

A MOS SSS – TÁRSAS TÁMASZ MÉRÉSÉRE SZOLGÁLÓ KÉRDŐÍV MAGYAR VÁLTOZATÁNAK PSZICHOMETRIAI JELLEMZŐI



Sz. MAKÓ Hajnalka

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék
mako.hajnalka@gmail.com

BERNÁTH László

ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet

SZENTIVÁNYI-MAKÓ Norbert

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar,
Idegnyelvi Szaknyelvoktató Központ

VESZPRÉMI Béla

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

VAJDA Dóra

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék

KISS Enikő Csilla

Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet,
Személyiség- és Egészségpszichológia Tanszék

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: A társas támasz mentális és szomatikus egészség fenntartásában, nehéz, stresszel teli élethelyzetek kezelésében, betegségek leküzdésében betöltött pozitív szerepét számos nemzetközi és hazai kutatás igazolja. Jelen tanulmány célja a nemzetközi kutatásokban a társas támasz mérésére gyakran használt MOS SSS (Sherbourne és Stewart, 1991) kérdőív adaptálása magyar mintán. *Módszer:* A kérdőíves vizsgálatban 746 fő vett részt (átlagéletkor: 37 év, min.–max.: 18–82). A kutatásban részt vettek normál/kontroll és szomatikus vagy pszichés problémákban érintett alcsoportok egyaránt. Az adatgyűjtés a társas támogatottságra, a demográfiai jellemzőkre, pszichés (szorongás, depresszió) és szomatikus panaszok

megítélésére, és személyes jellemzők, erőforrások (pozitív és negatív affektivitás, pszichológiai jóllét, coping mechanizmusok) azonosítására irányult. *Eredmények:* A megerősítő faktorelemzés során kapott határértékek indokoltá tették feltáró faktorelemzés végzését főkomponens-elemzéssel és varimax forgatással, melynek alapján a főskálán belül három faktort lehetett megkülönböztetni: *Érzelmi-információs támaszt, Pozitív szociális interakción alapuló támaszt* és *Instrumentális támaszt*. A kérdőív megbízhatósága magas, a belső konzisztencia értékek (Cronbach-alfa) fő- és alszkálákra vonatkozóan 0,89 és 0,95 között alakultak. A teszt-reteszt reliabilitás értékei $r = 0,852$ ($p < 0,01$) feletti tartományban vannak. A MOS SSS validálását szolgáló változókkal mutatott korrelációs kapcsolatok közül kiemeljük, hogy a társas támasz (MOS SSS-H) pozitív összefüggésben áll a pszichológiai jólléttel, valamint a pozitív affektivitással, és negatív irányú együttjárást mutat a depresszióval, a szorongással, valamint a negatív affektivitással. *Következtetések:* Eredményeink a MOS SSS-H 3 faktoros szerkezetét igazolták, a kérdőív pszichometriai mutatói alapján magas reliabilitással és megfelelő validitásjellemzőkkel rendelkezik magyar mintán.

Kulcsszavak: társas támasz, MOS SSS-H, pszichometriai jellemzők, mentális és fizikai egészség

BEVEZETÉS: A TÁRSAS TÁMASZ MÉRÉSÉNEK JELENTŐSÉGE

A társas támasz konceptualizálása, s ehhez kötődően mérési lehetőségeinek kidolgozása, valamint a lelki és fizikai egészséggel mutatott összefüggéseinek vizsgálata az 1980-as évek elejétől egyre nagyobb érdeklődésre tartott számot a pszichológiai vonatkozású kutatásokban.

Társas támasznak nevezhetjük, mikor az egyén kapcsolataiban megtapasztalja, hogy szeretik, törődnek vele, vagy gondoskodnak róla; tisztelik és megbecsülik; valamint, hogy kölcsönös kötelezettségeken és kommunikáción alapuló kapcsolati hálózathoz, közösséghez tartozik (Cobb, 1976). Mindemellett a fogalom meghatározását árnyalja olyan dimenziók figyelembevételével, mint a *támaszforrás* strukturális és minőségi jellemzői, a *támasz* funkcionális jellemzői, megjelenésének formái, gyakorisága, vagy elérhetősége, valamint a *támogatott egyén* részéről a tá-

masz észlelése, a támaszigény, a támaszkeresési hajlam, vagy a támasszal való elégedettség (összefoglalóan l. Tardy, 1985; Forgács, 2015; Lin et al., 1986).

A társas támasz szempontjából lehetnek kritikusnak számító éleetszakaszok vagy életesemények, mint az időskor (Tiringer és Kaszás, 2013), betegség, tartós hospitalizáció (Forgács, 2015), vagy a munkanélküliség időszaka (Kovács, 2013), melyek során egyrészt beszűkülnek a lehetséges támaszforrások, másrészt az aktuálisan meglévő kapcsolatokban megélt támogatottság meghatározóvá válhat az élethelyzet által hozott stresszorokkal való megküzdés hatékonyságában.

Számos kutatás igazolja a társas támasz stresszorokkal szembeni megküzdésben, nehéz életesemények károsító következményeinek mérséklésben, a mentális és fizikai egészség fenntartásában vagy a betegségből való felépülésben betöltött szerepét (összefoglalóan l. Forgács, 2015).

A társas támasz mentális egészséggel-betegséggel mutatott összefüggéseit igazolják

Kovács és Pikó (2009) serdülők körében végzett kutatásának eredményei, miszerint az anyától és apától kapott társas támogatás, valamint a szülőkkel való szoros kapcsolat hiánya alacsonyabb étellel való elégedettséggel társul, s növeli a depresszió megjelenését. Azok a nők, akik partnerüket támogatónak találták a fogantatás és a művi abortusz közötti időszakban, kevésbé szorongtak és alacsonyabb depressziót mutattak a műtéti beavatkozás idején (Sz. Makó, 2013). A jó házasságban, illetve élettársi kapcsolatban élők jobb általános pszichés egészségmutatókkal rendelkeztek – kevésbé voltak depressziósak, kevésbé szorongtak, kevesebbszer merült fel esetükben az öngyilkosság gondolata, s alacsonyabb volt a társasstressz-szintjük – szemben azok csoportjával, akik házastársi vagy élettársi kapcsolata rosszul működött (Kovács et al., 2013). Bántalmazott nők csoportjában a jobb társas támogatottság az abúzzsal összefüggésben megjelenő szorongás, depresszió, PTSD, a rossznak észlelt egészségi állapot alacsonyabb kockázatával társult (Coker et al., 2002). Cobb (1976) a társas támasznak az egyén pszichés és szomatikus státuszára gyakorolt hatását áttekintő munkájában több olyan, a témában korainak számító kutatásra is hivatkozik, melyek igazolták a támogató környezet pozitív hatását a betegségekből való felépülésben; emellett megerősítést nyert, hogy az egészségügyi ellátó személyzet felől érkező támogatás jobb posztoperatív felépüléssel, mérsékeltebb farmakoterápiás szükséglettel társult, s a betegek együttműködőbbek voltak a terápiás folyamatban. A várandósság alatti és a posztpartum depresszió összefüggésben állt a partner vagy a tágabb környezet felől érkező társastámogatás-jellemzőkkel (Séguin et al., 1995; O'Hara, 1986). Mellrákkal kezelt nők körében – olyan változók mellett, mint a közelmúltban elszenvedett megterhelő élet-

események (pl. családtag elhalálása), vagy az egészségi állapotban bekövetkező negatív irányú változás – az alacsony mértékű társas támogatottság is prediktora volt a magasabb pszichológiai distressznek (Kornblith et al., 2001). HIV-pozitív nők körében, az egészségi állapotnak és a pszichoszociális faktoroknak az összefüggéseit vizsgálva, Gielen és mtsai (2001) arra az eredményre jutottak, hogy a kiterjedtebb társas támogatottsággal bíró nők jobb mentális egészségi mutatókkal rendelkeztek, és jobb általános életminőséget jeleztek. A közösséghez való tartozás főiskolás diákok, azon belül nők körében jobb egészségi állapot észlelésével és férfiak esetén kevesebb fizikai szimptomával társult (Hale et al., 2005). Uchino és mtsai (1996) összefoglaló tanulmányukban a társas támasz kardiovaszkuláris, endokrin és immunológiai folyamatokkal mutatott összefüggéseire mutatnak rá. Cohen (1988, id. Uchino et al., 1996) szerint a társas támogatás egészségünkre gyakorolt jótékony hatását szociális (stresszpuffer), pszichológiai (affektív állapotok) és viselkedéses (egészségpromóció) mechanizmusokon keresztül fejtheti ki.

Ugyancsak Cohen (2004) hangsúlyozza, hogy az egészségi állapotra a társas támasz mellett a társas integráció és a személyek közötti negatív interakció is hatást gyakorol. Így a mentális és fizikai egészség fenntartása szempontjából mind az egyének társas támogatottságának facilitálása, mind a negatív társas interakciók minimalizálása egyaránt fontosnak bizonyul.

A fentiekben ismertetett eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a társas támasz kérdésének vizsgálata szorosan kapcsolódik az egészségügyi ellátás hatékonyságának növeléséhez is (l. pl. szociális védőháló mobilizálásának fontossága alacsony társas támogatottságú páciensek esetén).

Jelen munkánkban a jelenség mérésére kidolgozott, nemzetközi kutatásokban gyakran alkalmazott eljárás, a Medical Outcomes Study Social Support Survey (továbbiakban MOS SSS, Sherbourne és Stewart, 1991) magyarországi adaptációját (továbbiakban MOS SSS-H) tűztük ki célul.

A társas támasz mérése – a MOS SSS kérdőív bemutatása

A MOS SSS a társas támogatás mértékének mérését szolgáló kérdőíves eljárás. Megalkotói, Sherbourne és Stewart (1991) egy rövid, többdimenziós, a társas támasz különböző formáinak differenciálására képes, önkitöltő eszköz kidolgozására törekedtek. A véglegesített változat a két évig tartó Medical Outcomes Studyban részt vevő 2987 fő, krónikus panaszokkal küzdő páciensről nyert adatok elemzésére épül. A szerzők a mérőeszköz kialakításakor legfőbb szempontnak a támogatás észlelt hozzáférhetőségét tartották.

A MOS SSS 20 tételt tartalmaz, melyből az első a bizalmi kapcsolatok számát, azaz a társas támaszt nyújtó szociális háló kiterjedtségét azonosítja; míg a 2. tételtől a 20.-ig 19 item – a kérdőív fő- és alskáláit alkotva – a társas támasz különböző megjelenési formáin keresztül méri az egyén támogatottságát. Ez utóbbi, 19 tétel esetén a kitöltőnek azt kell eldöntenie egy ötfokú Likert-skálán – ahol az 1 a soha, az 5 a mindig –, hogy az adott támaszfajta milyen gyakran áll rendelkezésre. Ennek megfelelően az elérhető pontszám 19 és 95 között alakulhat; a magasabb érték erősebb támogatást jelent. A szerzők a *társas támasz globális mutatója* mellett

4 további alfaktort különítettek el, melyek az *érzelmi és információs (1)* (pl. „Akad valaki, aki jó tanácsot ad krízis esetén.”), az *instrumentális vagy kézzelfogható (2)* (pl. „Akad valaki, aki segít, ha ágynak esik.”), a *pozitív szociális interakción alapuló (3)* (pl. „Akad valaki, akivel szabadidejét eltöltheti, lazíthat.”) és az *affektív támasz (4)* (pl. „Akad valaki, aki szereti és ragaszkodik Önhöz.”). Az eredeti kérdőív jó pszichometriai mutatókkal rendelkezik, a társas támasz mérésének megbízható (Cronbach-alfa: 0,97; alskálák Cronbach-alfa értékei: 0,91–0,96) és érvényes eszköze (Sherbourne és Steeart, 1991). Több kutatás született a MOS SSS rövidített változatának kidolgozására is, melyek eredményei ugyancsak magas pszichometriai stabilitást igazoltak (Gjesfeld et al., 2008; Moser et al., 2012). A kérdőívet számos kultúrkörben alkalmazzák a társas támasz mérésére, a MOS SSS adaptációjával kapcsolatos munkák születtek malaysiai (Rushidi et al., 2004), Kanadában angol és francia (Robitaille et al., 2011), kínai (Yu et al., 2004), spanyol (Costa Requena et al., 2007) résztvevői csoportok bevonásával.

A MOS SSS Magyarországi adaptációjának alapjául szolgáló adatgyűjtés 2009-től kezdődött klinikai (pl. alkoholizmussal küzdők, nőgyógyászati műtét előtt állók) és sine morbo/kontroll csoportok bevonásával. A mérőeszköz publikus (RAND Health¹), felhasználása térítésmentes, magyar nyelvre történő fordítása a RAND Health ajánlásának figyelembevételével történt.

¹ http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_socialsupport.html.

1. táblázat. A vizsgálati minta főbb demográfiai jellemzői alcsoportokra vonatkozóan.

Csoport	ÉK ⁰	Nem		Családi állapot				Iskolai végzettség		
		Ffi	Nő	E ¹	P ²	É ³	H ⁴	A ⁵	K ⁶	F ⁷
Normál/kontroll csoport (N = 410)	37 (18–82)	42%	58%	27%	15%	10%	48%	5%	37%	58%
Várandós nők (N = 104)	31 (19–44)	---	100%	0%	4%	29%	67%	2%	34%	64%
Abortusz előtt állók (N = 115)	30 (19–45)	---	100%	23%	26%	24%	27%	14%	55%	31%
Nőgyógyászati műtét előtt állók (N = 61)	42 (19–57)	---	100%	22%	8%	15%	55%	12%	57%	31%
Alkoholizmussal küzdők (N = 56)	50 (18–72)	55%	45%	45%	14%	5%	36%	20%	52%	28%

ÉK⁰: életkor: átlag, minimum, maximum; Családi állapot: E¹: egyedülálló; P²: párkapcsolatban élő; É³: élettársi kapcsolatban élő; H⁴: házasságban élő; Iskolai végzettség: A⁵: alacsony; K⁶: középfok; F⁷: felsőfok.

MÓDSZER

Résztvevők

A MOS SSS faktoranalízise és a kérdőív belső konzisztenciájának vizsgálata, valamint a leíró statisztikai elemzés 746 fő adatainak feldolgozásán alapult. A résztvevők átlagéletkora 37 év (min.: 18, max.: 82) volt. A minta megoszlása főbb demográfiai mutatók mentén – mint nem, családi állapot és iskolai végzettség – az alábbiak szerint alakult: a résztvevők 27%-a férfi, 73%-a nő volt; 24% egyedülállónak, 14% tartós elköteleződés nélküli párkapcsolatban, 15% élettársi kapcsolatban és 47% házasságban élt; 8% alacsony, 42% középfokú és 50% felsőfokú képesítéssel rendelkezett. A kérdőív konstrukció- és kritériumvaliditásának, valamint a teszt-reteszt időbeli stabilitásának meghatározásához az eredményeket a teljes minta egyes alcsoportjai szolgáltatták. A normál/kontroll csoporton túl, az alcsoportok kiválasztásánál kiemelt szempont volt, hogy társas támogatottság vagy annak hiánya szempontjából fokozottabb érintettséggel bírjanak (l. alkoholfüggőséggel küzdők nagyobb va-

lószerűséggel konfliktusokkal terhelt kapcsolatokkal rendelkeznek; a várandósság fokozottabb környezeti támogatottsággal járhat; a műtéti beavatkozások növelhetik a támaszigényt). Az alcsoportok demográfiai jellemzőit az 1. táblázatban részletezzük.

Eszközök és eljárás

Demográfiai adatlap. A résztvevők által kitöltött demográfiai adatlap nemre, életkorra, iskolai végzettségre, családi állapotra, gyermekek számára, lakhelyre, munkaviszonyra, közösségi tagságra és fizikai, valamint lelki egészségre vonatkozóan tartalmazott kérdéseket, melyek klinikai csoportok esetén kiegészültek további, eseményspecifikus információkra történő rákérdezéssel.

Kérdőíves eljárások. A kutatásban a MOS SSS (Sherbourne és Stewart, 1991) mellett – a teljes mintán belül egy nagyobb alcsoporttal – további, önjellemzésen alapuló kérdőívek kerültek felvételre. A mérőeszközök részben az egyén személyes és társas erőforrásainak, vagy éppen azok hiányának – úgymint a megküzdési stratégiáknak (MMPK, Oláh, 2005), vagy a pszichés jóllétnek (PWbS, Ryff, 1989), pozitív és negatív érzelmi aspektusoknak

2. táblázat. A kutatásban alkalmazott kérdőíves eljárások

Kérdőív (betűrendben)	Szerzők	A mérőeszköz főbb jellemzői				
	Magyar adaptáció	Mért változó	$x^1:y^2$	Tételek	Értékelés	Cronbach- α
ISSB	Barerra, Sandles és Ramsay (1981)	Társas támasz Érzelmi, Információs stb.	1:4	40	5 fokú Likert-skála ³ (1–5)	0,926–0,94
HADS	Zigmond és Snaith (1983)	Szorongás	2:0	14	4 fokú Lks. (0–3)	0,83; 0,82
	Muszbeek és mtsai (2006); Tiringier és mtsai (2008)	Depresszió				>0,82; >0,81
MMPK	Oláh (2005)	Coping stratégiák Problémacentrikus, Önbüntető stb.	8:0	51	4 fokú Lks. (1–4)	0,5–0,75
MOS SSS	Sherbourne és Stewart (1991)	Társas támasz Érzelmi/információs, Instrumentális stb.	1:4	19+1	5 fokú Lks. (1–5)	0,97
						0,96
PANAS	Watson, Clark és Tellegen (1988)	Pozitív és negatív affektivitás	2:2	20 20, 10	5 fokú Lks. (1–5)	0,84–0,90
	Gyollai, Simor, Köteles és Demetrovics (2011)	Állapot, vonás, pozitív és negatív affektivitás				>0,80
PWbs	Ryff (1989)	Pszichés jóllét Autonómia, Személyes növekedés stb.	1:6	18	6 fokú Lks. (1–6)	0,86–0,93
SHC	Eriksen, Ihlebaek és Ursin (1999)	Szubjektív egészségi panaszok	1:5	29	4 fokú Lks. (0–3)	0,58–0,74
	Rózsa (2009)	Vázizomrendszeri, pszeudoneurológiai, gyomor-bélrendszeri, allergia, influenza			–	

¹x: skálák, ²y= alskálák; ³Továbbiakban rövidítve: Lks.

(PANAS, Watson et al., 1988; Gyollai et al., 2011), a társas támasznak (ISSB, Barerra et al., 1981) – a feltárását célozták. További két kérdőív pedig a pszichés és szomatikus problémák – úgymint szorongás, depresszió (HADS, Zigmond és Snaith, 1983; Muszbeek et al., 2006; Tiringier et al., 2008) és a szubjektív egészségi panaszok (SHC, Eriksen et al., 1999; Rózsa, 2009) – azonosítását szolgálta. A kérdőívek nevének rövidített válto-

zatára; a kérdőívek szerzőire és a magyar adaptáció szerzőire; a kérdőívek által mért változók megnevezésére, az alkalmazott mérőeszközök további főbb jellemzőire – faktorszerkezetre, tételek számára, értékelés módjára és a belső konzisztencia értékeire – vonatkozó adatokat a 2. táblázatban részleteztük.

EREDMÉNYEK

A MOS SSS faktorszerkezete

Az eredeti faktorstruktúrát megerősítő faktorelemzéssel vizsgáltuk, maximum valószínűség (maximum likelihood) módszerrel. A CMIN/DF = 5,48 ($\chi^2 = 800,05$; $df = 146$; $p < 0,001$). Ezen mutató értékének tekintetében nincs konszenzus a szakirodalomban. A korábbiak és egyben megengedőbbnek számító munkákban jelölt határérték 5 (Wheaton et al., 1977), míg az újabb és szigorúbb meghatározás szerinti érték 2 (Tabachnick and Fidell, 2007). Amennyiben a CMIN/DF referenciájaként Wheaton és mtsai (1977) által megadott értéket vesszük alapul, határértékről beszélhetünk, azonban az újabb álláspontok esetén nem elfogadható.

Az RMSEA = 0,078 (a konfidenciaintervallum 0,72–0,83) felette van az ajánlott 0,06 (Hu és Bentler, 1999) értéknek, így ez sem elfogadható.

Az NFI = 0,93; CFI = 0,94; IFI = 0,94; TLI = 0,92. Ezen mutatók 0,9 felett vannak, így korábbi álláspontok (l. Bentler és Bonnet, 1980) alapján elfogadhatóak lennének. Az újabb megközelítések azonban ez esetben is már szigorúbbak, az elvárás mindegyiknél a 0,95 feletti érték (Hu és Bentler, 1999).

Mindezek alapján nem láttuk igazolva az eredeti faktorszerkezetet, ezért adatainkon feltáró faktorelemzést végeztünk főkomponens-elemzéssel és varimax forgatással, a KMO = 0,957. Az eredmények alapján 3 faktort kaptunk, amelyek a varianca 72,18%-át magyarázzák, ezen belül az F1 29,05%-át, F2 24,74%-át, az F3 18,39%-át. A faktorszerkezetet a 3. táblázat mutatja.

Eredményeink alapján az eredeti 4 faktoros modell helyett 3 faktoros mérőeljárást tudunk igazolni. Az F1 és az F3 szerkezete

megegyezik az eredeti kérdőívével, ahol az F1 az *Érzelmi-információs támaszt*, míg az F3 az *Instrumentális támaszt* mérő tételeket foglalja magában. A feltáró faktorelemzés által létrehozott F2 pedig az eredeti kérdőívben két külön támaszformaként azonosított Pozitív szociális interakción alapuló és az Affektív támaszt mérő tételek együttesét tartalmazza, ennek a faktornak a megnevezése a MOS SSS magyar változatában (továbbiakban MOS SSS-H) a *Pozitív szociális interakción alapuló támasz* lett.

3. táblázat. A MOS SSS magyar változatának faktorszerkezete
(a 0,45 feletti értékek kerültek jelölésre)

	Component		
	F1	F2	F3
MOS SSS 09	0,808		
MOS SSS 04	0,783		
MOS SSS 17	0,780		
MOS SSS 13	0,760		
MOS SSS 03	0,727		
MOS SSS 08	0,723		
MOS SSS 19	0,696		
MOS SSS 16	0,690		
MOS SSS 18		0,760	
MOS SSS 10		0,757	
MOS SSS 11		0,722	
MOS SSS 07		0,690	
MOS SSS 06		0,688	
MOS SSS 20		0,653	
MOS SSS 14		0,628	
MOS SSS 02			0,825
MOS SSS 15			0,812
MOS SSS 12			0,764
MOS SSS 05			0,746

4. táblázat. A MOS SSS-H fő- és alsókálainak leíró statisztikai jellemzői és Cronbach-alfa értékei

Skála (tételszám: Faktor)	Átlag (M)	Szórás (SD)	Min.–max.	Cronbach- α
MOS – Érzelmi-információs támasz (8: F1)				
Férfiak	33,52	6,24	14–40	0,93
Nők	34,45	6,12	8–40	0,95
Együtt	34,21	6,16	8–40	0,94
MOS – Pozitív szoc. interakc. alapuló támasz (7: F2)				
Férfiak	29,47	5,50	12–35	0,91
Nők	30,08	5,37	7–35	0,92
Együtt	29,92	5,41	7–35	0,92
MOS - Instrumentális támasz (4: F3)				
Férfiak	17,55	3,30	4–20	0,86
Nők	17,38	3,54	4–20	0,91
Együtt	17,43	3,48	4–20	0,89
MOS SSS-H ÖSSZES (19+1)				
Férfiak	80,54	13,61	34–95	0,95
Nők	81,97	13,45	20–95	0,96
Együtt	81,59	13,5	20–95	0,95

A MOS SSS-H leíró statisztikai jellemzői és megbízhatósága

A MOS SSS-H alsókálaira és főskálájára vonatkozó átlag- (M), szórás- (SD), minimum- és maximumértékeket és a belső konzisztencia jellemzőket a 4. táblázatban tüntettük fel a teljes mintára vonatkozóan, valamint nemek szerinti csoportosításban is. A kérdőív főskálájának és alsókálainak átlagától történő egy szórásnyi eltérését tekintjük alacsony vagy magas támogatottságnak.

A nők és férfiak csoportja között, független mintás t-próbával vizsgálva nincs különbség aszerint, hogy milyen mértékben állnak rendelkezésre az egyes támaszformák ($p > 0,05$). A kérdőív alsókálainak és főskálájának *belső reliabilitása* igen magas, a teljes mintában a Cronbach-alfa értéke 0,89 és 0,95 között alakul.

A társas kapcsolataik kiterjedtségére vonatkozóan a résztvevők átlagosan 6 főt jelöltek meg (min.: 0; max.: 50) (MOS SSS-H: 01. tétel).

A kérdőív időbeli stabilitását egy kisebb számú, véletlenszerűen kiválasztott alcsoporton teszteltük ($N = 65$), a vizsgálatban részt vevők az első tesztfelvétel időpontját követően 6-8 héttel később ismételtén kitöltötték a kérdőívet. Az *ismételt mérések megbízhatóság* (teszt-reteszt reliabilitás) magas, a *MOS SSS-H főskála* estén a két időpontban felvett értékek közötti összefüggés, Pearson-féle korrelációval számítva, $r = 0,914$; ($p < 0,01$) volt; emellett az *Érzelmi-információs támasz skálánál* $r = 0,893$; ($p < 0,01$), az *Instrumentális támasz skálánál* $r = 0,852$; ($p < 0,01$) és a *Pozitív szociális interakción alapuló támasz skálánál* (Pozitív szociális interakción alapuló és Affektív támasz)

5. táblázat. A MOS SSS-H összefüggése a pszichés és szomatikus státuszt meghatározó változókkal

	MOS SSS-H 01 ¹	MOS – Érzelmi- információ	MOS – Pozitív szoc. interakc. alapuló	MOS – Instrumentális	MOS SSS-H ÖSSZES
Pszichológiai jóllét (PWbS)	0,176**	0,359**	0,392**	0,197**	0,367**
Pozitív affekt. – állapot (PANAS)	0,187**	0,353**	0,331**	0,263**	0,331**
Pozitív affekt. – vonás (PANAS)	0,154*	0,337**	0,324**	0,198**	0,319**
Negatív affekt. – állapot (PANAS)	-0,157*	-0,196**	-0,251**	-0,102	-0,216**
Negatív affekt. – vonás (PANAS)	-0,138*	-0,107	-0,132*	-0,020	-0,119
Szorongás (HADS)	-0,195**	-0,180*	-0,234**	-0,090	-0,207**
Depresszió (HADS)	-0,232**	-0,370**	-0,372**	-0,202**	-0,366**
Szubj. egészségi panaszok (SHC)	-0,130*	-0,125*	-0,148*	0,018	-0,122

*p<0,05; **p<0,01.

¹MOS SSS-H01: a bizalmas kapcsolatok számára vonatkozó tétel, mely nem képezi részét egy alskálának, s a főskálának sem.

$r = 0,893$; ($p < 0,01$) erősségű korrelációs kapcsolatot mértünk.

A MOS SSS-H validitása

A MOS SSS-H validitásának vizsgálata egy kisebb számú – a normál/kontroll csoport demográfiai jellemzőinek 1. táblázatban ismertetett arányaitól eltérést nem mutató – almintá (N = 284) adatainak feldolgozására épült. A MOS SSS-H kérdőív főskálája ($r = 0,442$; $p < 0,01$) és az *Érzelmi-információ* ($r = 0,444$; $p < 0,01$), valamint a *Pozitív szociális interakción alapuló* ($r = 0,423$; $p < 0,01$) támaszt mérő alskálák közepes erősségű korrelációs kapcsolatot mutattak, míg az *Instrumentális* ($r = 0,275$; $p < 0,01$) támaszt mérő alskála gyenge erősségű korrelációs kapcsolatban állt a Barrera és mtsai (1981) által, ugyancsak a társas támasz mérésére fejlesztett kérdőívével.

A MOS SSS-H által mért társas támogatottság összesített értékei és a különböző támaszformákat azonosító alskálák egyaránt közepes erősségű kapcsolatban álltak olyan pozitívnak tekinthető pszichológiai állapo-

tokkal, mint a *pozitív affektivitás* (PANAS) állapot és vonás szintjén megjelenő formáival, vagy a *pszichológiai jólléttel* (PWbS). A korrelációs kapcsolat értékeit az 5. táblázatban részletezzük.

A társas támogatottság és a mentális problémák, valamint szomatikus betegségek közötti korrelációs kapcsolat ugyancsak igazolható volt. Az általunk mért változók közül leginkább a *depresszióval* (HADS) mutatott negatív együttjárás nyert igazolást, de gyenge erősségű negatív összefüggés mutatkozott a *szorongás* (HADS), valamint a *szubjektív egészségi panaszok* (SHC), továbbá a *negatív affektivitás* (PANAS) főként állapot jellemzői és a társas támogatottság között is. A változók közötti korrelációs kapcsolatok az 5. táblázatban kerülnek bemutatásra.

A társas támasz, illetve annak különböző formái gyenge vagy közepes erősségű összefüggésben álltak különböző megküzdési jellemzőkkel is. Az *Érzelmi-információs támasz* pozitív korrelációs kapcsolatban állt a problémacentrikus ($r = 0,209$; $p < 0,01$), a támaszkereső ($r = 0,302$; $p < 0,01$) coping

5. táblázat. A MOS SSS-H összefüggése a pszichés és szomatikus státuszt meghatározó változókkal.

	MOS SSS-H 01 ¹	MOS – Érzelmi- információs	MOS – Pozitív szoc. interakc. alapuló	MOS – Instrumentális	MOS SSS-H ÖSSZES
Pszichológiai jóllét (PWbS)	0,176**	0,359**	0,392**	0,197**	0,367**
Pozitív affekt. – állap. (PANAS)	0,187**	0,353**	0,331**	0,263**	0,331**
Pozitív affekt. – vonás (PANAS)	0,154*	0,337**	0,324**	0,198**	0,319**
Negatív affekt. – állap. (PANAS)	-0,157*	-0,196**	-0,251**	-0,102	-0,216**
Negatív affekt. – vonás (PANAS)	-0,138*	-0,107	-0,132*	-0,020	-0,119
Szorongás (HADS)	-0,195**	-0,180*	-0,234**	-0,090	-0,207**
Depresszió (HADS)	-0,232**	-0,370**	-0,372**	-0,202**	-0,366**
Szubj. egészségi panaszok (SHC)	-0,130*	-0,125*	-0,148*	0,018	-0,122

*p < 0,05; **p < 0,01.

¹MOS SSS-H01: z bizalmas kapcsolatok számára vonatkozó tétel, mely nem képezi részét egy alskálának, s a főskálának sem.

jellemzőkkel és a feszültségkontrollal ($r = 0,205$; $p < 0,01$). A *Pozitív szociális interakción alapuló támasz* pozitív együttjárást mutatott a problémacentrikus reagálással ($r = 0,175$; $p < 0,01$), a támaszkereséssel ($r = 0,200$; $p < 0,01$), a feszültségkontrollal ($r = 0,141$; $p < 0,05$), míg gyenge negatív irányú kapcsolatban állt az önbüntetéssel ($r = -0,131$; $p < 0,05$) és a belenyugvással ($r = -0,135$; $p < 0,05$). Az *Instrumentális támasz* egyedül az emóciófókusszal mint megküzdési móddal állt gyenge erősségű, negatív irányú korrelációs kapcsolatban ($r = -0,183$; $p < 0,01$). Végezetül a *Társas támasz összesített skála* pozitív kapcsolatot mutatott a problémacentrikus reagálással ($r = 0,163$; $p < 0,01$), a támaszkereséssel ($r = 0,237$; $p < 0,01$), a feszültségkontrollal ($r = 0,145$; $p < 0,05$), s negatív összefüggést az önbüntetéssel ($r = -0,127$; $p < 0,05$) és a belenyugvással ($r = -0,132$; $p < 0,05$). A társas támasz kiterjedtsége pozitív kapcsolatban állt a problémacentrikus reagálással ($r = 0,170$; $p < 0,01$) és a feszültségkontrollal ($r = 0,153$; $p < 0,05$), s negatív korrelációt mutatott az önbüntetéssel ($r = -0,132$; $p < 0,05$).

A vizsgálatban részt vevő csoportok – úgymint normál/kontroll, terhességmegszakítás vagy nőgyógyászati műtét előtt álló, várandósok és alkoholizmussal küzdők csoportjai – közötti különbségeket egyszempontos, független mintás varianciaanalízissel és Bonferroni páros összehasonlítással elemeztük az egyes skálákon. Az *Érzelmi információs támasz* ($F[4,726] = 4,44$; $p < 0,01$) esetén az alkoholizmussal küzdők csoportja alacsonyabb pontértéket ért el – az abortusz előtt állók csoportját kivéve – a kutatásban részt vevő más csoportoktól. A *Pozitív szociális interakción alapuló támasz* ($F[4,736] = 11,35$; $p < 0,001$), az *Instrumentális támasz* ($F[4,737] = 11,66$; $p < 0,001$), s végül a *Társas támasz összesített értékei* ($F[4,718] = 1781,75$; $p < 0,001$) esetén is a szenvedélybetegek csoportjának pontszáma alatta maradt minden egyes csoport átlagának, ez utóbbiak nem különböztek egymástól. Az egyes csoportok átlag-, szórás-, minimum-, maximumértékeit a 6. táblázat tartalmazza.

A családi állapot alapján létrehozott csoportokat – az egyedülálló, párkapcsolattal rendelkező, élettársi vagy házastársi kap-

6. táblázat. A MOS SSS-H fő- és alsókálainak leíró statisztikai jellemzői a kutatásban részt vevő alcsoportok szerinti felosztásban

MOS SSS	Csoport	Átlag (M)	Szórás (SD)	Min.-max.
MOS Érzelmi-információs	Normál/kontroll	34,30	6,06	14–40
	Várandós nők	35,29	4,99	16–40
	Abortusz előtt állók	33,92	6,68	8–40
	Nőgyógyászati műtét előtt állók	35,04	6,64	13–40
	Alkoholizmussal küzdők*	31,25	6,51	8–40
MOS Pozitív szoc.inter. alapuló	Normál/kontroll	30,14	5,29	12–35
	Várandós nők	31,35	3,75	20–35
	Abortusz előtt állók	29,42	5,66	7–35
	Nőgyógyászati műtét előtt állók	30,77	5,97	7–35
	Alkoholizmussal küzdők*	25,78	5,85	13–34
MOS Instrumentális	Normál/kontroll	17,66	3,29	4–20
	Várandós nők	18,20	2,60	9–20
	Abortusz előtt állók	17,17	3,37	5–20
	Nőgyógyászati műtét előtt állók	17,61	3,65	5–20
	Alkoholizmussal küzdők*	14,62	4,78	5–20
MOS SSS-H ÖSSZES	Normál/kontroll	82,17	13,06	31–95
	Várandós nők	84,84	10,01	53–95
	Abortusz előtt állók	80,52	14,46	20–95
	Nőgyógyászati műtét előtt állók	83,74	14,72	25–95
	Alkoholizmussal küzdők*	71,66	14,58	34–93

csolatban élőket – is összehasonlítottuk a MOS SSS-H fő- és alsókálai mentén. Egy- szemponos független mintás varianciaana- lízissel és Bonferroni páros összehasonlítás- sal elemezve az adatokat, a vizsgálatban részt vevő csoportok a társas támasz minden egyes formájának meg tapasztalásában kü- lönböztek egymástól a családi állapot függ- vényében. Az egyedülállók alacsonyabb mértékű *Érzelmi-információs támaszról* szá- moltak be, mint az élettársi és házastársi kapcsolatban élők ($F[3,660] = 5,6; p < 0,01$). A *Pozitív szociális interakción alapuló tá-*

masz ($F[3,670] = 25,79; p < 0,001$) és az *Instrumentális támasz* ($F[3, 671] = 20,89; p < 0,001$), valamint a *MOS SSS-H Összesí- tett skála* ($F[3, 652] = 17,06; p < 0,001$) esetén ugyancsak az egyedülállók tapasztal- tak alacsonyabb támogatottságot ezúttal mindhárom másik kapcsolati státusszal ren- delkezőktől eltérően. Emellett a párkapcsol- tatban élők alacsonyabb mértékű *Instru- mentális támaszról* számoltak be a házastársi kapcsolatban élőkkel szemben. Az egyes cso- portok átlag-, szórás-, minimum- és maximum- értékeit a 7. táblázatban részleteztük.

7. táblázat. A MOS SSS-H fő- és alskáláinak leíró statisztikai jellemzői családi állapot szerinti felosztásban

MOS SSS	Csoport	Átlag (M)	Szórás (SD)	Min.-max.
MOS Érzelmi-inform.	Egyedülálló*	32,46	6,91	13–40
	Párkapcsolattal rendelkező	34,33	5,67	17–40
	Élettársi kapcsolatban élő	35,19	6,05	8–40
	Házastársi kapcsolatban élő	34,66	5,93	11–40
MOS Pozitív kapcs.	Egyedülálló*	26,83	6,40	7–35
	Párkapcsolattal rendelkező	30,43	4,28	14–35
	Élettársi kapcsolatban élő	31,31	5,22	7–35
	Házastársi kapcsolatban élő	30,94	4,66	13–35
MOS Instrum.	Egyedülálló*	15,68	4,55	4–20
	Párkapcsolattal rendelkező*	17,05	3,48	4–20
	Élettársi kapcsolatban élő	17,92	2,93	5–20
	Házastársi kapcsolatban élő	18,22	2,78	5–20
MOS SSS-H ÖSSZES	Egyedülálló*	75,01	16,06	25–95
	Párkapcsolattal rendelkező	82,23	11,15	41–95
	Élettársi kapcsolatban élő	84,44	13,19	20–95
	Házastársi kapcsolatban élő	83,75	12,18	20–95

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen tanulmány célja a MOS SSS társas támasz mérését szolgáló kérdőív magyar változatának létrehozása és pszichometriai jellemzőinek vizsgálata volt. A mérőeszköz magyar nyelvre történő fordítása a RAND Health által javasolt szakmai szempontrendszer figyelembevételével történt.

A kérdőív Sherbourne és Stewart (1991) által közölt faktorszerkezetét megerősítő faktorelemzéssel egyértelműen alátámasztani nem tudtuk. Feltáró faktorelemzést végezve, főkomponens-elemzéssel és varimax forgatással 3 faktort kaptunk, melyek az *Érzelmi-információs támasz (8 tétel)*, a *Pozitív szociális interakción alapuló támasz (7 tétel)* és az *Instrumentális támasz (4 tétel)*. Az általunk igazolt Érzelmi-információs és Instrumentális támasz skálák tételei megegyeznek az eredeti kérdőívvel; a Pozitív szociális interakción

alapuló támasz tételei pedig az eredeti kérdőív két alskálájából tevődnek össze, úgy mint a pozitív szociális interakción alapuló és az affektív támaszt mérő skálák itemeiből. Eredményeink összhangban vannak Costa Requena és mtsai (2007) által publikáltakkal, ahol spanyol mintán vizsgálva ugyancsak az eredeti kérdőív 4 faktoros szerkezete helyett 3 faktort sikerült azonosítani. Az általunk igazolt faktorszerkezettel rendelkező kérdőív (MOS SSS-H) megbízhatósága – a belső konzisztencia értékek és a teszt-reteszt reliabilitás alapján – magas. A főskála Cronbach-alfa értéke 0,95, míg az alskáláké 0,89 és 0,94 között mozog. Az ismételt mérések megbízhatóság korrelációs értékei a főskála esetén $r = 0,914$ ($p < 0,01$), az alskáláknál pedig $r = 0,852$ ($p < 0,01$) és afeletti értéktartományban van.

A MOS SSS-H a társas támasz és különböző formáinak tekintetében nemi különbség-

geket nem jelez. Összehasonlítva a kutatásban részt vevő egyes alcsoportokat – úgymint normál/kontroll, művi abortusz/nőgyógyászati műtét előtt álló, várandós és szenvedélybetegek (alkoholizmussal küzdők) – ez utóbbiak csoportja tért el a társas támasz tekintetében a többitől. Minden esetben a szenvedélybetegek jeleztek alacsonyabb társas támogatottságot, ami összhangban áll azzal, hogy a pszichoaktív szer-dependencia jegyei között szerepel többek között a szociális kapcsolatok és tevékenységek beszűkülése, csökkenése, a szerhasználat következtében visszatérő vagy tartóssá váló interperszonális, kapcsolati problémák és konfliktusok, illetve azok fokozódása (Demetrovics et al., 2013). A családi állapot tekintetében ugyancsak különbség mutatkozott az egyes csoportok között, az egyedülálló alacsonyabb társas támogatottságot jeleztek, mind az összesített skálán, mind az egyes támaszformák esetében. Eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy a párkapcsolat – különösen, ha az tartós elköteleződéssel is társul, mint az élettársi vagy házastársi kapcsolat – jelentős támaszforrásként funkcionálhat az egyén életében. Ezt látszanak alátámasztani azon kutatások is, melyek a családi kapcsolatok protektív szerepére hívják fel a figyelmet (Kovács és Pikó, 2009; Kovács et al., 2013; Sz. Makó, 2013; O'Hara, 1986; Pistrang és Barker, 1995; Primomo et al., 1990).

A magasabb társas támogatottság mérsékelten magasabb pszichológiai jólléttel, pozitív affektivitással, és alacsonyabb depresszív és szorongásos tünetképződéssel, valamint negatív affektivitással társul. Eredményeink összhangban állnak azon kutatásokkal, melyek a társas támogatottság és a mentális egészség közötti összefüggéseket bizonyítják (l. Uchino et al., 1996; Seguin et al., 1995; Cobb, 1976; Coker et al., 2002).

Összefoglalva, a MOS SSS-H 3 faktoros szerkezetét igazoltuk, a kérdőív magas reliabilitással és jó validitásjellemzőkkel bír, melyek alapján úgy véljük, megbízható eszköze a társas támasz mérésének magyar mintán is.

Kitekintésként fontosnak tartjuk a társas támasz más aspektusainak – mint a támasz-igény, támaszkeresés vagy támaszészlelés – felmérésére fókuszáló kérdőívek hazai mintán történő adaptációját is. Emellett fontosnak tartanánk az alacsony támogatottság és a mentális és szomatikus egészségi állapot közötti összefüggések vizsgálatát olyan specifikus helyzetekre/csoportokra vagy életszakaszokra vonatkozóan is, mint például a munkanélküliség, vagy az időskor.

Köszönetnyilvánítás: A jelen tudományos közleményt a szerzők a Pécsi Tudományegyetem alapításának 650. évfordulója emlékének szentelik.

SUMMARY

THE PSYCHOMETRIC CHARACTERISTICS OF THE HUNGARIAN VERSION
OF MOS-SSS SOCIAL SUPPORT ASSESSING SCALE

Background and aims: Various international and domestic research confirm the positive role of social support in maintaining mental and somatic health, treating difficult, stressful life events and coping with illnesses. The aim of this study was to adapt the MOS SSS (Sherbourne and Stewart, 1991), a frequently used instrument in international research to measure social support, on a Hungarian sample. *Method:* The questionnaire survey sample consisted of 746 adults aged 18-82 (average age: 37 years, min-max: 18-82). Normal/control groups, as well as subgroups of somatic and psychological problems participated in the study. Data collection aimed at assessing social support, demographic characteristics, psychological (anxiety, depression) and somatic complaints, and identifying personal characteristics and resources (positive and negative affectivity, psychological well-being, coping mechanisms). *Results:* Based on the poor fit indicated by CFA, we conducted a principal component analyses with varimax rotation, and identified three subscales: *Emotional/Informational support, Positive social interaction and Instrumental (Tangible) support*. Internal-consistency of the instrument are high with Cronbach's Alphas being between 0.89 and 0.95 both for the main and the subscales as well. Test-retest reliability coefficients are exceeding $r = 0.852$ ($p < 0.01$). Results of validity assessment underline that the total score of social support (MOSSS-H) has a positive correlation with psychological well-being and positive social interaction. Negative correlation was found between social support and depression and negative affectivity. *Discussion:* Our findings yielded the three-factor construct of the MOS SSS-H and confirmed that the instrument has high reliability and validity values on a Hungarian sample. *Keywords:* social support, MOS SSS-H, psychometric characteristics, mental and physical health

IRODALOM

- BARERRA, M., SANDLER, I. N., RAMSAY, T. B. (1981): Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9(4), 435–447.
- BENTLER, P. M., BONNET, D. C. (1980): Significance Tests and Goodness of Fit in the Analysis of Covariance Structures. *Psychological Bulletin*, 88, 588–606.
- COBB, S. (1976): Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- COHEN, S. (2004): Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59, 676–684.
- COKER, A. L., SMITH, P. H., THOMPSON, M. P., MCKEOWN, R. E., BETHEA, L., DAVIS, K. E. (2002): Social support protects against the negative effect of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11, 465–476.

- COSTA REQUENA, G., SALAMERO M., GIL, F. (2007): Validity of the questionnaire MOS-SSS of social support in neoplastic patients. *Medicina Clinica*, 128, 687–691.
- DEMETROVICS Zs., KUN B., PORTÖRŐ P., FELVINCZI K. (2013): Alapfogalmak az addiktológiában és az addiktológiai ellátás rendszere. In: KISS E. Cs., SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 32–52.
- ERIKSEN, H. R., IHLEBAEK, C., URSIN, H. (1999): A scoring system for subjective health complaints (SHC). *Scandinavian Journal of Public Health*, 27, 63–72.
- FORGÁCS A. (2015): Társas támasz a gyászban. In: KISS E. Cs., SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Gyász, krízis, trauma és a megküzdés lélektana*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 382–398.
- GIELEN, A. C., MCDONNELL, K. A., WU, A. W., O'CAMPO, P. O., FADEN, R. (2001): Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. *Social Science & Medicine*, 52, 315–322.
- GJESFJELD, C. D., GREENO, C. G., KIM, K. H. (2008): A Confirmatory Factor Analysis of an Abbreviated Social Support Instrument: The MOS-SSS. *Research on Social Work Practice*, 18, 231–237.
- GYOLLAI Á., SIMOR P., KÖTELES F., DEMETROVICS Zs. (2011): Psychometric properties of the Hungarian version of the original and the short form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 13, 73–79.
- HALE, C. J., HANNUM, J. W., ESPELAGE, D. L. (2005): Social Support and Physical Health: The Importance of Belonging. *Journal of American College Health*, 53, 276–284.
- HU, L. T., BENTLER, P. M. (1999): Cutoff Criteria for Fit Indexes in Covariance Structure Analysis: Conventional Criteria Versus New Alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55.
- KORNBLITH, A. B., HERNDON, J. E., ZUCKERMAN, E., VISCOLI, C. M., HORWITZ, R. I., COOPER, M. R., HARRIS, L., TKACZUK, K. H., PERRY, M. C., BUDMAN, D., NORTON, L., HOLLAND, J. C. (2001): Social Support as a Buffer to the Psychological Impact of Stressful Life Events in Women with Breast Cancer. *Cancer*, 91, 443–454.
- KOVÁCS Z. (2013): A munkavállalás okai és a munkanélküliség következményei. In: KISS E. Cs., SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 116–130.
- KOVÁCS É., BALOG P., MÉSZÁROS E., KOPP M. (2013): A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14, 205–230.
- KOVÁCS E., PIKÓ B. (2009): A család egészségvédő hatása serdülők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 223–237.
- LIN, N., DEAN, A., ENSEL, W. (eds.) (1986): *Social support, Life Events, and Depression*. Academic Press, Orlando-Florida, London.
- MOSER, A., STUCK, A. E., SILLIMAN, R. A., GANZ, P. A., CLOUGH–GORR, K. M. (2012): The eight item modified Medical Outcomes Study Social Support Survey: psychometric evaluation showed excellent performance. *Journal of Clinical Epidemiology*, 65, 1107–1116.

- MUSZBEK, K., SZÉKELY, A., BALOGH, É. M., MOLNÁR, M., ROHÁNSZKY, M., RUZSA, Á., VARGA, K., SZÖLLŐSI, M., VADÁSZ, P. (2006): Validation of the Hungarian translation of hospital anxiety and depression scale. *Quality of Life Research*, 15, 761–766.
- O'HARA, M. W. (1986): Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Archives General Psychiatry*, 43, 569–573.
- OLÁH A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei*. Trefort Kiadó, Budapest.
- PISTRANG, N., BARKER, C. (1995): The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40, 789–797.
- PRIMOMO, J., YATES, B. C., WOODS, N. F. (1990): Social support for women during chronic illness: The relationship among sources and types to adjustment. *Research in Nursing & Health*, 13, 153–161.
- ROBITAILLE, A., ORPANA, H., MCINTOSH, N. (2011): Psychometric properties, factorial structure, and measurement invariance of the English and French version of the Medical Outcomes Study social support scale. *Health Reports*, 22, 1–7.
- RÓZSA S. (2009). *A mindennapos testi tünetek pszichológiája és mérésének módszertana*. Doktori disszertáció, ELTE PPK, Budapest.
- RUSHIDI, W. M. W. M., AMIR, A., MAHMOOD, N. M. (2004): Psychometric evaluation of the Medical Outcome Study (MOS) Social Support Survey among Malay postpartum women in Kedah, North West of Peninsular Malaysia. *Malaysian Journal of Medical Science*, 11, 26–33.
- RYFF, C. D. (1989): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- SÉGUIN, L., POTVIN, L., DENIS, M., LOISELLE, J. (1995): Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 85, 583–589.
- SHERBOURNE, D. C., STEWART, A. L. (1991): The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705–714.
- SZ. MAKÓ H. (2013): „Döntés életről-halálról.” *A művi abortusz pszichológiai vonatkozásai*. Doktori disszertáció. Pécsi Tudományegyetem, Pszichológiai Doktori Iskola, Pécs.
- TABACHNICK, B. G., FIDELL, L. S. (2007): *Using Multivariate Statistics* (5th ed.). Allyn and Bacon, New York.
- TARDY, C. H. (1985): Social support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13, 187–202.
- TIRINGER I., KASZÁS B. (2013): Az időskor pszichológiai jellemzői. In: KISS E. Cs., SZ. MAKÓ H. (szerk.): *Mentálhigiéné és segítő hivatás*. Pro Pannonia Kiadó, Pécs. 53–66.
- TIRINGER I., SIMON A., HERRFURTH D., SURI I., SZALAI K., VERESS A. (2008): A szorongásos és depressziós zavarok előfordulása akut kardiológiai állapotokat követő osztályos rehabilitáció során. A Kórházi Szorongás és Depresszió Skála szűrőtesztként történő alkalmazása. *Psychiatria Hungarica*, 23, 430–443.
- UCHINO, B. N., CACIOPPO, J. T., KIECOLT-GLASER, J. K. (1996): The Relationship Between Social Support and Physiological Processes: A Review With Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.

- WATSON, D., CLARK, L. A., TELLEGEN, A. (1988): Development and validation of briefmeasures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.
- WHEATON, B., MUTHEN, B., ALWIN, D. F., SUMMERS, G. (1977): Assessing Reliability and Stability in Panel Models. *Sociological Methodology*, 8, 84–136.
- YU, D. S. F., LEE, D. T. F., WOO, J. (2004): Psychometric testing of the Chinese version of the Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS-SSS-C). *Research in Nursing & Health*, 27, 135–143.
- ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361–370.

MELLÉKLET – A KÉRDŐÍV

MOS SSS-H

Az alábbiakban néhány kérdést olvashat az Ön számára elérhető támaszokról.

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

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

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

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