelenségben szenvedők),
- enyhe, ill. közepesen súlyos depressziós szintet mutatók,
- kifejezetten alacsony MÁQ szinttel rendelkezők,
- extrém magas stressz és tünet-terhelést jelzők,

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

— saját egészségi állapotukat kifejezetten rossznak minősítők (önbecsléses vizsgálat).

Természetesen a fent felsoroltak halmozottan is jelentkezhetnek az állomány egyes személyeknél, rájuk még fokozottabban oda kell figyelnünk a magasabb kockázati csoportba való tartozásuk miatt.

Többlepcsős prevenciók modell az MH állományára:

Az egészségmegőrző modellprogram célja a többlepcsős prevenció megvalósítása (rendszeres szűrés + edukáció, mint primer prevenció, prevenciók csoportprogramok szabad elérhetősége, kockázati faktorokkal szűrtek további szűrése, ill. másodlagos prevenciók csoportba való bevonása):

- *Edukációs programok:* interaktív előadások, mely során a résztvevők specifikus ismereteket kapnak a veszélyeztetett területről,
- *Primer prevenciók csoportprogramok:* egészséges állománytagok számára indított csoportok, mely során a résztvevők készségeket sajátítanak el (életmód, táplálkozás, mozgás, stressz-kezelés),
- *Szűrővizsgálatok, majd a veszélyeztetettek részére másodlagos prevenciók csoportprogramok:* már egészségügyi kockázati faktorokkal rendelkező személyek számára indított készségfejlesztő programok (életmód, táplálkozás, mozgás, stressz kezelés, egyéni kockázati faktorok kezelése),
- *Média alapú programok:* Internetes edukációs és tanácsadó központ működtetése és továbbfejlesztése.

Kulcsszavak: mentális állóképesség-vizsgálatok, megpróbáltatás-tűrés, megküzdés

Keywords: adversity response researches, resistance facing adversity, resilience

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

1. sz. melléklet

A MENTÁLIS ÁLLÓKÉPESSÉG KVÓCIENS ÉS MEGPRÓBÁLTATÁS-TÚRÉS PROFIL TESZTJE

Instrukció: Képzelve el, hogy a következő események éppen most történnek Önnel. Hogyan reagálna rájuk? A helyzetek alatt különböző véleményeket olvashat a kérdés alatti két oldalon, kérjük, hogy karikázza be azt a számot, mely leginkább megfelelne a véleményének a különböző események kapcsán!

1. Igen komoly anyagi gondjai lennének.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem tudna

1 2 3 4 5

Teljes mértékben képes lenne változtatni

2. Nem léptetnék elő, pedig már biztosra vette az előmenetelt.

Mennyiben lenne felelős azért, hogy így alakult a helyzet?

Egyáltalán nem lenne felelős

1 2 3 4 5

Teljes mértékben felelős lenne

3. Feljebbvalója nem tartaná elfogadhatónak az Ön elvégzett munkáját.

Ez mennyire befolyásolná ez Önt?

Nagyon bánтанá a dolog

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem zavarná

4. Véletlenül súlyos hibát vétene a napi feladatában.

Milyen következményei lennének ennek?

Kihatna a misszió
hátralevő részére

1 2 3 4 5

Hamar elfelejtődne a dolog

5. Törölnék a missziós kiküldetést, amire már hónapok óta készült.

Ez mennyire befolyásolná ez az életét?

Teljes mértékben

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem

6. Egy kollégájával, akivel közös misszióban szolgálnak, komolyan összekülönböznének.

Mennyiben lenne Ön felelős azért, hogy így alakult a helyzet?

Egyáltalán nem lenne felelős

1 2 3 4 5

Teljes mértékben felelős lenne

7. Az Önnel egy misszióban szolgáló kollégái elutasítóak lennének Önnel szemben.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem tudna

1 2 3 4 5

Teljes mértékben

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

8. Nem kapna szabadságot, pedig már nagyon készült haza.

Milyen következményei lennének ennek?

Kihatna a misszió hátralevő részére 1 2 3 4 5 Hamar elfelejtené

9. Fontos előírást szegne meg a szolgálat során.

Ez mennyire hatna ki az Ön szakmai megítélésére?

Teljes mértékben 1 2 3 4 5 Egyáltalán nem

10. Hosszas próbálkozás után kiderülne, hogy nem képes elvégezni az Önre bízott feladatot.

Milyen következményei lennének ennek?

Kihatna a misszió hátralevő részére 1 2 3 4 5 Hamar elfelejtenék

11. Zavarja, hogy túl sok ember van a szolgálati helyén.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem 1 2 3 4 5 Teljes mértékben változtatni tudna

12. Elfeledkezne egy fontos megbeszélésről.

Ez mennyire hatna ki az Ön szakmai megítélésére?

Teljes mértékben 1 2 3 4 5 Egyáltalán nem

13. Magánélete válságba kerülne a missziós szolgálat miatt.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem 1 2 3 4 5 Teljes mértékben változtatni tudna

14. Valaki a felvetné, hogy az Ön munkájáért nagyobb anyagi elismerés járna.

Milyen következményei lennének ennek?

Kihatna a missziós munkájára 1 2 3 4 5 Nem törődne vele

15. Valamilyen egészségkárosító szert (pl. cigaretta) használna, pedig tudja, hogy ez károsan hat az egészségére.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem 1 2 3 4 5 Teljes mértékben változtatni tudna

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

16. A missziós szolgálat nem lenne olyan, amilyennek várta.

Mennyiben lenne Ön felelős ezért?

Egyáltalán nem

1 2 3 4 5

Teljes mértékben

17. Munkaeszköze már harmadik alkalommal romolna el aznap.

Mennyire tudna változtatni ezen?

Egyáltalán nem

1 2 3 4 5

Teljes mértékben változtatni tudna

18. A feladatot amit éppen végez, teljes időpocsékolásnak érezné.

Mennyiben lenne Ön felelős ezért?

Egyáltalán nem

1 2 3 4 5

Teljes mértékben

19. Lemaradna egy Ön számára igen fontos családi eseményről a missziós munkája miatt.

Milyen következményei lennének ennek?

Kihatna a missziós
munkájára

1 2 3 4 5

Nem törődne vele

20. Egyik feljebbvalója folyamatosan kritizálná az Ön munkáját.

Ez mennyire hatna Önre?

Nem tudná emiatt
ellátni a feladatait

1 2 3 4 5

Egyáltalán nem érdekelné

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

FELHASZNÁLT IRODALMAK

1. Ames, G. M., Cunradi, C. B. & Moore, R. S. (2002). Alcohol, tobacco and drug use among young adults prior to entering the military. *Preventive Science*, 3, 135-144.
2. Bobak, M., & Marmot, M. (1996). East-West mortality divide: Proposed research agenda. *British Medical Journal* 312, 421-425.
3. Browne, T., Hull, L., Horn, O., et al. (2007). Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *British Journal of Psychiatry*, 190, 484-489.
4. Brundage J. F., Johnson, K. E., Lange, J. L. & Rubertone, M. V. (2006). Comparing the population health impacts of medical conditions using routinely collected health care utilization data: nature and sources of variability. *Military Medicine*, 171(10), 937-942.
5. Buda B. (1998). *A mentálhigiéné fogalma*. Educatio, Budapest
6. Ezzazi, M., Lopez, A. D., Rodgers, A., Vander Hoorn, S. & Murray, C. J. (2002). Comparative Risk Assessment Collaborating Group. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, 360, 1347-1360.
7. Friedman, M. J. (2006). Posttraumatic stress disorder among military returnees from Afghanistan and Iraq. *American Journal of Psychiatry*, 163, 586-593.
8. Füzesi Zs., Tistyán L. (2001). Tervezhető egészség? *Egészségügyi Menedzsment*, 2, (1), 19-22.
9. Garvey Wilson A. L., Lange, J. L., Brindage, J. F. & Frommelt, R. A. (2003). Behavioral, demographic, and prior morbidity risk factors for accidental death among men: a case control study of soldiers. *Preventive Medicine*, 36, 124-130.
10. Grieger, T. A., Cozza, S. J., Ursano, R. J., et al. (2006). Post-traumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1777-83.
11. Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*, 295, 1023-1032.
12. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., et al. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New-England Journal of Medicine*, 351, 13-22.
13. Jones, B. H., Perrotta, D. M., Canham-Chervak, M. L., Nee, M. A. & Brundage, J. F. (2000). Injuries in the military: a review and commentary focused on prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 18(3), 71-84.
14. Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
15. Kolkow, T. T., Spira, J. L., Morse, J. S. & Grieger, T. A. Post-traumatic stress disorder and depression in health care providers returning from deployment to Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 172, 451-455.
16. McLeod, A., Wills, A. & Etherington, J. (2004). Low job control and myocardial infarction risk. *Journal of Epidemiological and Community Health*, 58, 131-135.
17. Meleg Cs. (1998). Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, 39, 155-159.

HADTUDOMÁNYI SZEMLE

DR. SZILÁGYI Zsuzsanna – DR. CSUKONYI Csilla –
SÓTÉR Andrea – HORNYÁK Beatrix

Budapest, 2014.
7. évfolyam 1. szám

18. Murray, C. J. and Lopez, A. D. (eds.) (2006). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Harvard School of Public Health (on behalf of the World Health Organization and The World Bank), 120-122.
19. Orth-Gomér, K., Horsten, M., Wamala, S.P., Mittleman, M. A., Kirkeeide, R., Svanes, B., Rydén, L. & Schenck-Gustafsson K. (2002). Social relations and extent and severity of coronary artery disease. *European Heart Journal*, 19, 1648-1656.
20. Seligman, M.E.P., Peterson, C. & Maier, S.F.(1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York: Oxford University Press.
21. Stoltz, P.G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunities*. New York: Wiley.
22. Stoltz, P., G. (2000). *Adversity Quotient@Work*. Morrow, New York
23. Stoltz, P., G. (2003). *The Adversity Response Profile*. California: Peak Learning
24. Szilágyi Zs. (2008). *A megpróbáltatás-tűrés és mentális állóképesség feltárása az MH állományában, összefüggésben az egészség-mutatókkal és az egészségmagatartással*. MPT XVIII. Nagygyűlése, Nyíregyháza.
25. Trump, D. H., Mazzuchi, J. F., Riddle, J., Hyams, K. C. & Balough, B. (2002). Force health protection: 10 years of lessons learned by the Department of Defense. *Military Medicine*, 167, 179-185.
26. Williams, J. O., Nell, N. S. & Amoroso, P. J. (2002). Drinking and other risk taking behaviors of enlisted male soldiers in the US Army. *Work*, 18, 141-150.
27. Wortman, C.B., & Brehm, J.W. (1995). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 8). New York: Academic Press.
28. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2002/8.). *Alcohol Disorders among Active Duty members, U.S Armed Forces, January 1998-March, 2002*.
29. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2006/7.). *Pre- and Post-deployment Health Assessments, U.S. Armed Forces, January 2003-September 2006*.
30. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2007/1). *Relationships between abnormal findings during medical examinations and subsequent diagnoses of significant conditions, active components, U.S. Armed Forces, January 1998-October 2006*
31. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2007/4). *Mental health encounters and diagnoses following deployment to Iraq and/or Afghanistan, U.S. Armed Forces, 2001-2006*.
32. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2007/6). *Routine Screening and Referrals for Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) after Returning from Operation Iraqi Freedom in 2005, U.S. Armed Forces*.
33. MSMR (Medical Surveillance Monthly Report) (2008/3.). *Absolute and relative morbidity burdens attributable to various illnesses and injuries, U.S. Armed Forces, 2007*.
34. U.S. Department of Defense (2003). *Force health protection capstone document*. Washington, D.C.