MAGYAR LELKIÁLLAPOT 2021
CSALÁD – EGÉSZSÉG – KÖZÖSSÉG

HUNGAROSTUDY
2021 TANULMÁNYOK

SZERKESZTETTE:
ENGLER ÁGNES, PUREBL GYÖRGY,
SUSÁNSZKY ÉVA, SZÉKELY ANDRÁS

MAGYAR LELKIÁLLAPOT 2021
CSALÁD – EGÉSZSÉG – KÖZÖSSÉG

HUNGAROSTUDY
2021 TANULMÁNYOK

MAGYAR LELKIÁLLAPOT 2021
CSALÁD – EGÉSZSÉG – KÖZÖSSÉG

HUNGAROSTUDY 2021
TANULMÁNYOK

Szerkesztette:
Engler Ágnes, Purebl György, Susánszky Éva, Székely András

KINCS
Kopp Mária Intézet
a Népesedésért
és a Családokért

Budapest, 2022

© Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, 2022

Kiadja: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért
Felelős kiadó: Fűrész Tünde elnök
Olvasószerkesztő: Szigeti László
DTP / Design: Protzner György
Nyomda: GELBERT ECO PRINT KFT.

ISBN 978-615-6447-06-7

A Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) kiadványai (nyomtatott és e-könyv formátumban) megrendelhetők az intézet könyvesboltjában: www.ekonyv.koppmariaintezet.hu.

Tartalomjegyzék

Előszó 9

A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana 11

Család 29

A fiatal felnőttek anyai és a párkapcsolati kötődésének pszichoszociális összefüggései 31

Párkapcsolati mintázatok és a gyermekvállalás 51

Gyermekvállalási szándékok a Hungarostudy adatainak tükrében 69

A szexuális elégedettséget befolyásoló tényezők 93

A szülés és a szülésélmény hatása a további gyermekvállalási hajlandóságra 109

Az egészségi állapot és az egészségmagatartás jellemzői iker és nem iker típusú testvérkapcsolatokban 127

A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek a fiatal felnőttek körében 147

A különböző családtámogatási formák fontosságának megítélése 169

Egészség 191

Krónikus megbetegedések kezelési esélyei
és összefüggései a családi helyzettel a Covid-járvány alatt 193

A depresszió és az öngyilkossági gondolatok
alakulása a felnőtt népesség körében 213

A krónikus fájdalom hazai prevalenciája,
rizikófaktorainak és következményeinek vizsgálata 233

A fizikai aktivitás összefüggése a mentális
egészségmutatókkal a COVID–19-világjárvány idején 253

Az elhízásra hajlamosító
emocionális evés pszichoszociális háttere 271

Alvás-ébrenlét időzítés, álmosság
és egészség kronoepidemiológiai kitekintésekkel 291

A mammográfiás emlőszűrésen
való részvételt befolyásoló tényezők 311

Dohányzás és alkoholfogyasztás
a Hungarostudy 2002 és 2021 adatfelvételei alapján 333

A pandémiát követő poszttraumás
növekedés pszichoszociális összefüggései 357

Közösség 373

A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása a Hungarostudy kutatások tükrében 375

A társas kapcsolatok szerepe a szubjektív jóllét és az egészségi állapot alakulásában 397

Életünk értelme – A koherenciaérzés összefüggése a családi és más szociodemográfiai és lelki mutatókkal 415

A társadalmi integráltság és a veszélyészlelés összefüggéseinek vizsgálata 433

A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a mentális egészségi állapot összefüggései 451

Szabálykövetési hajlandóság, anómiaérzés és jól-lét Magyarország régióiban a COVID–19-pandémia idején 471

Büszkeség, lojalitás és önkritika: a Hungarostudy 2021 adatfelvétel nemzeti identitással kapcsolatos állításainak összehasonlító elemzése 489

A fiatal felnőttek boldogságának és elégedettségének vizsgálata 507

A digitális egészséggel kapcsolatos kérdések és a COVID–19 hatása: új típusú betegség, új típusú megoldásokkal? 521

A Hungarostudy 2021 kutatás eredményei hálózati megközelítésben 543

A kötet szerzői 566

Előszó

Kopp Mária, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének vezetője 1988-ban indította útjára a Hungarostudy felméréseket, amelyeknek célkitűzése a magyarok testi-lelki egészségének vizsgálata volt. Az orvos és pszichológus végzettségű professzor asszony küldetésének érezte, hogy tudományos munkáinak eredményei, és az azok mentén megfogalmazott javaslatok a magyar társadalom fizikai és mentális állapotának javulását szolgálják. A kutatássorozat hatodik adatfelvétele a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet és a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért együttműködésében valósult meg. A 2021-es vizsgálatban a két intézet kutatói egyrészt a korábbi felmérések hagyományait követve állították össze a mérőeszközöket, másrészt figyelembe vették az aktuális folyamatokat és jellemzőket, különös tekintettel a koronavírus-járványra.

A kutatás eredményeit felvonultató kötet három nagy területhez sorolja a vizsgált témákat, így a család, a közösség és az egészség kap kiemelt figyelmet. A korábbi tanulmánykötetek címét – Magyar lelkiállapot – is őrzi a cím. A 2021-ben nyert adatok alapján elmondható, hogy a korábbi Hungarostudy kutatások eredményeihez hasonlóan a jól működő családi kapcsolatok, valamint az egyént körülvevő közösségek valódi védőfaktorként szolgálnak, óvják és erősítik a test és lélek immunrendszerét.

A támogató kapcsolatok egyéni szinten kimutatható pozitív hatásai (pl. magasfokú boldogságérzet, biztonságérzet, koherencia, a depresszió és a káros szenvedélyek elkerülése) társadalmi szinten is érvényesülnek: nemcsak javítják a magyar társadalom lelkiállapotát és egészségügyi mutatóit, hanem „gondoskodnak” a nemzet továbbéléséről is. A kapcsolat stabilitása ugyanis egyértelműen növeli a gyermekvállalás esélyét, a harmonikus párkapcsolatban élők több gyermeket terveznek.

Az eredmények szerint a tervezett gyermekek megszületésében, illetve a megszületett gyermekek felnevelésében ösztönző, támogató családtámogatási intézkedések fontos hidat képeznek az egyéni döntések és a társadalom fenntarthatósága között. A jövőbe tekintés során szintén hangsúlyos

szerepet kapnak az olyan globális jelenségek, mint a környezetszennyezés, a klímaváltozás, a járványok, amelyek iránti aggodalomra válaszul a megelőzés és a tudatosság bontakozik ki.

A tanulmánykötet Kopp Mária munkássága előtt tiszteleg születésének 80., halálának 10. évfordulóján. Szerteágazó érdeklődését, sokrétű tudását, széleskörű tapasztalatát nem ölelheti fel ugyan e kiadvány, de a számára oly fontos magyar testi és lelki egészség állapotról hiteles képet igyekszik nyújtani.

Budapest, 2022. december

Purebl György
Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi
Intézetének igazgatója

Fűrész Tünde
Kopp Mária Intézet
a Népesedésért
és a Családokért elnöke

Susánszky Éva, Székely B. András, Székely András

A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana

Bevezetés

A Hungarostudy elnevezésű vizsgálatok 1988 óta adnak számot a magyar népesség testi és lelki egészségi állapotának alakulásáról, lehetővé téve a népegészségügyi szempontból legjelentősebb egészségproblémáknak, a lakosság életminőségének és legfőbb befolyásoló tényezőinek rendszeres monitorozását (Kopp és Skrabski 1992; Susánszky és mtsai 2008). A kutatások hozzájárultak az egészségpolitikával kapcsolatos stratégiai döntések előkészítéséhez, a későbbi évek során a család- és népesedéspolitikával, illetve a szociális ellátórendszerrel kapcsolatos stratégiai döntések meghozatalához, valamint a prevenciós programok tervezéséhez és értékeléséhez. A Hungarostudy vizsgálatok megbízható adatokat szolgáltatnak az egészségügyi és szociális ellátórendszerek, az ott dolgozó szakemberek és a lakosság számára az egészségproblémák előfordulási gyakoriságáról, valamint a kialakulásukat, lefolyásukat és kimenetelüket befolyásoló legfontosabb bio-pszicho-szociális háttértényezőkről. Az egészségfelmérések a forrásai az egészségi állapottal, illetve az egészség- és betegviselkedéssel kapcsolatos olyan információknak, amelyeket nem lehet a különböző hivatalos nyilvántartásokból összegyűjteni, vagy amelyek az egészségügyi ellátáson kívüli területeket érintenek, illetve amelyek közvetlenül csak a lakosság személyes kikérdezése útján szerezhetők be. Ilyenek például az egészségi állapotról és az egészséggel kapcsolatos életminőségről szerzett szubjektív beszámolók (önbecslések) vagy korábban az egészségügyi ellátásról alkotott vélemények. A 2013-as felmérésben (Susánszky és Székely 2013) került sor először a 18–35 éves fiatal korosztályok almintáján a házasodási és gyermekvállalási hajlandóság részletes felmérésére, az ezzel kapcsolatos legfontosabb háttértényezők feltárására, adatokat szolgáltatva a család- és népesedéspolitikai döntések előkészítéséhez, pronatalista programok tervezéséhez.

Hungarostudy 2021

A Hungarostudy 2021 lakossági egészségiállapot-felmérés kétkomponensű kutatás. Az „A" komponens a tizennyolc éves és idősebb magyar népesség hétezer fős, nemre, korra, megyékre reprezentatív fő mintája, a „B" komponens pedig a fiatal korosztályokra reprezentatív (18–40 éves), kétezer fős alminta. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével, TAPI[1]-módszerrel történt 2021 nyarán. A kérdőív négy fő részből áll, kettő kérdezőbiztos által végzett lekérdezéssel, kettő pedig önkitöltős formában lett felvéve. A kérdőív követi az előző Hungarostudy vizsgálatok felépítését és tartalmi egységeit, kiegészítve néhány új mérőeszközzel és tematikus blokkal. A felmérés egyrészt a magyar népesség egészségi állapotának, életminőségének vizsgálatára, másrészt a fiatalok családtervezési szokásainak feltárására irányult. A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (IV/5663-1/2021/EKU).

A kutatás a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete, a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) és a Végeken Alapítvány együttműködésében valósult meg.

A kutatás célkitűzései

A Hungarostudy 2021 kutatás célja egyrészt a felnőtt korú magyar népesség egészségi állapotának, egészséggel kapcsolatos életminőségének vizsgálata volt a COVID–19-járvány időszakában, másrészt a pandémia okozta mentális, egzisztenciális és szociokulturális krízisállapot feltérképezése, a poszttraumás növekedés, a megküzdési potenciálok és az értékváltozások alakulásának leírása. A kutatás további célja a lakosság egészségi állapotát befolyásoló olyan életmódbeli és társas kapcsolati tényezők vizsgálata volt, mint a fizikai aktivitás, az alvási szokások, a rizikómagatartások, a társas támogatottság és a felnőttkori kötődések. A kutatás során kiemelt figyelmet kapott a fiatal (18–40 éves) korosztály családdal, gyermekvállalással, várandóssággal, szüléssel kapcsolatos attitűdjeinek, stratégiáinak vizsgálata, valamint a digitális egészségügy használatára vonatkozó lakossági ismeretek és igények felmérése.

1 TAPI = Tablet Assisted Personal Interview, azaz tablet segítségével felvett interjú.

A kutatás módszertana

A kutatás előkészítése

A kérdőívfejlesztés során egy szakértői team tett javaslatot a teljes mintára, valamint az almintára kidolgozott Hungarostudy 2013-as kérdőívcsomag lerövidítésére, figyelembe véve a tervezett kérdezési időt, bizonyos mérőeszközök elavulását, illetve a kutatási kérdések szempontjából inadekvát jellegét. A szakértők ugyanakkor javasolták néhány új tematikus blokk és mérőeszköz alkalmazását is.

Az új témák, mérőeszközök tesztelését a kutatók fókuszcsoportos interjúkkal végezték. A fókuszcsoportok kialakítása, a beválogatási szempontok meghatározása során figyelembe vették a tervezett országos reprezentatív minta szociodemográfiai jellemzőit. A három csoportban nyolc-nyolc fő vett részt. Az interjú előtt kiküldték a résztvevőknek a kérdőíveket és a teszteket. A beszélgetések időtartama 90–120 perc volt. A beszélgetések online formában, Zoom-felületen zajlottak, és hangfelvétel készült róluk. A végleges kérdőívcsomag összeállítására a fókuszcsoportos interjúk tapasztalatainak felhasználásával került sor.

A felmérést végző cég által programozott kérdőívek online tesztelése a kutatás előkészítésében részt vevő szakértők segítségével, több körben, folyamatosan zajlott.

A felmérésben részt vevő szakemberek számára a kérdőívben szereplő érzékeny kérdésekre érkező esetleges negatív megnyilvánulások vagy pszichés támogatást igénylő válaszreakciók kezelésére online felkészítés történt, amelynek anyagát mind az instruktorok, mind a kérdezőbiztosok megkapták.

A minta kialakítása

A kétkomponensű minta „A” mintájába hétezer tizennyolc éven felüli személy tartozott, a „B” mintába pedig a hétezer főből kétezer fiatal (18–40 éves) lett beválogatva.

A minta kétlépcsős, arányosan rétegzett, valószínűségi minta, melynek alapsokaságát a Magyarországon élő, magyar állampolgárságú, tizennyolc éves és idősebb korú népesség képezte. A minta Magyarország településeit

307 mintavételi egységgel reprezentálja. A települések közt Magyarország összes megyei jogú városa és Budapest összes kerülete szerepel. A települések kiválasztási forrása a Központi Statisztikai Hivatal településlistája volt, a kiválasztás módja: egyszerű véletlen mintavétel.

A mintaválasztás első lépcsőjeként a települések kiválasztására került sor, úgy, hogy azok reprezentálják a régiókat és településtípusokat. Mivel az adatfelvétel a „véletlen sétás" mintavételi technikára épült,[2] a második lépcsőben az adott településeken meghatározták a véletlen séta 532 kezdőpontját. A háztartásokból a személyek beválogatása a „legutóbbi születésnap módszerrel"[3] történt.

A mintaszerkezet kialakításánál a KSH 2016-os Mikrocenzus[4] adatait vették figyelembe. A hétezer fős fő minta és a kétezer fős alminta településmintái külön-külön is leképezik az ország településstruktúráját, regionális elhelyezkedés és településnagyság szerint. A kétezer fős alminta a 18–40 éves magyarországi lakosságra reprezentatív.

Adatfelvétel

A felmérést a Társadalomkutató Kft. instruktorai vezették 167 kérdező részvételével. Az adatfelvétel TAPI módszerrel, nyolc hét alatt valósult meg.

A kérdőív négy fizikailag elkülönülő részből állt:

- fő kérdőív;
- a 18–40 éves fiatalokra vonatkozó párkapcsolati kérdőív;
- az érzékeny kérdéseket (szexualitás, öngyilkosság) tartalmazó kérdőív;
- a nőkre vonatkozó kérdőív.

2 A mintavételi eljárás során a kérdezők véletlenül kiválasztott kiindulópontokat kapnak az adott településen, ahonnan egy előre meghatározott, szigorú szabály alapján (például egyenesen haladjon, forduljon be a harmadik utcán, páratlan oldalon történjen a lekérdezés) kell elkezdeniük a háztartások kiválasztását.

3 A születésnapmódszer a háztartástagok egyikének véletlen kiválasztására szolgál. A „legutóbbi születésnap" eljárás során azt a személyt választják ki, akinek a kérdezés időpontjához időben visszafelé a legközelebb volt a születésnapja, a „legközelebbi születésnap" módszer esetében pedig azt a személyt, akinek a kérdezés időpontját követően legközelebb lesz a születésnapja. Elméletileg mindkét metódus valódi véletlen mintát eredményez.

4 Népesség-összeírás két népszámlálási időszak között. Mintavétel alapján informál a népesség nagyságáról, demográfiai összetételéről, a háztartások és családok fő jellemzőiről, valamint a lakásállománnyal kapcsolatos fontosabb adatokról.

Az első és a második kérdőívet személyes interjúval, a másik két kérdőívet önkitöltős módszerrel vették fel. Az átlagos interjúhossz ötvenkét perc volt.

Ellenőrzés

Az ellenőrzés telefonon történt, összesen 829 esetben, kontrolkérdőív segítségével, amelyben az érzékeny témák és véleménykérdések nem szerepeltek. Az ellenőrzés arra irányult, hogy az interjú valóban elkészült-e, és hogy a lekérdezés szabályosan folyt, az előírásoknak megfelelően. Az ellenőrzés a minta eloszlásához igazodott a körzeteknek megfelelő arányban. Összesen 225 kérdőív lett törölve és újrakérdezve (ebből 96 az adatbázis ellenőrzése során lett kiszűrve).

A felmérésben való részvétel és a visszautasítás mértéke

A Hungarostudy vizsgálatok több évtizedre visszanyúló kutatási tapasztalatai azt mutatják, hogy a lakosság válaszadási hajlandósága romlott 2013-ig. 2002-ben a visszautasítás mértéke 20 százalék alatt volt (17,6%), 2006-ban ez az arány már meghaladta a 20 százalékot (23,8%), ami 6 százalékos növekedést jelent. A 2013-as vizsgálat során a válaszmegtagadók aránya megközelítette a 30 százalékot (27,4%). A 2021-es vizsgálatban azonban öt sikeres interjúra egy sikertelen jutott, ami mindössze 20 százalékos visszautasítási arányt jelent. Ez az arány, tekintettel az eddigi kutatások válaszadási hajlandóságára, igen kedvezőnek mondható.

A súlyozás

Az adatfelvétel során bekövetkezett torzulások minden esetben úgynevezett több szempontú, iterációs súlyozási eljárással lettek korrigálva. A több szempontú súlyozással a hétezres fő minta („A” minta) és a kétezres alminta („B” minta) főbb társadalmi-demográfiai változók mentén megfigyelhető torzulásai a 2016-os Mikrocenzus tizennyolc év feletti népességre vonatkozó adataihoz lettek igazítva. A súlyozási eljárásba bevont szociodemográfiai változók a következők voltak: a nem, az életkor, a településtípus és az iskolai végzettség. Az egyes változókon belül az alábbi kategóriák szerepeltek:

- A *nem* változó: férfi; nő.
- Az *életkor* változó, „A” minta: 18–29 éves; 30–39 éves; 40–49 éves; 50–59 éves; 60 év feletti.
- Az *életkor* változó, „B” minta: 18–29 éves; 30–40 éves.
- A *településtípus* változó: Budapest; megyeszékhely, egyéb megyei jogú város; város; község, nagyközség.
- Az *iskolai végzettség* változó: alapfok (legfeljebb nyolc osztályt végzett; szakmunkásképző iskolát végzett); középfok (középfokú iskolát végzett); felsőfok (felsőfokú iskolát végzett).

A fenti változók mentén a mintában szereplő népességen és a teljes népességen belül is részcsoportokat alakítottak ki. Ennél a lépésnél egyszerre két változó használata szükséges, összesen hatféle párosítással: (1) nem és korcsoport; (2) nem és településtípus; (3) nem és iskolai végzettség; (4) korcsoport és településtípus; (5) korcsoport és iskolai végzettség; (6) településtípus és iskolai végzettség. Így például a nem és településtípus szerinti párosításban a következő részcsoportok különültek el: fővárosi férfi, fővárosi nő; megyeszékhelyen élő férfi, megyeszékhelyen élő nő; egyéb vidéki városban élő férfi, egyéb vidéki városban élő nő; községben élő férfi, községben élő nő. Az iterációs folyamat során a mintabeli részcsoportok arányai a tizennyolc év feletti népességben megfigyelt részcsoportarányokhoz lettek igazítva mind a hat párosítás esetében. Az eljárás egészen addig tartott, ameddig el nem érte az optimális helyzetet, azaz a súlyváltozó értékei a lehető legkisebbek nem lettek. A kutatás adatbázisának súlyozását követően a hétezer fős mintában a legkisebb súly 0,34-es értéket, a legnagyobb pedig 3,01-et vett fel; a kétezer fős almintában 0,38 és 3,01 a két szélsőérték. A kapott minta régió, megye, településtípus, nem, kor, iskolai végzettség tekintetében reprezentatív.

A Hungarostudy 2021 kérdőív bemutatása

A kutatás céljainak megfelelően egyrészt lerövidítettük a Hungarostudy 2013-as alapkérdőívét, másrészt kiegészítettük néhány új tematikus blokkal és mérőeszközzel. Az átalakított kérdőív követi az előző Hungarostudy vizsgálatok felépítését, megtartott blokkjai elsősorban a Hungarostudy 2013-as vizsgálat blokkjaival és elemeivel kompatibilisek.

A kutatás a COVID–19-járvány időszakában zajlott, ami befolyásolhatta például a válaszadók gazdasági aktivitását, munkavégzési rendjét és szokásait vagy az egészségügyi ellátások igénybevételét és formáit, ezért a fejlesztés során ezeket a tényezőket figyelembe véve egészítettük ki új kérdésekkel, illetve mérőeszközökkel az egyes tematikus blokkokat.

A fő kérdőív a szociodemográfiai adatokon túl tartalmazza a fizikai és pszichés állapot jellemzőire, az egészségügyi rendszer használatára, valamint a magatartás-jellemzőkre vonatkozó kérdéseket. Külön blokkot képeznek a munkával, a családdal és az anyagi helyzettel kapcsolatos kérdések. A fő kérdőívben kaptak helyet az állampolgársággal, illetve a magyarsággal kapcsolatos attitűdöket, a veszélyészlelést vizsgáló kérdések és a kapcsolathálózatok mérésére szolgáló úgynevezett névgenerátor. A lekérdezés elején és végén a kronotípus leírására alkalmas mérőeszköz mellett az álmosság napszakfüggő elemzéséhez rögzítettük a válaszadók álmosságszintjét is.

A párkapcsolati alkérdőív a 18–40 évesek párkapcsolataira, családalapítással és gyermekvállalással kapcsolatos terveire, attitűdjeire és értékeire vonatkozó kérdéseket tartalmazza. Ezt a fejlesztés során kiegészítettük a felnőtt kötődésre vonatkozó mérőeszközzel.

Az önkitöltős kérdőívek az alkoholfogyasztással, az öngyilkossággal, a szexuális élettel és a szexuális orientációval kapcsolatos kérdéseket, a csak nőknek szóló kérdőív pedig a fertilitással, illetve a szülésélménnyel kapcsolatos mérőeszközöket tartalmazza.

A Hungarostudy 2021 kutatás során használt mérőeszközök, változók

Demográfiai, gazdasági változók

Életkor; családi állapot; párkapcsolat jellege; iskolai végzettség; fő tevékenység (gazdasági aktivitás); szubjektív szegénység; a háztartás szubjektív gazdasági helyzete (1 = eladósodtunk, kölcsönökből vagy külső segítségből élünk; 6 = gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk); jövedelmi helyzet. A nettó személyes jövedelmet és a háztartási jövedelmet tizenöt, illetve tizennégy jövedelmi sávot megjelenítő skálán mértük.

Egészségi állapot

Az *egészségi állapot önértékelése* („Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?”) ötfokú Likert-skálán (1 = nagyon rossz; 5 = kiváló) történt.

Fájdalomérzet („Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?”) és fennállásának ideje.

Betegségek, tünetek, panaszok: huszonkét betegséggel / balesetekkel kapcsolatban kérdeztük meg, hogy az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyik miatt kórházban, kezelték-e járóbetegként, vagy esetleg elhalasztották-e kezelését, illetve, hogy ezek miatt „összesen hány napig nem tudott dolgozni, vagy nem tudta ellátni a feladatait az elmúlt évben?”. Több betegség előfordulása esetén sor került annak megnevezésére, amelyik leginkább befolyásolja a válaszadó mindennapi életvitelét.

A *Szomatikus Tünetlista* (PHQ-14; Cserháti és Stauder 2008) a leggyakrabban előforduló funkcionális testi tünetek előfordulását és súlyosságát méri, figyelembe véve, hogy azok az elmúlt hónapban mennyire zavarták az adott személy életvitelét (1 = nem fordult elő; 4 = előfordult, nagyon zavart). A tünetek gyakran stressz hatására alakulnak ki, így annak indikátoraként is értelmezhetők.

Az *Athéni Alvászavar Skála* rövid verziójának (AIS-5; Novák és mtsai 2001) három tétele alváspanaszokra, kettő pedig a nappali panaszokra vonatkozik.

A kérdezés kezdetekor és befejezésekor tízfokú Likert-skálán mértük az *éberség/álmosság* aktuális szintjét (1 = egyáltalán nem vagyok álmos; 10 = nagyon álmos vagyok).

A *München Kronotípus Kérdőív* (MCTQ; Haraszti és mtsai 2014) tizenhét tételes magyar változata az alvással és elsősorban annak szokásos időzítésével kapcsolatos kérdésekből áll. A kérdőív nem az egyszeri alvásra, hanem a habituális alvási szokásokra kérdez rá.

Pszichés kondíció, szubjektív jóllét

A depressziós tüneteket és a depresszió súlyosságát a *Beck-féle Depresszió Kérdőív* kilenctételes rövidített változatával mértük. A skálán elért magasabb pontszám fokozottabb depresszív tüneteket jelez. A depresszió súlyossági fokozatai: normális érték (≤ 9 pont); enyhe depressziós állapot

(10-18 pont); középsúlyos depressziós állapot (19–25 pont); súlyos depresszsiós állapot (≥ 26 pont) (Kopp, Skrabski és Czakó 1990).

A *WBI-5 Szubjektív Jóllét Kérdőív* (WBI-5) egy aktuális időszak (az elmúlt két hét) mentális állapotára vonatkozó kérdéseket tartalmaz A validált magyar változatban (Susánszky és mtsai 2006) 0 és 15 közötti összpontszám adódhat, a magasabb pontszámok jobb életminőségre utalnak. A 0–7 pontot elérőket a kockázati tartományba soroltuk, mivel ebben a csoportban fennáll a depresszió veszélye (Topp és mtsai 2015).

Az *Elégedettség skála* tizennégy tétele az adott személy életével, aktuális helyzetével való elégedettségét méri négyfokú Likert-skála segítségével. Az összpontszám maximumértéke 42, és minél magasabb pontszámot ér el egy személy, annál inkább elégedett összességében az életével.

Észlelt Stressz Kérdőív (PSS10; Stauder és Konkolÿ-Thege 2006): a tíz tételre adott válaszok összeadásával kapott összpontszám az észlelt stressz globális mutatója. A kérdések arra irányulnak, hogy a válaszadók az elmúlt hónapban milyen stresszhelyzeteket éltek meg, és tudták-e kezelni azokat. A válaszadók ötfokú Likert-skálán (0-tól 4-ig) jelölhették, hogy mennyire tudták kezelni ezeket a helyzeteket, és mennyire érezték megterhelőnek a szituációkat. Adamson és munkatársai (2020) kategorizációját követve az elért pontszámok alapján az alábbi kategóriákat hoztuk létre: alacsony stressz (az átlagnál több mint egy szórással alacsonyabb pontérték; ≤ 7 pont); mérsékelt stressz (az átlagtól legfeljebb egy szórással eltérő pontérték; 8–20 pont); magas stressz (az átlagnál több mint egy szórással magasabb pontérték; ≥ 21 pont).

A *Háromfaktoros Evési Kérdőív* (TFEQ-R21) huszonegy tételes skálája az emocionális evésre való hajlamot méri (Czeglédi és Urbán 2010). A legalább 3 pontot elérőket fokozott érzelmi evéssel jellemezhetőnek tekintettük.

A *Kötődési Kérdőív* (ECR-RS) kilenctételes magyar változata (Jantek és Vargha 2016) az *anyai* (édesanya, nevelőanya, mostohaanya), illetve a *párkapcsolati* (jelenlegi partner) kötődést méri. A kérdőív alskálái: Elkerülés skála, Szorongás skála.

A *Koherenciaérzés skála* a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív egyik megküzdési kapacitás alskálája (Rahe és Tolles 2002; Rózsa és mtsai 2003). Az alskálát hét kérdés alkotja (például: „Úgy érzi, hogy

élete egy nagyobb terv része." „Meg van békélve helyével az életben."). Válaszlehetőségek: 1 = nem jellemző; 2 = jellemző; 3 = nagyon jellemző.

A *Posztttraumás Növekedésérzés Kérdőív* (PTGI-10) rövidített tíztételes magyar verziója (Kovács, Balog és Preisz 2012) a traumatikus eseményekkel való megbirkózás során bekövetkező lehetséges pozitív változásokra kérdez rá. Kutatásunk során a kérdőívet a COVID–19-járvánnyal összefüggésben használtuk („A Covid-járvány milyen hatással volt az Ön életére?"). A válaszadók hatfokozatú Likert-skálán jelölhették, hogy milyen mértékű változást tapasztaltak a pandémia következményeként (0 = nem tapasztalt változást; 6 = nagyon nagy mértékű változást tapasztalt).

Életmód, kockázati magatartások

Az *alkoholfogyasztásra*, a fogyasztás gyakoriságára, az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyiségére és a túlfogyasztás gyakoriságára vonatkozó kérdések („Milyen gyakran iszik hat vagy több egységnyi italt egy alkalommal?") önkitöltéssel lettek felvéve.

A kockázatos mértékű alkoholfogyasztást az *Alkoholhasználat Zavarait Szűrő Teszt* (AUDIT-5) öt tételével mértük. A teszt „függőség" alskálája (három tétel) az alkoholdependenciára, a „kedvezőtlen hatás" alskálája pedig az alkohol okozta emlékezetzavarra (előfordult-e már korábban alkoholfogyasztást követően amnézia, vagy sem) vonatkozó két tételt tartalmazza (Gerevich, Bácskai és Rózsa 2006).

A *dohányzási szokások* vizsgálata során felmértük a gyakoriságot, a napi fogyasztást („Azokon a napokon, amikor dohányzik vagy elektronikus eszközt használ, általában hány szál cigarettát szív el egy nap?") és az elektronikuseszköz-használatot is.

A fizikai aktivitást az *aktív életmódra* („Hetente átlagosan hány alkalommal végez a sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább tíz percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad?") és a *testmozgásra* („Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív [pulzusemelkedéssel járó] testmozgást [például gyorsgyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés]?") vonatkozóan vizsgáltuk. Mindkét esetben az aktivitások gyakoriságát mértük fel.

Digitális egészségügy

Az egészségügyi célú internethasználat kutatására saját fejlesztésű kérdésblokkot használtunk, amely kitért a lakosság *egészséggel kapcsolatos információgyűjtésének* forrásaira, az *internethasználat gyakoriságára* az egészséggel, betegséggel kapcsolatban, valamint a digitális egészségügygyel kapcsolatos *igényekre, elvárásokra.*

Társadalmi integráció

A *Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív* (Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbori 2017) az észlelt társas támogatás szubjektív mérésére szolgál, és a tíztételes verzióját használtuk. A kérdőív három alskálája a család, a barátok és a jelentős mások támogatását jeleníti meg. Minél magasabb pontot ér el a válaszadó egy adott alskálán, annál magasabb az észlelt társas támogatás mértéke. A baráti társas támogatás, a családi és a jelentős mások támogatása elnevezésű alskálák egyaránt konzisztensek, és megbízhatónak mondhatók.

A társaskapcsolat-háló méretének becslésére a *méretgenerátoros módszert* (Kmetty és Koltai 2015) alkalmaztuk, amely azon alapul, hogy a kutatásban részt vevő személyek hány embert ismernek bizonyos társadalmi csoportokból. Egy meghatározott algoritmus segítségével hoztuk létre a kapcsolati mérőszámot, amelyet a változó megoszlása alapján három kategóriába soroltunk: 75 alatt kapcsolatszegény, 75 és 199 között átlagos kapcsolathálójú, 200-nál vagy afelett pedig kapcsolatgazdag személyekről beszélünk.

A felmérésben az *Anómia Kérdőív* (Andorka 1996; Kopp, Skrabski és Szedmák 1999) négytételes rövidített verzióját használtuk. Az állításokkal kapcsolatos egyetértést, illetve annak mértékét az alábbiak szerint jelölhették a válaszadók: 0 = egyáltalán nem ért egyet; 3 = teljesen egyetért. Fordított tételt a mérőeszköz nem tartalmaz.

A *szabálykövetési hajlandóság* mérésére használt kérdőívünk egyes tételei a European Social Survey (ESS) különböző alap- és változó moduljainak angol nyelvű változatából származnak. A kérdőív négy állítást tartalmaz a kérdezett személyek szabályokhoz, törvényekhez való viszonyulásával kapcsolatban (például: „Egy jó állampolgár mindig betartja a szabályokat és a törvényeket.” „A törvényeket mindig tiszteletben kell tartani, függetlenül a körülményektől.”). A válaszadók ötfokú Likert-skálán jelölhették

egyetértésüket, illetve annak mértékét (1 = egyáltalán nem ért egyet; 5 = teljes mértékben egyetért). A magasabb pontszámok nagyobb szabálykövetési hajlandóságot jeleznek.

Az ISSP 2013 Hungary (International Social Survey Programme: National Identity III ISSP 2013[5]) magyar nyelvű *állampolgárságra vonatkozó skálája* azt méri, hogy mennyire büszke a személy arra, hogy magyar, illetve mennyire pozitív az attitűdje a magyarsággal kapcsolatban. A skála nyolc tételből áll, amelyekből három fordított. A kitöltők minden tétel esetében négyfokú Likert-skálán jelölhetik, hogy mennyire értenek egyet a kérdésben szereplő állítással. Minél magasabb pontszámot ér el a személy, annál inkább büszke a magyarságára.

A *veszélyészlelési skála* esetében a válaszadók tizenhat különböző társadalmi vagy természeti jelenséget értékeltek tízfokú skálán abból a szempontból, hogy mekkora veszélyt, fenyegetettséget jelentenek az ország számára. A nemzetközi irodalomnak megfelelően (Räsänen, Näsi és Sarpila 2012) az egyes tételeket az alábbi típusokba soroltuk: (1) *gazdasági veszélyek* (gazdasági csőd, nagyarányú munkanélküliség); (2) *egészségügyi és társadalmi veszélyek* (világjárványok, összeomló egészségügyi rendszer, a magyar népesség fogyása, a társadalom elöregedése, kivándorlás); (3) *környezeti veszélyek* (klímaváltozás, természeti katasztrófák, környezetszennyeződés, élőhelyek eltűnése); (4) *politikai veszélyek* (politikai szélsőségek előretörése, terrorizmus, bevándorlás, világháború).

Párkapcsolat, család, gyerekvállalás

A *Rövidített Házastársi Stressz Skála* (Balog és mtsai 2006) öt tétele a párkapcsolat minőségét méri. Három kérdés a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, egy a kapcsolaton belüli problémákat, egy pedig a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzését méri. A skála összpontszáma 0-tól 5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással).

A munka és a család konfliktusának mérésére a tíztételes Netemeyer-féle *Munka–család Konfliktus Kérdőív* magyar verzióját (Makra, Farkas és Orosz 2012) alkalmaztuk. A kérdőív a munka–család konfliktus (MCSKK) két változatát különbözteti meg: a munkából származó családi

5 https://dbk.gesis.org/dbksearch/file.asp?file=ZA5950_q_hu.pdf

konfliktust (MCSK) és a családból származó munkakonfliktust (CSMK) öt-öt kérdéssel. A válaszokat négyfokú Likert-skálán jelölték be a válaszadók (1 = egyáltalán nem jellemző; 4 = nagyon jellemző). Minél magasabb pontértéket ért el az adott személy a vonatkozó dimenzióban, annál több konfliktust él át a munkájával vagy a családjával kapcsolatban.

A *családtámogatási tényezők* megítélését vizsgáló skála negyvenkét tételből áll. A válaszadók ötfokú Likert-skálán jelölhették meg, hogy a tételben szereplő családtámogatási lehetőségeket (gyed, gyes, családi pótlék stb.) mennyire tartják fontosnak. A skála két alskálából áll, az egyik a családtámogatási tényezők általában vett fontosságát méri, a másik, hogy a kitöltő életében mennyire fontos. A tételek, alskálák külön-külön és összesítve, tehát az összpontszámot vizsgálva is értelmezhetők.

A *Házasság mint intézmény skála* azt méri, hogy a személy mennyire tartja fontosnak a házasság intézményét, és mennyire bízik benne. A skála kilenc tételéből három fordított. Minél magasabb az összpontszám, annál fontosabbnak tartja a személy a házasságot. Minden tétel esetében ötfokú Likert-skálán kellett bejelölnie a válaszadónak, hogy mennyire ért egyet az adott állítással.

Az alkalmazott skálák belső konzisztenciája

A kérdőívben szereplő huszonhárom mérőeszköz mindegyikének megvizsgáltuk a konzisztenciamutatóját (Cronbach-alfa, súlyozott mintán vizsgálva), amely a skála megbízhatóságát jelzi. Ennek alapján majdnem minden skálát magas reliabilitás jellemez (0,53 és 0,97 közötti értékek) *(1. táblázat)*.

A skála megnevezése	Tételek száma	Cronbach-alfa	Átlag (SD)
Anómia Skála (AS-4)	4	0,78	5,29 (3,15)
Athéni Inszomnia Skála (Athens insomnia scale, AIS-5)	5	0,89	1,67 (2,82)
Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT-5)	5	0,93	1,06 (2,76)
Beck-féle Depresszió Kérdőív (BDI-9)	9	0,94	3,30 (5,32)
Szomatikustünet-lista (Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale, PHQ-14)	14	0,84	4,23 (5,38)
Netemeyer-féle Munka–család Konfliktus Kérdőív	10	0,91	18,26 (6,59)
A családtámogatási tényezők fontossága általában	21	0,98	89,46 (18,34)
A családtámogatási tényezők fontossága a saját életben	21	0,98	73,40 (27,91)
Elégedettség skála	14	0,90	35,81 (5,67)
Érzelmi evés skála (Three-factor eating questionnaire, TFEQ-6)	6	0,95	21,19 (4,37)
Észlelt stressz skála (Perceived stress scale, PSS-10)	10	0,74	14,00 (6,76)
ISSP 2013 Hungary állampolgárság	8	0,61	21,84 (3,83)
A házasság mint intézmény	9	0,83	28,51 (6,84)
Házassági stressz skála (Marriage stress scale, MSS-5)	5	0,53	4,25 (1,02)
Kockázatészlelés	16	0,97	109,52 (34,25)
Koherenciaérzés skála (a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívből)	7	0,60	8,93 (2,61)
Kapcsolati Struktúrák Kérdőív (ECR-RS) kötődési kérdőív, anya	9	0,88	23,00 (11,55)
Kapcsolati Struktúrák Kérdőív (ECR-RS) kötődési kérdőív, párkapcsolat	9	0,88	18,48 (10,07)
Posztttraumás Növekedésérzés Kérdőív (PTGI-10)	10	0,96	18,12 (13,95)
ESS szabálykövetési hajlandóság	4	0,92	16,10 (3,71)
Multidimenzionális társas támogatás skála (Multidimensional scale of perceived social support, MSPSS-10)	10	0,95	42,92 (7,96)
WHO Well-Being kérdőív (WBI-5)	5	0,91	10,99 (3,39)

1. táblázat: Az alkalmazott mérőeszközök főbb jellemzői (tételszám, Cronbach-alfa, átlag, szórás)

Felhasznált irodalom

Adamson, Maheen M., Angela Phillips, Srija Seenivasan, Julian Martinez, Harlene Grewal, Xiaojian Kang, John Coetzee, Ines Luttenbacher, Ashley Jester, Odette A. Harris and David Spiegel (2020) International Prevalence and Correlates of Psychological Stress during the Global COVID–19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* Vol. 17. (24): 9248.

Andorka Rudolf (1996) Deviáns viselkedések Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmai segítségével In: Moksony Ferenc, Münnich Iván (szerk.): *Devianciák Magyarországon.* Budapest: Közélet Kiadó. 16–31.

Balog Piroska, Székely Andrea, Szabó Gábor és Kopp Mária (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 évf. 3 sz. 193–202.

Czeglédi Edit, Urbán Róbert (2010) A háromfaktoros evési kérdőív (Three-factor Eating Questionnaire Revised 21-item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 65 évf. 3. sz. 463–494.

Cserháti Zoltán, Stauder Adrienne (2008) Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 592–598.

Gerevich József, Bácskai Erika és Rózsa Sándor (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*. 21. évf. 1. sz. 45–56.

Haraszti, Réka Ágnes, Krisztina Ella, Norbert Gyöngyösi, Till Roenneberg and Krisztina Káldi (2014) Social jetlag negatively correlates with academic performance in undergraduates. *Chronobiology International*. Vol. 31 (5): 603–612.

Jantek Gyöngyvér, Vargha András (2016) A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége. A közvetlen kapcsolatok élményei – kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párkapcsolatban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 71. évf. 3. sz. 447–470.

Kmetty Zoltán, Koltai Júlia Anna (2015) Kapcsolathálózatok mérése – elméleti és gyakorlati dilemmák, lehetőségek. *Socio.hu*. 2015. évf. 4. sz. 34–49.

Kopp Mária, Skrabski Árpád és Czakó László (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*. 1. évf. 2. sz. 424.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (1992) *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Alapítvány.

Kopp Mária, Skrabski Árpád és Szedmák Sándor (1999) A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*. 42. évf. 1–2. sz. 88–119.

Kovács Éva, Balog Piroska és Preisz Leila (2012) A Posztttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 13. évf. 1. sz. 57–84.

Makra Emese, Farkas Dávid és Orosz Gábor (2012) A Munka–család konfliktus kérdőív magyar validálása és a munka–család egyensúlyra ható tényezők. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 67. évf. 3. sz. 491–518.

Novák, Márta, István Mucsi, Colin M. Shapiro, János Réthelyi and Mária S. Kopp (2001) Increased utilization of health services by insomniacs—an epidemiological perspective. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 56. (5): 527–536.

Papp-Zipernovszky Orsolya, Kékesi Márk Zoltán és Jámbori Szilvia (2017) A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 18. évf. 3. sz. 230–262.

Rahe, Richard H., Robbyn L. Tolles (2002) The Brief Stress and Coping Inventory. A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*. Vol. 9 (2): 61–70.

Räsänen, Pekka, Matti Näsi and Outi Sarpila (2012) Old and new sources of risk. A study of societal risk perception in Finland. *Journal of Risk Research*. Vol. 15 (7): 755–769.

Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád és Kopp Mária (2003) A középkorú magyar népesség egészségi állapota. A Hungarostudy 2002

országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica.* 18. évf. 2. sz. 8394.

Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád és Kopp Mária (2006) A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés tervezése, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 70–82.

Stauder Adrienne, Konkolÿ-Thege Barna (2006) Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7. évf. 3. sz. 203–216.

Susánszky Éva, Székely András (2013) A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 13–21.

Susánszky Éva, Konkolÿ Thege Barna, Stauder Adrienne és Kopp Mária (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 7. évf. 3. sz. 247–255.

Susánszky Éva, Székely András, Szabó Gábor, Szántó Zsuzsa, Klinger András, Konkolÿ Thege Barna és Kopp Mária (2008) A Hungarostudy Egészség Panel követéses vizsgálat módszertana. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 23–33.

Topp, Christian Winther, Søren Dinesen Østergaard, Susan Søndergaard, Per Bech (2015) The WHO-5 Well-Being Index. A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol. 84 (3): 167–176.

Család

Balog Piroska, Szalai Tamás Dömötör

A fiatal felnőttek anyai és a párkapcsolati kötődésének pszichoszociális összefüggései

Bevezetés

A kötődés kora gyermekkorban kialakuló specifikus kapcsolat, a csecsemő és elsődleges gondozója közötti érzelmi kötelék, mely később önálló motivációs bázisú viselkedéses szabályozórendszerként működik. Célja az eltérő környezethez való adaptáció és a megélt biztonság megteremtése – ennek függvényében az optimális közelség beállítása a kötődési személylyel. Felnőttkorra e szerepet fokozatosan a partner veszi át, így a felnőtt kötődés az intim kapcsolatokban megélt érzelmek mentén vizsgálható (Candel és Turliuc 2019).

A kötődésre vonatkozó adatgyűjtés kvalitatív és kvantitatív módszerrel, így megfigyeléssel, interjúval, projektív eszközök és kérdőív alkalmazásával is lehetséges. Az anyához való kötődés vizsgálata felnőttek esetén a gyerekkori élmények retrospekciójára, a párkapcsolati kötődésé pedig az aktuális partnerkapcsolat jellemzésére épül. A felnőttkori kötődés – az énről és a másikról alkotott kép különbségein túl – minden esetben két dimenzión alapul: ez a szorongás és az elkerülés. A szorongás, melyet az elhagyástól való félelem és a közelségkeresés jellemez, a kötődési személy távolodására erősödik. Míg a kötődési viselkedés alapjellemzője a kötődési személlyel való közelség keresése, az elkerülésnek ezzel ellentétes célja van: a függetlenségért, autonómiáért és így a kötődési személytől való megfelelő távolság beállításáért felel. E két dimenzió alapján a felnőttkori kötődési viselkedés négy típusba sorolható: biztonságos, elárasztott (aggodalmaskodó), elkerülő (elutasító) és félelemteli elkerülő.

E kötődéskoncepciót képviseli az Experiences in Close Relationships – Relationships Structure Questionnaire (ECR-RS) (Fraley és mtsai 2011), magyarul a Közvetlen Kapcsolatok Élményei – Kapcsolati Struktúrák Kérdőív (Jantek és Vargha 2016). A kérdőív előnye, hogy azonos tételekkel, vagyis összehasonlíthatóan méri az anyai, apai, baráti és párkapcsolati kötődést (Dupont és mtsai 2021, Jantek és Vargha 2016). Az ECR-RS-sel

azonosított kötődési stílusokat nézve 62 százalék volt a biztonságos, 17,5 százalék az elárasztott, 11,5 százalék az elkerülő, 9 százalék a félelemteli kötődés gyakorisága. Több korábbi, illetve nemzetközi vizsgálat eredményéhez hasonlóan az ECR-RS-en mért kötődési dimenziók, így a magasabb elkerülés és szorongás is alacsonyabb általános jólléttel és párkapcsolati elégedettséggel, magasabb kapcsolati stressz- és depresszió-szinttel jártak együtt (Jantek és Vargha 2016).

Mivel magyar reprezentatív mintán e kérdőívvel még nincsenek adataink, jelen kutatás célja a fiatal (18–40 éves) magyar felnőttek körében vizsgálni az anyához, illetve a partnerhez való kötődést és így az ECR-RS kötődési kérdőív (Fraley és mtsai 2011) magyar nyelvre adaptált változata (Jantek és Vargha 2016) alapján azonosított kötődési stílusok összefüggéseit szociodemográfiai és pszichoszociális rizikótényezőkkel.

Módszerek

Az adatok elemzését a Hungarostudy 2021 reprezentatív magyar vizsgálat 18–40 éves súlyozott almintáján végeztük (a reprezentativitás szempontjait a módszertani fejezet részletezi). A kötődést csak a 18–40 éves fiatalok körében mértük, ezért hipotéziseinket ezen a kétezer fős almintán vizsgáltuk.

Az alkalmazott mérőeszközök

Az *ECR-RS (Experiences in Close Relationships) kötődési kérdőív adaptált magyar változata* (Jantek és Vargha 2016). Az eredeti kérdőív tíz-tíz tételt tartalmaz az (édesanyjához, nevelőanyjához, mostohaanyjához fűződő) *anyai,* illetve a (jelenlegi partneréhez fűződő) *párkapcsolati* kötődésre vonatkozóan. Ebből hat-hat tétel az elkerülést (például „Inkább nem mutatom ki neki, hogy mit érzek mélyen a szívemben”), négy tétel pedig a szorongást méri (például „Gyakran aggódom, hogy nem törődik velem igazán”). A 10. tétel („Nem bízom benne teljesen”) azonban az angol változatban egyforma mértékben súlyozódott mindkét faktoron, emiatt elhagyták (Fraley és mtsai 2011), és a magyar validálás során a tanulmány szerzői is a 10. tétel elhagyását javasolták (Jantek és Vargha 2016). Ezért mi is a kilenctételes változatot használtuk. Az 1–6. tétel átlagolt pontértékéből áll össze az elkerülés skála (az 1–4. tétel fordított), a 7–9. tétel átlaga pedig

a szorongás skála értékét adja meg (Jantek és Vargha 2016). E kilenc-kilenc tételes változat validitási mutatóit Jantek és Vargha (2016) tanulmánya tartalmazza. A validálás során jó belső megbízhatósági mutatókat tártak fel, Cronbach-alfa-értékeik a következők voltak: elkerülés partner = 0,835, szorongás partner = 0,847, elkerülés anya = 0,886 és szorongás anya = 0,797. Mintánkon a Cronbach-alfa-értékek a következőképpen alakultak: elkerülés partner = 0,825, szorongás partner = 0,960, elkerülés anya = 0,823 és szorongás anya = 0,971. A szorongás és az elkerülés kötődési dimenziói alapján lehetséges a kötődési stílusok (kategoriális jellegű) meghatározása is: *biztonságos kötődés:* alacsony szorongás és alacsony elkerülés; *elárasztott kötődés:* magas szorongás és alacsony elkerülés; *elutasító kötődés:* magas elkerülés és alacsony szorongás; *félelemteli elkerülő kötődés:* magas elkerülés és magas szorongás.

A *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* (Rózsa, Szádóczky és Füredi 2001) a depresszió tüneteinek és súlyosságuknak a felmérését teszi lehetővé. Kérdései a huszonegy tételes teljes kérdőív összpontszámával legszorosabb kapcsolatban álló kilenc változót mérik, ezek: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az örömképesség hiánya és önvád. E kilenctételes változatnak jó a belső megbízhatósága, a Cronbach-alfa-értéke 0,83 (Rózsa, Szádóczky és Füredi 2001), mintánkon 0,94. A skála összpontszáma 0–27. A nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében, az eredeti kérdőívnek megfelelően átszámoltuk az összpontszámot, így az 0 és 60 közötti.

A *Rövidített Házastársi Stressz Skála* (Balog és mtsai 2006) a párkapcsolat minőségét méri. Az eredeti változat tizenhét kérdéséből öt kérdést tartalmaz, melyek közül három méri a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, egy a kapcsolaton belüli problémákra, egy pedig a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzésére kérdez rá. A skála összpontszáma 0-tól 5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A kérdőív pszichometriai tulajdonságait több vizsgálatban is elemezték, validitása és belső konzisztenciája is megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa-érték 0,77, illetve 0,69 (Balog és mtsai 2006), jelen mintán pedig 0,53 volt.

A *Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív* (Stauder és Konkolÿ-Thege 2006) nem a megtörtént negatív életeseményekre, hanem az egyén szubjektív

élményeire kérdez rá, például a váratlan események miatt érzett izgalomra vagy a nehézségek felhalmozódásakor tapasztalt érzésre. Az eredeti, tizennégy tételes kérdőívből az itt használt rövidített változat tíz tételt tartalmaz, amelyből négy tétel fordított, például a problémák hatékony kezelésének élménye. A magyar változat pszichometriai jellemzőit vizsgálták, és a tíztételes kérdőív is jó belső megbízhatóságú, Cronbach-alfa-értéke 0,85 (Stauder és Konkolÿ-Thege 2006), mintánkon 0,74.

Vizsgáltuk az *elégedettséget* azokon a területeken, amelyek összefüggenek a családi kapcsolatokkal, illetve a párkapcsolat minőséggel. Az elégedettséget a párjával, a szexuális életével, a családjával, a szüleivel és önmagával négyfokú skálán mértük, ahol 0 – nem releváns, nem vonatkozik rá; 1 – nem; 2 – igen, néha; 3 – igen, mindig. Az összpontszám ezeknél a kérdéseknél tehát 1–3. Ezenkívül tízfokú skálán (ahol 1 – teljesen elégedetlen; 10 – teljesen elégedett) mértük azt, hogy egészében véve mennyire elégedett az életével, valamint egészében véve mennyire tartja boldognak magát. E kérdések összpontszáma tehát 1–10.

Mértük a *szociodemográfiai változókat:* nem (férfi, nő), életkor, végzettség, havi nettó személyes jövedelem, családi állapot (házas vagy sem). Végzettség tekintetében a módszertani fejezetben ismertetett hat végzettségi kategóriát összevontuk a végzettség foka alapján és három kategóriával dolgoztunk: alapfokú, középfokú, és felsőfokú végzettség. A havi nettó személyes jövedelmet szintén három kategóriába vontuk össze (150 ezer forint és alatta; 151–300 ezer forint; 301 ezer forint és több). Továbbá vizsgáltuk azt a kérdést, hogy ki nevelte tizennégy éves koráig. Itt csak két kategóriával dolgoztunk: 1 – házasságban élő vér szerinti szülei; 2 – nem házasságban együtt élő vér szerinti szülei, az egyik vér szerinti szülő egyedül, az egyik vér szerinti szülő és az ő új társa, nagyszülő vagy más rokon, gyám, hivatásos nevelőszülő vagy állami gondozás).

A minta jellemzői

A 18–40 éves, kétezer fős mintából a vizsgálat időpontjában 1212 (61%) fiatal mondta azt, hogy van párkapcsolata, közülük 520 fiatal (26%) házasságban, 622 fiatal (35%) nem házastársi kapcsolatban élt együtt a partnerével. A párkapcsolati kötődésre vonatkozó kérdésekre 1203, az anyai kötődés kérdéseire pedig 1924 fiatal válaszolt. Elemzésünket a magyar

fiatalok azon almintáján végeztük el, akik (1) párkapcsolatban (házasságban vagy nem házasságban) éltek, és (2) mind az anyai, mind a párkapcsolati kötődésre vonatkozó kérdőívet teljesen kitöltötték – ez összesen 1151 főt jelentett. A mintánk 55 százaléka nő, 45 százaléka harmincévesnél fiatalabb, 29 százaléka felsőfokú, 39 százaléka középfokú és 32 százaléka alapfokú végzettségű, 23 százalékuk személyes havi nettó jövedelme 150 ezer forint alatti, 64 százalékuknak 151 ezer és 300 ezer forint közötti és 13 százalékuké 301 ezer forint feletti. A mintánkban lévő fiatalok 87 százaléka vallotta azt, hogy tizennégy éves koráig a házasságban élő vér szerinti szülei nevelték.

Statisztikai elemzések

A párkapcsolati elkerülés és szorongás, illetve az anyai elkerülés és szorongás, valamint a pszichoszociális rizikótényezők együtt járását a Spearman-féle rangkorrelációs együttható számításával vizsgáltuk.

Az elkerülés, szorongás dimenziók és a demográfiai változók összehasonlításánál két csoport esetén (mivel a vizsgált folytonos változók nem voltak normális eloszlásúak) a Mann–Whitney-próbát, három csoport esetén pedig a Kruskal–Wallis-próbát használtuk.

A partneri (n = 1203), illetve az anyai elkerülés és a szorongás skálák eloszlása (n = 1924) alapján létrehoztuk e kötődési dimenziók kategoriális változatait; első körben mind az elkerülés, mind a szorongás dimezióiban három övezetet definiáltunk: átlagos (60%), magas (25%) és igen magas (15%). Az elkerülés partner dimenzióban (n = 1203) a cut off értékek a következőképpen alakultak: 1,00–2,17 (60%, átlagos), 2,33–3,17 (25%, magas) és 3,33–7,00 (15%, igen magas). A szorongás partner dimenzióban (n = 1203) a küszöbértékek: 1,00–1,67 (63%, átlagos), 2,00–4,00 (23%, magas) és 4,33–7,00 (14%, igen magas). Az elkerülés anya (n = 1924) dimenzió cut off értékei: 1,00–2,83 (56%, átlagos), 3,00–3,67 (25%, magas) és 3,83–7,00 (15%, igen magas). A szorongás anya dimenzió (n = 1924) küszöbértékei: 1–1,67 (62%, átlagos), 2–4,33 (25%, magas) és 4,67–7 (12%, igen magas). Mivel a négy kötődési stílus meghatározása a szorongás, illetve elkerülés alacsony vagy magas foka alapján lehetséges, a magas és az igen magas övezeteket összevontuk, az elkerülés, illetve a szorongás kategóriák alapján pedig létrehoztuk a négy kötődési stílust az anyával

és a partnerrel kapcsolatban is: *biztonságos kötődés* (amelyet alacsony elkerülés és átlagos szorongás jellemez), *elutasító kötődés* (átlagos szorongással és magas elkerüléssel), *elárasztott aggodalmaskodó kötődés* (magas szorongással és átlagos elkerüléssel) és végül a *félelemteli elkerülő kötődés* (amelynél mind az elkerülés, mind a szorongás magas).

A kötődési stílusok, illetve a párkapcsolati minőség (házastársi stressz) és a mentális egészség mutatóinak (depresszió, észlelt stressz, elégedettség, boldogság) összehasonlításánál többváltozós elemzéseket és egyszempontos varianciaanalízist végeztünk a General Linear Modelben, 95 százalékos konfidencia-intervallummal. Utótesztként a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, nemre, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra vonatkozóan.

Eredmények

Skála	Elkerülés partner	Szorongás partner	Elkerülés anya	Szorongás anya	Házastársi stressz	Depresszió (Beck)	Észlelt stressz
Elkerülés partner	1	0,602**	0,531**	0,461**	0,472**	0,275**	0,314**
Szorongás partner	0,602**	1	0,401**	0,644**	0,414**	0,366**	0,394**
Elkerülés anya	0,531**	0,401**	1	0,576**	0,274**	0,268**	0,261**
Szorongás anya	0,461**	0,644**	0,576**	1	0,247**	0,326**	0,432**
Elkerülés partner	−0,273**	−0,290**	−0,101**	−0,175**	−0,240**	−0,225**	−0,355**
Szorongás partner	−0,248**	−0,270**	−0,169**	−0,168**	−0,205**	−0,217**	−0,279**
Elkerülés anya	−0,206**	−0,208**	−0,129**	−0,318**	−0,259**	−0,212**	−0,293**
Szorongás anya	−0,201**	−0,260**	−0,134**	−0,250**	−0,266**	−0,233**	−0,266**

*Jelölés: Spearman-féle korrelációs együtthatók; partnerkötődésnél n = 1203, anyakötődésnél n = 1925; **: p < 0,01*

1. táblázat: Az ECR-RS skáláinak együtt járása a házastársi stresszel, a depresszióval és az észlelt stresszel, valamint az elégedettségmutatókkal (Spearman-féle korrelációs együtthatók; partnerkötődésnél n = 1203, anyakötődésnél n = 1925)

Elsőként a *kötődési dimenziókra* (anyai, illetve partneri szorongás és elkerülés) vonatkozó elemzéseket végeztünk. Az anyához való kötődés, illetve a partnerhez való kötődés dimenziói erős pozitív korrelációt mutattak egymással (kiugróan az anyai és a partneri szorongás), s közepesen erős pozitív együtt járást a házastársi stresszel, a depresszióval és az észlelt stresszel is *(1. táblázat).*

Vizsgáltuk a párkapcsolati kötődési dimenziók és a szociodemográfiai változók összefüggéseit is *(2. táblázat).*

		Elkerülés partner		Szorongás partner	
		Átlag (SD, 95%-os CI)		Átlag (SD, 95%-os CI)	
Életkor	≤ 30 > 30 ≤ 40	2,05 (1,09) 2,03 (1,08)	U = 198566,000 p = 0,940	1,98 (1,57) 2,17 (1,67)	U = 184692,500 p = 0,017
Nem	férfi nő	2,09 (1,08) 2,01 (1,08)	U = 190866,500 p = 0,162	1,99 (1,58) 2,17 (1,67)	U = 187058,000 p = 0,036
Végzettség	alapfok középfok felsőfok	2,12 (2,02–2,22) 2,15 (2,06–2,24) 1,82 (1,71–1,94)	H = 19,027 p < 0,001	2,11 (1,95–2,26) 2,20 (2,05–2,34) 1,94 (1,76–2,12)	H = 5,274 p = 0,072
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)	≤ 150 150–300 ≥ 301	2,17 (2,02–2,33) 2,14 (2,04–2,24) 2,05 (1,83–2,26)	H = 1,004 p = 0,605	2,42 (2,19–2,65) 2,19 (2,04–2,34) 1,82 (1,50–2,15)	H = 9,667 p = 0,008
Családi állapot	házasságban nem házas	1,99 (1,09) 2,07 (1,08)	U = 186397,500 p = 0,235	2,13 (1,69) 2,06 (1,59)	U = 190569,000 p = 0,608
Ki nevelte?	házas szülők egyéb	2,00 (1,05) 2,24 (1,25)	U = 82263,000 p = 0,010	2,05 (1,61) 2,29 (1,72)	U = 85385,000 p = 0,047

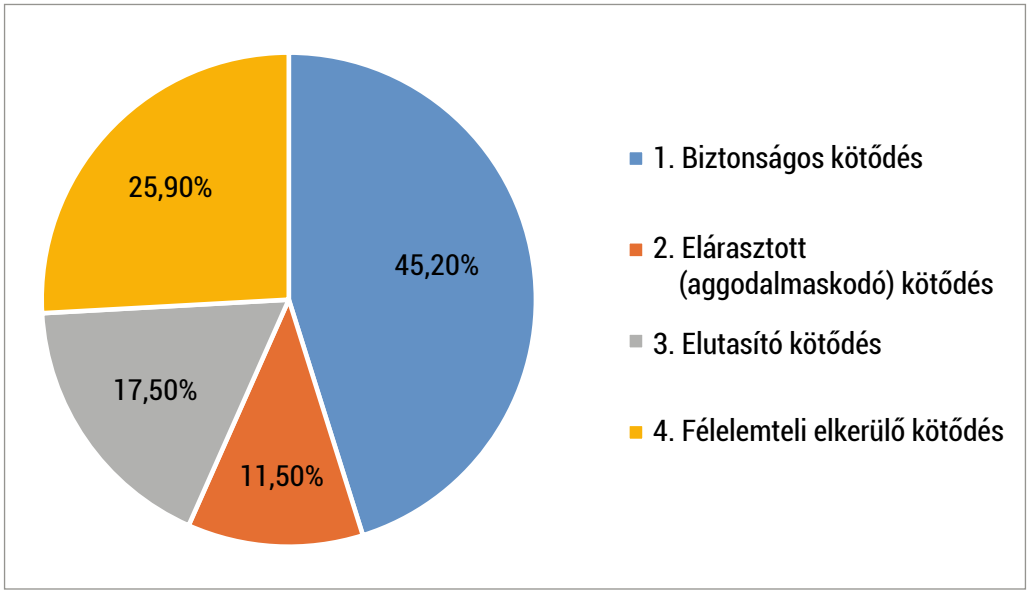
Jelölés: U: Mann–Whitney U-Teszt; H: Kruskal–Wallis-próba .

2. táblázat: A párkapcsolati kötődési dimenziók összefüggései a szociodemográfiai változókkal (Mann–Whitney-féle U-Teszt és Kruskal–Wallis-próba; n = 1203)

Az eredmények alapján a harminc év felettiek és a nők körében magasabb a partnerrel kapcsolatos szorongás, mint a fiatalabbak, illetve a férfiak között. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében szignifikánsan alacsonyabb a partnerrel kapcsolatos elkerülés, és tendenciaszinten alacsonyabb a partnerrel kapcsolatos szorongás is. A magasabb személyes nettó jövedelem (301 ezer forint és fölötte) szintén alacsonyabb partnerszorongással járt együtt. Továbbá mindazon párkapcsolatban élő fiatalok

körében, akiket tizennégy éves korukig a házasságban élő vér szerinti szüleik neveltek, mindkét kötődésdimenzióban pozitívabb a kép: alacsonyabb a partnerkötődési elkerülés és a szorongás is.

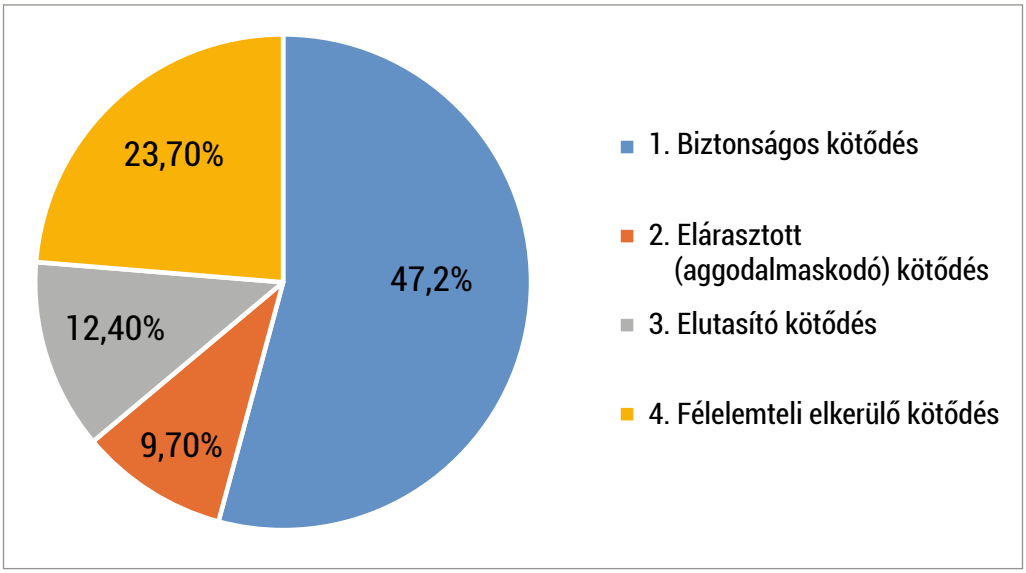
A továbbiakban a *kötődési stílusokra* vonatkozó elemzéseket végeztünk. Elsőként azt vizsgáltuk, hogy a párkapcsolatban élő fiatalok körében, akik mindkét kérdőívünkre válaszoltak (n = 1151), hogyan oszlanak meg a *partneri kötődési stílusok*. A vizsgált minta 45,2 százaléka biztonságosan kötődik a partneréhez (n = 521), 11,5 százaléka (n = 132) elárasztott aggodalmaskodó, 17,5 százaléka (n = 201) elutasító kötődésű és 25,9 százaléka (n = 298) félelemteli elkerülő a partnerével való kapcsolatában *(1. ábra)*.



Jelölés: az ECR-RS alapján

1. ábra: A partneri kötődési stílusok megoszlása

Vizsgáltuk azt is, hogy ugyanazon a mintán, vagyis a párkapcsolatban élő fiatalok körében, akik mindkét kérdőívünkre válaszoltak (n = 1151), hogyan oszlanak meg az *anyai kötődési stílusok*. E fiatalok 54,2 százaléka (n = 624) biztonságosan kötődik az édesanyjához (nevelőanyjához, mostohaanyjához), 9,7 százaléka (n = 112) elárasztott aggodalmaskodó kötődéssel, 12,4 százaléka (n = 143) elutasító kötődéssel és 23,7 százaléka (n = 273) félelemteli elkerülő kötődéssel *(2. ábra)*.

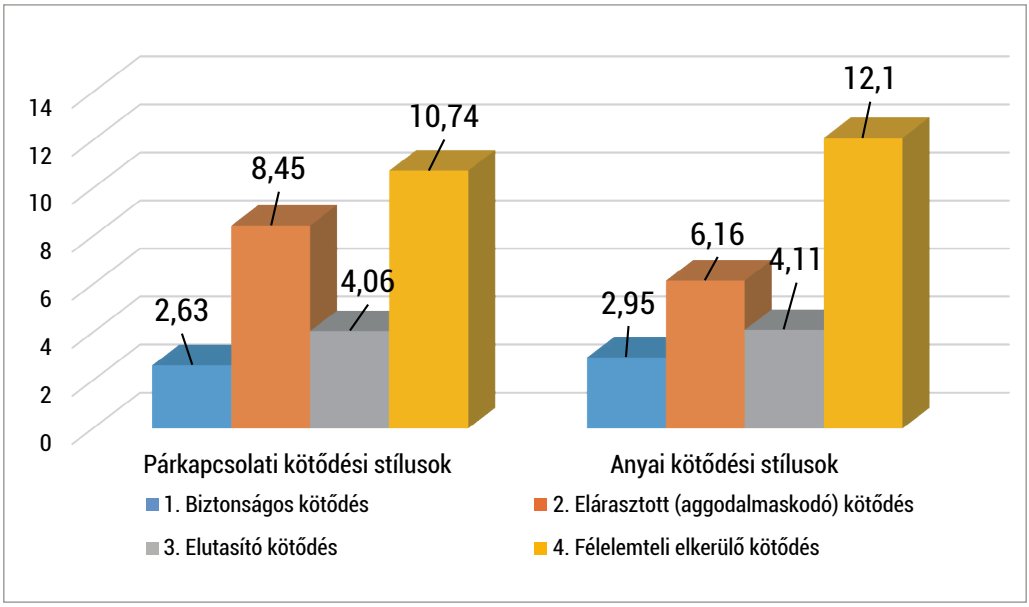


Jelölés: az ECR-RS alapján

2. ábra: Az anyai kötődési stílusok megoszlása

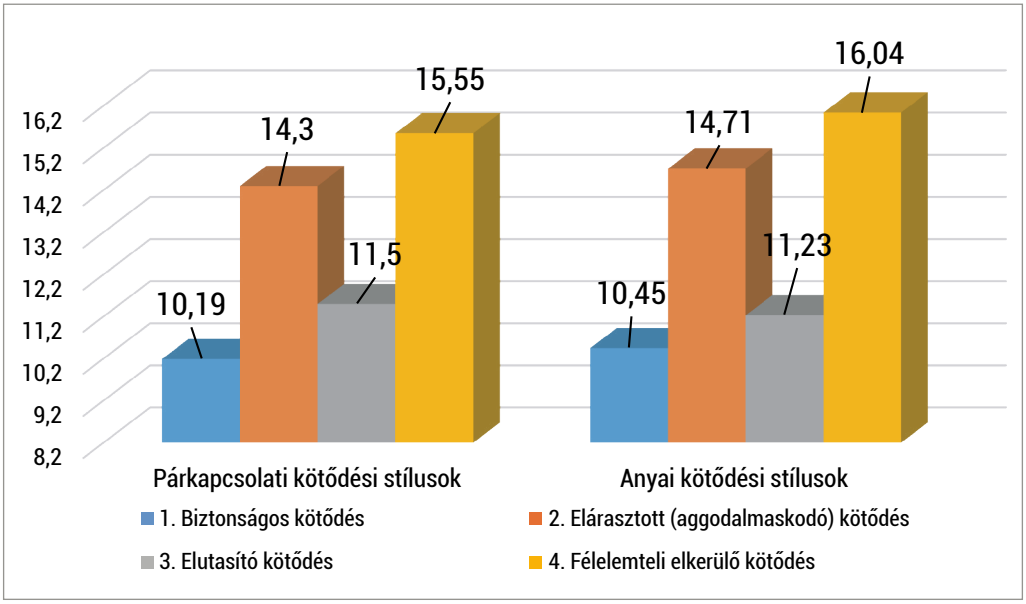
Ezután többváltozós elemzésekkel (General Linear Modelben, 95 százalékos konfidencia-intervallummal) vizsgáltuk a párkapcsolati, illetve az anyai kötődési stílusok és a mentális egészség mutatói közötti összefüggéseket – adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, nemre, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra vonatkozóan.

A *depressziós tünetek* a félelemteli elkerülő kötődők körében voltak a leggyakoribbak. A félelemteli párkapcsolati kötődésű személyek depressziós tüneteinek átlaga szignifikánsan magasabb volt (10,74; 9,30–12,17), mint a biztonságos (2,63; 1,45–3,81) és az elutasító párkapcsolati kötődőké (4,06; 2,31–5,80), s tendenciaszinten az elárasztott kötődésűekénél is magasabb volt (8,45; 6,29–10,61). Az anyai kötődési stílusok esetén szintén a félelemteli elkerülő kötődésűek depressziós tünetei voltak a legerősebbek (12,1; 10,64–13,54). Szignifikánsan több depressziós tünetet mutattak, mint a biztonságos (2,95; 1,90–4.01), az elutasító (4,11; 2,09–6,12) és az elárasztott anyai kötődésű személyek (6,16; 3,68–8,64). A depressziós tünetek átlaga a biztonságos partneri, illetve anyai kötődés esetén volt a legalacsonyabb, ugyanakkor az elutasító kötődésű személyek depressziós tüneteinél nem volt szignifikánsan alacsonyabb *(3. ábra).*



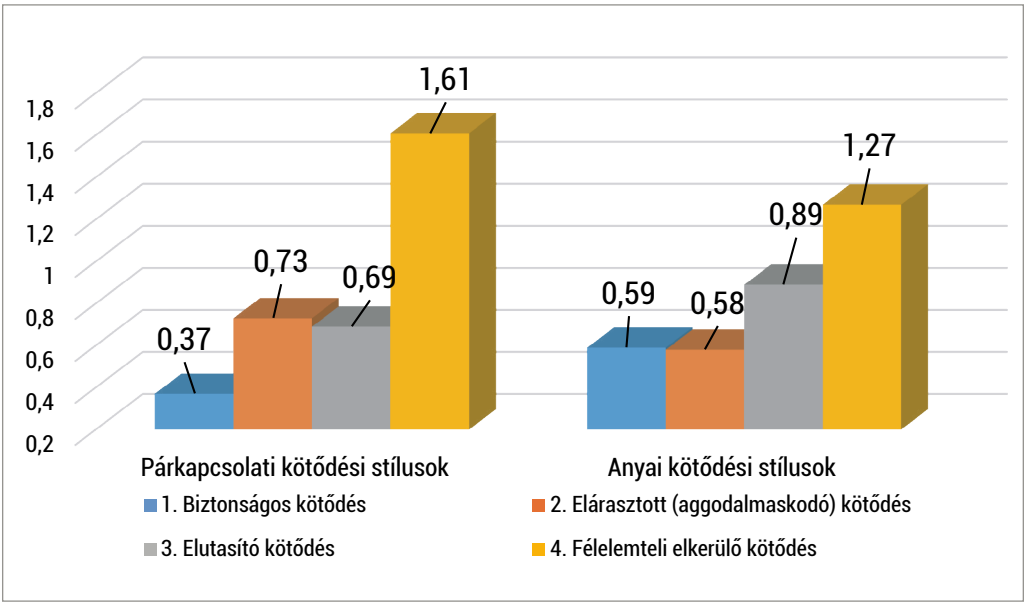
Jelölés: A Rövidített Beck Depresszió Kérdőíven mért depressziós tünetek átlaga

3. ábra: A depressziós tünetek száma a kötődési stílusok alapján (függetlenül az életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól)



Jelölés: a Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív alapján

4. ábra: Az észlelt stressz előfordulása a kötődési stílusok alapján (függetlenül az életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól)



Jelölés: a Rövidített Házastársi Stressz Skála alapján;

5. ábra: A házastársi stressz előfordulása a kötődési stílusok alapján (függetlenül az életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól)

Az *észlelt stressz (4. ábra)* ugyancsak a biztonságos partneri kötődésű fiataloknál volt a legalacsonyabb (10,19; 9,47–10,90). Szignifikánsan alacsonyabb volt, mint az elárasztott (14,30; 12,98–15,61) és a félelemteli elkerülő partneri kötődőknél (15,55; 14,69–16,42), de nem volt szignifikánsan magasabb az elutasító kötődők észlelt stressz-szintjénél (11,50; 10,44–12,56). A biztonságos anyai kötődésű fiatalok észlelt stressz-szintje szintén szignifikánsan alacsonyabb volt (10,45; 9,81–11,09), mint az elárasztott (14,71; 13,21–16,21), illetve a félelemteli elkerülő anyai kötődésű fiataloké (16,04; 15,15–16,92), de nem volt szignifikánsan magasabb, mint az elutasító anyai kötődésűeké (11,23; 10,01–12,46).

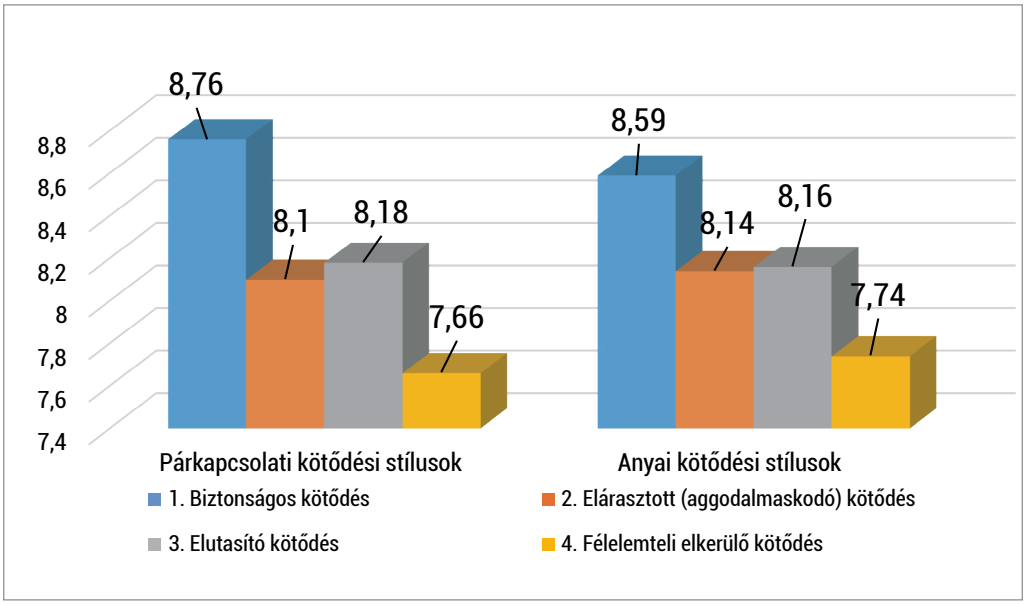
A *házastársi stressz* szintje *(5. ábra)* – hasonlóképpen – a biztonságos partneri kötődésű fiatalok körében volt a legalacsonyabb (0,37; 0,27–0,48), szignifikánsan alacsonyabb, mint a félelemteli elkerülő (1,60; 1,48–1,74), az elárasztott (0,72; 0,53–0,91) és az elutasító partneri kötődésű fiatalok esetében (0,69; 0,53–0,84). Az anyai kötődési stílust illetően a félelemteli elkerülő anyai kötődésű fiatalok házastársi stressz-szintje volt a legmagasabb (1,27; 1,13–1,41), szignifikánsan magasabb, mint az elutasító (0,89; 0,69–1,09), az elárasztott (0,58; 0,33–0,82) és a biztonságos anyai kötődésű fiataloké (0,59; 0,49–0,70). Azonban a várakozással

ellentétben a biztonságos anyai kötődésű, illetve az elárasztott anyai kötődésű fiatalok házastársi stressz-szintje nem különbözött.

Emellett vizsgáltuk a mentális egészség pozitív mutatóit is – köztük azt, hogy a válaszadó mennyire tartja boldognak magát *(6. ábra),* és egészében véve mennyire elégedett az életével *(7. ábra).*

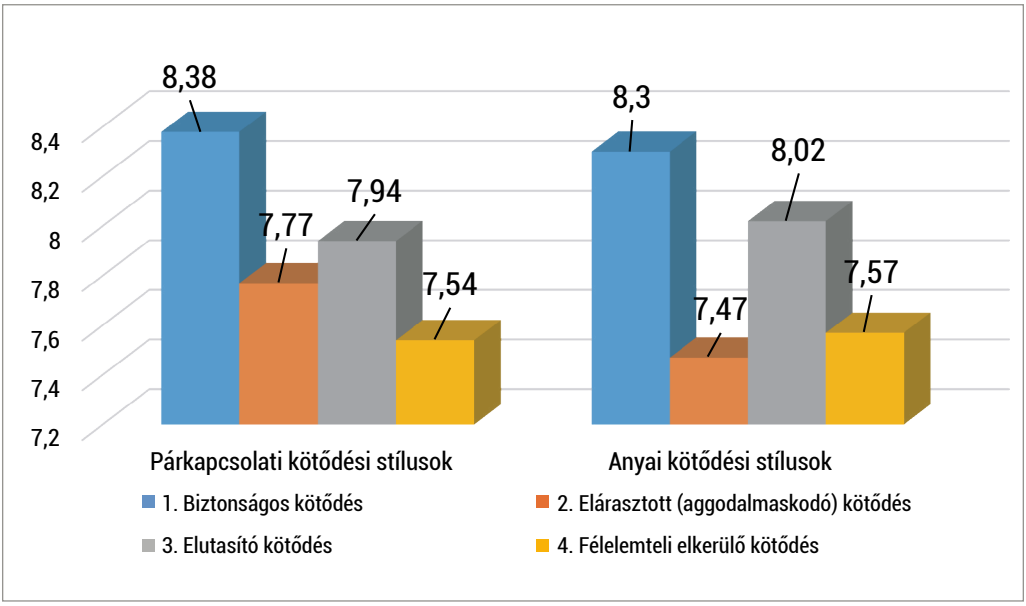
A *boldogság* tekintetében *(6. ábra)* a biztonságos partneri kötődésű fiatalok érezték magukat a legboldogabbnak (8,76; 8,61–8,92), szignifikánsan inkább, mint az elárasztott (8,10; 7,81–8,38), az elutasító (8,18; 7,95–8,41) és a félelemteli elkerülő partneri kötődésű fiatalok (7,66; 7,47–7,85). Az elárasztott és az elutasító partneri kötődésű fiatalok boldogságszintje nem különbözött, viszont a félelemteli elkerülő partneri kötődésűek minden más csoportnál szignifikánsan boldogtalanabbak voltak. Az anyai kötődés hasonló összefüggéseket mutatott: a biztonságos anyai kötődésű fiatalok szignifikánsan boldogabbak voltak (8,59; 8,44–8,73), mint az elárasztott (8,14; 7,80–8,48), az elutasító (8,16; 7,88–8,43) és a félelemteli elkerülő anyai kötődésű fiatalok (7,74; 7,54–7,94) – utóbbiak minden más csoportnál szignifikánsan boldogtalanabbnak vallották magukat.

Az *élettel való elégedettség* és a kötődési stílusok összefüggéseit vizsgálva *(7. ábra),* hasonló eredmények mutatkoztak. A legelégedettebbek az életükkel a biztonságos partneri kötődésű fiatalok (8,3; 8,21–8,56), őket szignifikánsan magasabb élettel való elégedettség jellemzi, mint az elárasztott (7,77; 7,44–8,09), az elutasító (7,94; 7,68–8,21) és a félelemteli elkerülő partneri kötődésű személyeket (7,54; 7,32–7,76). Az összefüggés az anyai kötődés esetén hasonlóképpen alakul: a biztonságos anyai kötődésű fiatalok szignifikánsan elégedettebbek az életükkel (8,30; 8,14–8,46), mint az elárasztott (7,47; 7,10–7,85) és a félelemteli elkerülő anyai kötődésű fiatalok (7,57; 7,34–7,79). Ám az elutasító anyai kötődésű fiatalok élettel való elégedettsége nem tért el a biztonságos kötődésűekétől (8,02; 7,72–8,33).



Jelölés: az általános boldogságra vonatkozó kérdés alapján;

6. ábra: A boldogság a partneri és az anyai kötődési stílusok alapján (függetlenül az életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól)



Jelölés: az élettel való elégedettségre vonatkozó kérdés alapján;

7. ábra: Az élettel való elégedettség a kötődési stílusok alapján (függetlenül az életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól)

Megbeszélés

Kötődési stílusok a magyar fiatalok körében 2021-ben

Jelenleg a kötődési stílusok felmérésének leggyakoribb módja az önbecslő kérdőívek, köztük az ECR verzióinak alkalmazása (Siroňová és mtsai 2020). Fraley és munkatársai (Fraley és mtsai 2011) eredeti ajánlásának megfelelően a párkapcsolati kötődést csak a partnerrel rendelkezők és a házasok közt elemeztük: eszerint a magyar fiatalok 45,2 százaléka biztonságos, 11,5 százaléka elárasztott aggodalmaskodó, 17,5 százaléka elutasító, 25,9 százaléka pedig félelemteli kötődési stílusú volt. A különböző kutatások összehasonlíthatóságát csökkenti, hogy a kötődési kérdőíveket, így az ECR-RS-t is, főleg dimenzionálisan (a szorongás, elkerülés vonásaira) használják, illetve a korábbi Hungarostudy vizsgálatban a Kapcsolati Skálák Kérdőívet (RSQ) alkalmazták. A 2013-as reprezentatív mintán 31,4 százalék volt a biztonságos, 37,9 százalék az elutasító, 10,3 százalék az elárasztott és 20,5 százalék a félelemteli elkerülő kötődés (Csóka és Lázár 2013). Tehát a korábbi vizsgálatban magasabb volt az elutasító kötődés aránya, ugyanakkor fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a 2013-as Hungarostudy teljes életspektrumra mért és ismert, hogy az elkerülés az életkorral fokozódhat (Candel és Turliuc 2019).

Jelen eredmények pozitívabb képet mutatnak a biztonságos kötődés magasabb arányával is, mivel a biztonságos kötődés a jó párkapcsolat és a mentális egészség protektív tényezője (Csóka és Lázár 2013, Mikulincer és Shaver 2013). Magyar mintán ECR-RS-sel nyert kötődési stílusok tekintetében egyedül Jantek és Vargha 2016-os, 335 fős validáló vizsgálatára támaszkodhatunk, amelyben 62 százalék volt a biztonságos, 17,5 százalék az elárasztott, 11,5 százalék az elutasító és 9 százalék a félelemteli elkerülő kötődés aránya (Jantek és Vargha 2016). Itt hangsúlyozandó egy különbség: jelen mintán kétszer magasabb a félelemteli elkerülő kötődés aránya. E stílus a magas szorongás és a magas elkerülés kombinációjával, illetve az énről és a másikról alkotott egyaránt negatív modell miatt megnehezíti a kapcsolódást, és szorosan összefügg a mentális zavarok rizikójával is (Huang és mtsai 2020, Mikulincer és Shaver 2013).

A kötődési stílusok és a mentális egészségmutatók összefüggései

A fenti eredményeket erősítik a kötődési stílusok és mentális egészségmutatók jelen mintán feltárt összefüggései is: a párkapcsolati és anyai kötődési stílusok esetén is a biztonságos kötődésűeket jellemezte a legkevesebb depressziós tünet és észlelt stressz, a legalacsonyabb mértékű házastársi stressz, a legmagasabb élettel való elégedettség és megélt boldogságszint, míg a félelemteli elkerülő kötődésűekre a legnegatívabb mutatók voltak jellemzőek. A bizonytalan kötődési stílusok és a stresszérzékenység, szorongásos és depressziós tünetek kapcsolata régóta ismert (Fraley és mtsai 2011). Ezzel szemben a biztonságos kötődés általánosan magasabb kapcsolati elégedettséggel, bizalommal, boldogsággal áll kapcsolatban (Moreira és mtsai 2015). Az ECR-RS-en mért biztonságos kötődés más hazai és nemzetközi vizsgálatban is magasabb jólléttel, jobb kapcsolati minőséggel és elégedettséggel, az általános, illetve kapcsolati stressz és depresszió alacsonyabb szintjével járt (Jantek és Vargha 2016). A félelemteli elkerülő kötődésre jellemző magas szorongás és magas elkerülés az ECR-t alkalmazó egyik hazai, reprezentatív vizsgálatban alacsonyabb jólléttel, magasabb észlelt stressz- és depressziószinttel állt kapcsolatban (Dupont és mtsai 2021).

Jelen eredményekből kiemelendő, hogy az elutasító anyai, illetve párkapcsolati kötődésű személyek nem mutattak magasabb észlelt- és házastársi stressz-szintet, súlyosabb depressziós tüneteket, s az élettel való elégedettségük sem volt alacsonyabb a biztonságos kötődésűeknél. Az ECR-RS török validáló tanulmányában szintén enyhe, de pozitív összefüggés mutatkozott az elkerülés és az önértékelés, illetve a kapcsolati élmény között is (Şirin és Doğan 2021). Bár keresztmetszeti adatok mellett, releváns háttérváltozók híján egyértelmű magyarázatra nem nyílik lehetőség, az elutasító kötődésűek pozitív részeredményeit több tényező is indokolhatja. Elutasító kötődésűeknél az énről alkotott kép pozitív, distressz esetén érzéseiket deaktiválják, inkább támaszkodnak kognitív információkra, megfogalmazásuk sematikus, konfliktusos tartalmakat elrejtő (Mikulincer és Shaver 2013). E túlszabályozó működésnek szerepe lehet a viszonylag alacsonynak megélt negatív érzelmekben és az önbevallásos pozitív mentális egészségmutatókban is.

A kötődési dimenziók és a mentális egészségmutatók összefüggései

A kategoriális mérésekkel egybecsengően az anyai és párkapcsolati kötődés és szorongás dimenziói is magasabb észlelt, illetve házastársi stresszel, depresszióval, valamint alacsonyabb elégedettség- és boldogságszinttel jártak együtt. A kötődési szorongás és elkerülés minden hazai és nemzetközi ECR-RS validációs vizsgálat alapján direkt módon összefügg a kapcsolati élménnyel, így az alacsonyabb párkapcsolati elégedettséggel, a fokozott szorongással és depressziószinttel (Dupont és mtsai 2021, Fraley és mtsai 2011, Huang és mtsai 2020, Moreira és mtsai 2015, Siroňová és mtsai 2020). Metaanalízis is megerősíti, hogy ez az összefüggés a partner hatásának kontrollja mellett is megjelenik – jelen vizsgálathoz hasonlóan közepes erősséggel (Candel és Turliuc 2019).

Kiemelt figyelmet érdemel, hogy erős kapcsolat jelentkezett az anyai és a párkapcsolati kötődési dimenziók közt, főképp a szorongás tekintetében. Keresztmetszeti adatokból oksági következtetéseket természetesen nem vonhatunk le, és az eredményben módszertani okok is szerepet játszhatnak, például a felidézett szülőkötődésnél a jelen kötődési élmények szerepe a retrospekcióban. Ugyanakkor az együtt járás hasonlóan magas más ECR-RS-vizsgálatokban (Moreira és mtsai 2015), illetve Fraley (2002) metaanalízisében is; ez az összefüggés a kötődés alapvető vonásainak stabilitása mellett szólhat.

Az eredményeket árnyaló demográfiai összefüggések

Akárcsak Jantek és Vargha (Jantek és Vargha 2016), jelen eredmények a nők magasabb kötődési szorongását és a férfiak fokozottabb elkerülését igazolták, de emellett szólnak más ECR-RS-vizsgálatok (Şirin és Doğan 2021, Huang és mtsai 2020, Moreira és mtsai 2015), illetve a 2013-as Hungarostudy adatai is (Csóka és Lázár 2013). A személyiségfejlődés és kontrollfolyamatok erősödése, az önismeret, az önreflexió fejlődése által az életkor növekedésével a kötődés is „normalizálódhat", így váratlan eredménynek gondoltuk a 30–40 éves korosztály 20–30 éveseknél magasabb partnerkötődési szorongását. Ugyanakkor Chopik és munkatársai 86 ezer fős, életkori csoportokra bontott vizsgálatából kitűnik, hogy a 30–39 évesek kötődési szorongása valóban magasabb, mint a húszéveseké, és csak középkortól kezd enyhülni (Chopik, Edelstein és Fraley 2013).

Jelen mintán a házas fiatalok partneri kötődési elkerülése és szorongása sem különbözött a nem házasságban élőkétől. A családi állapotot illetően a partnerkötődési szorongást illetően találtunk szakirodalmi adatokat, metaanalízis alapján a házasok (partner)kötődési szorongása alacsonyabb, mint a nem házasoké (Candel és Turliuc 2019). Ettől eltérő eredményünket elsősorban a fenti korcsoportos jellemzőkkel, így a minta fiatal életkorával magyarázzuk.

A végzettséget illetően, akárcsak a korábbi Hungarostudy vizsgálatban (Csóka és Lázár 2013), a felsőfokú végzettség alacsonyabb kötődési elkerüléssel és tendenciaszinten alacsonyabb kötődési szorongással járt együtt. A keresztmetszeti adatokból természetesen nem állapítható meg, hogy a felsőfokú végzettség-e a védőtényező a kötődést illetően, vagy a kevésbé szorongó/elkerülő személyek intézményi szinten is jobban bírják a tartós kapcsolódást, esetleg az eredmény harmadik változós összefüggésnek, például a bizonytalan kötődés esetén alacsonyabb frusztrációs toleranciának köszönhető-e. A jövedelem és a kötődés összefüggéseit vizsgálva a végzettséghez hasonló összefüggéseket találtunk: a magasabb jövedelmű fiatalok körében alacsonyabb volt a kötődési szorongás. Itt is felmerül a fenti kérdés: a magasabb jövedelem védőtényező-e a szorongással szemben, vagy az alacsonyabb kötődési szorongású fiatalok magabiztosabban tudják képviselni érdekeiket, és ennek megfelelően találnak magasabb jövedelmű állást, esetleg egy ismeretlen háttértényező magyarázza az összefüggést? Ezekre a kérdésekre azonban minden bizonnyal csak követéses vizsgálatokból találunk magyarázatot.

Az elsődleges gondozóval való kapcsolat minőségének szerepét a kötődési stílusok kialakulásában nagyon sok tanulmány vizsgálta. Más ECR-RS-vizsgálatokkal (Huang és mtsai 2020) egybecsengően azt találtuk, hogy a házasságban élő, vér szerinti szülők által nevelt fiatalok anya- és partnerkötődési szorongása és elkerülése is alacsonyabb.

Az eredmények alapján 2021-ben a magyar fiatalok körében összességében a Hungarostudy 2013 vizsgálat adataihoz képest gyakrabban fordult elő a biztonságos kötődés, ugyanakkor a félelemteli elkerülő kötődésűek aránya is magasabb volt. Míg utóbbiakra a mentális egészség szempontjából a legnegatívabb mutatók voltak jellemzőek, a biztonságos kötődési stílus, illetve alacsony szorongás és alacsony elkerülés esetén voltak

a legritkábbak a depressziós tünetek, a legalacsonyabb az észlelt, illetve a házastársi stressz, valamint a legmagasabb az élettel való elégedettség és a megélt boldogság szintje. A nemi és életkori különbségek mellett kiemelendők a magas végzettségűek, illetve az elutasító kötődők pozitívabb önbevallásos stressz- és elégedettségmutatói.

Más, longitudinális vizsgálatokkal egybecsengően (Chopik, Edelstein és Fraley 2013, Fraley 2002) az anyai és a párkapcsolati kötődési dimenziók erős kapcsolatát találtuk, ez az alapvető kötődési dimenziók tartósságára utalhat. Eredményeink az idézett tanulmányokkal egybehangzóan az alacsony kötődési szorongás és alacsony elkerülés – illetve az énről és a másikról alkotott egyaránt pozitív kép – szerepét hangsúlyozzák a párkapcsolati minőségben és jóllétmutatókban.

Felhasznált irodalom

Balog Piroska, Székely András, Szabó Gábor, Kopp Mária (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 7. évf. 3. sz. 193–202.

Candel, Octav-Sorin, Maria Nicoleta Turliuc (2019) Insecure attachment and relationship satisfaction. A meta-analysis of actor and partner associations. *Personality and Individual Differences.* Vol. 147: 190–199.

Chopik, William, Robin Edelstein, Chris Fraley (2013) From the Cradle to the Grave. Age Differences in Attachment from Early Adulthood to Old Age. *Journal of Personality.* Vol. 81. (2): 171–183.

Csóka Szilvia, Lázár Imre (2013) Kötődési jellemzők a mai magyar népesség körében. A kötődési biztonság mint potenciális védőfaktor. In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2013.* Budapest: Semmelweis Kiadó – Multimédia Stúdió. 187–199.

Dupont Kinga, Gervai Judit, Danis Iildikó, Tóth Ildikó, Koren Réka, Török Szabolcs (2021) Factor Structure, Psychometric Properties, and Validation of the Hungarian Version of the Experiences in Close Relationships Revised (ECR-R-HU) Questionnaire in a Nationally Representative Community Sample. *Journal of Personality Assessment.* 1–12.

Fraley, Chris (2002) Attachment Stability from Infancy to Adulthood. Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review.* Vol. 6. (2): 123–151.

Fraley, Chris, Maria Heffernan, Amanda Vicary, Claudia Chloe Brumbaugh (2011) The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire. A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment.* Vol. 23 (3): 615–625.

Huang, Ching-Yu, Skultip Sirikantraporn, Nipat Bock Pichayayothin, Julie Turner-Cobb (2020) Parental Attachment, Adult-Child Romantic Attachment, and Marital Satisfaction. An Examination of Cultural Context in Taiwanese and Thai Heterosexual Couples. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* Vol. 17. (3): 692.

Jantek Gyöngyi, Vargha András (2016) A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége. A közvetlen kapcsolatok élményei – kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párkapcsolatban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle.* Vol. 71 (3): 447–470.

Mikulincer, Mario, Philip Shaver (2013) The role of attachment security in adolescent and adult close relationships. In: Simpson Jeffry, Lorne Campbell (eds.) *The Oxford Handbook of Close Relationships.* New York: Oxford University Press. 66–89.

Moreira, Helena, Teresa Martins, Maria Gouveia, Maria Christina Canavarro (2015) Assessing Adult Attachment Across Different Context. Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire. *Journal of Personality Assessment.* Vol. 97 (1): 22–30.

Rózsa Sándor, Szádóczky Erika, Füredi János (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica.* Vol. 16 (4): 379–397.

Şirin, Hatice Deveci, Rana Şen Doğan (2021) Psychometric Properties of the Turkish Version of the Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS). *SAGE Open.*

Siroňová, Aneta, Hynek Cígler, Stanislav Ježek, Lenka Lacinová (2020) Psychometric Characteristics of the ECR-RS, Structure of the Relationship between Global and Specific Attachment. Cross-Validation of the Results Using the Czech and Original Versions of the ECR-RS. *Studia Psychologica.* Vol. 62 (4): 291–313.

Stauder Adrienne, Konkolÿ-Thege Barna (2006) Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* Vol. 7 (3): 203–216.

Engler Ágnes, Markos Valéria, Major Enikő

Párkapcsolati mintázatok és a gyermekvállalás

Bevezetés

A magyar társadalom gondolkodását tekintve alapvetően családközpontú, értékként tekint a gyermekvállalásra, a családi kapcsolatokra. Az 1980-as évek után egyre inkább kirajzolódó negatív népesedési tendencia magában foglalta a házasságok számának visszaesését, a válások számának emelkedését és a csökkenő gyermekvállalási hajlandóságot, markáns (napjainkig tartó) javulást a 2010 utáni időszak hozott. Ennek ellenére a kutatások azt találták, hogy az elmúlt negyven évben a házasság megítélése mindvégig kedvező, magas az ideálisnak vélt és a tervezett gyermekek száma (lásd például S. Molnár 2011; Kapitány és Spéder 2018; Engler 2018; Kopp és Skrabski 2020). A társadalmi közgondolkodás ugyanakkor egyre inkább megengedővé vált a nem házas együtt élőkkel és a házasságon kívüli gyermekvállalással szemben (lásd többek között Kapitány és Spéder 2018). Az élettársi kapcsolat a korábbi években válás vagy megözvegyülés után volt választott együttélési forma, az 1990-es évektől azonban a házasságkötést megelőző (próbaházasság) vagy akár helyettesítő együttélési formává vált (Kapitány és Spéder 2018; Murinkó és Spéder 2021). S. Molnár (2011) rámutatott arra, hogy a házasság továbbra is preferált a népesség körében, a házasságot megelőző együttélés tekintetében viszont sokkal megengedőbb a közvélemény. Ezt bizonyították Engler (2018) egyetemista fiatalok között végzett vizsgálatai is: bár a fiatalabb korosztály későbbre tolja házasságkötési szándékát, alapvetően házasságban gondolkodik, részben együttélést követően, részben a megfelelő párral azonnali házasodási elhatározással.

A 2010-es évektől a magyar társadalom közvélekedése a párkapcsolatokról és a családalapításról a statisztikai adatokban is újból tükröződni látszik. A házasságok száma negyvenéves csúcson, a válások száma hatvanéves mélyponton van, a gyermekvállalási hajlandóságot mutató teljes termékenységi arányszám a 2010-es mélypontról Európa más országaiban nem tapasztalható mértékű javulásnak indult (Kapitány és Spéder 2018).

Hazánkban a tervezett gyermekek száma magas. A Hungarostudy 2013-as adatfelvételi hullámában (Susánszky és Szántó 2013) a gyermekes fiatalok közt az átlagos gyermekszám 1,77, a körükben tervezett gyermekek száma a már meglévő gyermekek beszámításával együtt 2,04. Azok esetében, akik még a gyermekvállalás előtt állnak, ez az érték 1,85. A kutatás eredményei megerősítették, hogy a magyar fiatalok továbbra is inkább hagyományos elveket vallanak, a mintába került fiatalok legnagyobb része szerint (98,1%) az tekinthető családnak, amikor „két ember házasságban él, és gyermeket nevel", valamint 91,9 százalék szerint amikor „két különböző nemű ember él együtt élettársként, és gyermeket nevel". Az is látható azonban, hogy a válaszadók 68,1 százaléka számára nincs kiemelt jelentősége a házasságkötésnek a gyermekvállalás előtt.

A magasan kvalifikált nők nagyobb eséllyel lépnek házasságra, és az együttélések is nagyobb eséllyel végződnek házassággal azon párok esetében, amelyeknél legalább az egyik diplomás (Lundberg és Pollak 2015). Míg a tanulmányok elhúzódását a felsőfokú végzettségűek viszonylag rövid időn belül kompenzálják párkapcsolataikban, a tervezett gyermekek megszületésében ez kisebb eséllyel valósul meg, különösen a nők esetében. A diplomás nők később szülik meg első gyermeküket (Götmark és Andersson 2020; Veroszta és Györgyi 2021; Cheng és mtsai 2022), ami a többedik gyermek megszületésének esélyét csökkenti. Ennek ellenére a felsőfokon kvalifikáltak körében több gyermek születik, mint az érettségizetteknél.

Mind a stabil párkapcsolat kialakulásában, mind a gyermekvállalásban szerepe van a megfelelő partner megtalálásának. A különböző felmérések (mint például a Magyar Ifjúság kutatássorozat) egyre növekvő arányú egyedülálló fiatalra hívják fel a figyelmet. Rövid (2018) úgy véli, a párkapcsolati formák változása, a családalapítás kitolódása és az iskolai végzettség növekedése kedvez a szingli életforma elterjedésének, ami ritkább esetben szándékos törekvés. Engler (2018) már említett kutatása szerint például a fiatalok jelentős többsége vágyik párkapcsolatra, és a megkérdezés idején egyedülálló válaszadók is csaknem mindannyian biztosan szeretnének gyermeket vállalni. Hasonló eredményre jutott a legutóbbi, 2020-as Magyar Ifjúság kutatás, amelyben a megkérdezés idején az

egyedülállók 6 százaléka utasította el a házasodás gondolatát, mintegy 90 százalékuk pedig biztosan tervez gyermeket (Engler és Pári 2021).

A gyermekvállalási szándék és a párkapcsolati státusz között szoros összefüggés mutatható ki. Kapitány és Spéder (2018) szerint a párkapcsolat hiánya vagy megléte, annak stabilitása és formája jelentős hatással van a magánéleti tervekre, azon belül kiemelten a gyermekvállalásra: házasságban vagy stabil párkapcsolatban ugyanis világra jönnek a tervezett gyermekek, sőt, még több gyermek születik. A hazai statisztikai adatok szerint házasságban több gyermek születik, mint házasságon kívül, s a gyermekeknek több mint a fele házasságba érkezik. Összességében tehát elmondható, hogy a párkapcsolati formák közül leginkább a házasság kedvez a családalapításnak és családbővítésnek, és az egyedülállók sem zárkóznak el előle, ha megtalálják a megfelelő partnert.

Tanulmányunkban a párkapcsolati mintázatok és a gyermekvállalási hajlandóság összefüggéseit vizsgáljuk a Hungarostudy 2021 adatbázisának segítségével.

Módszerek

Elemzésünkben a 18–40 éves megkérdezettek kétezer fős mintájának válaszait tartalmazó almintából a párkapcsolatra és a gyermekvállalásra vonatkozó kérdéseket használjuk, valamint a főkérdőív demográfiai blokkját.

Vizsgálatunkban egyváltozós statisztikai elemzéseket (alapmegoszlások) és kétváltozós elemzéseket is végeztünk, utóbbiakat kereszttábla-elemzés és varianciaanalízis segítségével. Vizsgált változóink jellemzően nominális mérési szintűek voltak, így alapvetően kereszttábla-elemzésekkel kerestük a változók közötti statisztikai összefüggéseket. A kereszttábla-elemzésnél minden esetben feltüntettük a Pearson-féle khi-négyzet (χ^2) statisztikai próba szignifikanciaértékét, míg a varianciaanalízis esetén az Anova-teszt szignifikanciaértékét jelöltük.

Az egy- és kétváltozós statisztikai eljárások mellett többváltozós modelleket is alkalmaztunk, ennek célja a magyarázó változók függő változóra gyakorolt hatásának vizsgálata volt. A logisztikus regressziós modell esetén az exp(B) és a szignifikanciaértékeket egyaránt feltüntettük. A logisztikus

regressziós vizsgálat elvégzéséhez folytonos és dummy változókat használtunk, utóbbiakat a következőképpen kódoltuk: nem (0 = nő; 1 = férfi), házasságban él (0 = nem él házasságban; 1 = házasságban él), élettársi kapcsolatban él (0 = nem él élettársi kapcsolatban; 1 = élettársi kapcsolatban él), egyedül él, párkapcsolattal (0 = egyedül él, nincs párkapcsolata; 1 = egyedül élő, párkapcsolattal), településtípus (0 = község, nagyközség, város; 1 = megyeszékhely, főváros), iskolázottság (0 = felsőfokú végzettségnél alacsonyabb; 1 = felsőfokú végzettség vagy doktori fokozat), anyagi helyzet (0 = átlag alatti vagy átlagos nettó havi jövedelmű; 1 = átlag feletti nettó jövedelmű), vallásosság (0 = nem vallásos, vagy nem gyakorolja a vallását egyházban; 1 = egyházban gyakorolja vallását), van-e gyermeke (0 = nincs gyermeke; 1 = van gyermeke).

Mivel tanulmányunk célja a gyermekvállalási hajlandóság alakulásának vizsgálata a párkapcsolati állapot szerint, a következőkben a felvétel idején meglévő kapcsolatstátuszok szerint kialakított csoportok jellemzőit mutatjuk be. A csoportok kialakításához a következő kérdésnél megadott válaszlehetőségeket vettük figyelembe: „Mi az Ön családi állapota? Kérem, hogy a tényleges állapotot mondja, ne a hivatalost." A válaszadók az alábbi opciók közül választhattak:

- nőtlen, hajadon, nincs élettársa;
- nőtlen, hajadon, élettárssal él;
- házas, házastárssal él;
- házas, élettárssal él;
- házas, de külön élnek, nincs élettársa;
- elvált, nincs élettársa;
- elvált, élettárssal él;
- özvegy, nincs élettársa;
- özvegy, élettárssal él.

Hipotézisünk szerint a családalapítási és családbővítési tervek és megvalósulásuk szoros összefüggést mutat az egyén aktuális párkapcsolati helyzetével. Feltételezésünk szerint a kapcsolati stabilitás növeli a gyermekvállalási hajlandóságot, illetve több gyermek vállalásának hajlandóságát.

Eredmények

A párkapcsolati formák szociodemográfiai jellemzői

A korábban ismertetett párkapcsolati státuszok szerint kialakított csoportok alapján a válaszadók jól besorolhatók *a házasságban élő*, az *élettársi kapcsolatban élő*, illetve az *egyedül élő* kategóriákba (amelyek ebben az esetben lényegében az egy vagy külön háztartásban élésre mutatnak rá a kapcsolati jelleg mellett). Az ezzel a három csoporttal végzett elemzések szerint az egyedül élők nem viselkednek homogén egységként, mivel a (nem együttéléssel járó) párkapcsolat befolyásolhatja a családalapítási terveket. Ezért a kérdőív másik részében megkérdezett párkapcsolati vonatkozást („Van-e párkapcsolata, vagy nincs?") felhasználva kettébontottuk az egyedül élők csoportját.

Az így kialakult vizsgálandó almintáink részben a jogi értelemben vett családi állapotot, részben a háztartási jellemzőt mutatják, az egyedül élők esetében kiegészülve az aktuális kapcsolati állapottal *(1. táblázat)*.

A csoport megnevezése	Családi állapot, háztartási/ párkapcsolati jellemzők	Fő	%
Házasságban él	Házas, a házastársával él	504	25,3
Élettársi kapcsolatban él	Nőtlen/hajadon, élettárssal él Házas, de más élettárssal él Elvált, élettárssal él Özvegy, élettárssal él	520	26,1
Egyedül élő, párkapcsolattal	Nőtlen/hajadon, nincs élettársa, és van párkapcsolata Házas, de külön élnek Nincs élettársa de van párkapcsolata Elvált, nincs élettársa, de van párkapcsolata Özvegy, nincs élettársa, de van párkapcsolata	242	12,2
Egyedül élő, egyedülálló	Nőtlen/hajadon, nincs élettársa és nincs párkapcsolata Házas, de külön élnek, Nincs élettársa és nincs párkapcsolata Elvált, nincs élettársa és nincs párkapcsolata Özvegy, nincs élettársa és nincs párkapcsolata	725	36,4
Összesen		1991	100,0

1. táblázat: A vizsgált csoportok jellemzői (létszámuk, százalékos arányuk, n = 1991)

Az alminták demográfiai hátterét (nem, életkor, iskolai végzettség, településtípus, vallásosság) megvizsgálva a khi-négyzet-próba alapján minden esetben szignifikáns különbségeket tapasztalunk. A részletes adatok bemutatásától eltekintve összefoglaljuk az alminták jellemzőit.

A házasságban élők csoportjában nagyobb arányban fordulnak elő nők, a harmincas éveikben járó válaszadók, akik leginkább kisebb településen élnek (városban vagy községben). Az iskolázottság tekintetében hasonló arányban rendelkeznek alap-, közép- és felsőfokú végzettséggel. Az élettársi kapcsolatban élő válaszadók körében a férfiakhoz képest magasabb arányban jelennek meg a nők. A válaszadók többsége 30 és 39 év közötti, alap- vagy középfokú végzettséggel rendelkezik, és városban él, bár a fővárosban és a községben élők is magas arányban képviseltetik magukat ebben a csoportban.

Az egyedül élő párkapcsolattal rendelkezőknek több mint a fele férfi, legnagyobb arányban a húszas éveikben járók, középfokú végzettségűek és városban élők tartoznak ide. Az egyedül élő egyedülállók legnagyobb arányban férfiak, 18 és 29 év közöttiek, középfokú végzettséggel rendelkeznek, és városban élnek, ugyanakkor magas a községben és megyeszékhelyen élők aránya is.

Az ideális és tervezett gyermekszám alakulása a párkapcsolat jellege szerint

A gyermekszám alakulását a négy csoporton belül vizsgálva egyértelműen látszik, hogy az átlagos gyermekszám a házasságokban a legmagasabb (1,51), az élettársaknál jóval kevesebb, de valamennyire meghaladja a mintaátlagot (0,79), a másik két almintában viszont jóval alatta marad *(2. táblázat).* A kapcsolat megléte, illetve stabilitása tehát növeli a gyermekvállalás esélyét, illetve a gyermekek számát.

	Gyermeket nevelők		Átlagos gyermekszám
	aránya (%)	száma (fő)	
Házasságban él	77,9	392	1,51
Élettársi kapcsolatban él	44,6	229	0,79
Egyedül élő, párkapcsolattal	5,4	13	0,11
Egyedül élő, egyedülálló	7,5	54	0,13

2. táblázat: A gyermekek száma és százalékos aránya a párkapcsolatok alapján elkülönült csoportokban (khi-négyzet-próba, szignifikanciaszint = 0,000)

A megkérdezettek részéről ideálisnak vélt, valamint az általuk tervezett gyermekszám eltér a megkérdezés idején fennálló valós állapottól (már világra jött gyermekek száma), kérdés, hogyan alakul csoportonként az ideális, a vágyott és a megkérdezés idejéig realizált gyermekszám.

A házas válaszadók ideális családképében jelenik meg a legtöbb gyermek, átlagosan 2,26 *(3. táblázat).* Őket azonban nem az egy háztartásban élő partnerrel rendelkezők, hanem a kapcsolatban lévő egyedül élők követik, méghozzá szorosan, 2,24 átlagos gyermekszámmal. Az egyedül élő egyedülállók 1,88 gyermeket tartanak ideálisnak, amely ugyan a legkisebb átlag ebben a sorban, ám demográfiai szempontból még ez is magasnak mondható. A magyar társadalomban rendszeresen magasra mért ideális gyermekszám a házasságban élőknél ugrik tehát a legmagasabbra, ugyanakkor a nem egy háztartásban, de kapcsolatban élő válaszadók magas gyermekszámra vonatkozó elképzelése külön figyelmet érdemel – kérdés, vajon a konkrét terveknél ugyanilyen családcentrikusak-e.

A gyermekvállalási tervek vizsgálatánál fontos hangsúlyozni, hogy a gyermeket nevelők esetében *a további* tervezett gyermekszámot rejti az adatsor, míg a gyermekteleneknél az *összes* tervezett gyermek számát.

	Realizálódott átlagos gyermekszám	Ideálisnak vélt átlagos gyermekszám	(További) tervezett átlagos gyermekszám
Házasságban él	1,51	2,26	1,59
Élettársi kapcsolatban él	0,79	2,14	1,75
Egyedül élő, párkapcsolattal	0,11	2,24	2,08
Egyedül élő, egyedülálló	0,13	1,88	1,91
Összes válaszadó	0,65	2,09	1,84

3. táblázat: Realizálódott, ideális és tervezett gyermekszám a vizsgált csoportokban (átlag, Anova-teszt = 0,000, minden oszlopban)

A megkérdezés idején a legkevesebb gyermekkel rendelkező, párkapcsolatban lévő egyedül élők nemcsak az ideális családképben vizionálják a legtöbb gyermeket, hanem a saját életükben is. A jóval nagyobb lélekszámú egyedül élő egyedülállók elképzelése elmarad mögöttük. A társ hiánya valószínűsíthetően nemcsak személyes terveiket bizonytalanítja el, hanem az ideális képet is beárnyékolja.

Ennél meglepőbb az élettárssal élők elképzelése: esetükben valamennyivel több gyermek tervezése lenne várható, hiszen komoly párkapcsolat mellett több mint a felüknek még nincs utódja). A házasok 80 százalékánál már megvalósult átlagosan 1,51 gyermek magyarázza a további tervek alulmaradását. Mivel ők a megszületett gyermekeiken felül kalkulálnak további utódokkal, azok tervezett száma értelemszerűen kisebb, mint a gyermektelenek potenciálisan még megszületendő utódaié. Azonban a házas válaszadók megszületett gyermekei számátlagának és a további tervezett átlagnak az összege (3,1!) messze felülmúlja az általuk ideálisnak vélt gyermekszámot – ehhez hasonló példát más kapcsolati csoportban nem látunk. A látszólagos ellentmondásnak az lehet az oka, hogy a családban az ideális gyermekszámot vizsgáló kérdés az össztársadalmi modellre vonatkozik, míg a tervezett gyermekszámra vonatkozó kérdésre adott válasz a saját élethelyzetet figyelembe vevő egyéni döntést tükrözi.

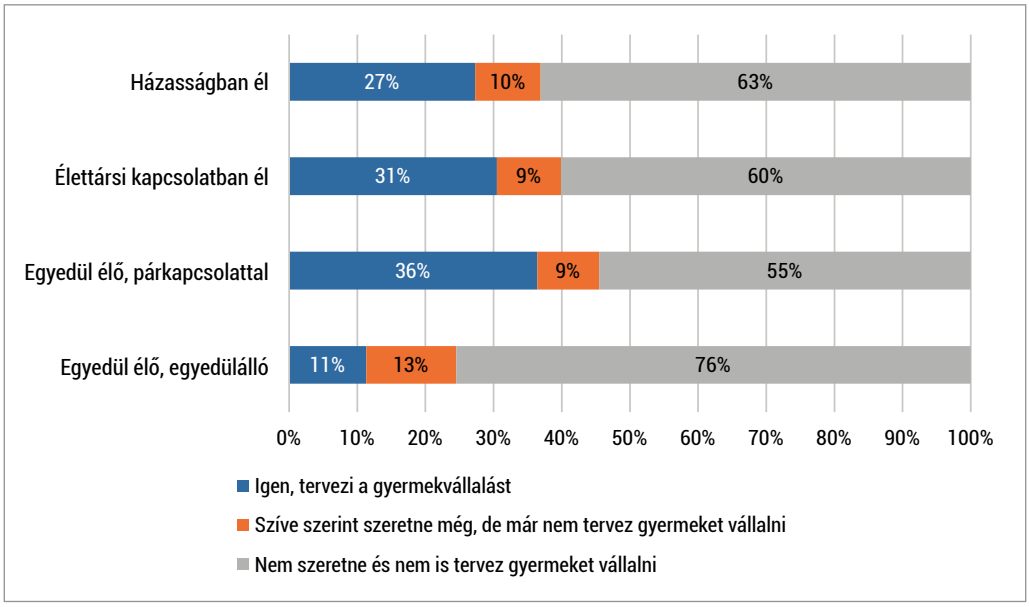
Mindezek alapján a családalapítási tervek (ideális és tervezett gyermekszám) és a kapcsolat vélt előrehaladása (az együtt járástól az együttélésen át a házasságig) nem minden esetben mutat egyértelmű összefüggést. Feltételezésünk alátámasztásához a közeljövőre vonatkozó kérdésnél („Tervez-e gyermeket a következő öt évben?") találjuk meg a várt egyenes arányosságot: a házasok 95 százaléka, az együtt élők 90 százaléka, az egyedül élő kapcsolatban lévők 55 százaléka és a pár nélküli egyedül élők 35 százaléka válaszolt egyértelmű igennel e kérdésre.

A családalapítási és családbővítési elképzelésekből egyértelműen látszik, hogy a házas válaszadók a „népesedési listavezetők", mivel a megszületett gyermekek száma, illetve az ideális és az összesen tervezett gyermekszám is esetükben a legmagasabb. A „kvázi házas" együtt élők elmaradnak tőlük a megvalósulás és a tervek szintjén, sőt bizonyos pontokon az együtt járók is megelőzik őket. A pár nélküli egyedül élők alacsonyabb (óvatosabb?) becslései indokolhatók az élethelyzetükkel (tudniillik jelen pillanatban nincs kivel tervezni), de a függetlenségi elképzeléseikkel is.

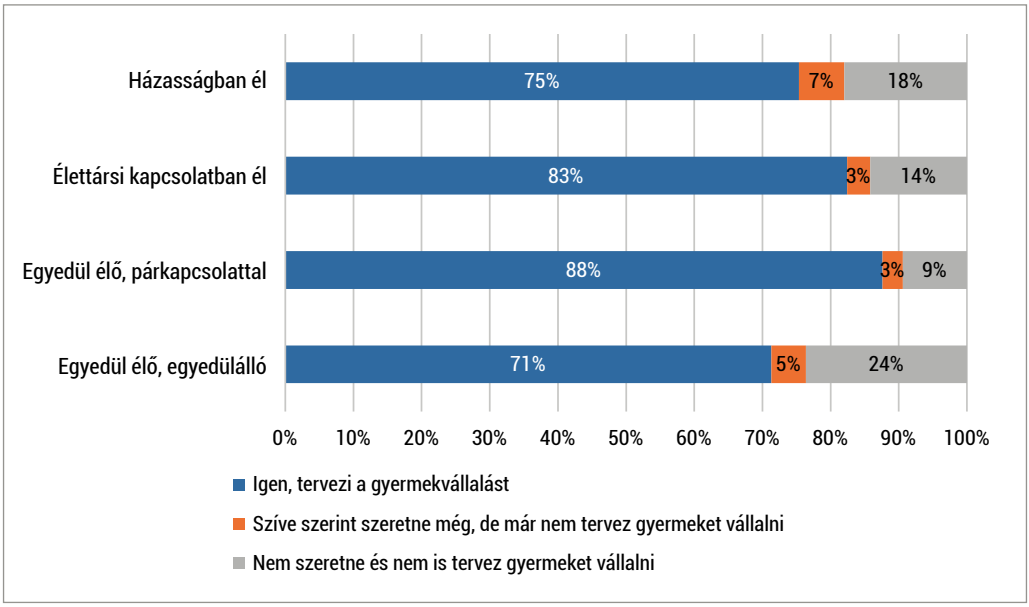
Az eredmények alapján elmondható, hogy a gyermekvállalási kedv és a párkapcsolati státusz közötti összefüggés a tervek „megragadhatósága" mentén változik. Az *általánosságban* megfogalmazott ideális gyermekszám nagyobb mozgásteret nyújt a párkapcsolatban élők elképzeléseinek, de a *konkrét, rövid távú terv* a párkapcsolati formák feltételezett erősségi fokozata szerint rendezi a mutatókat.

Gyermekvállalási tervek a párkapcsolati státusz és a nevelt gyermekek száma szerint

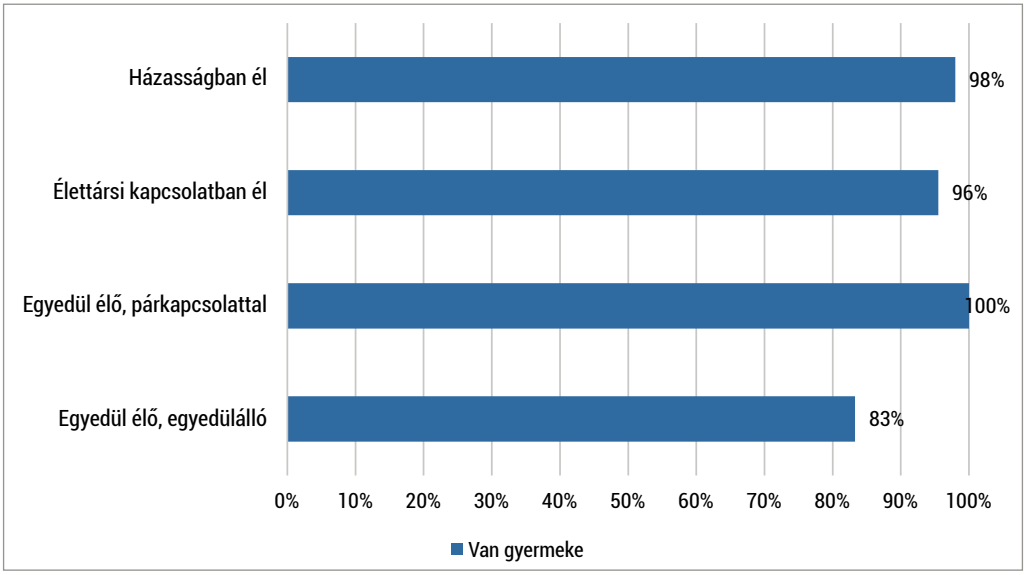
Az előző gondolatmenetet folytatva egy másik kérdés segítségével figyeljük meg, hogyan befolyásolhatja a (további) gyermek(ek) vállalását az egyes almintákban az, hogy él-e már gyermek a háztartásban. Az „Ön szeretne és tervez is még gyereket vállalni?" kérdésre felelve az igen és a nem mellett olyan választ is meg lehetett jelölni, amely szerint a vágy és a lehetőség kioltja egymást (szíve szerint szeretne, de már nem tervez) (*1.* és *2. ábra*). Ez utóbbi lehetőséget mind a négy csoportban viszonylag kevesen jelölték meg (10% körül), leginkább a gyermekesek. A gyermeket nevelő egyedül élő és egyedülálló válaszadók körében nemcsak ez a válaszkategória emelkedik ki a többiekhez képest (13%), hanem a „nem szeretne és nem tervez" opció is kiugrik. Ez a gyermeküket egyedül nevelők számos egyéb nehézsége mellett a további gyermekvállalásról való lemondásra, illetve a körülötte lévő bizonytalanságra is rámutat. Figyeljük meg a hozzájuk hasonló, de párkapcsolattal már rendelkező gyermekes egyedülállók optimistább becslését!



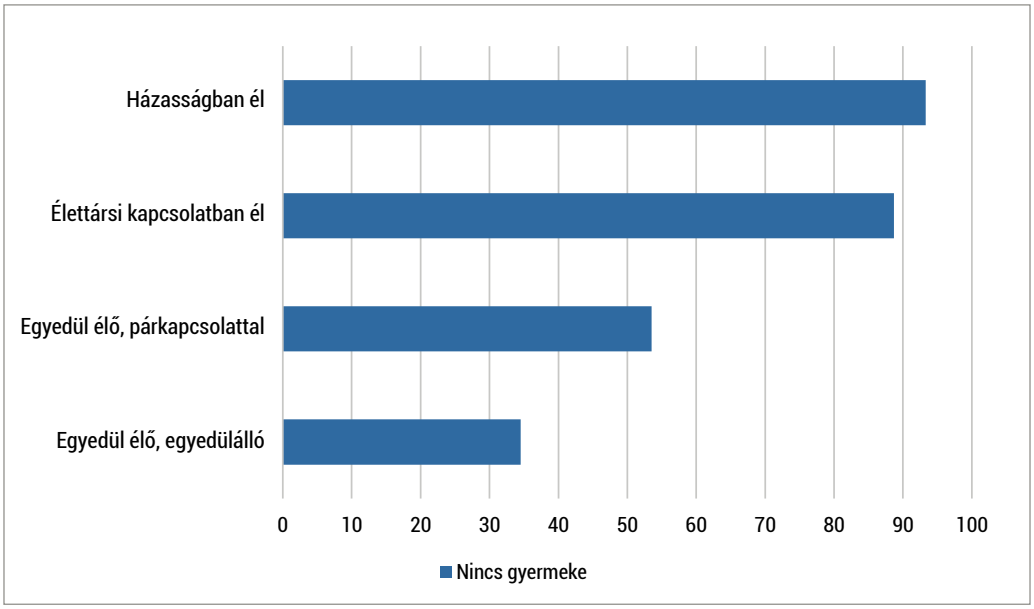
1. ábra: A gyermekkel rendelkezők gyermekvállalási tervei párkapcsolati állapot szerint (n = 661, khi-négyzet-próba, szignifikanciaszint minden almintában = 0,000)



2. ábra: A gyermekkel nem rendelkezők gyermekvállalási tervei párkapcsolati állapot szerint (n = 1161, khi-négyzet-próba, szignifikanciaszint minden almintában = 0,000)



3. ábra: A következő öt évben gyermeket tervezők aránya; akiknek már van gyermekük (n = 175, khi-négyzet-próba, szignifikanciaszint = 0,250)



4. ábra: A következő öt évben gyermeket tervezők aránya; akiknek még nincs gyermekük (n = 809, khi-négyzet-próba, szignifikancia szint = 0,000)

A gyermektelen egyedülállók között szintén inkább a párkapcsolattal rendelkezők tervezik biztosan a gyermekvállalást (az itt megjelenő 202 főnek közel a 90 százaléka), míg a partner nélküli egyedülállók kevesebben (az 585 fő 71 százaléka). Már a korábbiakban is megfigyelhettük a párkapcsolatban lévő egyedül élők magas családalapítási hajlandóságát; ebben a kérdésben is – mind a gyermekesek, mind a gyermektelenek többi csoportjával összehasonlítva – kimagaslik az elkötelezettségük.

A gyermekvállalási tervekben a házasok és élettársak elképzelései hasonlóan alakulnak. Ebben az összefüggésben először haladják meg a házasok terveit az élettársi kapcsolatban élők tervei: a gyermektelen együtt élők 7 százalékkal, a gyermekesek 3 százalékkal magasabb arányban terveznek gyermeket. Azonban, ha a következő öt évre vonatkozóan tesszük fel ezt a kérdést, két lehetőséget (igen, nem) felkínálva, ismét változik a kép. A *3.* és *4. ábra* a tanulmányunk alaphipotézisét rajzolja ki, miszerint a kapcsolati (vélt) stabilitás növekedésével növekszik a gyermekvállalási hajlandóság is, s mint látható, ez a már megszületett gyermekektől függetlenül így van. A belátható jövőt tekintve a házasok biztosak a (további) gyermekvállalásban (függetlenül a meglévő gyermekek

számától), őket szorosan követik az együtt élők. Az egyedülállók közül a már gyermekesek emelkednek ki a terveikkel.[1]

Az alábbiakban logisztikus regressziós módszerrel vizsgáljuk, hogy milyen szociodemográfiai tényezők befolyásolják az öt éven belül tervezett gyermekvállalást. A regressziós modellben a függő változónk tehát az öt éven belüli gyermekvállalás terve volt, míg a magyarázó változók a nem, az életkor, a párkapcsolati státusz, a településtípus, az iskolázottság, az anyagi helyzet, a vallásosság és hogy a megkérdezettnek van-e gyermeke.

A multikollinearitás kiszűrése érdekében megvizsgáltuk, hogy milyen összefüggést mutat a párkapcsolati státusz változó (házasságban él; élettársi kapcsolatban él; egyedül élő, párkapcsolattal; egyedül élő, egyedülálló) a regressziós modellbe bevont dummy[2] és folytonos változókkal *(4. táblázat).*

Ahogyan korábban említettük, a házasságban élő válaszadók jellemzően nők, harminc év felettiek, leginkább kisebb településen élnek (városban vagy községben). Közel harmaduk felsőfokú végzettséggel rendelkezik, ami szignifikánsan magasabb arány a többi párkapcsolati csoporthoz képest, továbbá körükben legmagasabb az átlag feletti jövedelmi helyzetűek, a vallásosok és a gyermekesek aránya.

Az élettársi kapcsolatban élő válaszadók körében kissé magasabb arányban jelennek meg a nők, mint a férfiak. A válaszadók átlagéletkora alacsonyabb, mint a házasságban élőké (harmincegy év), ők is elsősorban nagyobb településen élnek, és közel felük gyermekes. A házasoknál csekélyebb arányban rendelkeznek felsőfokú végzettséggel, valamivel kisebb arányuk átlag feletti jövedelmi helyzetű, és körükben alacsonyabb a vallásosak aránya is, de szignifikánsan magasabb, mint az egyedül élőknél.

Az egyedül élő párkapcsolattal rendelkezőknek több mint a fele férfi, átlagéletkoruk huszonöt év, ők képezik a legfiatalabb korcsoportot a többi almintához képest. Jellemzően kisebb településen élnek, és ötödüknek van

1 Meg kell jegyeznünk, hogy erre a kérdésre a korábbiaknál kevesebben adtak választ, ezért a gyermeket nevelő egyedülállók esetében az előbbieknél alacsonyabb elemszámok jutottak (4 és 6 fő), ami torzíthatja az eredményt.

2 Dummy változók: nem, házasságban él, élettársi kapcsolatban él, egyedül élő, párkapcsolattal, településtípus, iskolázottság, anyagi helyzet, vallásosság, van-e gyermeke; folytonos változó: életkor.

felsőfokú végzettsége. Többségük átlag feletti jövedelemmel rendelkezik, és vallásos. Ebben a csoportban a legalacsonyabb a gyermekesek aránya.

Az egyedül élő egyedülállók jellemzően férfiak, átlagéletkoruk huszonhat év. Többségük kisebb településen él, felsőfokú végzettséggel mindössze 16 százalékuk rendelkezik. Jellemzően átlag feletti jövedelmi helyzetűek, és a többi almintával összevetve körükben a legalacsonyabb a vallásosak aránya. A gyermekesek aránya 7,5 százalék.

	Házasságban él	Élettársi kapcsolatban él	Egyedül élő, párkapcsolattal	Egyedül élő, egyedülálló	Szignifikancia szint
Nem	Férfi: 36,7 Nő: 63,3	Férfi: 48,5 Nő: 51,5	Férfi: 55 Nő: 45	Férfi: 62,2 Nő: 37,8	0,000
Életkor	Átlagéletkor: 33,47	Átlagéletkor: 31,04	Átlagéletkor: 25,03	Átlagéletkor: 26,47	0,000
Településtípus	Nagyobb településen él (főváros vagy megyeszékhely): 37,7 Kisebb településen él (kisebb város, község): 62,3	Nagyobb településen él (főváros vagy megyeszékhely): 45 Kisebb településen él (kisebb város, község): 55	Nagyobb településen él (főváros vagy megyeszékhely): 38,8 Kisebb településen él (kisebb város, község): 61,2	Nagyobb településen él (főváros vagy megyeszékhely): 42,6 Kisebb településen él (kisebb város, község): 57,4	0,083
Iskolai végzettség	Alap- és középfok: 68,3 Felsőfok: 31,7	Alap- és középfok: 70,1 Felsőfok: 29,9	Alap- és középfok: 80,2 Felsőfok: 19,8	Alap- és középfok: 83,9 Felsőfok: 16,1	0,000
Anyagi helyzet	Átlagos vagy átlag alatti: 27 Átlag feletti: 73	Átlagos vagy átlag alatti: 32 Átlag feletti: 68	Átlagos vagy átlag alatti: 30,9 Átlag feletti: 69,1	Átlagos vagy átlag alatti: 29,7 Átlag feletti: 70,3	0,579
Vallásosság	Nem gyakorolja a vallást: 61,7 Vallásos: 38,3	Nem gyakorolja a vallást: 67 Vallásos: 33	Nem gyakorolja a vallást: 70,8 Vallásos: 29,2	Nem gyakorolja a vallást: 72,7 Vallásos: 27,3	0,001
Utód	Van gyermeke: 77,9 Nincs gyermeke: 22,1	Van gyermeke: 44,6 Nincs gyermeke: 55,4	Van gyermeke: 5,4 Nincs gyermeke: 94,6	Van gyermeke: 7,5 Nincs gyermeke: 92,5	0,000

4. táblázat: A párkapcsolati státusz alminták demográfiai jellemzői (n = 1990, khi-négyzet-próba, százalékos megoszlások, az életkor esetén az átlag feltüntetésével)

A következőkben az említett kétértékű háttérváltozóknak az öt éven belüli gyermekvállalásra kifejtett hatását vizsgáljuk logisztikus regressziós módszerrel *(5. táblázat).*

A válaszadó férfiak és nők rövid távú gyermekvállalási tervei mentén nem találtunk szignifikáns különbséget. Az életkor mint magyarázó változó viszont meghatározónak tűnik, hiszen látható, hogy minél idősebb a válaszadó, annál nagyobb eséllyel tervezi öt éven belül a gyermekvállalást. A párkapcsolati státusz szerint szignifikáns különbségeket találtunk a tervek tekintetében. A regresszióba bevont referenciacsoporthoz, azaz az egyedül élő egyedülállókhoz képest minden csoport szignifikánsan nagyobb eséllyel tervez utódot. Legnagyobb eséllyel a házasságban élők terveznek gyermeket a közeljövőben, őket követik az élettársi kapcsolatban élők és a párkapcsolatban élők.

Míg a településtípus nem befolyásolja a gyermekvállalási terveket, addig az iskolázottság szerepe jelentősnek bizonyul. Kirajzolódik, hogy a magasabb – elsősorban a felsőfokú – iskolai végzettségűek szignifikánsan nagyobb eséllyel terveznek gyermeket a következő öt évben, mint az alacsonyabb végzettséggel rendelkezők. Az anyagi helyzet is összefüggést mutat a tervekkel, jellemzően az átlagos vagy átlag alatti jövedelemmel rendelkezők terveznek rövid időn belül gyermeket vállalni. Az eredmények szerint a vallásosság jelentős felhajtóerőt jelent az öt éven belüli gyermekvállalásban. Az, hogy a válaszadó gyermekes vagy gyermektelen, szignifikánsan nem befolyásolja az öt éven belüli gyermekvállalási terveket.

Magyarázó változók	Exp. B.	Szignifikanciaszint
Nem	,723	0,190
Életkor	1,149	0,000
Házasságban él	9,709	0,000
Élettársi kapcsolatban él	11,428	0,000
Egyedül élő, párkapcsolattal	5,145	0,000
Településtípus	,889	0,648
Iskolázottság	5,575	0,000
Anyagi helyzet	,311	0,000
Vallásosság	2,115	0,007
Gyermek	2,528	0,105
Nagelkerke R négyzet	0,592	

5. táblázat: Az öt éven belüli gyermekvállalás tervére ható okok (logisztikus regressziós exp(B)-k és szignifikancia szint, n = 1990; referenciacsoport: egyedül élő egyedülállók)

Megbeszélés

Tanulmányunk célja a párkapcsolati státusz és a gyermekvállalási hajlandóság vizsgálata volt. Igazolást nyert hipotézisünk, mely szerint a családalapítási, családbővítési tervek és megvalósulásuk szoros összefüggést mutatnak az egyén aktuális párkapcsolati helyzetével. A párkapcsolat megléte, illetve hiánya alapvetően meghatározza a magánéleti terveket, emellett a kapcsolat stabilitása, formája is iránymutató (Kapitány és Spéder 2018). A vonatkozó kutatásoknak megfelelően (Kapitány és Murinkó 2020; Kopp és Skrabski 2020) abból indultunk ki, hogy a partnerkapcsolat stabilitását, mélységét, távlatát a kapcsolatban meghozott, különböző „fokozatú" döntések körvonalazzák, mint például a jogilag egy párrá nyilvánítás, az összeköltözés vagy az együtt járás.

Eredményeink szerint a kapcsolat stabilitása egyértelműen növeli a gyermekvállalás esélyét, hiszen az átlagos gyermekszám és az ideálisnak vélt átlagos gyermekszám is a házasságokban a legmagasabb (1,51 és 2,26), illetve a házasságban élő fiatal, 18-40 év közötti felnőttek 95 százaléka tervez öt éven belül újabb gyermeket vállalni.

Az öt éven belüli gyermekvállalásra ható tényezők közül kiemelkedik az életkor, a párkapcsolati stabilitás, az iskolázottság, az anyagi helyzet és a vallásos attitűd. A logisztikus regressziós eredmények szerint az idősebb, a stabilabb párkapcsolati formában élő, a magasabb iskolázottságú, ugyanakkor a kedvezőtlenebb jövedelmi helyzetű és a vallásos válaszadók terveznek a legnagyobb eséllyel gyermeket vállalni öt éven belül. Eredményeinkben beigazolódott az a tendencia is, hogy a vallásosság pozitív hatással van a gyermekvállalásra, így az öt éven belüli gyermekvállalásra is (Tárkányi 2006).

Összefoglalás

Megállapításaink rávilágítottak arra, hogy a párkapcsolati csoportokból egyértelműen a házasságban élők emelkednek ki, mind a már megszületett gyermekek száma, mind az ideálisnak tartott gyermekszámok alapján, és ők azok, akik a legnagyobb eséllyel terveznek az elkövetkezendő öt éven belül gyermeket vállalni. Őket az egyedül élő, de párkapcsolattal rendelkező válaszadók követik, ami jelzi, hogy az együtt járó párok komoly demográfiai potenciált jelentenek, mind a kapcsolat stabillá tétele

esetén házasságkötésükkel, mind a gyermekvállalási hajlandóságukkal. További vizsgálatot érdemel jellemzőik és terveik részletes megismerése. A mintában nagy számmal jelen lévő pár nélküliek – érthető okokból – a legóvatosabbak, más feltételezés alapján a legborúlátóbbak terveikben. Ennek közelebbi vizsgálata szintén lényeges feladat. Az elemzés során felfigyeltünk arra, hogy az általánosságban megkérdezett tervek (szeretne-e gyermeket, milyen az ideális család, hány gyermeket tervez) esetén megbomlik a feltételezett sorrend, a házasokat nem az együttélők követik, hanem a valószínűsített lazább kapcsolati formával rendelkezők. A belátható időre szóló jövőterveknél azonban a kapcsolat erőssége szerint rendeződnek az elképzelések.

A tanulmányunkban használt párkapcsolati kategóriák jellemzése árnyaltabb, mint ahogy a köznapi értelmezésekben megjelenhetnek, így például az együtt járó párok kapcsolata is lehet olyan stabil, jövőorientált, mint a már együtt élő vagy megházasodott pároké. Ebben a tanulmányban nem tértünk ki a kapcsolatok minőségének vizsgálatára, de a jövőben tervezzük ezzel kiegészíteni elemzésünket.

Felhasznált irodalom

Cheng, Haoyue, Wenliang Luo, Shuting Si, Xing Xin, Zhichneg Peng, Haibo Zhou and Yunxian Yu (2022) Global trends in total fertility rate and its relation to national wealth, life expectancy, and female education. *BMC Public Health.* Vol. 22. (1): 1–13.

Engler Ágnes (2018) Párkapcsolati elköteleződések és családalapítási szándékok. In: Engler Ágnes (szerk.) *Család és karrier.* Debrecen: Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Központ. 12–37.

Engler Ágnes, Pári András (2021) Párkapcsolat és családalapítás. In: Székely Levente (szerk.) *Magyar fiatalok a koronavírus-járvány idején. Tanulmánykötet a Magyar Ifjúság Kutatás 2020 eredményeiről.* Budapest: Enigma 2001 Kiadó és Médiaszolgáltató Kft. 87–112.

Götmark, Frank and Malte Andersson (2020) Human fertility in relation to education, economy, religion, contraception, and family planning programs. *BMC Public Health.* Vol. 20. (1): 1–17.

Kapitány Balázs, Murinkó Lívia (2020) Párkapcsolati változások, termékenységi trendek. In: Kolosi Tamás, Szelényi Iván és Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport.* Budapest: TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt.

Kapitány Balázs, Spéder Zsolt (2018) Gyermekvállalás. In: Monostori Judit, Őri Péter és Spéder Zsolt (szerk.) *Demográfiai portré 2018.* Budapest: Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Kutatóintézet. 47–64.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2020) *A boldogságkeresés útjai és útvesztői.* Budapest: KINCS és L'Harmattan.

Lundberg, Shelly and Robert A. Pollak (2015) The evolving role of marriage: 1950–2010. *The Future of Children.* Vol. 25. (2): 29–50.

Murinkó Lívia, Spéder Zsolt (2021) Párkapcsolatok, házasságkötés. In: Monostori Judit, Őri Péter és Spéder Zsolt (szerk.) *Demográfiai portré 2021*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal Népességtudományi Kutatóintézet. 9–28.

Rövid Irén (2018) Pillanatfelvétel a szinglikről. A szinglik általános és területi jellemzői a népszámlálási adatok alapján. *Területi Statisztika.* 58. évf. 3. sz. 302–318.

S. Molnár Edit (2011) Párkapcsolat létesítését/megszüntetését érintő magatartási normák változásának megfigyelése. In: Pongrácz Tiborné (szerk.) *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai.* Budapest: KSH Népességtudományi Kutató Intézet. 37–69.

Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) (2013*) Magyar lelkiállapot 2013.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió.

Tárkányi Ákos (2006) A gyermekszám és a vallásosság kapcsolata. *Demográfia.* 49. évf. 1. sz. 68–84.

Veroszta Zsuzsanna, Györgyi Zoltán (2021) Képzési háttér és gyermekvállalási tervek. *Educatio.* 30 évf. 2 sz. 184–205.

Papházi Tibor, Tárkányi Ákos, Kapdebo Ágnes

Gyermekvállalási szándékok a Hungarostudy adatainak tükrében

Bevezetés

A gyermekvállalási szándékok vizsgálatát elsősorban az indokolja, hogy a kutatások rendre különbséget találnak a megszületett és a tervezett gyermekek száma között, az utóbbiak javára. Indokolt tehát azt vizsgálni, mi okozza, hogy a tervezett gyermekszám a szándékok ellenére nem teljesül, vagyis a relatíve alacsony szintű gyermekvállalást. A magyarországi demográfiai helyzet lényegesen javult az utóbbi időszakban, a teljes termékenységi arány (TTA) a 2011-es 1,23-as mélypontról 2021-re 1,59-re emelkedett, az élveszületések száma azonban csak lassan növekszik, és még nem pótolja a halálozással kieső népességet. Mivel a gyermekek születését sok esetben tervezés előzi meg, a születések elmaradásának megértéséhez szükséges annak vizsgálata, hogy milyen szempontok befolyásolják a gyermekvállalás tervezését.

Szakirodalmi áttekintés

Magyarországon idáig három jelentős nagymintás adatfelvételből lehetett megismerni a gyermekvállalási szándékokat befolyásoló tényezőket. Az Életünk fordulópontjai panelvizsgálat elsősorban a párkapcsolati helyzetnek, az iskolai végzettségnek és az időtényezőnek tulajdonít jelentőséget (Spéder és Kapitány 2007). Az ifjúságkutatásokból készült munka a tervezés fogalmi, értelmezhetőségi kérdései mellett a demográfiai változók hatására koncentrál (Papházi 2020). A harmadik forrást a Hungarostudy vizsgálatok jelentik.

A Hungarostudy adatfelvételeinek elsődleges célja a magyar népesség életminőségének, lelki és egészségi állapotának vizsgálata; a nagymintás, reprezentatív, keresztmetszeti adatfelvételek kiegészülnek a családdal és a gyermekvállalással kapcsolatos kérdésekkel (Kopp és Skrabski 2006a; Kopp 2008). A vizsgálatok a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetéhez és annak alapítójához, Kopp Máriához fűződnek. A Hungarostudy vizsgálatok eredményei szerint a magyar társadalomban

„igen alacsony azoknak az aránya, akik egyáltalán nem szeretnének gyermeket, ugyanakkor jelentős különbség van a kívánt és a végül megszülető gyermekek száma között" (Kopp és Skrabski 2003).

A gyermekvállalási szándékok megismerése a külföldi szakirodalomban is főként a nagymintás kutatásokra támaszkodik. Németországban a hivatalos statisztika mellett számos adatfelvétel segíti a termékenységgel kapcsolatos vizsgálatokat, például a Deutsche Jugendinstitut által folytatott Familiensurvey-ek,[1] vagy a Leibnitz-Institut ALLBUS felmérései.[2] Az adatokból készülő elemzések a demográfiai változók (nem, iskolai végzettség) mellett kiemelt figyelmet fordítanak a munkaviszonyok hatására is (Konietzka és Kreyenfeld 2013; BMFSFJ 2021). Megemlítjük, hogy nemzetközi adatok szerint a világ fejlett országaiban is az a jellemző, mint Magyarországon: az ideálisnak tartott gyermekszám jóval meghaladja a ténylegeset, és ez a jelenség a harmadik világ több országában is megfigyelhető (Stone 2019).

A kutatás célja

A kutatás célja, hogy a gyermekvállalási szándékok összetevőit olyan nagymintás adatfelvételen vizsgálja meg, amely a kérdéskör átfogó tanulmányozása alapján lehetővé teszi következtetések levonását: milyen a gyermeket tervezők szociodemográfiai háttere, hány gyermeket terveznek, milyen összefüggést mutat a tervezett gyermekek száma a meglévőkével, és a tervezési szándékot mennyire befolyásolja a célkitűzés időhorizontja. A Hungarostudy 2021 kérdőíve azt is tudakolja: mi az oka, hogy valaki nem tervez gyermeket, és ha mégis elképzelhetőnek tartja a gyermekvállalást, ahhoz milyen feltételeket tartana szükségesnek. Az adatfelvétel során az ideális gyermekszámra is rákérdeztek, ezért kitérünk ennek bemutatására is.

Módszertan

A vizsgálatot a Hungarostudy 2021-es adatfelvételén folytattuk le, amelynek módszertanát a kötet módszertani fejezete mutatja be átfogóan. Az ideális gyermekszámra vonatkozó kérdést a korábbi Hungarostudy-kérdőívek

1 https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/familiensurvey.html

2 https://www.gesis.org/allbus/allbus/allgemeine-informationen

nem tartalmazták, a tervezett gyermekszámot pedig adatfelvételenként eltérő módon kérdezték.

A nemre, korra, iskolai végzettségre és településtípusra reprezentatív adatfelvétel során hétezer főt kérdeztek meg, viszont a kérdések egy részét, ugyancsak reprezentatív módon, eltérő súlyozással, csak a 18–40 éves korú kétezer főnek tették fel. A vér szerinti gyermekek számát és az ideális gyermekszámot a teljes mintán kérdezték, míg a gyermektervezést csak a kétezres almintán. Ez egyben azt jelenti, hogy a gyermekesek főbb jellemzőinek vizsgálata a teljes, míg a tervezők elemzése, akik 18–40 évesek lehettek, csak egy kisebb halmazon lehetséges. A meglévő gyermekek számának kétezres mintán való vizsgálata csökkentené az állítások megbízhatóságát.

A statisztikai vizsgálat során a kategoriális változók összehasonlításánál a khi-négyzet-alapú Cramer V mutatót vettük figyelembe, a folytonos és kategoriális változók vizsgálatánál a varianciaelemzés egyik változatát, az SPSS programcsomag úgynevezett means eljárását használtuk, míg bináris függő változó esetén a binomiális logisztikus regressziót alkalmaztuk.

Eredmények

Mivel a tervezett gyermekszám a szakirodalom szerint összefüggést mutat a meglévő vér szerinti gyermekek számával, először ezt tekintjük át, majd ezután térünk át a tervezett és az ideális gyermekszám kérdéseire, a kérdőív felépítésének megfelelően.

A gyermekvállalás főbb befolyásoló tényezői

Az adatokból megállapítható, hogy az idősebb korosztálynak az átlagos gyermekszáma még magasabb volt, a házasságban élőknek átlagosan több gyermekük van, a települési hierarchián lefelé haladva nő az átlagos gyermekszám, és ez érvényesül a rosszabb szocioökonómiai státuszúak esetében is *(1. táblázat).*

Megnevezés	A vér szerinti gyermekek átlagos száma	Szórás	A válaszolók száma
Nem***			
Férfi	1,23	1,24	3268
Nő	1,47	1,26	3698
Összesen	1,36	1,26	6966
Életkor***			
18–29 éves	0,23	0,66	1212
30–39 éves	1,03	1,18	1190
40–49 éves	1,54	1,34	1313
50–59 éves	1,73	1,23	1052
60 éves és idősebb	1,86	1,05	2199
Összesen	1,36	1,26	6966
Párkapcsolati státusz***			
Egyedülálló	0,93	1,22	2690
A házastársával él	1,82	1,11	2957
Élettárssal él	1,19	1,29	1316
Összesen	1,36	1,26	6963
Befejezett iskolai végzettség***			
Legfeljebb nyolc általános	2,05	1,57	1126
Szakmunkás	1,48	1,16	2046
Érettségi	1,06	1,11	2328
Felsőfokú	1,13	1,10	1466
Összesen	1,36	1,26	6965
Átlagos havi nettó személyes jövedelem***			
150 ezer forint és alatta	1,73	1,42	1392
151–300 ezer forint	1,24	1,17	2857
301 ezer forint vagy annál több	1,17	1,21	505
Összesen	1,38	1,27	4754
A lakóhely településtípusa***			
Budapest	0,87	0,99	1286
Megyeszékhely, megyei jogú város	1,24	1,15	1421
Város	1,46	1,23	2246
Község, nagyközség	1,64	1,40	2013
Összesen	1,36	1,26	6966

1. táblázat: A vér szerinti gyermekek átlagos száma a szülők neme, kora, párkapcsolati státusza, iskolai végzettsége, jövedelemi kategóriája és lakóhelyének településtípusa szerint a teljes mintában, *** $p < 0,001$

A Hungarostudy felmérés lehetővé teszi a vér szerinti gyermekek számára ható tényezők összefüggéseinek vizsgálatát olyan változók tekintetében is, amelyek a hivatalos statisztikákból nem érhetők el. Ilyen speciális elemzési lehetőség, hogy megállapítható-e összefüggés a vér szerinti gyermekek száma, valamint az első várandósság és az első szülés bekövetkezésének ideje között.

Az adatokból azt állapíthatjuk meg, hogy minél fiatalabb korban következett be az első szülészeti esemény a kérdezett nők esetében, annál magasabb átlagos gyermekszámról nyilatkoznak a válaszolók *(2. táblázat).*

Korcsoport	A vér szerinti gyermekek átlagos száma az első várandósság korcsoportja szerint n = 2375, ***	A vér szerinti gyermekek átlagos száma az első szülés korcsoportja szerint n = 2349, ***
13–17 éves	3,31	3,13
18–24 éves	2,12	2,21
25–29 éves	1,62	1,68
30–34 éves	1,53	1,54
35–45 éves	1,06	1,16
Összesen	**2,00**	**2,03**

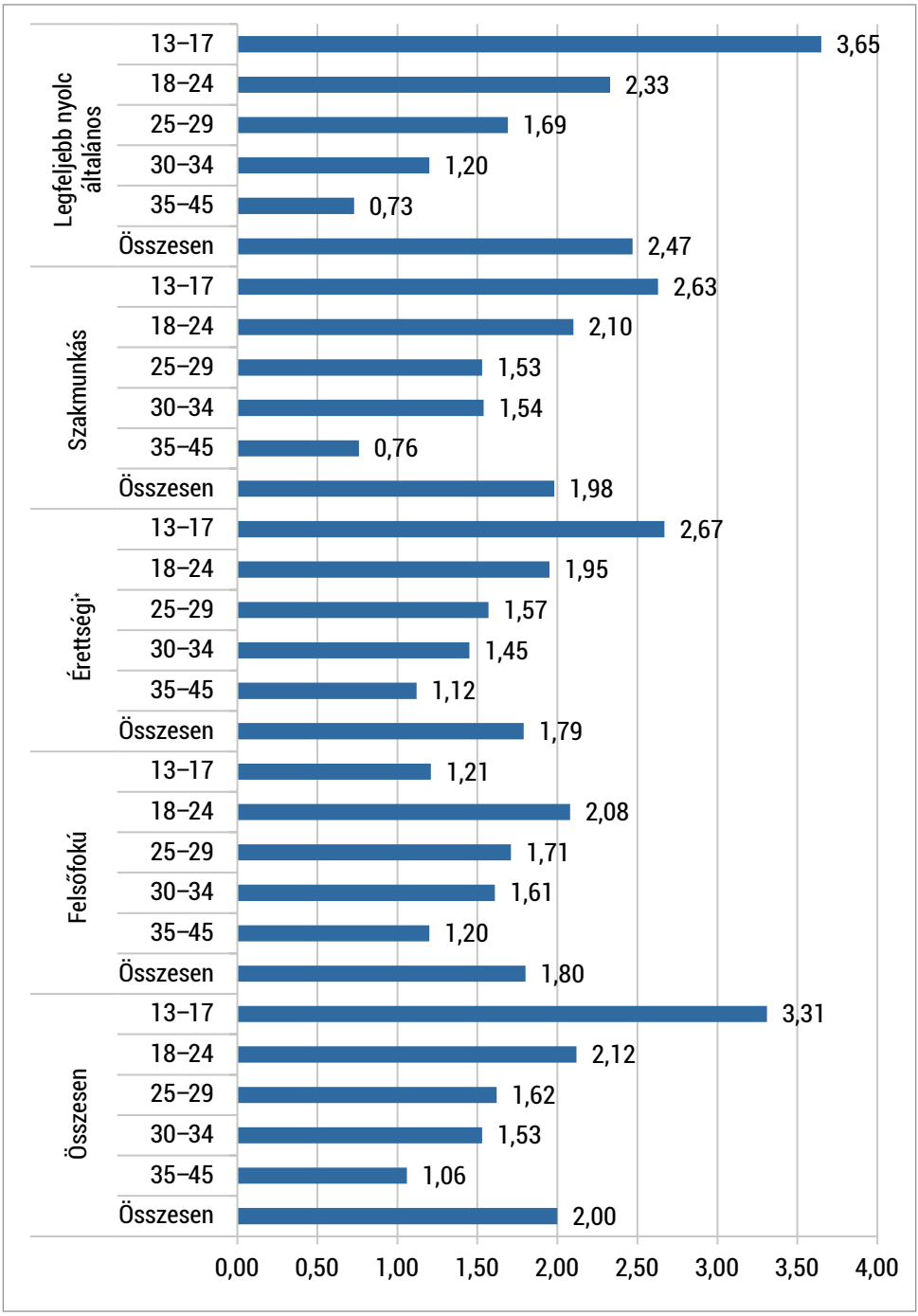
Megjegyzés: az első szülés idején a legfiatalabb életkor tizennégy, a legidősebb negyvennégy év volt.

2. táblázat: A nők vér szerinti gyermekeinek átlagos száma az első várandósság és az első szülés korcsoportja szerint, ***p < 0,001

Az is megállapítható, hogy minél alacsonyabb a kérdezett iskolai végzettsége, annál fiatalabb életkorban következnek be ezek a szülészeti események *(3. táblázat).*

Iskolai végzettség	Az első várandósság átlagos életkora*** n = 2377	Az első szülés átlagos életkora n = 2351***
Legfeljebb nyolc általános	20,68	21,12
Szakmunkás	22,34	22,83
Érettségi	23,92	24,48
Felsőfokú	26,01	26,63
Összesen	23,14	23,66

3. táblázat: Az első várandósság és az első szülés átlagos életkora iskolai végzettség szerint, ***p < 0,001



** Gimnáziumi vagy szakközépiskolai*

1. ábra: A nők vér szerinti gyermekeinek átlagos száma az első várandósság korcsoportjaiban, iskolai végzettség szerint, $p < 0{,}001$, $n = 2374$

Az alacsonyabb iskolai végzettséggel együtt járó korábbi várandósság, illetve szülés annak is tulajdonítható, hogy ebben az esetben kevésbé érvényesül az iskolai tanulmányok gyermekvállalást késleltető hatása. Így a Hungarostudy vizsgálatból feltételezhető, hogy a fiatalabb korban megvalósuló szülészeti esemény átlagosan több vér szerinti gyermeket eredményez. A korábban bekövetkezett várandósság és a magasabb átlagos gyermekszám külön-külön is megmutatkozik az egyes iskolai végzettségi csoportokban, ez alól a felsőfokú végzettséggel rendelkezők annyiban térnek el, hogy közöttük a legfiatalabb, 13–17 éves korban bekövetkezett várandósság esetében az átlagos gyermekszám közel a legalacsonyabb *(1. ábra).*

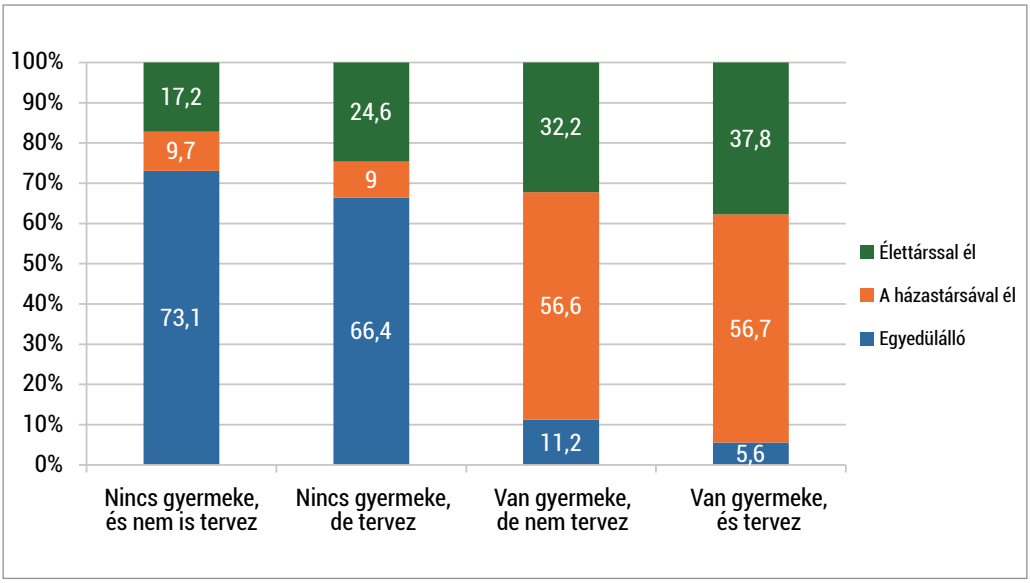
A gyermeket tervezők szociodemográfiai jellemzői

A módszertani részben említettek szerint a tervezéssel összefüggő kérdések csak a kétezres almintán vizsgálhatók. Az előző, 2013-as survey 18–35 éves korúakat tartalmazó almintájával összevetve a 2021-es kérdezés 18–35 évesekre szűrt részmintája azt mutatja, hogy a korábbihoz képest nőtt az egy, a három és a négy vagy több gyermeket tervezők aránya, viszont csökkent a két gyermekkel számolóké. Mindkét adatfelvételben a tervezett átlagos gyermekszám 1,9 fő ebben az összehasonlításban.

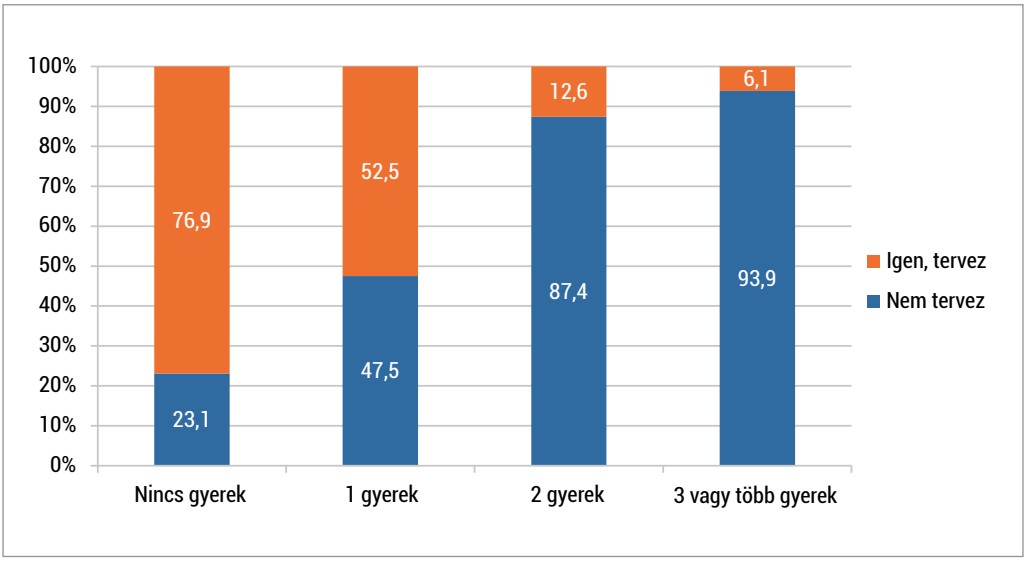
A 2021-ben gyermeket tervezők egy részének már van gyermeke, de a gyermekesek nem feltétlenül terveznek további gyermeket. Leginkább a gyermektelenek terveznek (a teljes almintából 898 fő, 44,9%), míg azok közül, akiknek van gyermekük, csak 180-an nyilatkoztak családbővítési szándékról (9%). A meglévő gyermek önmagában nem képvisel elég magyarázóerőt a tervezés kérdésében. Az adatok azt mutatják, hogy mind a gyermekes nem tervezők, mind a gyermekes még tervezők kategóriájában is felülreprezentáltak a házastársak, ami azt mutatja, hogy a tervezésre más tényezők is befolyással vannak *(2. ábra).*

A tervezett gyermekek átlagos száma a 18–40 évesek almintájában 1,04, viszont a gyermekszámot megnevező tényleges tervezők között 1,84. Ha a gyermeket tervezőket kétváltozós kapcsolatok mentén vizsgáljuk, azt tapasztaljuk, hogy a tervezés szándéka legerősebben a gyermekteleneknél és a fiatalabb korcsoportoknál mutatható ki szignifikánsan, de inkább terveznek az érettségizettek és a diplomások, mint a szakmunkások vagy

a legalacsonyabb végzettségűek. Ott terveznek kevesebb gyermeket, ahol több a meglévő gyermek. Minél több a meglévő gyermek, annál kisebb a tervezési szándék *(3. ábra)*.



2. ábra: A tényleges párkapcsolati helyzet megoszlása (%) a gyermekes és gyermektelen válaszadók gyermekvállalási szándéka szerint, n = 1828, p < 0,001



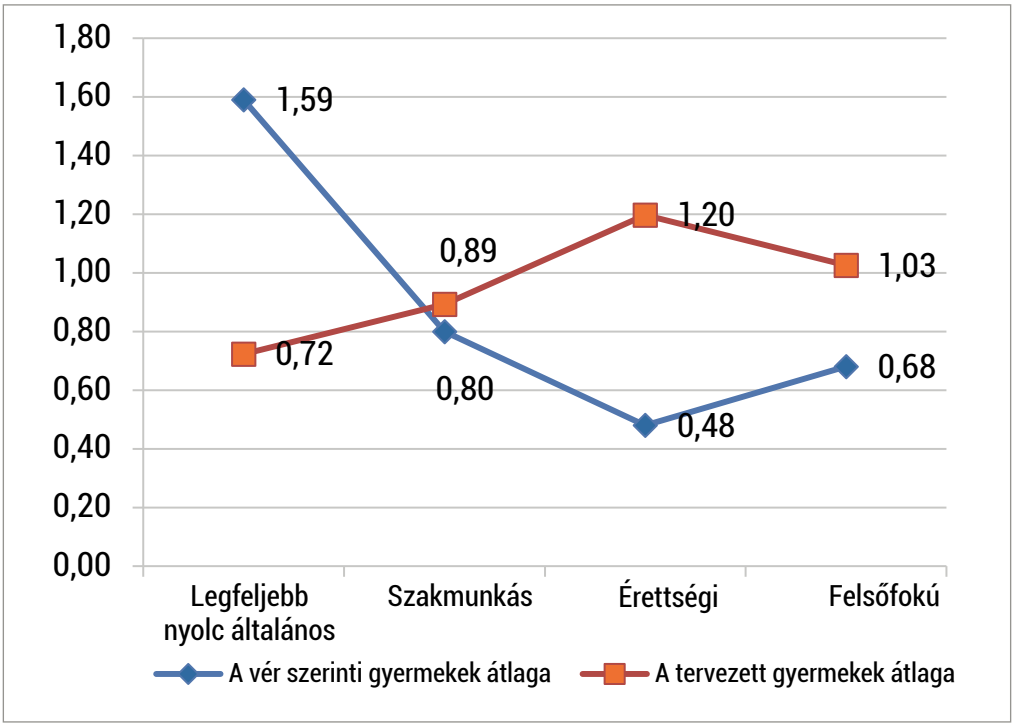
3. ábra: Gyermektervezési szándék a meglévő gyermekek száma szerint (%), n = 1829, p < 0,001

Iskolai végzettség szerint a gyermekszám hatása összevontan jeleníthető meg (van gyermek – nincs gyermek). A meglévő gyermekeknél csökken a tervezett gyermekek száma, amely átlagosan magasabb az érettségizettek és a felsőfokú végzettségűek körében, ahol a meglévő gyermekek száma kisebb *(4. táblázat)*.

Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	Átlagos tervezett gyermekszám	Szórás	A válaszolók száma
Nincs gyerek			
Legfeljebb nyolc általános	1,40	1,21	66
Szakmunkás	1,35	0,91	229
Érettségi	1,50	0,93	521
Felsőfokú	1,46	1,04	247
Összesen	1,45	0,97	1063
Van gyerek			
Legfeljebb nyolc általános	0,33	0,63	113
Szakmunkás	0,29	0,67	175
Érettségi	0,44	0,74	209
Felsőfokú	0,36	0,61	160
Összesen	0,36	0,67	657
Összesen			
Legfeljebb nyolc általános	0,72	1,03	179
Szakmunkás	0,89	0,97	404
Érettségi	1,20	1,00	730
Felsőfokú	1,03	1,05	407
Összesen	1,04	1,02	1720

4. táblázat: A gyermekes és gyermektelen válaszadók átlagos tervezett gyermekszáma iskolai végzettség szerint, $p < 0,001$

Míg a meglévő gyermekek száma az iskolai végzettség mentén aszimmetrikus U alakú görbével jeleníthető meg, addig a tervezett gyermekek száma ennek lényegében a fordítottja (*4. ábra*).



4. ábra: A meglévő és tervezett gyermekek átlagos száma a válaszadó szülők iskolai végzettsége szerint, p < 0,001

Az öt éven belüli gyermekvállalási tervek

Nemcsak a meglévő gyermekek száma befolyásolja jelentősen a tervezett gyermekszámot, hanem az időtényező is. A gyermeket tervezők közül 990 fő válaszolt arra a kérdésre, hogy a következő öt éven belül tervez-e gyermeket, 63,6 százalékuk válaszolt igennel, 36,4 százalékuk pedig nemmel. Az öt éven belüli gyermekvállalás szándéka esetében már az életkornak és a tényleges családi állapotnak van a legerősebb hatása, a meglévő gyermekek száma háttérbe szorul, sőt a meglévő és a tervezett gyermekek átlagos száma közti ellentétes kapcsolat pozitív összefüggéssé válik, mert akinek már van, és még szeretne, az elsősorban öt éven belül szeretné a következő gyermeket. Három vagy több gyermek esetében viszont már így is csökken a gyermekvállalási szándék. Akik szeretnének gyermeket, nem feltétlenül öt éven belül terveznek: ők a fiatalabbak, a tanulók, az egzisztenciálisan bizonytalan helyzetű munkanélküliek. A nők, az idősebbek, valamint a házasok tartják a legfontosabbnak az öt

éven belüli gyermekvállalást, ha (még) szeretnének gyermeket *(5. táblázat)*. Ahol megjelenik tényezőként a párkapcsolati biztonság, a biológiai idő szorítása, a megfelelő jövedelmi helyzet vagy a diploma megszerzése, ott jelentkezik az öt éven belüli gyermektervezési szándék. Az inaktívakon belül kiemelkedő az öt éven belül tervezők aránya azoknál, akik valamilyen anyasági támogatásban (csed, gyed, gyes, gyet) részesülnek, ami összefüggésbe hozható azzal, hogy a tervezőkön belül a három- vagy többgyermekesek egy része is tervez még gyermeket.

Megnevezés	Tervez-e gyermeket a következő öt évben?	
	Nem	Igen
Gyermeke van-e (n = 988,***)		
Nincs gyerek	43,5	56,5
Van gyerek	4,0	96,0
Összesen	36,4	63,6
A kérdezett neme (n = 989,***)		
Férfi	42,7	57,3
Nő	28,8	71,2
Összesen	36,3	63,7
Korcsoport (n = 988,***)		
19–24 éves	69,2	30,8
25–29 éves	18,9	81,1
30–34 éves	12,8	87,2
35–41 éves	11,3	88,7
Összesen	36,3	63,7
Tényleges családi állapot (n = 990,***)		
Egyedülálló	59,0	41,0
A házastársával él	4,6	95,4
Élettárssal él	9,6	90,4
Összesen	36,4	63,6
Havi nettó személyes jövedelem (n = 687,***)		
150 ezer forint és alatta	53,7	46,3
151–300 ezer forint	30,8	69,2
301 ezer forint vagy annál több	24,1	75,9
Összesen	36,2	63,8

5. táblázat: Az öt éven belüli gyermektervezés főbb tényezői (%), sorszázalékok, ***p < 0,001

Az anyagi helyzet szerepe akkor mutatkozik meg igazán, ha részletezik a gyermekvállalás előtti célokat, vagy ha felmerül a (további) gyermekvállalás melletti döntés új körülmények hatására.

Gyermekvállalás előtt megvalósítandó célok

A gyermeket tervezőktől megkérdezték, van-e valamilyen céljuk a gyermekvállalás előtt. Az egyes célokra igennel vagy nemmel lehetett válaszolni, és a kérdezettek több célt is megadhattak a kérdésblokk keretében. Az igenlő válaszok száma szerinti sorrend jelzi az egyes célok fontossági sorrendjét a válaszolók számára.

Gyermekvállalás előtt elérendő célok	Igenlő válaszok száma	Igenlő válaszok aránya	Az igennel válaszolók aránya célonként
Megfelelő lakás	450	22,4	64,1
Anyagi stabilitás, biztos jövedelem	428	21,3	61,0
Megfelelő társ	348	17,3	49,6
Az iskola befejezése	201	10,0	28,6
Bizonyítani a munkában, karriert építeni	137	6,8	19,5
Házasságot kötni	106	5,3	15,1
Egészségesnek lenni, meggyógyulni	91	4,6	13,0
Még „szabadon” élni	79	4,0	11,3
Az érettség megszerzése, „felnőni” a feladathoz	71	3,5	10,1
Külföldön tapasztalatot szerezni	68	3,4	9,7
Egyéb	19	0,9	2,6
Összes válasz	**1998**	**100,0**	

Megjegyzés: a kérdezettek több célt is megjelölhettek, ezért az összes válasz a kérdésblokkban válaszoló 702 fő igenlő válaszainak halmozott értékét jelenti. A leadott válaszok arányának összegzése kerekített érték.

6. táblázat: Gyermekvállalás előtt megvalósítandó célok

A célok sorrendje alapján *(6. táblázat)* tehát azt állapíthatjuk meg, hogy a gyermekvállalás feltételei között elsődlegesen a lakás és az anyagi feltételek biztosítottsága szerepel. A válaszolók mintegy fele a megfelelő társ meglétét is megjelölte, noha az egyedülállók aránya az almintában 10 százalék. A megfelelő társat elsősorban az egyedülállók hiányolják, a házasok a legkevésbé, de alig különbözve az élettársaktól. Az iskola befejezése a tanulóknak, közülük elsősorban a már érettségivel rendelkezőknek a legfontosabb.

A gyermeket nem tervezők indokai

A gyermekvállalás elutasításának okaival kapcsolatos kérdésblokk huszonnyolc választható lehetőséget sorolt fel, és egy kérdezett több okot is megjelölhetett. A felsorolt okok az áttekinthetőség érdekében a *7. táblázat* szerint csoportosíthatók. Az igenlő válaszok száma mutatja az okcsoport fontosságát az elutasítás kérdéskörében.

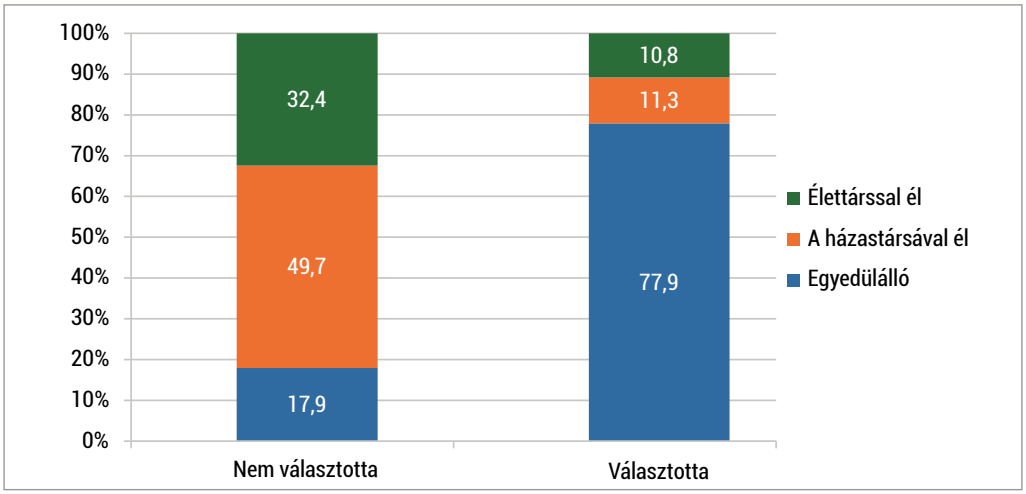
Okcsoportok	Az igenlő válaszok száma	Az igenlő válaszok aránya	Az igennel válaszolók aránya okcsoportonként
Elegendő gyermekszám	291	30,6	42,4
A párkapcsolat hiánya, zavara	195	20,5	28,4
A jövőre vonatkozó kilátások, bizonytalanságok	152	16,0	22,1
Egészségügyi, szülészeti okok	136	14,3	19,7
Anyagi, szociális helyzet	102	10,7	14,8
Szubjektív bizonytalanságérzetek, tudatos gyermektelenség	41	4,3	5,9
A munkaviszony bizonytalansága és/vagy karrierkilátások	34	3,6	5,0
Összes válasz	**951**	**100,0**	

Megjegyzés: A kérdezettek több okot is megjelölhettek, ezért az összes válasz a kérdésblokkban lévő 687 fő igenlő válaszainak halmozott értékét jelenti. Az egyes okcsoportokba azok kerültek be, akik az összevont okok közül legalább egyet megjelöltek.

7. táblázat: A gyermekvállalás nem tervezésének okcsoportjai

Elegendő gyermekszám miatt azok nem terveznek gyermeket, akik azt válaszolták, hogy – a kérdőív megfogalmazása szerint – számukra már teljes a család, nem akarnak változást, vagy párjuk hatására nem terveznek (több) gyermeket. Az okcsoportot választók 17,5 százaléka egy-, 45,9 százaléka két-, 18,2 százalékuk pedig három- vagy több gyermekes, ami azt is jelzi, hogy az elegendő gyermekszám megítélése nagymértékben szubjektív.

A párkapcsolat hiánya és/vagy zavara miatt azok nem terveznek gyermeket, akiknek – a kérdőív megfogalmazásában – nincs párkapcsolatuk, vagy jelenlegi párkapcsolatukat/családi helyzetüket nem érzik megfelelőnek a gyermekvállalás szempontjából. Az e kérdésekre igennel válaszolók 77,9 százaléka egyedülálló, viszont párkapcsolati zavaroktól a válaszok alapján nem mentesek sem a házasok, sem az élettársi kapcsolatban élők *(5. ábra).*



Megjegyzés: a következő okokat lehetett választani: nincs párkapcsolata; jelenlegi párkapcsolatát / családi helyzetét nem érzi megfelelőnek a gyermekvállalás szempontjából, p < 0,001

5. ábra: A családi állapot kategóriáinak megoszlása aszerint, hogy a kérdezett megjelölte-e a párkapcsolat hiányát, zavarát a gyermek nem tervezésének indokaként (%)

A nőgyógyászati problémák meglétével kapcsolatos kérdések alapján létrehozható egy új, az egészségügyi okokra vonatkozó változó, amelyet összefüggésbe lehet hozni a gyermekvállalás elutasításával. Megállapítható, hogy egy nőgyógyászati probléma említése (volt már koraszülése; volt már veszélyeztetett terhes; volt már spontán vetélése; volt már műví abortusza; volt legalább egy évig tartó sikertelen próbálkozása a gyermekáldás érdekében; részt vett meddőségi kezelésben) 3,7-szeresére növeli annak valószínűségét, hogy a kérdezett egészségügyi okot választ a nem tervezés említésénél.[3] Az egyes nőgyógyászati problémák közül a várandóssággal és a meddőséggel kapcsolatosak jelentik a legnagyobb esélyt arra, hogy a válaszoló ne tervezzen gyermeket *(8. táblázat).*

A Hungarostudy kérdőíve huszonhárom betegséget is felsorol, amellyel a kérdezettet kezelhették az elmúlt évben kórházban vagy járóbetegként. Az almintában 302 fő esetében fordult elő egy vagy több ilyen betegség; akiknél egy, azok 1,8-szor, akiknél kettő, 4,3-szer, míg akiknél három vagy több, azok 4,4-szer nagyobb valószínűséggel jelöltek meg egészségügyi

3 A bináris logisztikus regresszióban itt a magyarázó változó a nőgyógyászati probléma előfordulása volt (0 = nem volt; 1 = valamelyik volt), míg a függő változó az volt, hogy a nem tervezés okaként a válaszadó hivatkozott-e egészségügyi, szülészeti okokra.

okot a nem tervezés indokaként. Egészségügyi probléma tehát valóban meghúzódhat azoknál, akik erre hivatkoznak, de akiknek betegségük volt, azoknak csak 13 százaléka jelölte meg az egészségügyi okot a nem tervezésnél.

Nőgyógyászati problémák	B	S.E.	Wald	Szignifikancia	Exp(B)
Nem volt			39,25	0,000	
Várandóssággal kapcsolatos [a)]	1,563	0,406	14,826	0,000	4,773
Abortusz [b)]	−0,553	1,229	0,203	0,653	0,575
Meddőséggel kapcsolatos [c)]	1,517	0,545	7,755	0,005	4,559
Nőgyógyászati betegség [d)]	1,031	0,399	6,682	0,010	2,804
Vegyesen előforduló problémák	1,548	0,326	22,516	0,000	4,702
Constant	−2,649	0,143	340,971	0,000	0,071

a) Koraszülés és/vagy veszélyeztetett terhesség és/vagy spontán vetélés előfordulása
b) Műtvi abortusz
c) Egy évig tartó sikertelen próbálkozás és/vagy meddőségi kezelés
d) Valamilyen nőgyógyászati betegség előfordulása

8. táblázat: Nőgyógyászati problémák meglétének kapcsolata a gyermekvállalás nem tervezése egészségügyi okainak választásával, n = 973, Nagelkerke R^2 0,078

Bizonyos feltételekkel gyermeket vállalók

A gyermeket (már) nem tervezők (755 fő) egy része (464 fő, a kérdésblokkban válaszolók 61,4 százaléka) bizonyos feltételek esetében mégis hajlandó lenne gyermeket vállalni. E feltételekre a kérdőív tizennégy önálló változóból álló kérdéssorban kérdezett rá. Egy személy több válaszlehetőséget is megjelölhetett. Az említések száma mutatja az egyes körülmények fontosságát.

A gyermeket nem tervezők, de megfelelő körülmények esetén a gyermekvállalást mégis elképzelhetőnek tartók közül negyvennyolcan nem tudtak/akartak konkrét körülményt megjelölni a válaszadásnál. Az viszont a *9. táblázat*ból látható, hogy a bizonytalanságot az anyagi feltételek javulása fordítaná gyermekvállalásba: az anyagi stabilitás, a biztos jövedelem

és munkahely, főleg, ha családbarát. Vizsgáltuk a feltételek összefüggését a válaszadó szubjektív anyagi helyzetével is. Az eredmények azt mutatják, hogy minél rosszabb a háztartás anyagi helyzetének megítélése, annál inkább igényli a válaszoló a jó anyagi és munkahelyi feltételeket a gyermekvállaláshoz.[4]

A gyermekvállalási szándékok nyitottságát mutatja az is, hogy az esetleges tervezők között leginkább az egyedülállók azok, akik megfelelő partnerkapcsolat esetében mégis vállalnának gyermeket.

Körülmények	Az említések száma	Az említések aránya (%)	Az említők aránya körülmé-nyenként (%)
Anyagi stabilitás, biztos jövedelem	197	20,5	47,4
Biztos munkahely	193	20,1	46,5
Megfelelő egészségi állapot	111	11,5	26,6
Családbarát, rugalmas munka lehetősége	107	11,1	25,7
Megfelelő, javuló lakáskörülmények	68	7,0	16,3
Hosszú távú tervezhetőség, jövőkép	68	7,1	16,4
Társas támogatás (szülői, baráti segítség)	61	6,3	14,5
Jelentős mértékű családtámogatás (például babaváró)	40	4,1	9,5
Megfelelő partner, társ, kapcsolat megléte	35	3,6	8,4
Ha nyerne a „lottón"	30	3,1	7,1
Egyéb körülmények	19	1,9	4,5
Megfelelő bölcsődei, óvodai ellátás, megfelelő iskola	17	1,7	4,0
Partnerének kérésére	15	1,5	3,5
Megfelelően támogató szakember(ek) a várandósság és szülés során	2	0,2	0,5
Összes említés	**961**	**100,0**	

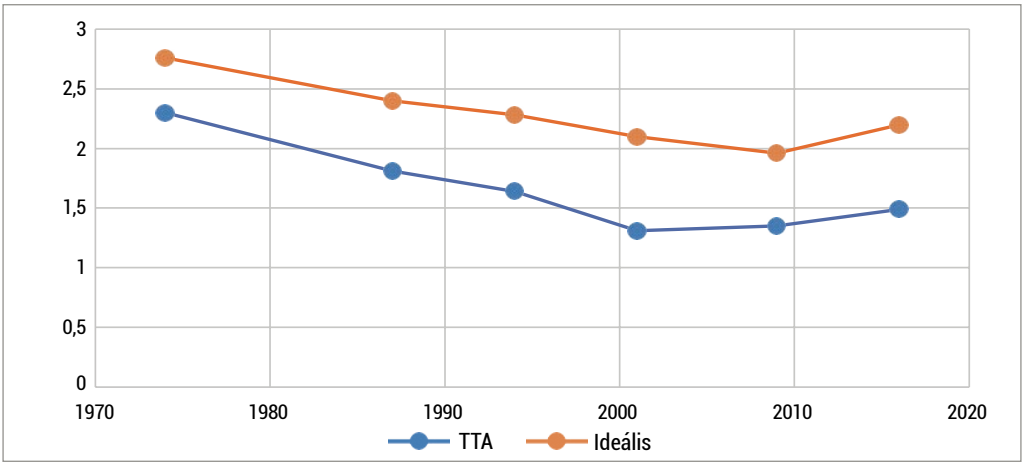
Megjegyzés: a kérdezettek több körülményt is megjelölhettek, ezért az „Összes említés" sor a kérdésblokkban szereplő 416 fő említéseinek halmozott értékére utal.

9. táblázat: Elképzelt körülmények, amelyek megléte esetén a gyermekvállalást nem tervező mégis vállalna gyermeket

4 Az összefüggés a nem tervező 755 fő esetében szignifikáns ($p < 0,05$).

Az ideális gyermekszám

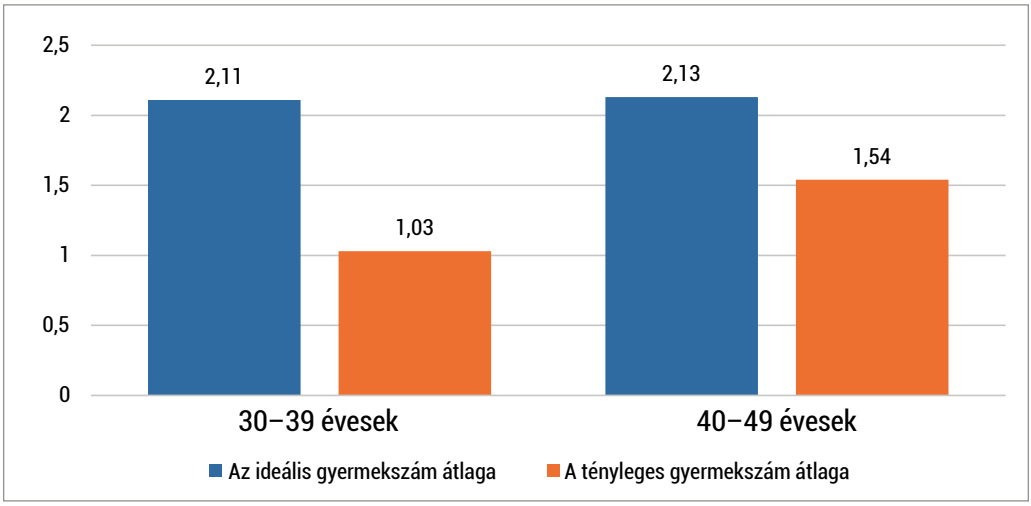
Az ideális gyermekszám fogalma („Ön szerint mennyi egy családban az ideális gyerekszám?”) azt jelenti, hogy a válaszadó hogyan vélekedik a családok számára kívánatosnak tartott családnagyságról. Ez a mutató – a száz családra jutó ideális gyermekszám, avagy az ideális gyermekszám átlaga – tükrözi az adott országban elterjedt szokásokat, s mivel az idősebb korosztály nézeteit, a korábbi termékenységi szokásokat, hagyományokat is tartalmazza, értéke többnyire meghaladja a fiatal párok saját családjukban tervezett gyermekszámának átlagát. Az ideális gyermekszám szoros összefüggést mutat a tényleges gyermekszámmal *(6. ábra)*.



Forrás: Spéder 2019

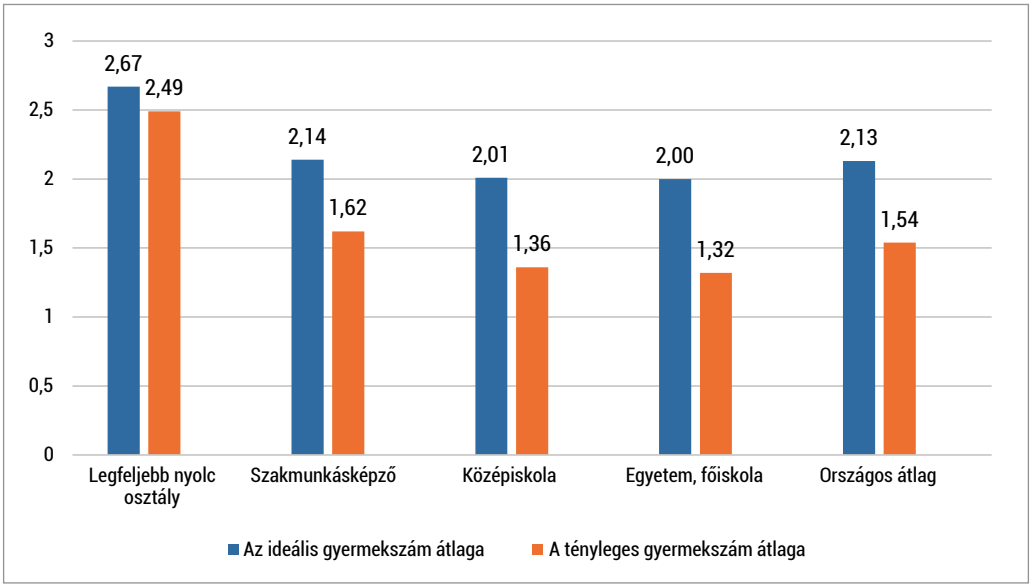
6. ábra: Az ideális gyermekszám és a teljes termékenységi arányszám (TTA), 1974–2016

Az ideális gyermekszám a 2021-es Hungarostudy vizsgálatban a 40–49 évesek között 2,13, a 30–39 évesek körében pedig 2,11 volt. Az ideális gyermekszám értékei biztosítanák a hazai népesség reprodukciójához szükséges szintet. Azonban a tényleges gyermekszám az egyszerű reprodukcióhoz szükségestől erősen elmaradt: még a negyvenévesek körében is 1,54, a harmincas kohoszban pedig alig haladja meg az egy gyermeket (1,03). A negyvenes korcsoport termékenysége gyakorlatilag befejezett, ezért esetükben jól összevethető az általuk elért gyermekszám az általuk ideálisnak tartottal. Azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy tíz év múlva az akkori negyvenesek által elért gyermekszám elmaradása is ilyen mértékű lesz-e az ideálistól, a jelenleg harmincasok adatainak bemutatása ad némi támpontot *(7. ábra)*.



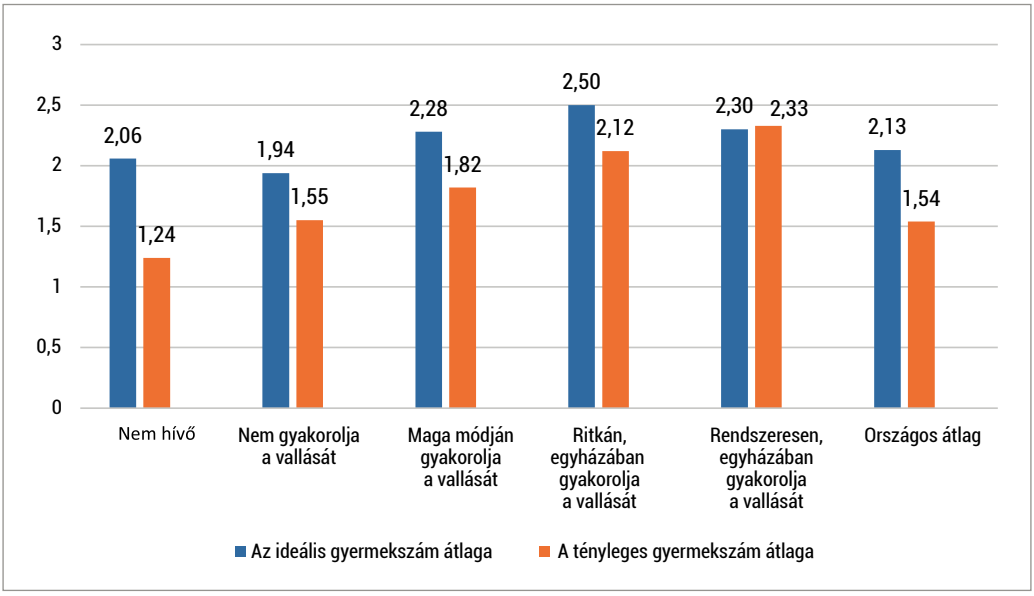
7. ábra: Az ideális és a tényleges gyermekszám átlaga a 30–39 évesek és a 40–49 évesek körében

A magasabb iskolai végzettségűeknél kisebb átlagosan elért gyermekszám és alacsonyabb ideális gyermekszám jelenik meg. A tényleges gyermekszám a szakmunkásképzőt végzettek között mérsékeltebben marad el az ideális gyermekszámhoz képest, míg a középiskolát végzettek és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében nagy eltérést mutat *(8. ábra)*.



8. ábra: Az ideális és a tényleges gyermekszám átlaga a 40–49 évesek között iskolai végzettség szerint

A vallásosság erősebb intenzitása elősegíti a gyermekvállalást, a vallásosabbak körében az ideális gyermekszám is magasabb, és attól jóval kevésbé marad el az általuk elért gyermekszám. Az egyházaktól a leginkább távol állók körében a tervezett gyermekszám szintje sem éri el a népesség reprodukciójához szükséges szintet, míg az egyházuk tanítása szerint vallásos válaszadók körében a már ténylegesen elért (!) gyermekszám is meghaladja azt *(9. ábra)*.



9. ábra: Az ideális és a tényleges gyermekszám átlagai a 40–49 évesek között a vallásosság mértéke szerint

Megbeszélés

A hétezres minta mutatja azokat a jellemzőket, amelyek a demográfiai kutatásokból már közismertnek számítanak: átlagosan több gyermekük van a nőknek, mint a férfiaknak, az életkorral nő a gyermekszám, a házasságban élőknek több gyermekük van, mint az élettársaknak. Az iskolai végzettség esetében kimutatható az úgynevezett nem szimmetrikus U alakú görbe, vagyis az általános iskolai végzettségűek rendelkeznek a legnagyobb átlagos gyermekszámmal, legkevesebbel az érettségizettek, és ennél magasabbal, de a szakmunkásokénál kevesebbel a diplomások (Andorka 1987: 81). Az összefüggések közül kiemelhető, hogy az alacsonyabb szocioökonómiai státusz, amelyet leginkább az

iskolai végzettség mutat, inkább jár együtt magasabb gyermekvállalással, ugyanakkor korábbi várandóssággal is, és ez utóbbi ugyancsak magasabb átlagos gyermekszámot jelent. Ennek lehetséges magyarázata, hogy a fiatalabb életkorban bekövetkező várandósság, szülészeti esemény, illetve az ebből eredő gyermekvállalás eredményez magasabb számú vér szerinti gyermeket. Látható, hogy a két szülészeti esemény korábbi bekövetkezése a meglévő gyermekek számával szoros összefüggést mutat, amelyet a szülésre vonatkozóan, KSH-adatok alapján már megfogalmaztak a KINCS kutatói (Pári, Nagy és Kozák 2022).

A tervezett gyermekek fontosságának kérdésére először Kopp Mária vizsgálatainak eredményei hívták fel a figyelmet. Az ezzel kapcsolatos kutatások megállapítják, hogy a tervezett gyermekek átlagos száma az ideális gyermekszám és a ténylegesen megszületett gyermekek átlaga között helyezkedik el. Magyarországon a gyermekek ideálisnak tartott száma az elmúlt fél évszázadban csökkent: míg 1974-ben száz családra 288 gyermeket tartottak ideálisnak, 1997-ben ez már csak 242 volt (a negyvenévesnél fiatalabbak körében viszont 228). Az ideális gyermekszám átlagértéke 2016-ban 2,2 volt mind a nők, mind a férfiak körében, a tervezett gyermekszám értéke pedig átlagosan 2,0 a nők és 1,9 a férfiak esetében. A tényleges termékenység mindig az ideális alatt marad (Spéder 2019). Figyelemre méltó, hogy az egygyermekesek legnagyobb része két vagy három gyermeket tart ideálisnak, vagyis magasabb gyermekszámot az általuk aktuálisan elértnél. A kétgyermekesek legtöbbje két gyermeket tart ideálisnak, de egy kisebb részük – hatoduk – ennél többet, általában három gyermeket. A háromgyermekeseknél találkozik a tervezett és a tényleges gyermekszám, míg a négy vagy több gyermeket nevelők megosztottak – jelentős részük inkább három gyermeket tart megfelelőnek.

A Hungarostudy-kérdőívek korábban is tartalmazták a vér szerinti és a tervezett gyermekek számát, ami lehetővé tette a gyermekvállalás és az életminőség összefüggéseinek vizsgálatát, és a változók közötti kapcsolatok elemzésével kimutathatóvá vált, hogy a tervezett gyermekek száma magasabb, mint a ténylegesen megszületett gyermekeké. Mivel a népességfogyás hátrányai az elemzők számára is ismertek voltak

a szakirodalomból, adódott a sokat idézett megállapítás, hogy szülessenek meg a tervezett gyermekek (Kopp és Skrabski 2006b: 253, 254).

A teljes mintában (n = 7000) az átlagos gyermekszám 1,36, nők esetében 1,47. Ez azt jelenti, hogy száz nőnek átlagosan 147 gyermeke született az adatfelvétel idején. A 2016-os Mikrocenzus szerint az országban száz nőre 144 gyermek jutott (Kovács 2017). A Hungarostudy 2002-es országos reprezentatív felmérés eredményei szerint a kívánt gyermekek aránya a negyvenöt év alatti nők és férfiak esetében 2,14, illetve 2,13 volt (Kopp és Skrabski 2003). Az Ifjúság 2020-as vizsgálat adatai szintén a két gyermek körül ingadozó tervezést mutatják (Engler és Pári 2021), és németországi adatok szerint is 2,0 volt 2019-ben a kívánt gyermekek átlaga (BMFSFJ 2021). A 2002-es Hungarostudy vizsgálat eredménye volt, hogy a gyermekvállalás nőkre nehezedő lelki és anyagi terheinek súlya miatt a gyermekes nők több mutató tekintetében a gyermektelenekhez képest rosszabb életminőségről és lelkiállapotról számoltak be, míg a férfiak esetében ennek az ellenkezője volt jellemző, és kompetensebbnek is érezték magukat. Az akkori kutatás szerzőpárosa tanulmányában hangsúlyozta, hogy „szakítani kellene azzal a felfogással, hogy a gyermek a nő ügye" (Kopp és Skrabski 2003). Ezenkívül a gyermeket vállaló fiatalok anyagi helyzete minden tekintetben lényegesen rosszabb volt, mint a gyermekteleneké. 2006-ban látható volt, hogy a negyvenöt év alatti gyermekes fiatalok egészséggel kapcsolatos életminősége jelentősen rosszabb volt a gyermektelenekénél, mind a nők, mind a férfiak körében. A gyermekvállalás időpontjával kapcsolatban az eredmények azt mutatták, hogy a középkorú népesség számára a korábbi gyermekvállalás komoly védőfaktort jelent a jobb életkilátások tekintetében. Ugyanakkor a boldogság terén már nem volt szignifikáns különbség a gyermekes és gyermektelen fiatalok között, sőt a társadalom legboldogabb csoportjának a gyesen lévő édesanyák bizonyultak (Kopp és Skrabski 2008). Az is kiderült e korábbi Hungarostudy vizsgálatból, hogy a magasabb végzettségű nők több gyereket szerettek volna, mint amennyi megszületett.

Összegzés

A tervezett gyermekszámmal kapcsolatos adatokból megállapíthatjuk, hogy ennek megadása a kérdezettek számára jelentős bizonytalansággal terhelt, amit a válaszhiányok mutatnak. Kimutatható, hogy a meglévő gyermekek száma befolyásolja a tervezett gyermekek számát. A meglévő gyermekek számát nemcsak az alacsonyabb szocioökonómiai státusz befolyásolja, hanem a korábban bekövetkező szülészeti események (várandósság, szülés) szintén összefüggésbe hozhatók a vér szerinti gyermekek magasabb számával.

A szociodemográfiai változók mentén az is kimutatható, hogy a tervezett gyermekek száma mintegy kiegészíti a meglévőkét: mivel a gyermeket vállaló és vállalni szándékozó családokban a gyermekek ideális száma többé-kevésbé elfogadott érték, a tervezés közelít ehhez a domináns, két-három gyermekre irányuló gyermekszám-elgondoláshoz. A tervezett gyermekek számát így elsősorban a már meglévők határozzák meg: ahol kevesebb a már megszületett gyermek, ott többet terveznek. A gyermekvállalási szándékot emellett több tényező is alakítja, ezek közül az életkor, a családi állapot, valamint az öt éven belüli tervezésnél az időtényező sürgető hatása is megjelenik. Az öt éven belüli gyermekvállalásra irányuló aktív, konkrétabb szándéknál már nem a meglévő gyermekek száma, hanem az időtényező döntő, ugyanis akiknek van gyermekük, és még szeretnének, azok elsősorban öt éven belül szeretnének. Az ideális gyermekszám is igazodik a ténylegeshez, és felülmúlja a tervezettet. Megállapítható, hogy leginkább a vallásosság mértéke befolyásolja ezt a mutatót, erősödésével nő az ideálisnak tartott átlagos gyermekszám (amint a tényleges is).

A gyermeket nem tervezők az okok megjelölésénél elsősorban az elegendő gyermekszámra hivatkoznak. A gyermeket tervezőknél az előzetes megfontolások a megfelelő lakás, az anyagi stabilitás és a biztos jövedelem előfeltételeit részesítik előnyben. A gyermeket nem tervezőknél szándékuk esetleges megváltozásában a jövedelmi viszonyokon kívül a munkavállalási tényezők játsszák a legfontosabb szerepet, például a biztonság és a családbarátság. Mindez azt mutatja, hogy a meglévő családbarát politika mellett – a javuló lakáshelyzeten és a bővülő családtámogatásokon túl – akkor lehet a legtöbbet tenni a kívánt gyermekek megszületéséért, ha a gyermekvállalást fontolgatók, illetve a bizonytalankodók anyagi stabilitása, jövedelmi helyzete, munkahelyi biztonsága az ő számukra is egyértelművé teszi a gyermekvállalás értékét.

Felhasznált irodalom

Andorka Rudolf (1987) *Gyermekszám a fejlett országokban.* Budapest: Gondolat Kiadó.

BMFSFJ (2021) *Familie heute. Daten. Fakten. Trends. Familienreport 2020.* Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://www.bmfsfj.de/resource/blob/163108/ceb1abd3901f50a0dc484d899881a223/familienreport-2020-familie-heute-daten-fakten-trends-data.pdf (Letöltés: 2022. szeptember 28.)

Engler Ágnes, Pári András (2021) Párkapcsolat és családalapítás. In: Székely Levente (szerk.) *Magyar fiatalok a koronavírus-járvány idején. Tanulmánykötet a Magyar Ifjúság Kutatás 2020 eredményeiről.* Budapest: Enigma 2001 Kiadó és Médiaszolgáltató Kft. 87–112.

Konietzka, Dirk and Michaela Kreyenfeld (Hrsg.) (2013) *Ein Leben ohne Kinder. Ausmaß, Strukturen und Ursachen von Kinderlosigkeit.* Wiesbaden: Springer VS.

Kopp Mária (szerk.) (2008) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Budapest: Semmelweis Kiadó.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2003) A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében. *Demográfia,* 46. évf. 4. sz. 383–395.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2006a) A támogató család mint a pozitív életminőség alapja. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 220–232.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2006b) Gyermekvállalás és életminőség. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 253–262.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2008) Kik boldogok a mai magyar társadalomban? In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 73–79.

Kovács Marcell (szerk.) (2017) *Mikrocenzus 2016. 3. Demográfiai adatok.* Budapest: KSH.

Papházi Tibor (2020) Gyermekvállalási tervek a Magyar Ifjúság-adatfelvételekben. A demográfiai változók és a gyermektervezés kapcsolata. *Szociálpolitikai Tükör.* 2. évf. 3–4. sz. 20–51.

Pári András, Nagy Tímea, Kozák Kökény (2022) A gyermekvállalás elutasításának tudatos tényezői a 25–44 éves diplomások körében. In: Aczél Petra (szerk.) *Család – gyermek – jövő. Tanulmányok a családtudomány köréből.* Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért. 165–190.

Spéder Zsolt (2019) A hazai termékenységi magatartás nemzetközi összehasonlításban. Akadémiai doktori értekezés. http://real-d.mtak.hu/1181/7/dc_1621_18_doktori_mu.pdf (Letöltés: 2022. július 20.)

Spéder Zsolt, Kapitány Balázs (2007) *Gyermekek: vágyak és tények. Dinamikus termékenységi elemzések. Életünk fordulópontjai Műhelytanulmányok 6.* Budapest: KSH Népességtudományi Kutatóintézet.

Stone, Lyman (2019) *The Global Fertility Gap. Institute for Family Studies Blog,* Febr 25, 2019 https://ifstudies.org/blog/the-global-fertility-gap. (Letöltés: 2022. augusztus 18.)

Pilling János, Balog Piroska

A szexuális elégedettséget befolyásoló tényezők

Bevezetés

A szexuális elégedettséggel kapcsolatos publikációk száma az utóbbi időben jelentősen megnövekedett. Ezzel a témakörrel kapcsolatban több száz kutatást végeztek, az eredményeket immár áttekintő tanulmányok foglalják össze (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014; Freihart, Sears és Meston 2020; Rausch és Rettenberger 2021).

A megnövekedett érdeklődés egyik fő oka az egészségpszichológia és a pozitív pszichológia előtérbe kerülése. Míg korábban a klinikai kutatások nagyrészt a betegségek okainak és kezelési lehetőségeinek vizsgálatára irányultak, addig ezek az új irányzatok arra összpontosítanak, hogy hogyan maradhatunk egészségesek, milyen tényezők járulhatnak hozzá az életminőség, a boldogság növekedéséhez.

Az egészség, az életminőség fontos összetevője a szexuális elégedettség, vagyis az egyén szubjektív értékelése saját szexualitásáról. Egy kutatásban például a szexuális egészséget saját életminősége szempontjából kiemelkedően fontosnak vagy fontosnak tartotta a férfiak 62,2 százaléka és a nők 42,8 százaléka (Flynn és mtsai 2016).

Egyszerűnek tűnő volta ellenére a szexuális elégedettség rendkívül összetett jelenség, amelyre számos tényező lehet hatással. A szexuális elégedettséget egyéni, párkapcsolati, társas és társadalmi tényezők egyaránt befolyásolhatják. Egyéni szinten hatással lehetnek a szexuális elégedettségre többek között egyes szociodemográfiai tényezők (életkor, iskolai végzettség, anyagi helyzet), a testi és a lelki egészségi állapot vagy akár az életmód is. Kapcsolati szinten meghatározó lehet például a párkapcsolati elégedettség, a pár tagjai közötti kommunikáció, a szexuális élet gyakorisága és változatossága. Társas szinten befolyásoló tényező lehet a gyermekek léte, a családi kapcsolatok minősége. Társadalmi szinten befolyásolhatja a szexuális elégedettséget a kulturális háttér és a vallásosság is (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014; Freihart, Sears és Meston

2020; Rausch és Rettenberger 2021). A szakirodalomban eddig azonosított befolyásoló tényezőket az *1. táblázat* foglalja össze.

A szexualitással való elégedettség jelentőségét többek között az adja, hogy szorosan összefügg a párkapcsolattal való elégedettséggel. Ez a kapcsolat kölcsönösen meghatározott. Egyrészt a jó szexuális kapcsolat hozzájárulhat a pár tagjai közötti kötődés, az elkötelezettség megerősítéséhez. Másrészt amennyiben a párkapcsolatban problémák, feszültségek vannak, ez hatással lehet a nemi élet gyakoriságára és a szexuális élet minőségére is – ez pedig önrontó folyamatokat indíthat el. Egy figyelemre méltó utánkövetéses vizsgálatban például, amelyben 2038 középkorú (35 és 60 év közötti) ember vett részt, azt találták, hogy a szexuális élettel való, 1983-ban mért elégedettség előre jelezte az öt évvel későbbi, 1988-as válási arányokat (Edwards és Booth 1994: 248).

Számos vizsgálati eredmény áll tehát rendelkezésünkre a szexuális elégedettség terén. A legtöbb kutatás azonban kis elemszámú, általában kényelmi mintavétellel történt. A kutatások többsége csak egy-egy vagy kevés befolyásoló tényező szerepét vizsgálta, például az alkoholizmussal való összefüggést (O'Farrell és mtsai 1997), az első gyermek megszületésének hatását a szexuális elégedettségre (Leavitt és mtsai 2017), a szexuális elégedettség kapcsolatát a testtömegindexszel (Smith és mtsai 2011) vagy a depresszió és a szorongás hatását (Carcedo és mtsai 2020). Ritkák a szakirodalomban azok a kutatások, amelyek számos tényezőt egyetlen modellbe építve elemzik, hogy a különböző faktoroknak milyen mértékű a szerepe (például Flynn és mtsai 2016; Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014). Ezért vállalkoztunk arra, hogy országos, reprezentatív mintán vizsgáljuk meg a szexuális elégedettség befolyásoló tényezőit, majd ezeket egy egységes modellbe illesztve választ keresünk arra, hogy az ismert befolyásoló tényezők közül melyiknek milyen mértékű a hatása.

Egyéni	Életkor Iskolai végzettség Anyagi helyzet Önértékelés Testkép, testsúly, testtömegindex A szexualitással kapcsolatos attitűdök Szexuális gondolatok, fantáziák Testi egészség, betegségek Mentális egészség (stressz, szorongásos zavarok, depresszió) Szexuális zavarok Meddőség Egyes műtétek (például méheltávolítás) Egyes gyógyszerek (például szexuális zavarok kezelésére használt gyógyszerek) Dohányzás Alkoholfogyasztás Testmozgás Kötődési stílus Egyes személyiségjegyek (például neuroticizmus) Aktuális életszakasz Menopauza Szexuális viktimizáció Pornóhasználat
Párkapcsolati	A párkapcsolat jellege (házasság, élettársi kapcsolat) A párkapcsolat időtartama A párkapcsolattal való elégedettség Párkapcsolati intimitás A párkapcsolati és szexuális kommunikáció minősége A szexuális élet gyakorisága Az orgazmus gyakorisága A szexuális élet változatossága Monogámia Féltékenység A partner szexuális zavara
Társas	Gyermekek száma Társas támasz Kapcsolat a családtagokkal
Társadalmi	Kulturális háttér Vallásosság

1. táblázat: A szexuális elégedettséget befolyásoló tényezők (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014; Freihart, Sears és Meston 2020; Rausch és Rettenberger 2021).

A kutatás módszertana

Minta

Elemzéseinket a Hungarostudy 2021 (HS2021) magyar, reprezentatív kutatás adatain végeztük.[1]

A hétezer fős, a kor, nem és település változók alapján reprezentatív mintából 5688 személy, 2886 férfi (50,7%) és 2802 nő (49,3%) válaszolt arra a kérdésre, hogy elégedett-e a szexuális életével.

Alkalmazott mérőeszközök, a vizsgálatban használt kérdések, kérdőívek

A *szexuális elégedettség* mérésére a következő kérdés szolgált: „Elégedett a szexuális életével?" A választási lehetőségek: 0 = nem vonatkozik rám, nem releváns a kérdés; 1 = nem; 2 = igen, néha; 3 = igen, mindig. Tanulmányunkban csak az 1–3 kategóriával dolgoztunk, nem vizsgáltuk azokat a személyeket, akik azt válaszolták, hogy számukra nem releváns ez a kérdés.

A *szexuális orientáció* vizsgálatára a következő kérdés szolgált: „Az Ön szexuális orientációja: 1. heteroszexuális; 2. homoszexuális, leszbikus; 3. biszexuális; 4. aszexuális; 5. egyéb."

Vizsgáltuk a *szociodemográfiai változókat*: nem (férfi, nő), életkor, végzettség (alapfokú, középfokú, felsőfokú), havi nettó személyes jövedelem (150 ezer forint és alatta; 151–300 ezer forint, 301 ezer forint fölött), és rákérdeztünk életmódtényezőkre is. A *sportolás* gyakoriságát a következő kérdés mérte: „Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)?" A lehetséges válaszkategóriák: 1. soha; 2. heti egynél ritkábban; 3. hetente egyszer; 4. naponta egyszer; 5. naponta többször. Az adatok elemzése során itt összevonással három kategóriát alakítottunk ki: soha, vagy heti egynél ritkábban; hetente egyszer vagy többször; naponta vagy naponta többször. A *testtömegindexet* a testsúlyból és a magasságból számítottuk: testsúly/magasság^2.

1 A Hungarostudy 2021 kutatás a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért és a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet együttműködésében valósult meg 2021-ben, n = 7000. Kutatásvezetők: Purebl György, Enger Ágnes. (Etikai engedély száma: ETT-TUKEB IV/5663-1/2021/EKU).

A *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* a depresszió tüneteit és súlyosságukat méri a következő területeken: döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya és önvádlás. Ennek a kilenctételes változatnak jó a belső megbízhatósága, a Cronbach-alfa értéke mintánkon 0,94.

A *Rövidített Házastársi Stressz Skála* a párkapcsolat minőséget méri. Az eredeti változat tizenhét iteméből ötöt tartalmaz, melyek közül három méri a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, egy a kapcsolaton belüli problémákra, egy pedig a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzésére kérdez rá. A skála összpontszáma 0-tól 5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A skála pszichometriai tulajdonságait több vizsgálatban is elemezték, belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa értéke a mintánkon 0,53.

A *Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív* az elmúlt hónapra vonatkozóan az egyén szubjektív élményeire kérdez rá, például a váratlan események miatt keletkezett feszültségre vagy a befolyásolhatatlannak érzett események miatt észlelt dühre. Az eredeti, tizennégy tételes kérdőívből az itt használt rövidített változat tíz kérdést tartalmaz, amelyből négy fordított, például a problémák hatékony kezelésének élménye. A magyar változat pszichometriai jellemzőit vizsgálták, a tíztételes kérdőív is jó belső megbízhatóságú, a Cronbach-alfa értéke a mintánkon 0,74.

Az *alkoholfogyasztási zavart* (a túlzott alkoholhasználatot) az AUDIT-5 kérdőívvel vizsgáltuk. Itt minden kérdésre ötfokú skálán lehet válaszolni. A kérdőív összpontszáma 0 és 20 között változhat. A kérdőív Cronbach-alfája mintánkon 0,93.

Az alkalmazott mérőeszközök részletesebb bemutatása és az ezzel kapcsolatos hivatkozások jelen kötet módszertani fejezetében találhatók.

Statisztikai elemzések

A szexuális életükkel nem elégedettek, illetve néha és mindig elégedettek három kategóriájában a folytonos változók összehasonlításánál (mivel a vizsgált folytonos változók az SPSS-programmal végzett Skewness- és Kurtosis-próbák alapján nem normális eloszlásúak) Kruskal–Wallis-próbát, a kategoriális változók esetében pedig khí négyzet próbát használtunk.

A szexuális élettel való elégedettség prediktív tényezőinek meghatározásához regressziós modellt alkalmaztunk, ehhez a szexuális életükkel nem elégedettek és a néha elégedettek két kategóriáját összevontuk, így a kimenő változónk „a szexuális életével mindig elégedett" állítás lett. (A nem elégedett és a néha elégedett csoport a multinominális regressziós elemzések szerint nem különbözik egymástól, ez indokolja a szexuális életükkel nem vagy nem teljesen elégedettek összehasonlítását azokkal, akik teljesen elégedettek a szexuális életükkel.) A modellben azokat a változókat szerepeltettük, amelyek az egyváltozós elemzések során szignifikánsnak bizonyultak, és 95 százalékos konfidenciaintervallummal esélyhányadosokat (OR) számoltunk.

Eredmények

Vizsgált mintánkban (n = 5688) a válaszadók 17 százaléka (n = 944) nem elégedett a szexuális életével, 29 százaléka (n = 1652) néha elégedett, és 54 százaléka (n = 3092) mindig elégedett.

Az „Elégedett a szexuális életével?" kérdésre választ adók, vagyis a vizsgált minta 98,8 százaléka heteroszexuális orientációjú, 0,3 százaléka homoszexuális vagy leszbikus, 0,5 százaléka biszexuális, és 0,4 százaléka aszexuálisnak vallja magát. A minta 42,2 százaléka alapfokú végzettségű, 34,9 százaléka középfokú és 22,9 százaléka felsőfokú végzettségű. A családi állapotot illetően a vizsgálat időpontjában a válaszadók 45,7 százaléka házastársi kapcsolatban, 21,6 százaléka élettársi kapcsolatban élt, és 32,7 százalékuk egyedülállónak vallotta magát. A válaszadók 63,6 százalékának van vér szerinti gyermeke. A jövedelem tekintetében a válaszadók 24,7 százaléka 150 ezer forint alatti személyes nettó jövedelemről számolt be, 63,7 százalékuk jövedelme volt 151 és 300 ezer forint közötti, és 11,7 százalékuk jövedelme volt 301 ezer forint feletti.

A továbbiakban a szexuális élettel való elégedettséget először szociodemográfiai változók (nemek, életkori csoportok és családi állapot, iskolai végzettség, jövedelem) szerint vizsgáltuk meg. A férfiak és a nők között nem találtunk különbséget: szinte teljesen azonosak az elégedettek és az elégedetlenek arányai is. Életkori szempontból a legidősebbek (a 60 év felettiek) és a legfiatalabbak (a 18–29 évesek) azok, akik a legkevésbé elégedettek a szexuális életükkel, míg a legelégedettebbek a 40 és 49 év közöttiek.

Családi állapot szempontjából az egyedülállók a legelégedetlenebbek, miközben a párkapcsolatban (házasságban vagy élettársi kapcsolatban) élők elégedettebbek. Míg az egyedülállók egyharmada teljesen elégedetlen a szexuális életével, addig ez az arány a párkapcsolatban élőknél a 10 százalékot sem éri el, a szexuális életükkel teljesen elégedettek aránya pedig közel duplája a párkapcsolatban élőknél az egyedülállókhoz képest. A magasabb iskolai végzettségűek és a magasabb jövedelműek elégedettebbek a szexuális életükkel.

Vizsgáltuk egyes életmódbeli tényezők hatásait (túlzott alkoholfogyasztás, sportolás), illetve ennek kapcsán a testtömegindex és a szexuális elégedettség esetleges kapcsolatát is. Eredményeink szerint a túlzott alkoholfogyasztás negatívan, a sportolás pozitívan hat a szexuális elégedettségre. A testtömegindex és a szexuális élettel való elégedettség között ugyanakkor nem találtunk összefüggést.

A mentális egészség terén a depresszió és az észlelt stressz szerepét vizsgáltuk – mindkettő szignifikánsan, negatívan függ össze a szexuális elégedettséggel.

A párkapcsolat jellemzői közül a kapcsolat időtartama nem volt összefüggésben a szexuális elégedettséggel. A kapcsolat minőségét jól jellemző házastársi stressz ugyanakkor szoros összefüggést mutat a szexuális élettel való elégedettséggel. Megvizsgáltuk azt is, hogy van-e különbség a gyermektelenek és a gyermekesek szexuális elégedettsége között. Eredményeink szerint azok, akiknek van gyermeke, elégedettebbek a szexuális életükkel. Adatainkat részletesen a *2. táblázat* mutatja be.

A befolyásoló tényezők azonosítását követően arra kerestünk választ, hogy ezek közül melyek azok a tényezők, amelyek legnagyobb hatással vannak a szexuális elégedettségre. Ennek megállapítására a változókat közös modellben elemeztük, logisztikus regresszió alapján. Eredményeink szerint a változókat ebben a többváltozós modellben elhelyezve csak az életkor, a családi állapot, a túlzott alkoholfogyasztás, az észlelt stressz és a házastársi stressz őrizte meg szignifikáns meghatározó szerepét – az összes többi tényező elveszítette szignifikanciáját. Eredményeinket részletesen a *3. táblázat* mutatja be.

	Elégedett a szexuális életével? n (%), átlag (95%-os CI)			
	Nem	Igen, néha	Igen, mindig	
Nemek szerint				ns p = 0,829
Férfi	486 (16,8%)	830 (28,8%)	1570 (54,4%)	
Nő	458 (16,3%)	822 (29,3%)	1522 (54,3%)	
Életkori kategóriák				p < 0,001
18–29 éves	207 (18,6%)	287 (25,7%)	621 (55,7%)	
30–39 éves	164 (14,3%)	295 (25,7%)	688 (60%)	
40–49 éves	151 (12,3%)	320 (26,1%)	757 (61,6%)	
50–59 éves	152 (16,1%)	322 (34,1%)	471(49,8%)	
60+	268 (21,4%)	428 (34,2%)	557 (44,5%)	
Családi állapot				p < 0,001
Egyedülálló	624 (33,6%)	542 (29,2%)	692 (37,2%)	
Házas	227 (8,7%)	759 (29,2%)	1613 (62,1%)	
Élettárssal él	92 (7,5%)	350 (28,5%)	788 (64,1%)	
Iskolai végzettség				p < 0,001
Alapfok	464 (19,3%)	714 (29,7%)	1223 (50,9%)	
Középfok	322 (16,2%)	584 (29,4%)	1080 (54,4%)	
Felsőfok	157 (12,1%)	354 (27,2%)	790 (60,7%)	
Havi nettó személyes jövedelem				p < 0,001
150 ezer forintig	223 (23,2%)	290 (30,1%)	450 (46,7%)	
151–300 ezer forint	411 (16,5%)	721 (29,0%)	1352 (54,4%)	
300 ezer forint fölött	62 (13,6%)	115 (25,2%)	279 (61,2%)	
Sportolás gyakorisága				p < 0,001
Soha vagy heti egynél ritkábban	515 (16,1%)	974 (30,5%)	1707 (53,4%)	
Hetente egyszer vagy többször	335 (16,4%)	580 (28,4%)	1127 (55,2%)	
Naponta vagy naponta többször	92 (21%)	93 (21,2%)	253 (57,8%)	
Életkor	46,30 (45,19–47,42)	46,66 (45,91–47,41)	43,92 (43,39–44,46)	H = 46,584 p < 0,001
Túlzott alkoholfogyasztás (0–20)	2,12 (1,82–2,42)	1,48 (1,28–1,69)	0,69 (0,59–0,80)	H = 216,454 p < 0,001
Testtömegindex (kg/m^2)	26,04 (25,73–26,35)	25,84 (25,61–26,06)	25,79 (25,64–25,95)	H = 1,765 p = 0,414
Depressziós tünetek (0–60)	11,26 (10,31–12,21)	9,21 (8,61–9,81)	4,51 (4,17–4,85)	H = 342,709 p < 0,001
Észlelt stressz (0–40)	16,55 (16,13–16,97)	15,68 (15,39–15,96)	12,12 (11,89–12,36)	H = 498,290 p < 0,001
Mennyi ideje tart a párkapcsolata (hónapokban)?	72,97 (53,63–92,30)	80,20 (72,35–88,04)	81,70 (77,57–85,83)	H = 1,277 p = 0,528
Van-e gyermeke?				p < 0,001
Nincs	465 (22,6%)	593 (28,8%)	1002 (48,6%)	
Van	475 (13,2%)	1047 (29,1%)	2048 (57,7%)	
Házastársi stressz (0–5)	1,83 (1,37–2,29)	1,15 (0,99–1,31)	0,59 (0,53–0,64)	H = 78,822 p < 0,001

2. táblázat: A szexuális élettel való elégedettséget befolyásoló tényezők (leíró statisztikai adatok)

	OR (esélyhányados)	95% CI	p
Életkor	0,87	0,82–0,92	< 0,001
Családi állapot			
Egyedülálló			< 0,001
Élettárssal él	4,08	1,90–8,73	< 0,001
Házas	6,92	2,83–16,90	< 0,001
Iskolai végzettség			
Alapfokú			0,221
Középfokú	1,04	0,58–1,84	0,903
Felsőfokú	1,80	0,88–3,71	0,109
Havi nettó személyes jövedelem			
150 ezer forintig			0,226
151–300 ezer forint	1,63	0,85–3,12	0,139
300 ezer forint fölött	2,20	0,84–5,79	0,109
Sportolás gyakorisága			
Soha vagy heti egynél ritkábban			0,280
Hetente egyszer vagy többször	1,44	0,85–2,46	0,177
Naponta vagy naponta többször	1,87	0,64–5,44	0,250
Túlzott alkoholfogyasztás	0,91	0,84–0,99	0,035
Testtömegindex	1,03	0,96–1,10	0,442
Depresszió	0,98	0,96–1,00	0,094
Észlelt stressz	0,95	0,92–0,99	0,028
Vér szerinti gyermeke van	0,92	0,47–1,80	0,817
Házastársi stressz	0,64	0,51–0,81	< 0,001

3. táblázat: A szexuális élettel való elégedettséget befolyásoló tényezők (bináris logisztikus regresszió alapján)

Megbeszélés

Kutatásunkban azokat a tényezőket vizsgáltuk, amelyek hatással lehetnek a szexuális elégedettségre.

A szexuális elégedettség mérésére különböző kutatásokban eltérő módszereket használnak. Egyesek ezt egyetlen kérdéssel mérik, háromfokú skálán (például: „Mennyire elégedett a szexuális életével? Teljesen elégedett, meglehetősen elégedett, nem túl elégedett", Edwards és Booth 1994), de van példa arra is, hogy egyetlen kérdéssel mérik ugyan a szexuális elégedettséget, ám arra százfokú skálán lehet válaszolni (Velten és Margraf 2017). Mások olyan kérdőívek alskáláit használják, amelyek – több más mellett – a szexuális elégedettséget is mérik (például Life Satisfaction Questionnaire: Beutel és mtsai 2002). Vannak olyanok is, akik kifejezetten a szexuális elégedettség mérésére kifejlesztett kérdőíveket használnak. Ilyen például az öttételes Satisfaction with Sexual Life Scale (Flynn és

mtsai 2016), a szintén öttételes Global Measure of Sexual Satisfaction (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014), vagy a tizenkét tételes New Sexual Satisfaction Scale (Antičević, Jokić-Begić és Britvić 2017). A szakirodalomban a szexuális elégedettség egykérdéses mérése széles körben elterjedt gyakorlat – egy review tanulmányban huszonöt olyan kutatást azonosítottak, amely ezzel a módszerrel készült (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014).

A rendkívül terjedelmes szakirodalom eredményeit röviden összegezve (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014; Freihart, Sears és Meston 2020; Rausch és Rettenberger 2021) megállapíthatjuk, hogy a szexuális elégedettséget számos tényező határozhatja meg. Az egyéni tényezők közül a szexuális elégedettséget csökkentheti többek között a magas életkor, az alacsony iskolázottság, az alacsony jövedelem, a testi betegségek és a mentális zavarok (például depresszió, alkoholizmus) jelenléte. Ezzel szemben az egyéni jellemzők közül növelheti a szexuális elégedettséget a rendszeres fizikai aktivitás és a pozitív szexuális attitűdök jelenléte. A szexuális elégedettség másik kiemelkedően fontos dimenziója a párkapcsolat. A pár tagjainak jó általános és szexuális kommunikációja, a megfelelő párkapcsolati intimitás, a kellőképpen gyakori és változatos szexuális élet jelentősen növelhetik a szexuális elégedettséget. A szexuális elégedettségre azonban nem csupán a párkapcsolat, hanem a tágabb értelemben vett társas (például a családi) kapcsolatok is hatással lehetnek. A család megfelelő működése, a támogató emberi kapcsolatok a vizsgálatok szerint a szexuális elégedettséget is növelik. Ezeken a területeken azonban a kutatások száma alacsony – hasonlóképpen a szexuális elégedettség társadalmi befolyásoló tényezőinek vizsgálatához. Például a vallásosság terén ellentmondásosak a kutatási eredmények. Miközben egyes vizsgálatok szerint a vallásos emberek szexuális elégedettsége alacsonyabb (amit a kutatók a szexualitással kapcsolatos bűntudattal hoznak összefüggésbe), aközben más vizsgálatok nem találtak ilyen összefüggést.

Saját elemzéseink során nem találtunk nemi különbséget a szexuális elégedettség terén. A szakirodalomban ezzel kapcsolatban is ellentmondásos eredmények vannak: egyes vizsgálatok szerint a férfiak elégedettebbek, más kutatások szerint a nők, a legtöbb tanulmány azonban – saját eredményeinkhez hasonlóan – azzal a megállapítással zárul, hogy

nemi különbségek nem mutathatók ki (Del Mar Sánchez-Fuentes, Santos-Iglesias és Sierra 2014).

Számos egyéb területen azonban azonosítottuk a szexuális elégedettség meghatározó tényezőit. A szociodemográfiai adatok közül ilyen az életkor, a családi állapot, az iskolai végzettség és a személyes nettó jövedelem. Eredményeink szerint szexuális életükkel leginkább a 40 és 49 év közöttiek elégedettek. Hasonló eredményre jutottak Flynn és mtsai (2016): adataik szerint a harmincas évek végétől a negyvenes évek közepéig tartó időszakban a legelégedettebbek az emberek a szexualitásukkal. Érthetővé teszi ezt az eredményt, hogy az életkor növekedésével eleinte az emberek szexuálisan egyre tapasztaltabbá, érettebbé válhatnak, idősebb korban azonban csökken a szexuális aktivitás, és növekszik a szexuális zavarok, a krónikus betegségek gyakorisága – mindezek pedig csökkentik a szexuális elégedettséget. Az iskolai végzettség befolyásoló szerepe a szakirodalomban jól ismert – az összefüggést a kutatók leginkább a magasabb iskolai végzettséggel társuló jobb kommunikációra vezetik vissza (Rainer és Smith 2012). Adataink szerint a jobb anyagi helyzet is magasabb szexuális elégedettséggel jár együtt. Ezen a téren a szakirodalmi adatok megint csak ellentmondásosak (egyesek pozitív, mások negatív kapcsolatot mutattak ki). A saját kutatásunkban is megerősített pozitív együtt járás magyarázata lehet, hogy a jobb anyagi helyzet jobb testi és lelki egészségi állapottal jár együtt, ezek pedig jobb szexuális funkciókkal társulnak (Velten és Margraf 2017).

Adataink azt mutatják, hogy a párkapcsolatban (házasságban és élettársi kapcsolatban) élők sokkal elégedettebbek a szexuális életükkel, mint az egyedülállók. Bár ezen a téren is találhatók ellentmondásos kutatási eredmények, a legtöbb vizsgálat – a sajátunkkal megegyezően – azt igazolta, hogy a párkapcsolatban élők elégedettebbek a szexuális életükkel (Antičević, Jokić-Begić és Britvić 2017).

Eredményeink szerint azok, akiknek van gyermekük, elégedettebbek a szexuális életükkel, mint azok, akiknek nincs. Ezen a területen kevés összehasonlítható kutatás van. Az első gyermek születését követő időszakban (egy éven belül) csökken a szexuális elégedettség (Leavitt és mtsai 2017). Ezt érthetővé tehetik az átalakuló szerepek (a férfi-női kapcsolat apaivá-anyaivá alakulása és az ezzel kapcsolatos szerepkonfliktusok),

valamint a szüléssel járó női testképváltozások. Saját kutatásunkban azonban nem erre az egy évre összpontosítottunk, hanem általában vizsgáltuk, hogy a gyermekes vagy a gyermektelen emberek elégedettebbek-e a szexuális életükkel. Ezen a téren nem találunk összehasonlításra alkalmas szakirodalmi adatot. Saját eredményeinket magyarázhatja, hogy egyrészt az egyedülállók (akik körében magasabb a gyermektelenek aránya) már eleve elégedetlenebbek a szexuális életükkel, mint a párkapcsolatban élők, másrészt a gyermekvállalás nagyobb fokú párkapcsolati elkötelezettséget is jelent.

Vizsgáltuk továbbá egyes életmódbeli tényezők szerepét a szexuális elégedettségben. Eredményeink szerint az alkoholfogyasztás növekedése csökkenti, míg a rendszeres sportolás növeli a szexuális élettel való elégedettséget. A túlzott alkoholfogyasztás a testi és a mentális egészséget egyaránt károsíthatja, szexuális zavarokhoz és párkapcsolati konfliktusokhoz vezethet – mindezek pedig érthetővé teszik a szexuális elégedettségre gyakorolt negatív hatást (O'Farrell és mtsai 1997). A sportolás pozitív hatását a szexuális elégedettségre más kutatások is igazolták (Hsiao és mtsai 2012), az összefüggést a sport pozitív szomatikus és mentális következményei teszik érhetővé. Nem találtunk azonban összefüggést a testtömegindex és a szexuális elégedettség között. Ugyanerre a következtetésre jutottak más kutatók is (Smith és mtsai 2012).

Adataink szerint rontja a szexuális elégedettséget a depresszió és az észlelt stressz. Ezek az eredmények is összhangban vannak a szakirodalmi megállapításokkal (Carcedo és mtsai 2020; Abedi és mtsai 2015). Az összefüggést a depresszió és a stressz szexuális életre gyakorolt negatív hatásai érthetővé teszik.

A párkapcsolat minőségének vizsgálatára a házastársi stressz mértékét választottuk. Ezt az indokolja, hogy a szakirodalomban jól ismert tény ugyan, hogy a párkapcsolati elégedettség és a szexuális elégedettség szorosan együtt jár (Sprecher és Cate 2004), a házastársi stresszt azonban tudomásunk szerint korábban senki sem vizsgálta ebben a kontextusban. Eredményeink szerint azok, akik nem elégedettek a szexuális életükkel, háromszor nagyobb mértékű házastársi stresszt jeleznek, mint azok, akik mindig elégedettek. Vizsgáltuk továbbá a párkapcsolat egy másik jellemzőjét, az időtartamát is, itt azonban nem találtunk összefüggést

a szexuális elégedettséggel. Ezen a területen a szakirodalmi adatok inkonzisztensek. Egyesek szerint a párkapcsolat időtartamával párhuzamosan csökken a szexuális elégedettség, mert idővel csökkenhet a szexuális vágy és az együttlétek gyakorisága is. Más eredmények szerint a szexuális elégedettség növekszik a kapcsolat előrehaladtával, mert a pár tagjai alaposabban megismerik egymás szexuális igényeit, és jobban ki tudják fejezni saját szexuális vágyaikat is. Valószínűleg az egymással ellentétesen ható tényezők következménye, hogy a legtöbb kutatás – a sajátunkhoz hasonlóan – nem talált összefüggést a párkapcsolat hossza és a szexuális elégedettség között (Rausch és Rettenberger 2021).

A potenciális befolyásoló tényezőket közös, többváltozós modellben elemezve azt találtuk, hogy csupán az életkor, a családi állapot, a túlzott alkoholfogyasztás, az észlelt stressz és a házastársi stressz őrzi meg szignifikáns befolyásoló szerepét. Az esélyhányadosokat tekintve ezek közül a családi állapot volt a legerősebb meghatározó tényező: az egyedülállókhoz képest az élettársi kapcsolatban élők négyszer, a házasok pedig közel hétszer nagyobb valószínűséggel elégedettek a szexuális életükkel. Számos más kutatás is erre az eredményre vezetett. Christopher és Sprecher (2000) például egy teljes évtized kutatási eredményeit áttekintve megállapítják, hogy a házasságban élők számolnak be a legmagasabb szexuális elégedettségről. A szakirodalomban szintén jól ismert, sokszor igazolt megállapítás, hogy a házastársi és a szexuális elégedettség korrelál egymással (Ziaee és mtsai 2014). Saját eredményeink szintén erre utalnak: a házastársi stressz alacsonyabb szintje növeli a szexuális elégedettség valószínűségét.

Összegzés

A szexuális elégedettség az egyén egészségének, életminőségének alapvető komponense, amely fontos szerepet tölt be a párkapcsolatok stabilitásában is. Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy milyen tényezők határozzák meg a szexuális élettel való elégedettséget. Szociodemográfiai (életkor, családi állapot, iskolázottság, jövedelem stb.), életmódbeli (alkoholfogyasztás, sportolás), a mentális egészséggel összefüggő (stressz, depresszió) és párkapcsolati elemeket (gyermek megléte, a párkapcsolat minősége) egyaránt azonosítottunk. Ezeket a tényezőket egy többváltozós modellben elemezve megállapítottuk, hogy valamennyi befolyásoló tényező közül az életkor,

a családi állapot, a túlzott alkoholfogyasztás, az észlelt és a házastársi stressz szerepe a legmeghatározóbb.

Vizsgálati eredményeinket összegezve tehát megállapíthatjuk, hogy szexuális életükkel leginkább a középkorú, alkoholproblémáktól mentes, párkapcsolatban (leginkább házasságban) élő, az egyéni és a párkapcsolati stresszt is hatékonyan kezelni tudó emberek elégedettek. Kutatásunk ugyanakkor nem ad választ a kölcsönhatások irányaival kapcsolatos kérdésekre: vajon a jó párkapcsolat, az alacsonyabb stressz-szinttel jellemezhető házasság eredményez nagyobb fokú szexuális elégedettséget, vagy a harmonikus szexualitás járul hozzá a stressz-szint csökkenéséhez és a párkapcsolat stabilitásához?

Az összefüggéseket elemző korábbi kutatások arra mutatnak rá, hogy a házastársi stressz és a külső stressz hatnak egymásra, és mindkettőt mediálja a pár tagjai közötti kommunikáció (Ledermann és mtsai 2010). Ez azt jelenti, hogy a párkapcsolat jó működéséhez megfelelő stresszkezelő és kommunikációs készségekre van szükség. Kutatásunk adatai így arra is felhívják a figyelmet, hogy ezeknek a készségeknek az elsajátítása, fejlesztése, akár a közoktatás keretein belül jelentősen hozzájárulhatna a válási arány csökkentéséhez, a párkapcsolatok harmonikusabbá, stabilabbá válásához.

Felhasznált irodalom

Abedi, Parvin, Mahnaz Afrazeh, Nahid Javadifar and Azadeh Saki (2015) The relation between stress and sexual function and satisfaction in reproductive-age women in Iran. A cross-sectional study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. Vol. 41. (4): 384–390.

Antičević, Vesna, Natasa Jokić-Begić and Dolores Britvić (2017) Sexual self-concept, sexual satisfaction, and attachment among single and coupled individuals. *Personal Relationships*. Vol. 24. (4): 858–868.

Beutel, Manfred, Jörg Schumacher, Wolfgang Weidner and Elmar Brähler (2002). Sexual activity, sexual and partnership satisfaction in ageing men—results from a German representative community study. *Andrologia*. Vol. 34. (1): 22–28.

Carcedo, Rodrigo J., Noelia Fernández-Rouco, Andres A. Fernández-Fuertes and Jose Luis Martínez-Álvarez (2020) Association between sexual satisfaction and depression and anxiety in adolescents and young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. (3): 841–858.

Christopher, F. Scott and Susan Sprecher (2000) Sexuality in marriage, dating, and other relationships. A decade review. *Journal of Marriage and Family*. Vol. 62. (4): 999–1017.

Del Mar Sánchez-Fuentes, Maria, Pablo Santos-Iglesias and Juan Carlos Sierra (2014) A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 14. (1): 67–75.

Edwards, John N. and Alan Booth (1994) Sexuality, marriage, and well-being. The middle years. In: Alice Rossi (ed.) *Sexuality Across the Life Course*. Chicago: The University of Chicago Press. 233–259.

Flynn, Kathrin E., Li Lin, Deborah Watkins Bruner, Jill M. Cyranowski, Elizabeth A. Hahn, Diana D. Jeffery, Jennifer Barsky Reese, Bryce B. Reeve, Rebecca A. Shelby and Kevin P. Weinfurt (2016) Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life throughout the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*. Vol. 13. (11): 1642–1650.

Freihart, Bridget K., Mackenzie A. Sears and Cindy M. Meston (2020) Relational and interpersonal predictors of sexual satisfaction. *Current Sexual Health Reports*. Vol. 12. (3): 136–142.

Hsiao, Wayland, Adam B. Shrewsberry, Kelvin A. Moses, Timothy V. Johnson, Amanda W. Cai, Peter Stuhldreher, Beau Dusseault and Chad W. M. Ritenour (2012) Exercise is associated with better erectile function in men under 40 as evaluated by the International Index of Erectile Function. *The Journal of Sexual Medicine*. Vol. 9. (2): 524–530.

Leavitt, Chelom E., Brandon T. McDaniel, Megan K. Maas and Mark E. Feinberg (2017) Parenting stress and sexual satisfaction among first-time parents. A dyadic approach. *Sex Roles*. Vol. 76. (5): 346–355.

Ledermann, Thomas, Guy Bodenmann, Myriam Rudaz and Thomas N. Bradbury (2010) Stress, communication, and marital quality in couples. *Family Relations*. Vol. 59. (2): 195–206.

O'Farrell, Timothy J. O., Keith A. Choquette, Henry S. G. Cutter and Gary R. Birchler (1997) Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics. Comparison with nonalcoholic maritally conflicted and nonconflicted couples. *Journal of Studies on Alcohol*. Vol. 58. (1): 91–99.

Rainer, Helmut and Ian Smith (2012) Education, communication, and wellbeing. An application to sexual satisfaction. *Kyklos*. Vol. 65. (4): 581–598.

Rausch, Diana and Martin Rettenberger (2021) Predictors of sexual satisfaction in women. A systematic review. *Sexual Medicine Reviews*. Vol. 9. (3): 365–380.

Smith, Anthony M. A., Kent Patrick, Wendy Heywood, Marian K. Pitts, Juliet Richters, Julia M. Shelley, Judy M. Simpson and Richard Ryall (2011) Body mass index, sexual difficulties and sexual satisfaction among people in regular heterosexual relationships. A population-based study. *Internal Medicine Journal*. Vol. 42. (6): 641–651.

Sprecher, Susan and Rodney M. Cate (2004) Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In: John H. Harvey, Amy Wenzel and Susan Sprecher (eds) *The Handbook of Sexuality in Close Relationships*. Mahwah, New Jersey: Psychology Press. 245–266.

Velten, Julia and Jürgen Margraf (2017) Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PloS One*. Vol. 12. (2): e0172855.

Ziaee, Tayebe, Yadollah Jannati, Elham Mobasheri, Taraneh Taghav, Habib Abdollahi, Mahnaz Modanloo and Naser Behnampour (2014) The relationship between marital and sexual satisfaction among married women employees at Golestan University of Medical Sciences, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*. Vol. 8. (2): 44–51.

Susánszky Anna, Engler Ágnes

A szülés és a szülésélmény hatása a további gyermekvállalási hajlandóságra

Bevezetés

A szülés, születés életünket meghatározó, több generáción átívelő hatásokat kiváltó élmény, ezért nem lényegtelen, milyen módon és kinek a segítségével készülnek fel a leendő szülők gyermekük érkezésére. A születés módja, eseményei befolyásolják többek között a gyermek későbbi egészségét (Polgár 2004), az anya-gyerek kapcsolat alakulását, a gyermek kötődési mintáját, amely felnőttkorban összefüggést mutat a párkapcsolat, illetve a saját gyermekkel való kapcsolat alakulásával is (Varga 2011). A szülés élményének vizsgálatával foglalkozó kutatók rávilágítottak, hogy a negatív szülésélmény összefüggésbe hozható a postpartum depresszió (Bell és Andersson 2016) vagy akár a poszttraumás stressz tüneteinek kialakulásával. Gottvall és Waldenström (2002) stockholmi vizsgálatuk alapján bemutatták, hogy azoknak a nőknek, akiknek negatív tapasztalataik voltak az első szüléssel kapcsolatban, kevesebb gyermekük született a későbbiekben, illetve hosszabb idő telt el a második gyermekük születéséig. Az említett kutatások csupán néhány kiragadott problémakörre utalnak a számos pszichológiai, mentálhigiénés, nevelési vagy szocializációs területen megjelenő diszfunkciókból, amelyek a szülésre való felkészítésnek, a szüléstámogatásnak, illetve az újszülöttgondozás segítésének elmaradását vagy részleges elmaradását követhetik.

A szülésre való felkészülés, a szülés előtti tájékozódás a szülésélmény meghatározó tényezője, amely segítheti az együttműködést a szülést segítő szakemberekkel. A szülési terv a szülést segítő szakemberek és a várandós nő közötti kommunikáció eredményeképp megfogalmazott preferencialista, melyben a várandós nő leírja, hogy mit hogyan szeretne a szülés alatt, mit szeretne elkerülni, és ezek figyelembevételét kéri a személyzettől. A szülési tervbe beletartozik például az, hogy kinek a jelenlétét szeretné a szülés alatt, milyen fájdalomcsillapítási elképzelése van, milyen testhelyzetben szeretne szülni, milyen segédeszközöket kívánna igénybe venni. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban több évtizede létezik ilyen

szülési terv, sok helyen formanyomtatványokat is használnak a leggyakrabban előforduló kérdések tisztázására. Többek között kórházak szülészeteinek vagy más segítőknek a honlapjain Magyarországon is találhatnak a várandós nők részletes információkat, szüléstervmintákat, amelyeket saját személyükre szabva használhatnak.[1] A szülési tervvel kapcsolatos egyeztetés talán csökkentheti az olyan helyzetek esélyét, amikor a szülő nő tájékozott beleegyezése nélkül történik beavatkozás a szülés során (Szebik és mtsai 2018).

Kutatási eredmények igazolták (például Mei és mtsai 2016), hogy ha volt írásos szülésterve a várandós nőnek, illetve minél inkább megvalósultak az abba foglalt elvárások, igények, annál elégedettebb volt, annál pozitívabban értékelte szülésélményét. Héjja-Nagy Katalin 2013-as magyar vizsgálata is alátámasztotta, hogy a szülésélményt kedvezően befolyásolja a szülésre való tudatos felkészülés (Héjja-Nagy 2015). Kisdi (2016) hazai kvalitatív kutatása során negyven nő szülésről készült interjúját elemezték a szülésélmény szempontjából, és rámutattak, hogy a pozitív élmény megélésében a külső körülmények közül a szülést segítő szakemberek támogató hozzáállásának és megfelelő kommunikációjának van a legfontosabb szerepe.

A pár felkészítése a szülésre, a szülői teendőkre és szerepekre a családi életre nevelés (CSÉN) egyik sarokköve. Az Amerikai Egyesült Államokból mozgalomként induló, majd komplex gyakorlattá és interdiszciplináris tudománnyá váló családi életre nevelés a leendő és a már működő családokkal egyaránt foglalkozik. Az előbbi életszakaszban a kulcsszó a felkészítés (például a párkapcsolatra, a szülői szerepre, a felelős és önálló felnőtt életre), az utóbbiban pedig a támogatás (például a gyermekgondozásban, a gyermeknevelésben, a munka és a magánélet összehangolásában, az intergenerációs együttműködésben), amely mindkét esetben oktatás, képzés, nevelés formájában valósul meg. A családi élet támogatása számos tudományterület szakembereinek és kutatóinak kooperációja vagy párhuzamos tevékenysége által válik valóra. A szüléssel és a születéssel kapcsolatos felkészítésben megjelenik többek között az orvostudomány, a pszichológia, a mentálhigiéné, a jogtudomány és a neveléstudomány is.

1 https://emmaegyesulet.hu/emma-konyvtar/szulesi-terv/

A családi életre való felkészítésben élenjáró országokban (elsősorban az Amerikai Egyesült Államok és Nyugat-Európa államai) a szülésélménnyel általánosságban leginkább az 1970–80-as években foglalkoztak a kutatók, az azt követő időszakban a hangsúly áthelyeződött az egyes társadalmi csoportok vizsgálatára (például hátrányos helyzetűek, leányanyák) vagy a folyamat intézményi (orvosi) megközelítésére. A hazai tudományos irodalom később kezdte feltárni a témakört, de az ezredforduló után egyre több empirikus vizsgálat eredményei adtak támpontot a szülő nők és családjaik szülésélményével kapcsolatban a szülővé válás elősegítésében részt vevők munkájához (például Héjja-Nagy 2015).

A szülésélményt meghatározó három időszakaszt – várandósság, szülés, kórházi (intézményen kívüli szülés esetén közvetlenül a szülés utáni) újszülöttellátás – a család mellett szakértői figyelem is kíséri. Hagyományos keretek között, sok évszázadon át a család és az azt körülvevő kisközösségek tagjai figyeltek az anya és gyermeke egészségére, fejlődésére. A folyamatkísérés mellett konkrét teendőket is elláttak, gondoljunk többek között a család női tagjainak, a bábának, szükség esetén a házhoz érkező orvosnak, papnak a részvételére a szülés lefolyásában vagy segítségére a gyermekágyas időszakban, vagy például az egyházi közösség, a szomszédok komatáljaira. A családtagok vagy a családot körülvevő mikroközösségek a családalapításra, a férfi és női, az apai és anyai szerepekre való felkészítésben is komoly szerepet vállaltak.

A család felkészítő és támogató közreműködése – a családi élet egészéhez hasonlóan – egyre inkább meggyengülni látszott a 20. század elején, a markáns társadalmi-gazdasági hatások következményeként átalakult családi munkamegosztás, családszerkezet, időfelhasználás ekkor már egyértelműen körvonalazta a külső támogatás igényét. Ez hívta életre a családi életre nevelés mozgalmát, amely kezdetben a meglévő családok életében nyújtott szakmai segítséget (egyfajta szülők iskolájaként), később pedig a gyermekek és fiatalok felkészítését is vállalta a felnőtt életre. Idővel aztán a másodlagos szocializációs közeg, az intézményi nevelés hozzájárulása is szükségessé vált a fiatal generációk későbbi boldogulásának biztosításához. A hetvenes évektől a hazai köznevelési, közoktatási intézményekben is fokozatosan megjelent a családi életre nevelés, nem koncentrált módon, hanem egyes tananyagok részeként. Mivel a családi életet érintő

rendkívül széles témakörök (például társas kapcsolati kultúra, szexualitás, szülés, gyermeknevelés, testi-lelki egészség, idősgondozás, pénzügyi tudatosság) igen sokrétű ismeretet és kompetenciakészletet igénylő és megmozgató oktatást feltételeznek összehangolt elméleti és gyakorlati módon, a családi életre neveléssel foglalkozó szakemberek rendszeresen felhívják a figyelmet, hogy ezek a témák tervezettebben és hatékonyabban jelenjenek meg a köznevelésben, a felső- és felnőttoktatásban (Skrabski és Kopp 2010; Engler, Kozek és Németh 2020).

Visszatérve a szülésélmény témakörére, elmondható, hogy a gyermekvállalás éppen a családi életre nevelés felkészítő és támogató funkciójának a határmezsgyéjén helyezkedik el, hiszen az a várandósságra, a szülésre, illetve a gyermekgondozásra- és nevelésre készít fel, s kíséri ezeket a folyamatokat. Tanulmányunk mindkét funkciót érinti, hiszen a várandósság, a szülés és a szülést követő időszak megélésének sikere egyrészt a felkészítésben keresendő, másrészt az események résztvevőinek professzionalitásában, szemléletében és a minőségi környezeti-technikai körülményekben.

Érdekes kérdés, hogy a szülésre mint az egyik legintimebb életeseményre való felkészülésben a család vagy a képzett szakemberek részvétele meghatározóbb-e. Sargent és Stark (1989) azt találták, hogy a várandós nők számára a személyes kapcsolati hálójuk tapasztalatai, élményei, a családi és rokoni legendák, hiedelmek hitelesebbnek bizonyultak, mint a szakértői felkészítések. Hasonló következtetésre jutott Ketler (2000) is, aki ezt azzal magyarázza, hogy az ismerősök által közölt információk és tapasztalatok olyan társadalmi hálózatba ágyazódnak, amelynek tagjait az érintettek jól ismerik, és ez mindent felülmúló bizalmat és biztonságérzetet nyújt a várandós nőknek, hiszen a hozzánk hasonló ismert személyek tapasztalataiba vetett bizalomnak mindig énerősítő hatása van. Ezt támasztja alá, hogy az alanyok többsége rokonoktól és barátoktól szerezte a szüléssel kapcsolatos információit, az orvosi, valamint szülésznői és egyéb szakmai informátorok a lista végén helyezkedtek el. A szerző ugyanakkor felhívja a figyelmet a lehetséges dezinformációra és az orvostudomány-ellenességre is, amelyek viszont veszélyeztetik a felkészítés sikerét. Éppen ezért óvatosan összegzi tapasztalatait: a kurzusok formális, orvosbiológiai vonatkozásai annak a külső igénynek felelnek meg, mely szerint a várandós nők legyenek elég felelősségteljesek ahhoz, hogy megfelelő anyák legyenek;

a tapasztalati tudás cseréje pedig belső igényt kielégítve megnyugtatja, ellazítja, félelmektől és kétségektől óvja meg a kismamákat.

A szerző mindemellett az orvosbiológiai ismeretek átadását az anyaság további medikalizálása elsődleges eszközének tekinti. A természetes és a medikalizált szülések bőséges irodalmát részletesen nem tekintjük át, de megemlítjük, hogy a szülés humanizálódását különböző brazil társadalmi csoportokban vizsgálva Giacomini és Hirsch (2020) másokhoz hasonlóan megkockáztatja a „szülészeti erőszak" fogalmát a szülő nők részéről szükségtelennek és károsnak tartott olyan eljárásokkal kapcsolatban, mint például a beöntés, a gátmetszés, a fekvő helyzetre kényszerítés vagy a családtagok kizárása.

Ketler éppen azért kezdte el idézett vizsgálatait, mert úgy látta, a szülés medikalizálásával kapcsolatos képzések háttérbe szorították a várandósságban és a szülésben részt vevők, elsősorban a nem hivatásos személyek jelentőségét. Ő maga szülésfelkészítő tanfolyamokon végzett megfigyeléseket, s azt találta, hogy habár a kurzusok kimondott célja orvosbiológiai ismeretek átadása volt, mégis a nők tapasztalatain alapuló tudás megjelenése dominált. A kórházak által szervezett tanfolyamokon megfigyelte, hogy az oktatók legfőbb célja a pozitív szülési élmény elérése volt, a fájdalom és a testi folyamatok pozitív elfogadtatása, a császármetszés mint lehetőség közelebb hozása, a hasznos orvosi szókincs elsajátíttatása, végül jó vélemény kialakítása a kórházról. Ezáltal a szülő nők a felkészült ellátás és az ezáltal nyújtott biztonság érdekében elfogadták a kórház szabályait. Ezzel szemben Kitzinger (2008) megállapítja, hogy a kórházi protokoll és a totalitárius intézményrendszer a szülészeten dolgozókat is a megszokott viszonyrendszerbe kényszeríti, ezzel korlátok közé szorítva, meghatározva tevékenységüket. A másik típusú (egyesület által, kórházon kívül szervezett) vizsgált felkészítő kurzus célja a szülők észszerű döntések meghozatalához szükséges információkkal való ellátása.

Az ilyen tanfolyamok a szülést normális, nem kóros eseményként definiálva megerősítették a szülők bizalmát a szülési események kontrollálásában. Kisdi (2016) egyébiránt egyenesen paradigmaváltásról beszél, melynek során a modern, medikalizált szülészetről áttérünk a posztmodern szüléskultúrára, amelyben szakemberek kísérik (és nem irányítják)

a szülést, szintézist teremtve a tudomány és az ösztönös női tudatosság, illetve a családi összetartás között.

A felkészítéseket mindkét típusú képzésben szülésznők, szülész-nőgyógyász orvosok, gyermekorvosok, pszichológusok és szociális munkások tartották, s a hallgatók ott voltak aktívak, ott alakult ki bizalmas légkör, ahol a felkészítők nemcsak megtartották az előadásokat, és helyt adtak a kérdéseknek (amivel a tanfolyam résztvevői többnyire nem éltek), hanem ahol a foglalkozás vezetője engedte a személyes tapasztalatok megosztását, a beszélgetések kialakulását.

Ez az eredmény a módszertani megfontolások területére is átvezet. Az előbbi vizsgálatban a klasszikus előadói szerep és a frontális módszerek kevésbé bizonyultak eredményesnek, de ahol a (felnőtt)oktató inkább facilitátori szerepben tűnt fel, hatékonyabbá váltak a foglalkozások.

Hosszabb kitekintést igényelne, de röviden megemlítjük az általános iskolázottság szerepét is a szülésfelkészítés és a köznevelésben formálisan megjelenő családi életre nevelés összefüggésében. Kutatások sora támasztja alá, hogy a magasabb iskolai végzettségű nők körében kisebb eséllyel fordul elő magzati veszteség, csecsemőhalandóság, koraszülés és alacsony születési súly. Ez a magasabb iskolai végzettségűek jobb egészségi állapotával, nagyobb fokú egészségtudatosságával és kedvezőbb egzisztenciális helyzetével is összefügg, de szerepet játszanak benne a hosszabb és minőségibb iskoláztatás során a tudatos gyermekvállalásról és gyermekvárásról megszerzett információk, azaz a családi életre neveléssel kapcsolatos tudás- és kompetenciaelemek. Tooth és Mishra (2015) például áttekinti a rizikótényezőket (életkor, krónikus betegségek, mentális egészség, fertőző betegségek, az egészséget veszélyeztető magatartásformák, párkapcsolati erőszak, a szűréshez és egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés), de kiemelik, hogy az oktatás lehetővé teszi a nők számára a megalapozott döntéseket az egészségükről és az egészségügyi rendszerrel való kapcsolatukról.

Összefoglalva: a pozitív szülésélmény, mely számos emberi, szakmai tényező és körülmény függvénye, rövid távon elégedettséget, bizalmat, boldogságot ad a szülő nőnek és családtagjainak, hosszú távon pedig befolyásolja egy újabb gyermek vállalásának hajlandóságát, a harmonikus párkapcsolatot, az anya-gyermek kapcsolatot, még messzebbre tekintve

pedig a felnövekvő gyermek későbbi párkapcsolati és szülői kötődését. A várandósság és a szülés eseményeiben rejlő pozitív és negatív kimenetek korántsem csak az egyének és a családok életére gyakorolnak hatást, hanem a társadalom egészére is. A többedik gyermek vállalása vagy nem vállalása az ország népesedései viszonyait is befolyásolja. A szűkebb értelemben vett kutatási téma (felkészülés és felkészítés a szülésre) tehát több szinten (egyén, család, társadalom) megjelenő, rövid és hosszú távú következményeket vetít előre, amelyek közül tanulmányunkban a további gyermekvállalással összefüggésben a demográfiai vetületet vizsgáljuk meg.

Kutatásunk során a Hungarostudy 2021 országos reprezentatív felmérés adatait elemezve azt vizsgáltuk, hogy milyen forrásokból tájékozódnak a magyar nők a szülésről a várandósság időszakában, ismerik-e a „szülési terv" fogalmát, tudják-e képviselni a szüléssel kapcsolatos elvárásaikat, valamint azt is, hogy mindezek a tényezők miként függnek össze a szülésélmény minőségének alakulásával, továbbá hogy a korábbi szülésélmény minősége összefüggést mutat-e a későbbi gyermekvállalási hajlandósággal.

Módszerek

Adatok

Elemzéseinket a Hungarostudy 2021 felmérés adatain végeztük. A kutatás módszertani leírását a kötet módszertani fejezete tartalmazza. A szüléssel, szülésélménnyel kapcsolatos kérdéseinkre a kétezer fős, fiatal (18–40 évesek), súlyozott almintában szereplő 976 nő válaszolt. Közülük 365 nő szült már, tehát az ő élményeiket, tapasztalataikat tudtuk elemezni. Kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. Vizsgáltuk a szülés módját (hüvelyi úton vagy császármetszéssel történt-e), helyszínét (kórházban, amikor eljött a szülés ideje; előre tervezett időpontban kórházban; tervezetten otthon; otthonszülést tervezve, kórházi befejezéssel; nem tervezetten otthon). Kértünk információt arról, hogy volt-e a szülő nőnek szülésterve (olyan írásos vagy szóbeli tervezet, amelyben a szülésre készülő nő megfogalmazza és a segítő szakemberek tudomására hozza igényeit, kívánságait, terveit a szülés mozzanataival kapcsolatban); ha volt, az ebben szereplő elképzelések mire vonatkoztak, illetve mennyire valósultak meg a szülés folyamán. Kérdeztünk továbbá arról is, hogy honnan szereztek információt a várandóssággal kapcsolatban. Végül pedig azt kértük, emlékezzenek vissza a legutóbbi szülésükre, és számoljanak

be szülésélményükről. A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a szülésre való felkészülés és maga a szülés élménye milyen összefüggést mutat a tervezett és a megvalósult gyermekszámmal.

Statisztikai eljárások

Adataink elemzése SPSS 27.0 statisztikai programmal készült. A kategorikus változók összehasonlítását khí-négyzet próbával, illetve Fisher-teszttel végeztük. A folytonos normál eloszlású változókat Student-féle t-teszttel hasonlítottuk össze, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatánál pedig varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk. A modellezési eljárás során binomiálisregresszió-elemzést végeztünk.

Szignifikánsnak tekintettük az eltérést $p < 0{,}05$ érték esetén.

Eredmények

	Kategóriák	Esetszám	%
Családi állapot	Egyedülálló	35	9,7
	A házastársával él	214	58,9
	Élettárssal él	114	31,3
Iskolai végzettség	Alapfok	141	38,8
	Középfok	121	33,1
	Felsőfok	102	28,1
A lakóhely településtípusa	Budapest	53	14,5
	Megyeszékhely, megyei jogú város	58	15,9
	Város	129	35,6
	Község, nagyközség	124	34,0
A háztartás szubjektív anyagi helyzete	Nagyon nehéz	10	2,7
	Nehéz	135	37,6
	Tűrhető	113	31,6
	Jó	101	28,1

1. táblázat: A 18–40 éves gyermekes nők szociodemográfiai jellemzői (n = 365)

*1. táblázat*unkban bemutatjuk azoknak a 18–40 éves nőknek a szociodemográfiai jellemzőit, akik már legalább egy gyermeket szültek. Döntő többségük (90%) párkapcsolatban él, házasságban közel kétszer annyian, mint élettársi kapcsolatban. A legtöbb válaszadónak alacsony iskolai

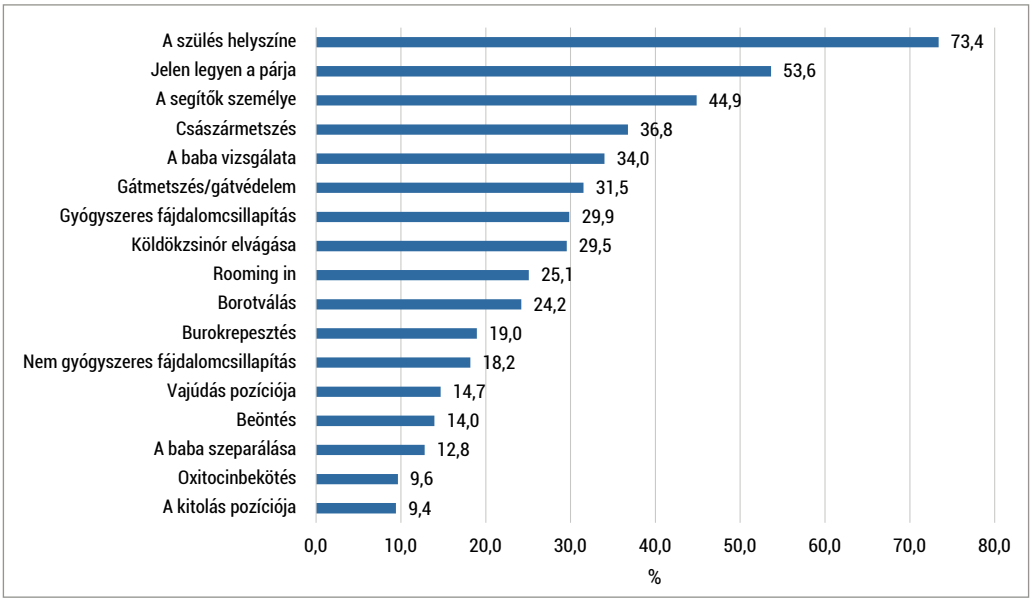
végzettsége van (39%), de a felsőfokú végzettségűek aránya is megközelíti a 30 százalékot. A városi és a községi lakosok aránya 66:34 százalék. A háztartásuk anyagi helyzetét valamivel több mint egynegyedük (28%) minősítette jónak, közel harmaduk (32%) tűrhetőnek, miközben 40 százalékuk nehézségekről számolt be.

Az átlagos életkoruk harminchárom év, a legfiatalabb válaszadó tizenkilenc, a legidősebb pedig negyvenéves volt. Az első szüléskor a nők átlagos életkora huszonnégy év,[2] a legutóbbi szüléskor pedig huszonhét év volt.

Több gyermek szülése esetén kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. A legutóbbi szülések közel háromnegyede (71%) hüvelyi úton, és valamivel több mint egynegyede (29%) császármetszéssel történt, ami jóval az országos császármetszési átlag (2020-ban 41%[3]) alatt van. Szinte minden szülés (99%) kórházi körülmények között zajlott. Mivel egyre több kismama szeretné, hogy szülése során a saját szükségleteit is tekintetbe vegyék, megfogalmazzák azokat az igényeiket, amelyek szerintük biztosítják számukra a leginkább vágyott szülési folyamatot, amely többnyire az úgynevezett háborítatlan szülés. Erre szolgál a szülési terv, amelyre vonatkozóan mi is feltettünk kérdéseket. Vizsgálatunkban a szülésre készülő nők kevesebb mint egyötödének (16%) volt szülési terve. A nők többsége (80%) nem élt ezzel a lehetőséggel, és voltak, akik nem is tudták, mi az a szülési terv (3%), és hogy mire való. Akiknek volt szülési tervük, azok elsősorban a szülés helyszínével (73%), párjuk (54%), valamint a segítő személyek (orvos, bába, dúla, szülésznő) szülésnél tervezett jelenlétével (45%) kapcsolatban fogalmazták meg elképzeléseiket, terveiket *(1. ábra).* A szülési tervet kialakítók átlagosan 8-asra (8,12, SD = 2,15) értékelték terveik megvalósulását egy tízfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem valósult meg; 10 = teljes mértékben megvalósult), tehát többnyire elégedettnek mondhatók a tervek teljesülését illetően. A többi körülményre (beöntés, borotválás, burokrepesztés, gyógyszeres és nem gyógyszeres fájdalomcsillapítás, a vajúdás pozíciója, gátmetszés/gátvédelem, oxitocin bekötése, a kitolás pozíciója, a köldökzsinór elvágása, a baba vizsgálata, a baba szeparálása, a rooming-in szolgáltatás igénybevétele, császármetszés) lényegesen kevesebben tértek ki a tervezés során.

2 Ez öt évvel marad el az országos átlagtól, amely 2021-ben 29,08 év volt.

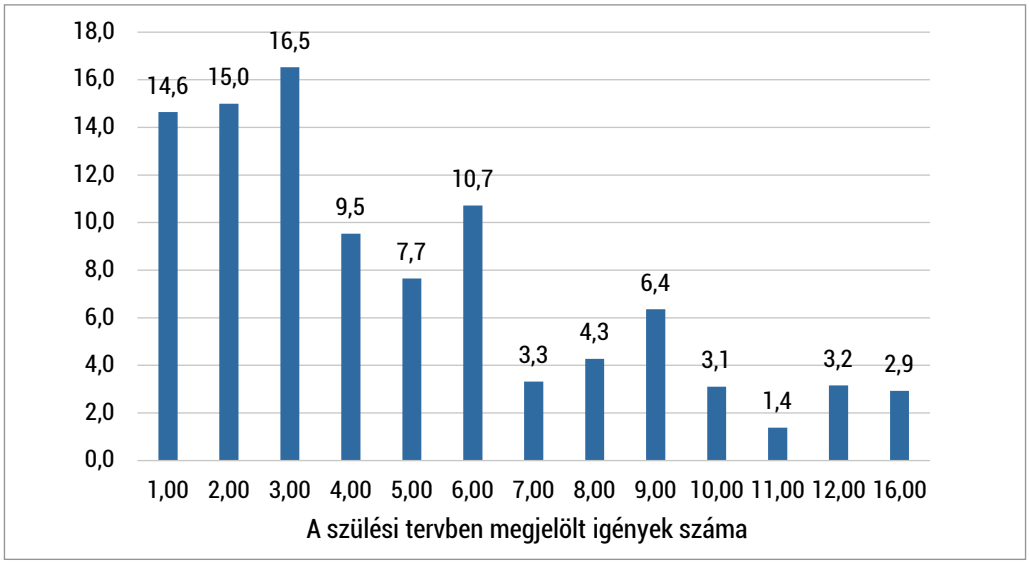
3 Császármetszés-statisztika: https://csaszarvonal.hu/media/static/Szules_csaszarmetszes_statisztika_2020.pdf (Letöltés: 2021. november 9.)



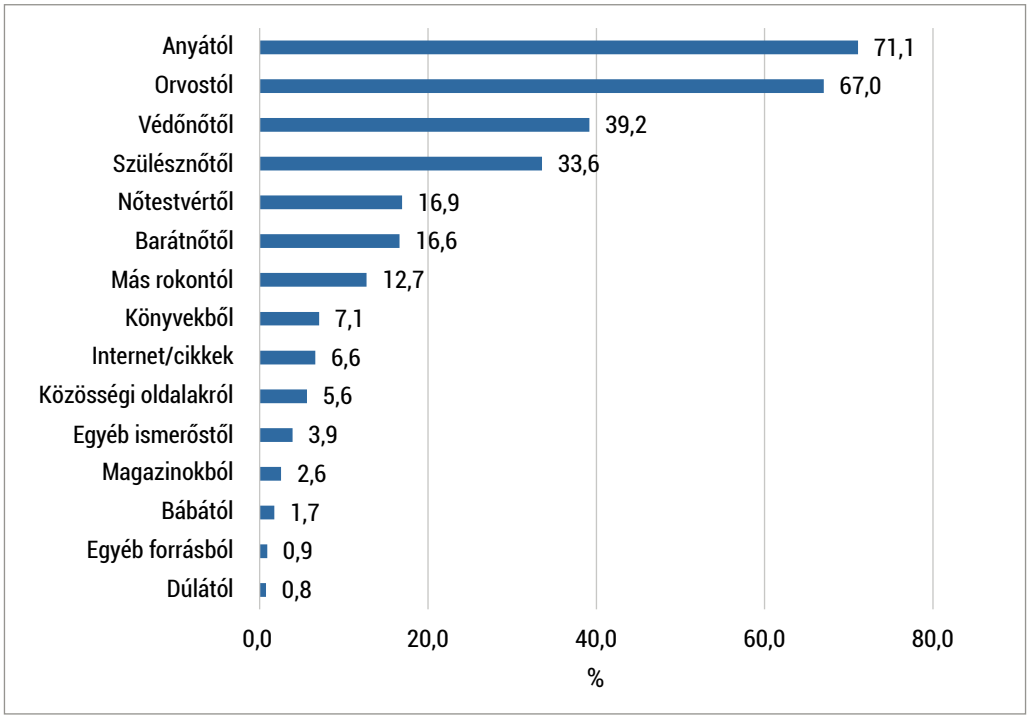
1. ábra: A szülési tervet készítő nők igénypreferenciáinak százalékos megoszlása (n = 60)

A szülési tervben megjelölt igények preferenciái mellett azt is vizsgáltuk, hogy a szülés lefolyásával és az újszülött ellátásával kapcsolatban hány igény fogalmazódik meg, azaz mennyire pontosak, részletesek ezek a tervek *(2. ábra)*. Az igények számossága mutatja a várandós anyák tájékozottságát, ismereteit a vajúdástól az újszülött ellátásáig, illetve arra is utalhatnak ezek a számok, hogy a leendő édesanyák mennyire szeretnék kontrollálni az eseményeket, mennyire tartják fontosnak, hogy szülésük a saját elgondolásuk szerint történjen. A szülési tervet készítő nőknek közel a fele (46%) legfeljebb három szüléssel kapcsolatos igény megvalósulását tartja fontosnak, negyedük (28%) négy-hat, a többiek pedig ennél is nagyobb számú elvárást fogalmaztak meg.

A várandóssággal kapcsolatban a nők elsősorban anyjuktól (71%) és orvosuktól (67%) szereztek információkat. A következő leggyakrabban említett információforrásnak a védőnőket (39%) és a szülésznőket (34%) jelölték meg. A válaszadók közel egyötöde egyenlő arányban (17%) említette, hogy barátnőjéhez, illetve valamelyik női rokonához fordult információért. A nem személyes információforrások (például könyvek, magazinok, cikkek) aránya 6-7 százalék. A szülést segítő, kísérő egyéb szakembert (például bába, dúla) mindössze hat személyt nevezett meg *(3. ábra)*.

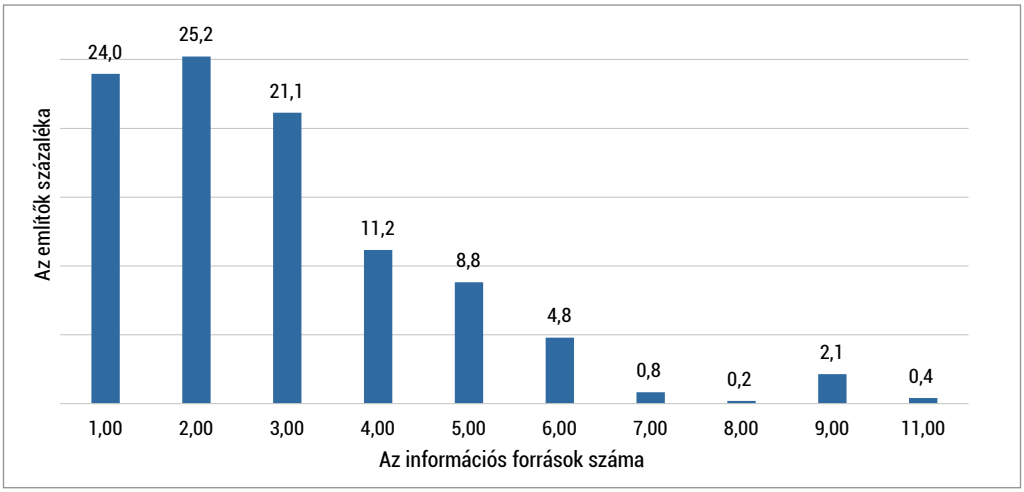


2. ábra: A szülési tervet készítő nők százalékos megoszlása a megjelölt igények számosságát illetően (n = 60)



3. ábra: A várandóssággal kapcsolatos megnevezett információforrások százalékos aránya (n = 364)

A várandóssággal kapcsolatban a nők közel háromnegyede legfeljebb három forrásból tájékozódik, és csak egynegyedük használ ennél több információforrást ismereteinek megszerzése céljából *(4. ábra).*



4. ábra: A várandóssággal kapcsolatos ismeretek megszerzéséhez felhasznált források száma az említők százaléka szerint

Az almintánkba bekerült válaszadóknak átlagosan 1,9 vér szerinti gyermekük van, és átlagosan 2,4 gyermeket tartanak ideálisnak egy családban. A tervezett gyerekszám 74 százaléka már megvalósult, azaz ezekben a családokban annyi gyerek született, ahányat szerettek volna, míg a családok 7 százalékában a tervezettnél több, 19 százalékában pedig kevesebb gyermek született, mint amennyit szerettek volna. Azok, akiknek kevesebb gyermekük született, mint amennyit szerettek volna, 5 százalékban jelölték meg okként, hogy a rossz szülésélmények miatt félnek egy következő terhességtől, szüléstől. Tehát a kívánt gyermekszámnál kevesebb gyermeket vállaló válaszadók 5 százaléka tisztában van azzal, hogy gyermekvállalási hajlandósága összefügg előző rossz szülésélményével.

A további gyermekvállalási tervekkel összefüggésben vizsgáltuk az anyai életkort, a már meglévő gyermekek számát, a várandóssággal kapcsolatos információkat, a szülési tervet és a szülésélményt *(2. táblázat).* A mintánkban szereplő nők közel egynegyede (24%) szeretne még gyermeket, egytizedük (11%) szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni, a többség (65%) pedig nem szeretne további gyermeket vállalni, és ezt nem is tervezi.

Az anyai életkorátlagok szignifikáns eltérést mutatnak: a gyermeket még tervező nők négy évvel fiatalabbak, mint azok, akik már nem terveznek további gyermeket. Ez a jelentősnek mondható különbség a már meglévő gyermekek átlagos számában is megmutatkozik. A gyerekvállalásra már nem vállalkozó családokban átlagosan két gyermek már megszületett. Kevesebb várandósággal kapcsolatos információt gyűjtöttek azok a nők, akik nem terveznek és már nem is szeretnének további gyermeket, mint a másik két csoport tagjai. Szülési tervvel a legfiatalabb, további gyermeket tervező nőknek valamivel több mint az egyötöde (21%) rendelkezett a legutóbbi szülésénél, azaz törekedett arra, hogy a szülés a lehető legjobban menjen számára. A további gyermeket tervező és már nem tervező nők legutóbbi szülésélménye szignifikáns mértékben eltért: a gyermeket tervezők pozitívabb élményről számoltak be (7,01, illetve 6,37).

Ön szeretne és tervez is még gyereket vállalni?	Életkor (n = 351)	Gyermekszám (n = 351)	Információforrás (n = 351)	Volt szülési terve (n = 351)	Szülésélmény (n = 347)
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	n (%)	Átlag (SD)
Igen, szeretne	29,9 (5,1)	1,32 (0,70)	3,28 (2,04)	18 (21,4)	7,01 (2,32)
Szíve szerint szeretne még, de már nem tervezi	32,6 (4,9)	2,15 (1,20)	3,39 (2,02)	4 (10,5)	6,79 (2,31)
Nem szeretne, és nem is tervez gyereket vállalni	34,3 (4,7)	2,16 (0,89)	2,59 (1,63)	35 (15,3)	6,37 (2,35)

2. táblázat: Gyermekvállalási tervek az életkorral, a gyerekszámmal, a várandósságra vonatkozó információkkal, a szülési tervvel és a legutóbbi szülésélménnyel összefüggésben

Következő elemzésünkben azon nők közül, akik már szültek (n = 365), kiválasztottuk azokat, akik nyilatkoztak arról, hogy szeretnének-e még gyermeket (függetlenül attól, hogy mit válaszoltak) (n = 353). Megvizsgáltuk, hogy milyen összefüggés tapasztalható a gyermekvállalási hajlandóság és az anya kora, iskolai végzettsége, párkapcsolata és annak minősége, a már meglévő gyermekek száma, háztartása anyagi helyzetének szubjektív megítélése (szubjektív szegénység, a háztartás helyzete), vallásossága és előző szülésének jellemzői (a szülés módja, szülésélmény) között. A hatások irányának és erősségének vizsgálatára bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk. A *3. táblázat*ban közölt esélyhányados azt fejezi ki, hogy a vizsgált csoportban hányszor nagyobb vagy kisebb egy kijelölt referenciacsoporthoz képest annak esélye, hogy valaki szeretne még gyermeket. Folytonos változók esetében, mint amilyen például az életkor, az

esélyhányadost úgy értelmezhetjük, hogy az életkorban egyévnyi elmozdulás hányszorosára növeli vagy csökkenti a gyermekvállalás esélyét. Csak a szignifikáns értékeket tüntettük fel, zárójelben a referenciakategóriákkal.

Eredményeinkből azt látjuk, hogy az iskolai végzettség, a párkapcsolat léte és minősége, az anyagi helyzet szubjektív megítélése (szubjektív szegénység, a háztartás helyzete), a császármetszéssel történt előző szülés nem befolyásolja szignifikánsan a nők gyerekvállalási hajlandóságát, azaz a további gyermekvállalást.

A már meglévő gyermekek száma és a magasabb életkor csökkentik a további gyermekvállalás esélyét, vagyis minél több gyereke van valakinek, és minél idősebb, annál kevésbé valószínű, hogy tervez következő gyereket. A vallásosság tekintetében elmondhatjuk, hogy minél fontosabb valakinek a mindennapi életvitelében a vallás, annál nagyobb az esélye annak, hogy vállalna további gyermeket. A nem vallásosakhoz viszonyítva azok esetében, akiknek a mindennapi életében a vallás kissé fontos, majdnem két és félszer (OR = 2,35), akiknek nagyon fontos, több mint három és félszer (OR = 3,62), akiknek pedig minden cselekedetét befolyásolja, majdnem tizenegy és félszer (OR = 11,35) nagyobb az esélye, hogy vállalnának még gyermeket.

Minél pozitívabbnak ítéli valaki a legutóbbi szülésélményét, annál nagyobb az esélye, hogy még vállalna gyermeket. Egy átlagponttal jobb szülésélmény-megítélés körülbelül 15 százalékkal növeli annak esélyét, hogy vállalna még gyermeket (OR = 1,14).

	OR (95% CI)
	Vállalna még gyermeket
Életkor	0,87 (0,83–0,92)***
Gyermekek száma	0,39 (0,28–0,56)***
Vallásosság (egyáltalán nem fontos a vallás a mindennapi életvitelében)	
Kissé fontos	2,35 (1,31–4,23)**
Nagyon fontos	3,62 (1,64–7,98)**
Minden cselekedetét befolyásolja	11,35 (2,24–57,50)**
Legutóbbi szülésélménye	1,14 (1,02–1,28)*

Megjegyzés: 95% CI = 95%-os konfidenciaintervallum;
**p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; zárójelben a referenciakategóriát tüntettük fel*

3. táblázat: A szociodemográfiai változók, valamint a vallás és az előző szüléssel kapcsolatos élmények összefüggése a további gyermekvállalás esélyével (bináris logisztikus regresszió)

Megbeszélés

Vizsgálatunk eredményeit összefoglalva tehát láthatjuk, hogy a megszülető gyermekek száma kevesebb, mint amennyit a 18-40 éves gyermekes nők ideálisnak tartanának a családban. A nők több mint egyharmada (35%) szeretne még gyermeket vállalni, de egytizedük (11%) ennek ellenére már nem tervezi a kívánt gyermekek megszületését. Fontos kérdés tehát, hogy mi az oka e különbségnek, mi az oka annak, hogy a kívánt gyermekek egy része nem születik meg. Mi a szülésélményt, illetve az ennek következtében kialakuló, a várandósságtól, szüléstől való félelem előfordulását vizsgáltuk mint lehetséges okot.

Eredményeinkből látható, hogy a szüléssel kapcsolatos félelmek, illetve konkrétan a negatívabb szülésélmények összefüggést mutathatnak a gyermekvállalási hajlandósággal, hiszen a kívántnál kevesebb gyermeket vállalók 5 százaléka meg is fogalmazta okként a megelőző negatív tapasztalatokat.

Minél pozitívabbnak ítéli valaki a legutóbbi szülésélményét, annál nagyobb az esélye, hogy még vállalna gyermeket. Ezt a tényt továbbgondolva annak feltérképezését is fontosnak tartjuk, hogy milyen tényezők befolyásolhatják a szülésélmény alakulását. Engler és munkatársai (2021) kétezer fős mintán (a 2019-ben felkeresett mintában 500-500 fő 2012-ben, 2014-ben, 2016-ban, illetve 2018-ban szült) vizsgálták a szülésélményre pozitívan és negatívan ható tényezőket, s arra jutottak, hogy a szülésélményt a szociodemográfiai változók jelentősen befolyásolják.

Összegzés

Eredményeink alapján elmondható, hogy ha a várandós nő tudatosan készül a szülésre, informálódik, végiggondolja igényeit, kívánságait, terveit e folyamat mozzanataival kapcsolatban, esetleg le is írja ezeket, majd előre megbeszéli a szülésnél őt segítő szakemberekkel (orvos, szülésznő, bába), az növeli annak esélyét, hogy pozitívabb élmény legyen számára a szülése (Mei és mtsai 2016). Mivel adataink szerint a magyar várandósok anyjukon kívül elsősorban az orvosuktól, védőnőjüktől vagy szülésznőjüktől szerzik az információikat, fontos lenne kidolgozni egy szakemberek által összeállított komplex tájékoztató anyagot, melyben a szülésre készülők részletes információt találhatnának a szülés menetéről, a lehetőségeikről, a jogaikról és kötelességeikről stb.

A gyakorlati beavatkozás szempontjából leglényegesebb a szülés pozitív vagy negatív megélése okainak feltárása, elsősorban a következő gyermek megszületése, a kötődési minták, illetve a családban továbbadott narratívák nézőpontjából, amelyeknek hosszú távon demográfiai következményei lehetnek.

Ebből a szempontból vizsgálva úgy látjuk, mind a szülők, mind a szakemberek tehetnek azért, hogy a pozitív szülésélmény ösztönözze a gyerekvállalást. A várandós édesanyák tudatossága, széles körben való tájékozódása a várandósságról és a szülésről (beleértve az informális és a formális csatornákat), a szülés folyamatának tervezése, a gondozásban részt vevő szakemberekkel folytatott hatékony kommunikáció a szülésélmény szempontjából hatékony lenne. A szakmai gárdának (orvos, szülésznő, bába, védőnő, pszichológus stb.) közösen kellene összeállítania egy információs csomagot a témáról, és biztosítania kellene, hogy tartalmát a családok megismerjék, megértsék, mert ez vezethet a várandós nő és a szakember megfelelő kommunikációjához s ezzel a pozitív szülésélményhez. Eredményeinkből megismerve a szülési terv fontosságát javasoljuk ennek megfelelő tájékoztatás melletti beiktatását a várandósgondozásba, azon elvárás mellett, hogy a szülés körüli szaksegítség számára is elfogadottá és követendővé váljék.

Végül, de korántsem utolsósorban a társadalomnak is komoly felelőssége rejlik a pozitív szülésélmény kialakításában, annak ellenére, hogy magánügynek tűnnek a szülés történései. Ahogy korábban utaltunk rá, a szülés és az azt megelőző várandósság, valamint az újszülött ellátása igazolt módon nemcsak az anya és a gyermek kapcsolatára, hanem utóbbinak a majdani párkapcsolati és szülői kötődéseire, mintáira is hatással van. E generációkon átívelő hatás a demográfiai következményeken – tudniillik a gyermekvállalási hajlandóságon – túl az egész társadalom életét meghatározza (például a felnövekvő generációk testi-lelki jólléte, intergenerációs kapcsolatok, munkaerőpiaci részvétel), ezért a szülői szerepre való felkészítésnek (amely a családi életre nevelés koncepciójának is része) már a köznevelésben is van jogosultsága, az egyes korosztályoknak megfelelő módon oktatva az ismereteket.

A társadalmi, állami szerepvállalás a felkészítés mellett a várandósság és a szülés anya-, baba- és családbarát körülményeinek biztosításában is elengedhetetlen. A fentiekből láthatjuk, hogy miért annyira fontos a szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek szemlélete, támogatási hozzáállása.

A szülés feltételeinek javítása, a várandós nők preferenciáinak egyre nagyobb mértékű figyelembevétele a szülésélmény javításán keresztül növeli a további gyermekvállalási kedvet.

Fenti adataink azt is megerősítik, hogy a szülés élménye, tapasztalatai generációkon keresztül adódnak tovább, tehát az anyák negatív vagy pozitív élményei befolyásolják lányaik információit, felkészülését és szülésélményét is.

Az eddigiekben arra próbáltunk rávilágítani, hogy a szüléssel kapcsolatos rossz élményeknek milyen negatív következményei lehetnek. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a szüléssel kapcsolatos pozitív élmények, kiemelkedően fontos pszichológiai következményeiken túl, ösztönözhetik az anyák további gyermekvállalását. Azok az anyák, akik már nem terveznek több gyermeket, kevésbé elégedettek a szülésükkel, mint azok, akik még szeretnének és terveznek is gyermeket. Tehát könnyen elképzelhető, hogy ha egy anya számára pozitív élmény volt a szülése, akkor további gyermekeket is vállalna. S azt szintén láttuk eredményeinkből, hogy a további gyermeket tervező és vállaló nők nagyobb arányban rendelkeztek szülési tervvel, mint azok, akik már nem vállalnának több gyermeket.

Felhasznált irodalom

Bell, Aleeca F. and Ewa Andersson (2016) The birth experience and women's postnatal depression. A systematic review. *Midwifery.* Vol. 39.: 112–123.

Engler, Ágnes, Petra Aczél, Ágnes Réka Dusa, Valéria Markos and Marianna Várfalvi (2021) Appraisals of Childbirth Experience in Hungary. *Social Sciences.* Vol. 10.: 302.

Engler Ágnes, Kozek Lilla és Németh Dóra Katalin (2020) Családi életre nevelés Magyarországon. *Iskolakultúra.* 30. évf. 6. sz. 52–66.

Giacomini, Sonia Maria and Olívia Nogueira Hirsch (2020) "Natural" and/or "Humanized" Childbirth? A Reflection from the Class Perspective. *Estudos Feministas.* Vol. 28. (1): 1–12.

Gottvall, Katrin and Ulla Waldenström (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* Vol. 109. (3): 254–260.

Héjja-Nagy Katalin (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In: Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül.* Budapest: L'Harmattan–Könyvpont. 314–338.

Ketler, Suzanne K. (2000) Preparing for Motherhood. Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy. *Medical Anthropology Quarterly.* Vol. 14. (2): 138–158.

Kisdi Barbara (2016) Rettenetes – túlélhető – csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In: Karlovitz János Tibor (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság.* Komarno: International Research Institute. 321–330.

Kitzinger, Sheila (2008) *A szülés árnyékában. Katarzis vagy krízis?* Budapest: Alternatal.

Mei, Jenny Y., Yalda Afshar, Kimberly D. Gregory, Sarah J. Kilpatrick and Tania F. Esakoff (2016) Birth plans. What matters for birth experience satisfaction *Birth.* Vol. 43. (2): 144–150.

Polgár Marianne (2004) A bélflóra kialakulása újszülöttekben, alakulásának és alakításának jelentősége csecsemő- és gyermekkorban. In: Szakály Sándor (szerk.) *Probiotikumok és humánegészség.* Budapest: G-print Nyomda. 19–29.

Sargent, Carolyn and Nancy Stark (1989) Childbirth Education and Childbirth Models. Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process. *Medical Anthropology Quarterly.* Vol. 3. (1): 36–51.

Skrabski Árpád, Kopp Mária (2010) *A boldogságkeresés útjai és útvesztői a párkapcsolatokban.* Budapest: Szent István Társulat.

Szebik, Imre, Éva Susánszky, Zsuzsa Szántó, Anna Susánszky and Nicholas Rubashkin (2018) Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary. Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. *European Journal of Mental Health.* Vol. 13. (1): 51–69.

Tooth, Leigh and Gita D. Mishra (2015) Mother's education and adverse birth outcomes. *Journal of Epidemiologyand Community Health.* Vol. 69. (9): 821–822.

Varga Katalin (2011) Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae.* 21. évf. 12. sz. 779–784.

Pári András, Palagyi Réka

Az egészségi állapot és az egészségmagatartás jellemzői iker és nem iker típusú testvérkapcsolatokban

Bevezetés

Napjainkban akár egypetéjű, akár kétpetéjű ikrekről beszélünk, különleges eseménynek tartják az emberek, ha ikrek születnek, annak ellenére, hogy egyre gyakrabban találkozhatunk ikerpárokkal. Az ikerkötődésű népesség aránya egy-egy társadalomban nagyon alacsony (2 és 4 százalék között alakul), azonban az utóbbi évtizedekben a fejlett (OECD) országokban az ikrek száma ugrásszerűen megemelkedett (Pári 2015), ami az ikrek népességen belüli arányát is növeli.

Sir Francis Galton nevéhez fűződik az első professzionális ikerkutatás, melyet a *The history of twins, as a criterion of the relative powers of nature and nurture* címmel 1875-ben publikált, és ebben megállapította, hogy az ikrek születését és fejlődését nemcsak a genetika, hanem a környezeti tényezők is befolyásolják (Galton 1875). Később az ikerkutatások eredményei rávilágítottak arra, hogy egyes tulajdonságok, betegségek, szokások kialakulása mennyiben függ a szüleinktől örökölt génektől, és mennyire befolyásolja őket a környezet. Természetes környezet maga a család, mely a szocializáció elsődleges színtere. A szocializáció az egyén egész életén át interakciókon keresztül zajló folyamat, melynek első döntő szakasza a gyermekkor, amikor a szülők, nagyszülők és – nem utolsósorban – a testvérek jelentik a személy számára a legfőbb közösséget (Farkas és mtsai 2012). Különleges és egyedi helyzetet teremt ez azokban a családokban, amelyekben ikrek születnek, hiszen a család, a szülők és a testvér(ek) szocializációját is az egyes és egymás után született gyermekek szocializációjától eltérően alakítja. A Hungarostudy-adatfelvételek során először lettek elemezve a felnőtt ikrek életkörülményei, családi és demográfiai eltérései a testvérrel rendelkezőkhöz és testvérrel nem rendelkezőkhöz képest, ami a korábbi kutatásoktól eltérő módszertant is igényel. Az ikrekkel kapcsolatos kutatás említésre méltó újdonsága, hogy ennek

során a testvérek időben párhuzamosan zajló szocializációját, a testvérkapcsolatok szerepét kiemelve vizsgálhatjuk.

Szakirodalmi áttekintés

Az ikrek testvérkapcsolatairól keveset tudunk, ezeket általában nagyobb kutatások részeként, illetve összehasonlításul szokták elemezni. Az ikrek csak kismértékben különböznek a nem iker testvérektől, és a személyiségükre, illetve az intelligenciájukra vonatkozó tanulmányok azt sugallják, hogy ezek nagyon hasonlók a nem ikrekéhez (Deary és mtsai 2006). Viszont a testvérek közötti együttműködést tekintve az „ikerspecifikus" környezeti hatások a kétpetéjű ikreknél nem érvényesültek, a nem ikrekhez képest kevésbé voltak együttműködők (Mark és mtsai 2017).

A Hungarostudy felmérésekből ismeretes, hogy az önállóság kialakulásával a (gyermekkori) testvérszám szignifikáns összefüggést mutat; a nagycsaládos életformában szocializálódott személyek önállóságának esélyét növeli, ha több testvérük van (Susánszky 2009). Továbbá minél nagyobbra értékelik a család részéről a támogatást, segítőkészséget, annál később indul be a leválási folyamat, az ikrek körében azonban az önállósodás hamarabb elindul, viszont az egymásról való leválás elhúzódhat (Mark és mtsai 2017).

Az egészség-magatartás területe lényegében a viselkedésünknek és az életmódunknak azzal a hatásával kapcsolatos, amely az egészségünket érinti. A genetikailag meghatározott jellemzőkön kívül az egészségünkért saját magunk vagyunk felelősek, és egészség-magatartásunk elsősorban a családban és az iskolában elsajátított modelleken múlik. Ha a család egészségtelenül táplálkozik, vagy elfogadottnak számít benne a dohányzás, az alkoholfogyasztás stb., akkor nagy valószínűséggel a gyermek számára is ez lesz a családi minta. A család szerepét hangsúlyozó hazai kutatásból kiderül, hogy az egyén egészség-magatartását befolyásolhatja a család, illetve a házasság és a párkapcsolat minősége (Czettele 2011), valamint hogy az özvegyek és az elváltak esetén igen magas a halálozási arányszám. Az özvegyi és az elvált lét olyan pszichés faktorokkal jár együtt, amelyek az egészség-magatartást is negatív irányba terelik (Konkolÿ-Thege és mtsai 2008). Tehát számos tényező alakíthatja egészség-magatartásunkat, de a legkiemelkedőbb szerepe a családnak van.

Az egészség-magatartási tényezőket a Hungarostudy adatfelvétele során a dohányzási és alkoholfogyasztási szokásokat érintő kérdések alapján vizsgáltuk. Hazánkban a WHO (2022) adatai szerint igen magas az egy főre jutó alkoholfogyasztás, és statisztikai adatok alapján az is elmondható, hogy a tizenöt éves és annál idősebb népességnek a fele dohányzik, vagy valamikor rendszeresen cigarettázott. Az Európai lakossági egészségfelmérés magyar adatai szerint (Demjén és Kiss 2018) azonban az alkoholfogyasztás tekintetében javulás mutatkozik, hiszen 2009-ről 2014-re kisebb lett az alkoholt fogyasztók aránya. A csökkenő alkoholfogyasztás a férfiakat és a nőket, illetve valamennyi korcsoportot egyaránt érinti (Elekes 2018). A KSH 2014 és 2019 közötti adatai szerint az alkoholt nem fogyasztók száma tovább emelkedett hazánkban.[1]

Az alkoholfogyasztást befolyásolhatják környezeti és társadalmi faktorok, illetve a függőségre való hajlam örökölhető is. Sokáig vitatott volt, hogy a környezeti és a genetikai tényezők kölcsönhatásában vajon melyik faktornak van nagyobb jelentősége. Quickfall és El-Guebaly (2006) ikervizsgálata kimutatta, hogy 50-60 százalékban genetikai tényezők állnak az alkoholizmus hátterében, illetve az egypetéjű ikreknél nagyobb a hasonlóság az alkoholfogyasztási szokásokat illetően, mint a kétpetéjű ikrek esetében. Ugyanakkor a genetikai tényezők mellett nagy szerepük van a társadalmi faktoroknak, így a családnak is, mivel az alkoholhoz való viszonyulást nagymértékben befolyásolják a szülők és barátok alkoholfogyasztási szokásai. Környezeti tényezőnek tekinthetjük a stresszt, amely ma már az élet bármely területén megjelenik. Rhew és munkatársai (2020) Washington államban (USA) élő ikerpárokat vizsgáltak, és arra jutottak, hogy a genetikai háttér csak másodlagosan határozza meg az egyének életmódját. Az elemzés megállapította, hogy a felnőttek életében szignifikánsan katalizálják a közös és egyéni körülmények az egészségre veszélyes mértékű alkoholfogyasztást, ha jelentős a lakókörnyezeti depriváció mértéke.

A dohányzási szokásokat környezeti tényezők és pszichoszociális faktorok is alakíthatják. A stressz és a társas környezet mint környezeti faktor befolyásolhatja a dohányzási magatartást (Bakkné, Tárnoki és Tárnoki

1 A KSH Egészségfelmérés adatai, lásd https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html (Letöltés: 2022. július 20.)

2013). A hivatkozott ikerkutatás szerint, ha az anya vagy az apa nem dohányzik, az jelentősen csökkenti annak esélyét, hogy a gyermekük dohányos legyen. A szülők hatásánál még nagyobb volt az egyik iker hatása a másikra, ugyanis az eredmények alapján, ha az ikertestvér nem dohányzik, az szignifikánsan, 86 százalékkal csökkenti annak esélyét, hogy a másik iker dohányossá váljon. A férfiak körében és/vagy fiatalabb életkorban meghatározó a barátok befolyásoló hatása.

Módszerek

Az adatfeldolgozáshoz az IBM SPSS Statistics 23 programcsomagot vettük igénybe. Az eltéréseket $p < 0{,}05$ érték mellett tekintettük szignifikánsnak. A szociodemográfiai és pszichológiai változók mellett kitértünk az alkoholfogyasztással és a dohányzási szokásokkal kapcsolatos válaszok elemzésére, ez utóbbiakat ugyanazokkal a demográfiai és környezeti tényezőkkel hoztuk összefüggésbe.

Mintaleírás

A Hungarostudy 2021 nagymintás reprezentatív felmérés alapján az ikerpopulációra (alminta) vonatkozóan is vizsgálni lehet olyan lelki, mentális és egészségügyi kérdéseket, amelyekre korábban ikervizsgálatban nem volt példa. A hétezer fős mintából 105 fő iker került be a vizsgálatba. Ők a zigozitás szempontjából – az alacsony elemszám következtében – nehezen elemezhetők, viszont az ikernépességről általában jó betekintést kapunk. Tehát a minta 1,5 százaléka volt (kettes) iker vagy ikerpár egyik tagja.[2] Ez az érték valamelyest alacsonyabb, mint a becsült országos arány (Pári 2015). Közülük önbevallás alapján 53 százalék egypetéjű, 47 százalék pedig kétpetéjű iker.

2 A kérdőívben a *„Van Önnek ikertestvére?”* és az *„Önök egypetéjű ikrek?”* kérdéssel elemeztük a zigozitást. Egy személy jelölte meg, hogy több mint két ikertestvére van, tehát többes ikrek egyik tagja. A kutatásban a kettes ikreket elemeztük, a többeseket nem vizsgáltuk. Továbbá az ikrek körében hatszorhétszer magasabb az átlagnál a csecsemőhalandóság (Pári 2014), ezért ha a kettesiker-szülések során egy élveszületett gyermek jön világra, vagy az egyik csecsemő egyéves kora előtt meghal, akkor az egyes gyermeket is ikerként tekintjük.
A mintába nem ikerpárok kerültek, hanem olyan (iker) személyek, akik arról nyilatkoztak, hogy van ikertestvérük.

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	Van testvére (n = 5362)						Nincs testvére (n = 1602)
	Igen, ikertestvér			Igen, de nem ikertestvér			
	MZ (n = 56)	DZ (n = 49)	Összesen (n = 105)	Egy testvér (n = 2727)	Két vagy annál több testvér (n = 2530)	Összesen (n = 5257)	
	Átlag (95%-os CI) n (%)						
Életkor							
átlag	48,95 (44,63–53,27)	50,08 (45,52–54,63)	49,47 (46,38–52,55)	47,24 (46,62–47,86)	51,17 (50,46–51,88)	49,13 (48,66–49,61)	45,96 (45,13–46, 80)
18–29	6 (10,7%)	6 (12,2%)	12 (11,4%)	481 (17,6%)	392 (15,5%)	874 (16,6%)	337 (21,0%)
30–39	9 (16,1%)	9 (18,4%)	17 (16,2%)	469 (17,2%)	388 (15,3%)	857 (16,3%)	318 (19,9%)
40–49	14 (25,0%)	9 (18,4%)	23 (21,9%)	596 (21,9%)	403 (15,9%)	999 (19,0%	281 (17,5%)
50–59	10 (17,9%)	5 (10,2%)	16 (15,2%)	424 (15,5%)	369 (14,6%)	793 (15,1%)	242 (15,1%)
60 < =	17 (30,4%)	20 (40,8%)	37 (35,2%)	757 (27,8%)	978 (38,7%)	1737 (33,0%)	424 (26,5%)
Nem							
Férfi	28 (50%)	28 (58,3%)	57 (53,8%)	1333 (48,9%)	1097 (43,4%)	2430 (46,2%)	773 (48,3%)
Nő	28 (50%)	20 (41,7%)	49 (46,2%)	1394 (51,1%)	1433 (56,6%)	2829 (53,8%)	829 (51,7%)
Iskolai végzettség							
Alapfokú	24 (41,4%)	26 (54,2%)	50 (47,2%)	1042 (38,2%)	1511 (59,7%)	2556 (48,6%)	561 (35%)
Középfokú	16 (27,6%)	13 (27,1%)	29 (27,2%)	1063 (39,0%)	634 (25,1%)	1697 (32,3%)	610 (38,1%)
Felsőfokú	18 (31%)	9 (18,8%)	27 (25,5%)	622 (22,8%)	385 (15,2%)	1006 (19,1%)	431 (26,9%)
Családi állapot							
Egyedülálló	17 (30,4%)	14 (29,2%)	31 (29,5%)	1012 (37,2%)	917 (36,2%)	1932 (36,8%)	730 (45,6%)
Házas	32 (57,1%)	22 (45,8%)	54 (51,4%)	1224 (45,0%)	1116 (44,1%)	2340 (44,5%)	558 (34,8%)
Élettársi kapcsolat	7 (12,5%)	12 (25%)	20 (19,0%)	486 (17,9%)	497 (19,6%)	984 (18,7%)	314 (19,6%)

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	Van testvére (n = 5362)						Nincs testvére (n = 1602)
	Igen, ikertestvér			Igen, de nem ikertestvér			
	MZ (n = 56)	DZ (n = 49)	Összesen (n = 105)	Egy testvér (n = 2727)	Két vagy annál több testvér (n = 2530)	Összesen (n = 5257)	
	Átlag (95%-os CI) n (%)						
Településtípus							
Budapest	11 (19,3%)	3 (6,3%)	14 (13,3%)	479 (17,6%)	297 (11,7%)	776 (14,8%)	492 (30,7%)
Megyei jogú város (megyeszékhely)	7 (12,3%)	13 (27,1%)	20 (19,0%)	627 (23,0%)	456 (18,0%)	1084 (20,6%)	320 (20,0%)
Város	23 (40,4%)	20 (41,7%)	43 (41,0%)	843 (30,9%)	935 (37,0%)	1778 (33,8%)	424 (26,5%)
Község, falu	16 (28,1%)	12 (25,0%)	28 (26,7%)	779 (28,6%)	842 (33,3%)	1622 (30,8%)	367 (22,9%)
Személyes nettó jövedelem							
(ezer forint)	n = 32	n = 31	n = 63	n = 1896	n = 1875	n = 3772	n = 991
≤ 150	9 (29,0%)	14 (45,2%)	23 (36,5%)	741 (39,1 %)	1002 (53,4%)	1744 (46,2%)	323 (32,6%)
150–300	17 (54,8%)	14 (45,2%)	31 (49,2%)	940 (49,6%)	731 (39,0%)	1671 (44,3%)	523 (52,8%)
≥ 301	5 (16,1%)	3 (11,3%)	9 (14,3%)	215 (11,3%)	142 (7,6%)	357 (9,5%)	145 (14,6%)
A háztartás szubjektív anyagi helyzete							
Átlag	2,94 (2,71–3,17)	2,87 (2,61–3,13)	2,91 (2,74–3,08)	2,87 (2,84–2,90)	2,68 (2,64–2,71)	2,78 (2,75–2,80)	2,84 (2,79–2,88)
Nagyon nehéz (1)	3 (5,4%)	0 (–)	3 (2,9%)	103 (3,9%)	132 (5,3%)	235 (4,6%)	79 (5,1%)
Nehéz (2)	14 (25,0%)	21 (44,7%)	35 (34,0%)	934 (35,2%)	1106 (44,6%)	2043 (39,7%)	550 (35,4%)
Tűrhető (3)	23 (41,1%)	11 (23,4%)	33 (32,0%)	812 (30,6%)	657 (26,5%)	1469 (28,6%)	460 (29,6%)
Jó (4)	16 (28,6%)	15 (31,9%)	32 (31,1%)	808 (30,4%)	587 (23,7%)	1395 (27,1%)	465 (29,9%)
Vallás							
Nem hívő	22 (38,6%)	13 (26,5%)	35 (33,0%)	986 (6,3%)	763 (30,3%)	1749 (33,3%)	786 (49,3%)
Nem gyakorolja a vallását	9 (15,8%)	14 (28,6%)	23 (21,7%)	695 (25,6%)	464 (18,4%)	1159 (22,1%)	300 (18,8%)
A maga módján gyakorolja	16 (28,1%)	15 (30,6%)	32 (30,2%)	829 (38,5%)	956 (37,9%)	1788 (34,1%)	361 (22,7%)
Ritkán az egyházában	7 (12,3%)	3 (6,1%)	10 (9,4%)	106 (3,9%)	146 (5,8%)	253 (4,8%)	90 (5,6%)

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	Van testvére (n = 5362)						Nincs testvére (n = 1602)
	Igen, ikertestvér			Igen, de nem ikertestvér			
	MZ (n = 56)	DZ (n = 49)	Összesen (n = 105)	Egy testvér (n = 2727)	Két vagy annál több testvér (n = 2530)	Összesen (n = 5257)	
	Átlag (95%-os CI) n (%)						
Rendszeresen	3 (5,3%)	4 (8,2%)	6 (5,7%)	104 (3,8%)	193 (7,7%)	297 (5,7%)	56 (3,5%)
Etnikum							
Magyar	56 (98,2%)	49 (100%)	104 (99,1%)	2706 (99,2%)	2361 (93,3%)	5070 (96,4%)	1581 (98,7%)
Cigány, roma	1 (1,8%)	1 (2%)	2 (1,9%)	35 (1,3%)	289 (11,4%)	323 (6,1%)	32 (2,0%)
Német	0 (–)*	0 (–)*	0 (–)*	4 (0,1%)*	5 (0,2%)*	9 (0,2%)*	7 (0,4%)*
Szlovák	0 (–)**	0 (–)**	0 (–)**	2 (0,1%)**	2 (0,1%)**	4 (0,1%)**	3 (0,2%)**
Ideális gyermekszám a családban							
0	0 (-)	1 (2,0%)	1 (1,0%)	62 (2,4%)	23 (0,9%)	85 (1,7%)	125 (8,7%)
1	3 (5,7%)	4 (8,2%	7 (6,8%)	229 (9,0%)	84 (3,5%)	314 (6,3%)	337 (23,3%)
2	26 (49,1%)	32 (65,3%)	58 (56,3%)	1757 (68,7%)	1251 (51,5%)	3008 (60,3%)	783 (54,2%)
3 +	24 (45,3%)	12 (24,5%)	37 (35,9%)	509 (19,9%)	1071 (44,1%)	1583 (31,7%)	200 (13,8%)
Átlag (gyermek)	2,39	2,17	2,29	2,09	2,46	2,27	1,79
Saját gyermekszám a családban							
0	11 (19,0%)	11 (22,4%)	22 (20,8%)	912 (33,6%)	521 (20,7%)	1434 (27,4%)	834 (52,4%)
1	7 (12,1%)	13 (26,5%)	20 (18,9%)	593 (21,8%)	403 (16%,0)	996 (19,0%)	340 (21,4%)
2	23 (39,7%)	17 (34,7%)	39 (36,8%)	994 (36,6%)	978 (38,8%)	1972 (37,6%)	324 (20,4%)
3 +	17 (29,3%)	8 (16,3%)	25 (23,6%)	217 (8,0%)	618 (24,5%)	837 (16,0%)	94 (5,9%)
Átlag (gyermek)	1,81	1,48	1,65	1,22	1,82	1,51	0,83

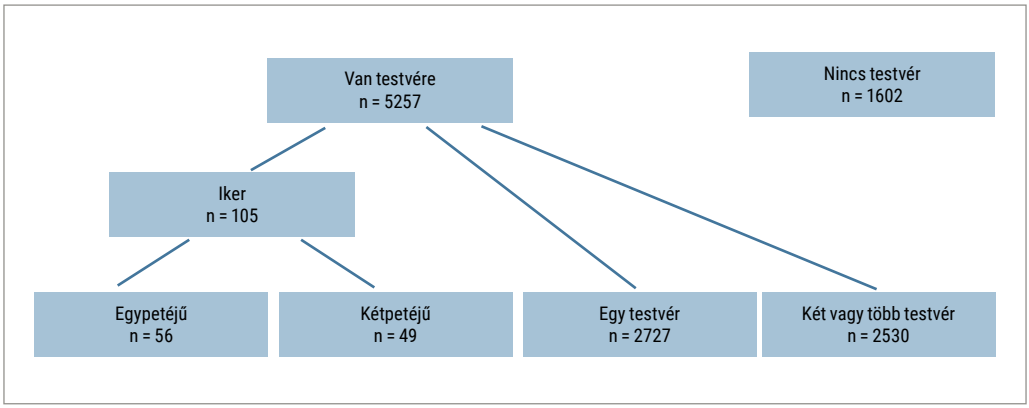
1. táblázat: Az ikrek, a nem iker testvérrel rendelkezők és az egyedüli gyermekként felnőttek szociodemográfiai skálaadatai, átlag és megoszlás (%)

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	Van testvére (n = 5362)						Nincs testvére (n = 1602)
	Igen, ikertestvér			Igen, de nem ikertestvér			
	MZ (n = 56)	DZ (n = 49)	Összesen (n = 105)	Egy testvér (n = 2727)	Két vagy annál több testvér (n = 2530)	Összesen (n = 5284)	
	Átlag (95%-os CI) n (%)						
Depressziókategóriák (CBDI)							
Nincs depresszió (0–9)	46 (80,7%)	36 (73,5%)	82 (77,4%)	2175 (80,2%)	1822 (72,9%)	3998 (76,7%)	1105 (69,3%)
Enyhe depresszió (10–18)	5 (8,8%)	6 (12,2%)	11 (10,4%)	224 (8,3%)	283 (11,3%)	506 (9,7%)	122 (7,6%)
Középsúlyos depresszió (19–26)	1 (1,8%)	0 (–)	1 (0,9%)	99 (3,6%)	111 (4,4%)	211 (4,0%)	118 (7,4%)
Súlyos depresszió (26 felett)	5 (8,8%)	7 (14,3%)	12 (11,3%)	215 (7,9%)	285 (11,4%)	500 (9,6%)	250 (15,7%)
WHO Jóllét kategóriái							
Kockázati szint	10 (18,2%)	6 (12,2%)	16 (15,4%)	252 (9,3%)	433 (17,3%)	686 (13,2%)	246 (15,4%)
Normál szint	45 (81,8%)	43 (87,8%)	88 (84,6%)	2459 (90,7%)	2069 (82,7%)	4528 (86,8%)	1347 (84,6%)
Depressziós tünetek (BDI)							
(0–60)	5,22 (2,72–7,72)	6,72 (3,27–10,18)	5,91 (3,86–7,97)	5,83 (5,43–6,22)	7,84 (7,37–8,31)	6,79 (6,49–(7,10)	9,24 (8,58–9,89)
Észlelt stressz (PSS) (0–40)	11,66 (9,95–13,37)	13,31 (11,26–15,35)	12,43 (11,12–13,74)	13,47 (13,22–13,72)	14,01 (13,73–14,29)	13,74 (13,54–13,92)	15,00 (14,70–15,31)
WHO Jóllét (0–15)	10,82 (9,82–11,81)	10,57 (9,66–11,48)	10,70 (10,04–11,37)	11,45 (11,33–11,57)	10,36 (10,23–10,50)	10,93 (10,84–(11,02)	11,12 (10,95–11,29)
Boldogság (0–10)	7,73 (7,32–8,15)	8,05 (7,61–8,48)	7,88 (7,58–8,17)	7,41 (7,33–7,48)	7,30 (7,22–7,38)	7,36 (7,30–7,41)	7,40 (7,31–7,49)
Elégedettség összességében az élettel (0–10)	7,32 (6,90–7,73)***	7,73 (7,31–8,14)***	7,51 (7,22–7,80)***	7,22 (7,14–7,30)***	7,11 (7,03–7,19)***	7,17 (7,11–7,22)***	7,21 (7,11–7,31)***

*Megjegyzés: $p \leq 0,05$ a táblázat eredményeiben, kivéve * $p = 0,382$; ** $p = 0,804$; *** $p = 0,09$*

2. táblázat: Az ikrek, a nem iker testvérrel rendelkezők és az egyedüli gyermekként felnőttek (nincs testvére) pszichológiai skálaadatai, átlag és megoszlás (%)

Az elemzés során kialakítottuk a „testvérrel rendelkezők” és a „testvérrel nem rendelkezők” almintáit is. A *„Testvéreinek száma?”* kérdés alapján értelemszerűen azok kerültek az egyes almintákba, akiknek nincs testvérük, illetve akiknek legalább egy testvérük van. (Az ikermintába kerülő válaszadókat a testvérmintától külön elemeztük, tehát a „testvérrel rendelkező” almintába nem kerültek ikrek.) Szociológiai megfontolásból a „testvérrel rendelkező” almintában két további alcsoportot alakítottunk ki: az egyikbe azok tartoznak, akiknek egy testvérük van, a másikba pedig azok, akiknek kettő vagy annál több. Azért tettük ezt, hogy az egy testvérrel rendelkezők mintájának attitűdjei könnyen összehasonlíthatók legyenek az ikermintával. A nagycsaládban felnőttek pedig azért kerültek külön almintába, mert az ikrek nagyobb része nagycsaládban nőtt fel, ezért a hasonló szociodemográfiai tényezők alapján össze tudtuk hasonlítani a nagycsaládban felnőttek és az ikrek csoportját. A testvérrel rendelkezők mellett külön csoportként az egykék, vagyis a testvér nélküliek almintáját is létrehoztuk. Így három nagy mintát alakítottunk ki (ikrek: n = 105; testvérrel rendelkező nem ikrek: n = 5257; testvérrel nem rendelkezők: n = 1602), illetve az ikermintán belül az egypetéjűek (n = 56) és kétpetéjűek (n = 49), a testvérmintán belül pedig az egy testvérrel (n = 2727) és a két vagy annál több testvérrel rendelkezők (n = 2530) almintáját.



1. ábra: Testvérrel rendelkezők és nem rendelkezők almintái

Eredmények

Iker – egypetéjű és kétpetéjű – alminta

Az ikrek almintájának demográfiai összetétele alapján valamelyest több iker férfi (53,8%) került a mintába, mint a teljes mintába került férfiak aránya (46,8%). Az ikrek átlagéletkora 1,1 évvel magasabb, mint az átlagéletkor (48,4 év). Magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek, mint az átlag: 25,5 százalékuk felsőfokú végzettségű, nagyobb arányban házasok (51,4%), és 60 százalékuk városban, további 13,3 százalékuk pedig a fővárosban él. Az átlagnál jóval magasabb az ikrek szubjektív háztartási jövedelme (31,1%: kifejezetten jó; átlag 2,91) és a személyes nettó jövedelme (14,3%: 300 ezer forint fölött), különösen az egypetéjűeknek magas a személyes jövedelme (16,1%: 300 ezer forint fölött), míg a háztartás szubjektív anyagi helyzetét átlagosan 2,94-re (2,71–3,17) ítélték. Magasabb a vallásosak és a magyar nemzetiséghez tartozásról nyilatkozók aránya is, mint a többi vizsgált alcsoporté. A boldogság és az elégedettség eredményeiben a legmagasabb az ikrek mutatója, a kétpetéjűek körében pedig az összes alcsoport közül itt mértük a legmagasabb értékeket. A gyermekvállalási attitűdök tekintetében az ikrek szerint az ideális gyermekszám egy családban 2,29 (egypetéjűek: 2,39; kétpetéjűek: 2,17), amellett hogy az egypetéjűek a nagycsaládban felnőttekhez hasonló számú (1,81) saját gyermekkel rendelkeznek már.

A pszichológiai eredmények azt mutatják, hogy a három vizsgált nagyobb csoportból (a testvérrel rendelkezők és az egykék mintája mellett) az ikrek körében a legalacsonyabbak az észlelt stressz (12,42 [11,12–13,74]) és a depressziós tünetetek (5,91 [3,86–7,97]) mutatói; kiemelendő, hogy az egypetéjűeknek alacsonyabb kockázati értékeik vannak.

Egy testvérrel rendelkezők és a nagycsaládban felnőttek (nem ikrek)

A testvérrel rendelkező nem ikrek átlagéletkora hasonló az ikrekéhez (49,13 év), 46,2 százalékuk férfi és 53,8 százalékuk nő. Jellemzően alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkeznek a többi almintához képest, különösen a nagycsaládban élők, akik 59,7 százalékának a legmagasabb iskolai végzettsége alapfokú. A házasok aránya 44,5 százalék, és 30,8 százalékuk

él falun vagy községben – a három alminta közül ebben a csoportban, nevezetesen a nagycsaládban felnőttek (33,8%) körében a legmagasabb a vidéken élők aránya. Ugyanígy a személyes nettó jövedelem (46,2%: 150 ezer forint vagy annál alacsonyabb) és a szubjektív háztartási jövedelem (4,6%: nagyon nehéz; 39,7%: nehéz körülmények között él) is ebben a mintában a legalacsonyabb, különösen az előbb említett két vagy több testvérrel rendelkezők esetében. A WHO jóllétindex kategóriái alapján kettősség figyelhető meg ebben az almintában: az egy testvérrel rendelkezők a legmagasabb (11,45 [11,33–11,57]), a nagycsaládban felnőttek pedig a legalacsonyabb (10,36 [10,23–10,50]) értéket mutatják. Jellemző rájuk, hogy körükben magas az egyáltalán nem vagy a maguk módján vallásosak és a roma nemzetiséghez tartozók aránya (6,1%), különösen a nagycsaládban felnőtteknél (11,4%).

A súlyos depressziós tünettel rendelkezők aránya ebben a csoportban a legalacsonyabb (9,6%), az egy testvérrel rendelkezők körében pedig még alacsonyabb (7,9%). Az élettel való elégedettségük és a boldogságuk alacsony, a nagycsaládban felnőtteké a testvérmintán belül a legalacsonyabb. A testvérmintában az ikermintához hasonlóan magas gyermekszámot tartanak ideálisnak (2,27, egy testvér: 2,09; két vagy több testvér: 2,46), az egypetéjűek almintájához hasonlóan nagy arányban a három vagy több gyermeket (egypetéjű: 45,3%; nagycsaládban felnőtt: 44,1%). Ugyanezt a mintázatot látjuk a saját gyermekek esetén is.

A testvérrel nem rendelkezők (egyke) almintája

A testvérrel nem rendelkezők (egykék) átlagéletkora 45,96 (45,13–46,80) év. 48,3 százalékuk férfi, 51,7 százalékuk nő. Jellemzően magas iskolai végzettséggel rendelkeznek (26,9% felsőfokú végzettségű), egyedülállók (45,6%), és magas a fővárosban élők aránya (30,7%). Az egypetéjű ikrekhez hasonlóan nagyobb arányban nyilatkozták, hogy magasabb személyes nettó jövedelemmel rendelkeznek (14,6%: 300 ezer forintnál magasabb), és 29,9 százalékuk szubjektív háztartási anyagi helyzete kifejezetten jó. A nem hívők aránya kimagasló (49,3%) és az egyház tanítása szerint vallásosak aránya kifejezetten alacsony (3,5%) ebben a csoportban.

Magas a súlyos depressziós tüneteket mutatók aránya (15,7%), és a többi almintához képest ebben a csoportban a legmagasabb a depressziós tünetek

(BDI) átlagértéke: 9,24 (8,58–9,89). Ugyanígy az észlelt stressz átlaga is ebben a csoportban a legmagasabb (15,00 [14,70–15,31]). A boldogság (7,40 [7,31–7,49]) és az élettel való elégettség (7,21 [7,11–7,31]) tekintetében szinte ugyanazt az eredményt mutatják, mint az egy testvérrel rendelkezők csoportja.

Érdemes lenne tovább vizsgálni a testvérrel nem rendelkezők ideális gyermekszámra adott válaszait, ugyanis körükben rendkívül magas a gyermektelenséget ideálisnak tartók aránya (8,7%), és egy gyermeket is a többi almintához képest rendkívül nagy mértékben (23,3%) tartanak optimálisnak. Így az ideális gyermekszám átlaga ebben a csoportban 1,79 fő, amellett hogy 0,83 saját gyermekkel rendelkeznek. Az utóbbi alacsony érték valószínűleg azért lehetséges, mert sokan még a gyermekvállalás előtt állnak.

A testvér- és párkapcsolatok szocializációs szerepe

Az ikrek szignifikánsan (p = 0,000) nagyobb arányban élnek párkapcsolatban (70,4%), mint a testvérrel rendelkező nem ikrek (63,2%) és az egykék (54,4%). Schwarz, Mustafić és Junker (2015) kutatása szerint a monozigóták jobban kötődnek az ikertestvérükhöz, mint a párjukhoz. A dizigóták ugyanúgy kötődnek a párjukhoz, mint az ikertestvérükhöz. A nem iker viszonyban álló testvérek ezzel szemben inkább kötődnek a párjukhoz, mint a testvérükhöz. A Hungarostudy eredményei alapján nincs ilyen szignifikáns különbség az egypetéjű és kétpetéjű ikrek között.

Az ideális gyermekszámra vonatkozó vélemények határozottan elkülönülnek az iker és nem iker válaszadók között a Hungarostudy 2021-ben. Az ikrek magasabb gyermekszámot tartanak ideálisnak, mint az átlag, és fontos kiemelni, hogy ebben az almintában alig egy százalék jelölte meg, hogy a gyermektelenség ideális. Mindez visszavezethető arra, hogy az iker személyeknek legalább egy testvérük biztosan van, és ezt természetesnek érzik. A teljes mintában a gyermektelenség mint ideális állapot jóval nagyobb, de összességében alacsony arányban jelenik meg (3,2%). Az összes almintában – ikrek, testvérrel rendelkezők és nem rendelkezők – a kétgyermekes családmodellt jelölték meg a legtöbben. Szignifikáns különbség látható a nagycsalád tekintetében: az ikrek közel 36 százaléka szerint a nagycsalád a legmegfelelőbb, míg a testvérrel rendelkezőknél ez

az arány csak 31,7 százalék. A szocializáció révén a testvérrel nem rendelkezők között jóval kevesebben (13,8%) gondolják ideálisnak egy családban a három és/vagy további gyermeket.

Az általános egészségi állapot

Az egészségi állapot önbecslését az *„Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?”* kérdéssel (válaszlehetőségek: 1: nagyon rossz; 2: rossz; 3: közepes; 4: jó; 5: kiváló), illetve a *„Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?”* kérdés dichotóm válaszlehetőségeivel mértük. Az ikrek a teljes mintához képest szignifikánsan ($p = 0{,}000$) kisebb arányban (73,3%) nyilatkoztak arról, hogy jelenleg nincsenek egészségügyi panaszaik, fájdalmaik, hasonlóan a testvérrel rendelkezőkhöz (74,9%). Az egykék – valószínűleg demográfiai jellemzőik következtében, mivel fiatalabb csoportról van szó – 86,2 százalékban nem jeleztek vissza testi fájdalmakról.

A dohányzással kapcsolatos eredmények

Habár a KSH adatai alapján is 2009-től csökken a naponta dohányzók száma, még mindig rengetegen dohányoznak hazánkban. 2019-ben a legtöbben a 18–34 évesek közül dohányoztak. Véleményünk szerint ez azért is lehet, mert ez a korosztály aktív társadalmi életet él, és a barátok, a közösség hat a dohányzási szokásokra.

A Hungarostudyban szereplő iker alanyok dohányzási szokásait vizsgáltuk, ami azt mutatta, hogy a nem dohányzók idősebbek. Független mintás t-próbát használva tendenciaszintű különbséget találtunk a dohányzó (átlag = 46,14) és a nem dohányzó személyek (átlag = 52,17) életkora között: $t(99) = -1{,}865$; $p = 0{,}065$. Azonban a Spearman-féle korreláció alapján nincs szignifikáns összefüggés.

A KSH egészségfelmérései (2009, 2014, 2019)[3] szerint több férfi dohányzik naponta és alkalmanként, mint nő, a jelen vizsgálatban azonban nem találtunk szignifikáns különbséget a férfiak és nők között: Pearson $\chi^2(1, n = 101) = 1{,}609$; $p = 0{,}205$ (kétoldali).

3 A KSH Egészségfelmérés adatai, lásd https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html (Letöltés: 2022. július 20.)

A dohányzás gyakoriságának vizsgálatakor (szál/nap) Mann–Whitney-tesztet használva szignifikáns különbséget találtunk a dohányzó iker férfiak (Mdn = 15) és iker nők (Mdn = 10) napi elszívott cigarettáinak vagy elektromos cigarettáinak száma között (U = 107; Z = –2,645; p = 0,008 (kétoldali); r = 0,408). Összességében tehát azt láthatjuk, hogy a dohányzási eszközhasználatban, gyakoriságban (azaz hogy minden dohányzó naponta cigarettázik) nincs jelentős különbség. A napi elszívott cigaretták számában azonban a férfiak „vezetnek".

A dohányzási szokások tekintetében a család és a kortársak szerepét több kutatás is alátámasztotta. A 2002-es és 2006-os Hungarostudy eredményei alapján a házasság minősége összefügg a dohányzással és az alkoholfogyasztással (Dinnyés, Pusztafalvi és Tarkó 2019). Például kevesebbet dohányoznak a jó házasságban élő személyek, mint azok, akik rossz házasságban élnek, vagy az elváltak. Ezt a tényt a mintában szereplő alanyok esetén is megvizsgáltunk. Az ikrek dohányzási szokásai és családi állapota között azonban nem találtunk szignifikáns összefüggést.

A KSH egészségfelméréseiből[4] kiderül, hogy iskolai végzettség alapján azok dohányoztak a legtöbbet, akik érettséginél alacsonyabb végzettséggel rendelkeztek, és azok a legkevesebbet, akiknek felsőfokú végzettségük volt. Mann–Whitney-féle teszttel ellenőrizve azt az eredményt kaptuk, hogy a dohányzók (Mdn = 3,5) és nem dohányzók (Mdn = 3,8) iskolai végzettsége nem tér el szignifikánsan: U = 1196,5; Z = –0,301; p = 0,764 (kétoldali); azaz nem teljesül az ikrek körében az a feltételezésünk, miszerint az alacsonyabb végzettségűek között gyakoribb a dohányzás.

Az ikrek dohányzási szokásai és iskolai végzettsége között nem találtunk szignifikáns összefüggést, azonban Bonferroni-korrekcióval (p = 0,025) közepes erősségű pozitív korrelációt találtunk a dohányzók elektromoscigaretta-használata és iskolai végzettsége között: $r_s = 0{,}395$; p = 0,010 (kétoldali). A Hungarostudy 2021 adatai alapján azt látjuk, hogy az ikrek magasabb iskolai végzettsége együtt jár az elektromoscigaretta-használattal.

4 A KSH Egészségfelmérés adatai, lásd https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html (Letöltés: 2022. július 20.)

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos eredmények

A 2014-es Európai Egészségfelmérés adatai szerint a megkérdezett felnőtt népesség 5 százaléka, 2019-ben pedig hasonlóan a népesség 5,2 százaléka vallotta magát nagyivónak (Elekes 2018). A KSH definíciójához[5] viszonyítottuk a nagyivó meghatározását, és ez alapján nem találtunk iker nagyivót. A demográfiai változók közül az életkor és az alkoholfogyasztás nem mutatott szignifikáns összefüggést. A továbbiakban vizsgálatunkban az ikrekre tértünk ki.

A nemeket vizsgálva megállapíthatjuk, hogy az iker nők (Mdn = 1) és iker férfiak (Mdn = 2) alkoholfogyasztási gyakorisága között szignifikáns különbség található: U = 650; Z = –4,438; p = 0,000 (kétoldali): a mintában szereplő iker férfiak gyakrabban isznak alkoholt, mint a nők. Mann–Whitney-tesztet használva szignifikáns különbséget találtunk a nők (Mdn = 1) és a férfiak (Mdn = 1) által elfogyasztott átlagos alkoholmennyiség között, illetve tendenciaszintű különbséget találtunk a nők (Mdn = 1) és a férfiak (Mdn = 2) elfogyasztott alkoholmennyisége között. Összesítve az iker férfiak átlagosan gyakrabban és többet isznak, mint a nők, továbbá tendenciaszerű, hogy a férfiak gyakrabban isznak nagy mennyiséget. Egy célzott ikerfelmérés szerint az egypetéjű ikrek kétszer nagyobb eséllyel lesznek alkoholbetegek, mint a kétpetéjűek (Ferguson és Goldberg 1997, idézi Farkas és mtsai 2012), azonban ez a Hungarostudy-mintában szereplő iker alanyok esetén nem mondható el, mivel ennek a mérése nehézségekbe ütközött.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos változókat összevetettük a testi fájdalom változóval. Hipotézisünk, hogy az egészségtelenebb életmód az alkoholfogyasztók körében gyakoribb testi fájdalommal jár együtt. Mann–Whitney-tesztet használva szignifikáns különbséget találtunk a fájdalmat átélő személyek (Mdn = 1) és a testi fájdalomtól nem szenvedők (Mdn = 2) alkoholfogyasztási gyakorisága között: U = 707,5; Z = –2,109; p = 0,035 (kétoldali). Az eredmények alapján gyakrabban isznak alkoholt azok az iker személyek, akik nem élnek át fájdalmat. Ebből következtetve elképzelhetőnek tartjuk, hogy azok, akik átélnek valamilyen fájdalmat, nem szeretnék tovább rombolni az egészségüket alkohollal. Hipotézisünkben

5 A KSH nagyivónak tekinti azokat, akik hetente több mint tizennégy egységnyi alkoholt fogyasztanak. A KSH szerint egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, két deciliter bornak vagy öt centiliter röviditalnak felel meg. (A nagyivó fogalmát nehéz definiálni, mivel országonként is eltér a határ a nagyivó és a mértékletes alkoholfogyasztó között.)

az alkoholfogyasztást tekintettük oknak és a testi fájdalmat okozatnak, míg az eredmények szerint ez épp fordítva van, azaz ha testi fájdalma van egy iker személynek, akkor ezt kevésbé fogja alkohollal „gyógyítani”.

Összegzés

Az ikrek esetén természetes – a csecsemőhalálozástól eltekintve –, hogy testvérrel rendelkeznek, ami kiváló alapot nyújt az összehasonlításhoz azokkal, akik nem ikrek, de szintén testvérrel vagy testvérekkel nőnek föl. A nagycsalád szerepe meghatározó az ikrek szocializációjában, és ez a testvérkapcsolataikon keresztül pozitívan hat a pszichoszociális mutatóikra. Tehát a családnak és ezen belül a testvérkapcsolatoknak rendkívül fontos szerepük van, mely az iker személyek körében természet szerint megfigyelhető. Egy korábbi kutatás (Mark és mtsai 2017) kiemeli, hogy a testvéri kötődést közepesen vagy jelentősen befolyásolja a mindkét testvérre jellemző közös környezet. Az iker személyek szociológiai jellemzői továbbá stabilabb családi anyagi helyzetről, magasabb iskolai végzettségről tanúskodnak, és az ikrek nagyobb arányban adtak olyan válaszokat, amelyek kiegyensúlyozott személyiségjegyeket (az élettel való elégedettség, az egyéni boldogság kiemelése) mutatnak.

A szocializáció meghatározó a közvetlen környezeti hatások elemzésekor. Ennek elsődleges színtere a család, ezért az itt megjelenő testvérkapcsolatok szociodemográfiai és pszichoszociális oldalról is fontosak. A testvérkapcsolatok erősítik a családból hozott mintákat, különösen az ikrek körében, hiszen itt a két vagy több testvérrel rendelkezők csoportjához nagyon hasonló jellemzőkkel (például párkapcsolati forma, ideális gyermekszám) bíró csoportot találtunk. Az eredményeink azt mutatják, hogy zigozitás alapján az egypetéjűeknek az egy testvérrel rendelkezőkéihez hasonló szociodemográfiai jellemzőik vannak, és a Beck Depresszió Index értékei alapján is közelebb állnak egymáshoz, míg a kétpetéjűek a nagycsaládban felnőttekéihez hasonló attitűdöket mutatnak. Azonban ettől eltér az egypetéjű ikrek WHO jóllétmutatója szerinti eredménye, itt ugyanis a nagycsaládban felnőttek értékeihez közelítenek, ahogy a gyermekvállalási és a meglévő gyermek(ek)kel kapcsolatos attitűdjeik is. Fontos továbbá kiemelni, hogy az ikrek a legmagasabb boldogságról és élettel való elégedettségről jeleztek vissza a testvérrel rendelkezők és testvér nélküliek almintáihoz képest.

Az ideális és a saját gyermekszám tekintetében a kétpetéjű ikrek a testvérrel rendelkezők almintájával mutatnak egyezést. Ugyanígy az észlelt stressz eredményei esetében is. A depressziós tünetek mérőszámaiban viszont az egy testvérrel rendelkezők az egypetéjű ikrek eredményeihez közelítő alacsonyabb értékeket mutatnak.

Az egyes káros szenvedélyek vizsgálatára irányuló részben az ikreket zigozitás szerint vizsgáltuk, függetlenül a testvérkapcsolatoktól, és arra a következtetésre jutottunk, hogy az alkoholfogyasztás nemcsak káros szenvedély lehet, hanem az ikrek körében inkább szociális tevékenység, hiszen a válaszok alapján nem naponta fogyasztanak alkoholt. A dohányzás főleg a fiatalabb korosztályban jellemző, mivel tendencia mutatkozott arra, hogy a nem dohányzók idősebbek. A dohányzó iker férfiak egy átlagos napon több cigarettát szívnak, mint a dohányzó iker nők, továbbá a férfiak gyakrabban, valamint nagyobb mennyiségben fogyasztanak alkoholt. A vizsgálatunk alapján az is megállapítható, hogy nem differenciál a zigozitás a dohányzási és az alkoholfogyasztási szokásokban. Viszont a szakirodalom alapján a monozigota ikreknél nagyobb a hasonlóság az alkoholizmusfogyasztás mintázatában, mint a dizigoták esetében.

Míg a magasabb iskolai végzettségű ikrek körében nagyobb arányú az e-cigaretta használata, addig a háztartás anyagi helyzete szerint nincs ilyen összefüggés. Továbbá az adatok szerint az ikerháztartások szubjektív anyagi helyzete és az iskolai végzettség sem mutat szignifikáns összefüggést. Az élettel való elégedettség nem hozható összefüggésbe a dohányzás tényével, módjával és mennyiségével, viszont azok az ikrek, akik kevésbé elégedettek az életükkel, gyakrabban fogyasztanak alkoholt. Összeségében elmondhatjuk, hogy a mintában szereplő ikrek a negatív környezeti tényezők esetén hajlamosak alkohollal oldani a feszültséget. Tehát az alkoholfogyasztás nem szokásként jelenik meg, hanem a felmerült stresszre válaszul adott megküzdési stratégiaként. Ezzel szemben a dohányzás mindennapos tevékenység az életükben, így a cigarettázás nem feltétlenül a stressz levezetése érdekében történik, hiszen a változók között nincs szignifikáns kapcsolat.

A testi fájdalom főleg a káros szokásokat folytatók körében van jelen. Az alkoholfogyasztók körében logikus, de nem várt eredményt kaptunk ezzel kapcsolatban: gyakrabban fogyasztanak alkoholt azok az ikrek, akik nem élnek át fájdalmat. Míg hipotézisünkben az alkoholfogyasztás volt az ok

és a fájdalom az okozat, addig az eredmények szerint ez fordítva van. Feltételezzük, hogy a fájdalmat átélő ikrek az egészségük megóvása, helyreállítása érdekében fogyasztanak kevesebb alkoholt.

Az általános következtetések alaposabb alátámasztásához természetesen átfogóbb vizsgálatokat kellene végezni egy nagyobb elemszámú ikermintán, azonban kutatásunk eredményei áttekintést nyújthatnak arról, hogy a káros szokásokhoz való viszonyulást a genetikai tényezők mellett hogyan befolyásolják a különböző demográfiai, társadalmi és környezeti faktorok.

Felhasznált irodalom

Bakkné Nagy Mónika, Tárnoki Dávid László dr., Tárnoki Ádám Domonkos dr. (2013) A dohányzási szokásokat befolyásoló környezeti tényezők egy- és kétpetéjű ikrek körében. *Orvosi Hetilap.* 154. évf. 25. sz. 978–984. https://docplayer.hu/17295203-A-dohanyzasi-szokasokat-befolyasolo-kornyezeti-tenyezok-egy-es-ketpeteju-ikrek-koreben.html (Letöltés: 2022. február 9.)

Czettele Győző (2011) A családi életre nevelés szükségessége az iskolai oktatásban – a hazai felmérések tükrében. *Új Pedagógiai Szemle.* 61. évf. 1–5. sz. 162–168.

Deary, Ian J., Mark E. Bastin, Alison Pattie, Jonathan D. Clayden, Lawrence J. Whalley, John M. Starr and Joanna M. Wardlaw (2006). White matter integrity and cognition in childhood and old age. *Neurology.* Vol. 66.: 505–512.

Demjén Tibor, Kiss Judit (2018) A dohányzás hazai tendenciái, 2009–2014. In: Tokaji Károlyné (szerk.): *Európai lakossági egészségfelmérés 2014. Műhelytanulmányok 2.* Budapest: KSH. 131–144., https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2014_muhelytan.pdf (Letöltés: 2022. február 9.)

Dinnyés Katalin Julianna, Pusztafalvi Henriette és Tarkó Klára (2019) A férfiak és nők egészségmagatartásának összefüggése a házastársi, élettársi és elvált családi állapottal. *Módszertani Közlöny.* 9. évf. 1. sz. 36–63.

Elekes Zsuzsanna (2018) Az alkoholfogyasztás és az alkoholt fogyasztók jellemzői. In: Tokaji Károlyné (szerk.): *Európai lakossági egészségfelmérés 2014. Műhelytanulmányok 2.* Budapest: KSH. 63–84., https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2014_muhelytan.pdf

Farkas Judit, Németh Zsófia, Urbán Róbert, Kökönyei Gyöngyi, Felvinczi Katalin, Kuntsche Emmanuel és Demetrovics Zsolt (2012) Az alkoholfogyasztás és a nagyivás (bringe drinking) epidemiológiai, etiológiai és motivációs jellemzői. Áttekintő tanulmány. *Psychiatria Hungarica.* 27. évf. 5. sz. 335–349.

Konkolÿ-Thege Barna, Martos Tamás, Skrabski Árpád és Kopp Mária (2008) A rövidített stressz és megküzdés kérdőív élet értelmességét mérő alskálájának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 9. évf. 3. sz. 243–261.

KSH (2019) Európai lakossági egészségfelmérés. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/elef/kiadvanyok.html (Letöltés: 2022. július 20.)

Mark, Katharine M., Alison Pike, Rachel M. Latham, Bonamy R. Oliver (2017) Using Twins to Better Understand Sibling Relationships. *Behavior Genetics.* Vol. 47.: 202–214.

Pári András (2015) A Hellin-szabály napjainkban, avagy megjósolható-e az ikerszületések aránya? *Kapocs.* 14. évf. 3. sz. 31–35.

Quickfall, Jeremy, Nady el-Guebaly (2006) Genetics and alcoholism. How close are we to potential clinical applications? *The Canadian Journal of Psychiatry.* Vol. 51. (7): 461–467.

Rhew, Isaac C., Charles B. Fleming, Siny Tsang, Erin Horn, Rick Kosterman, Glen E. Duncan (2020) Neighborhood Deprivation Moderates Shared and Unique Environmental Influences on Hazardous Drinking. Findings from a Cross-Sectional Co-Twin Study. *Substance Use & Misuse.* Vol. 55. (10): 1625–1632.

Schwarz, Sascha, Maida Mustafić and Sonja Junker (2015). Attachment to the Romantic Partner and Sibling. Attachment Hierarchies of Twins and Non-Twin Siblings. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships.* Vol. 9. (2): 169–183.

Susánszky Éva (2009) *A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben.* Doktori Értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola. http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf (Letöltés: 2022. február 9.)

WHO (2022) The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID–19 era with a focus on leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1413018/retrieve (Letöltés: 2022. szeptember 5.)

Pári András, Balog Piroska

A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek a fiatal felnőttek körében

Bevezetés

A gyermektelen felnőttek száma az elmúlt néhány évtizedben a legtöbb európai országban jelentősen emelkedett, és a demográfiai előrejelzések azt mutatják, hogy számuk tovább fog növekedni az 1970 és 1980 között született nők körében. A gyermektelenség kérdése a legtöbb európai országban a gyermekvállalási kedv (a teljes termékenységi arányszám) visszaesésével került a vizsgálatok fókuszába, hiszen ez a szám jelenleg alacsonyabb, mint a népesség reprodukcióját biztosító 2,1-es szint (Dorbritz, Höhn és Naderi 2005; Grundy, Broek és Keenan 2019). A gyermektelenségnek számos szociális, társadalmi, gazdasági és demográfiai következménye ismert, melyek megoldása kihívás elé állítja az adott államot: ha nincs elég aktív korú munkavállaló egy országban, mert a népesedési mérleg a hatvanöt évnél idősebb korú népesség felé billen, az hat az ország munkaerőpiacára és a nyugdíjellátásra is. A gyermektelenség pszichológiai következményeit illetően az időskori elmagányosodás problémája került az utóbbi évek elemzéseinek fókuszába (Szalma és Takács 2012; Szabó 2015). Újabb kutatások már az önkéntes gyermektelenség és a klímaváltozástól való szorongás vagy annak veszélyként észlelésével meglévő összefüggéseit is vizsgálják (Antal és mtsai 2020).

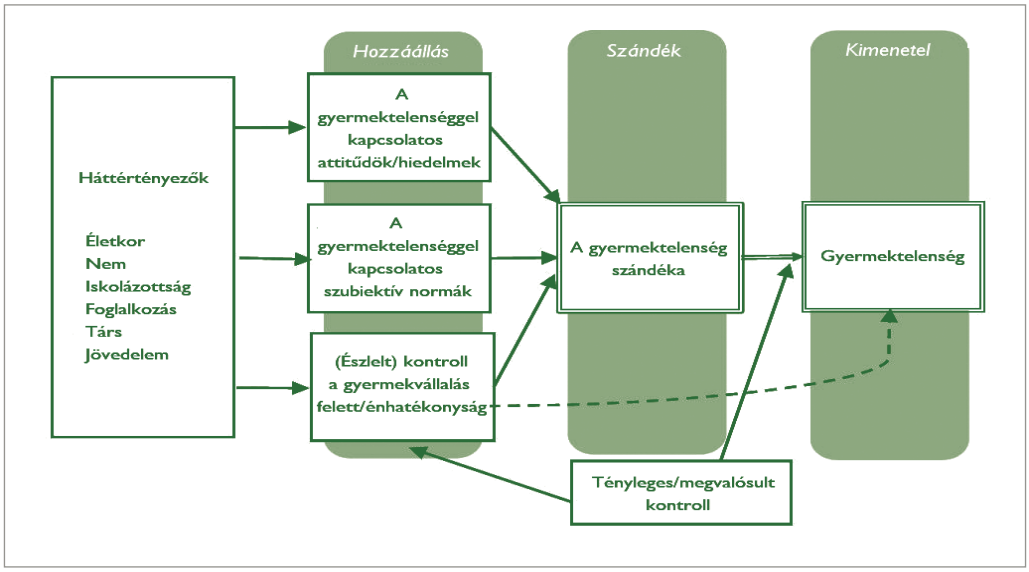
Ugyanakkor a gyermektelenség nemcsak a mai társadalmat érintő jelenség, ennek akaratlagos és nem szándékolt formái egyaránt mindig jelen voltak. Idesorolhatók a 20. század utolsó harmadától megfigyelhető változások a gyermekvállalási szándékban, a termékenységi döntésekben megjelenő pluralizáció és a gyermekvállalás későbbi életkorra halasztása, melyet a második demográfiai átmenet *(second demographic transition)* elméletével magyaráz a szakirodalom (Lesthaeghe és Surkyn 2002). Az elmélet szerint a hagyományos értékrenddel szemben előtérbe kerültek az önmegvalósítás, az önkiteljesítés értékei, felértékelődtek a kisebb elköteleződéssel járó együttélési formák, és ezek közvetlen demográfiai hatásai az első házasságkötés átlagéletkorának kitolódásában, az élettársi

kapcsolatok elterjedésében, valamint a gyermekvállalás halasztásával a születési arányszámok csökkenésében, a teljes termékenységi arányszám reprodukciós szint alatti stagnálásában jelentek meg. A gyermektelenség önmagában sokszínű jelenség, egyrészt a nők gyermekvállalási átlagéletkorának kitolódásával, annak gyakori következményeként magában foglalja a nem szándékolt gyermektelenség témáját, másrészt felöleli az önkéntes/szándékos/tudatos/elkötelezett vagy a körülményektől független gyermektelenség fogalmát, mely szintén multifaktoriális jelenség, nagyon különböző pszichoszociális háttértényezőkkel.

„Az önkéntes gyermektelenség témája igen összetett és korántsem értéksemleges, a hozzá kapcsolt ideológiák és értékek a vizsgálat tárgyaira ugyanúgy hatással lehetnek, mint magára az őket körülvevő társadalomra" – írja összefoglaló tanulmányában Kis Andrea (2018). Azt is megemlíti a szerző, hogy kevés, mozaikos, nagyon különböző módszertannal megírt és nehezen integrálható a téma szakirodalmi háttere.

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy a pszichológiai és demográfiai szakirodalomban a gyermekvállalás elutasításával vagy elmaradásával kapcsolatban több fogalmat is használnak. Ezek közül a leggyakoribb az önkéntes *(voluntary childlessness),* a döntésalapú, tudatos *(childless by choice)* vagy a szándékolt gyermektelenség *(intentionally childlessness),* illetve a gyermekmentesség *(childfree)* (Kis 2018). Tehát a kutatási módszertanokban a fogalomhasználattól függően több irányzat jelenik meg. Egyrészt egy döntés következményeként említi a szakirodalom a gyermektelenség fogalmának különböző kategóriáit, másrészt – és ez a demográfiai irodalomban ugyancsak kiemelt szerepet kap – a gyermekvállalás halasztásával vagy időbeli kitolásával kapcsolatos magatartás eredményeként kialakuló, nem akaratlagos gyermektelenség témájaként.

A tervezett viselkedés elmélete *(Theory of Planned Behavior)* hasznos elméleti keretet kínál a gyermekvállalási szándékok és a kimenetelük kapcsolatának elemzésére. Számos mechanizmus játszhat szerepet a szándékok tényleges viselkedésekké való átalakulásában, és a tervezett viselkedés elmélete segít megérteni és megfogalmazni konstrukciójukat (Albertini és Brini 2021).



Forrás: Albertini és Brini 2021

1. ábra: A gyermektelenségi szándék előzményei a tervezett viselkedés elmélete szerint

A tervezett viselkedés elmélete szerint három fogalmilag független tényező játszik közre a magatartási szándékok közvetlen befolyásolásában *(1. ábra).* Ezek a következők: (1) a *viselkedéssel kapcsolatos attitűdök,* amelyek egyéni megfontolásokat írnak le az adott viselkedés következményeivel kapcsolatban; esetünkben a gyermektelenség következményeivel kapcsolatos attitűdök, hiedelmek tartoznak ide; (2) a *viselkedéshez kapcsolódó szubjektív normák,* normatív hiedelmek, melyek a „társadalmi kívánatosság", „társadalmi nyomás" fogalmaival írhatók le a legkönnyebben; ezeket az egyén számára releváns személyek, például rokonok és barátok közvetítik; (3) az *észlelt viselkedéskontroll/énhatékonyság* – jelen esetben észlelt kontroll a gyermekvállalás felett. A *tényleges/megvalósult kontroll* motívuma a szándék megvalósulását befolyásolja. A viselkedés észlelt kontrollja, az énhatékonyság egyrészt nagyban függ a korábbi tapasztalatoktól, másrészt erőteljesen előre jelzi a tényleges kontrollt, vagyis a szándék megvalósulásának esélyét. A tényleges kontroll tehát nemcsak a szándékok kialakulását érinti közvetetten, hanem a szándékok viselkedéssé válásának lehetőségét is. Albertini és Brini (2021) tanulmányukban kiemelik, hogy a szülővé válásra irányuló egyéni attitűdök, valamint az észlelt társadalmi nyomás (ahogyan az egyén észleli az adott társadalom

presszióját a szülővé válásra) szoros korrelációt mutat a gyermekvállalási, illetve a gyermektelenségi szándékok stabilitásával. A szerzők hangsúlyozzák ugyanakkor, hogy a gyermektelenségi szándék kevésbé stabil, mint a szülővé válás szándéka, kivéve a negyvenévesnél idősebbek körében, ahol a gyermektelenségi szándék is stabillá válik.

Kulcsszavak: gyermekvállalást elutasító gyermektelenség, körülmények miatt jelenleg gyermektelen, elkötelezett gyermektelenség, demográfiai és pszichoszociális összefüggések.

Módszerek

Tanulmányunkban a Hungarostudy 2021 reprezentatív magyar kutatás adatait elemezve a 18–40 éves fiatal felnőttek körében vizsgáljuk a gyermekvállalást elutasító gyermektelenség jelenségét, megkülönböztetve a „körülmények miatt jelenleg gyermektelenek" és az „jelenleg elkötelezetten gyermektelenek" csoportját (akik jelenleg nem tudnak elképzelni olyan körülményeket, melyek teljesülése esetén gyermeket szeretnének).

Alkalmazott mérőeszközök[1]

A *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* a depresszió tüneteinek és súlyosságuknak a felmérését teszi lehetővé. E kilenctételes változatnak jó a belső megbízhatósága, Cronbach-alfa = 0,83, a mintánkon 0,94. A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív összpontszámát (0–27) az eredeti verzióra átszámolva (összpontszám / 9 × 21) a kapott érték alapján négy depressziókategória különböztethető meg: 0–9: a depressziós tünetek nem jellemzőek; 10–18: enyhe depressziós tünetek; 19–25: közepes depresszió; 25 felett súlyos depressziós tünetek. Ebben a tanulmányban mind az átszámolt összpontszámot, mind a kategoriális változót használtuk.

A *Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív* az egyén olyan szubjektív élményeire kérdez rá, mint például a váratlan események miatt tapasztalt izgalom vagy a nehézségek felhalmozódásának érzése. Az itt használt rövidített változat az eredeti tizennégy tételes kérdőívből tíz tételt tartalmaz, amelyből négy tétel fordított. A magyar változat pszichometriai jellemzőit

1 A mérőeszközök részletesebb bemutatását a szakirodalmi hivatkozásokkal együtt a kötet módszertani fejezete tartalmazza.

vizsgálták, és a tíztételes kérdőív is jó belső megbízhatóságú, Cronbach-alfa = 0,85, a mintánkon 0,74.

A *Rövidített WHO Jóllét Kérdőív* a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló mérésére szolgál. Az itt alkalmazott öttételes változat négyfokú skálán olyan pozitív aspektusokat mér, mint a vidámság és a jókedv, a pihenten ébredés vagy az élénkség. A kérdőív összpontszáma 0–15. A magyar változat belső megbízhatósága igen jónak bizonyult, Cronbach-alfa = 0,85, a mintánkon 0,91. Ebben a tanulmányban dolgoztunk a kérdőív összpontszámával, valamint a kategoriális változatával is.

A *Rövidített Házastársi Stressz Skála* a párkapcsolat minőséget méri. A skála összpontszáma 0–5 (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A kérdőív pszichometriai tulajdonságait több vizsgálatban is elemezték, belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult, Cronbach-alfa = 0,77, illetve 0,69, a mintánkon 0,53.

Mértük a *szociodemográfiai változókat:* nem (férfi, nő), életkor, végzettség (alapfokú, középfokú, felsőfokú), havi nettó személyes jövedelem (150 ezer forint vagy annál kevesebb, 151–300 ezer forint, 301 ezer forint vagy annál több), családi állapot (egyedülálló, élettársi kapcsolatban, házasságban). Rákérdeztünk arra is, hogy milyen településen él (Budapest; megyeszékhely, megyei jogú város; város; község, nagyközség), valamint a vallásosságra (nem hívő; nem gyakorolja vallását; a maga módján gyakorolja; ritkán, az egyházában; rendszeresen az egyházában gyakorolja a vallását). Tízfokú skálán vizsgáltuk, hogy „egészében véve mennyire elégedett az életével", valamint hogy „összességében mennyire boldog?" (1: teljesen elégedetlen; 10: teljesen elégedett), a kérdések összpontszáma itt tehát 1–10.

Az alminta jellemzői

A gyermekvállalási tervekre csak a 18-40 év közötti fiatalok körében kérdeztünk rá, ezért hipotéziseinket a kétezer fős fiatal almintában vizsgáltuk. A „gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelennek" tekintettük azokat a fiatalokat, akiknek nincs gyermekük (nincs vér szerinti gyermekük, nem szeretnének és a közeljövőben nem is terveznek gyermeket. Arra a kérdésre, hogy „Ön szeretne és tervez is még gyermeket vállalni?, ők azt a választ adták, hogy nem szeretnének és nem is terveznek gyermeket

vállalni, és az örökbefogadásra sem gondolnak (az „Ön gondolt-e már arra, hogy örökbe fogad gyermeket?” a válaszuk: nem).

E gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek csoportjába összesen 208 személy (116 férfi és 92 nő) tartozik, ez a fiatal alminta 10,4 százaléka; 55,8 százalékuk férfi, 57,6 százalékuk harmincévesnél fiatalabb, 33,7 százalékuk alapfokú, 39,4 százalékuk középfokú és 26,9 százalékuk felsőfokú végzettségű, 75 százalékuk egyedülálló, 9,1 százalékuk házastársi kapcsolatban és 15,9 százalékuk élettársi kapcsolatban él. Hangsúlyozzuk, hogy a továbbiakban „gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenekként” hivatkozunk rájuk, ők tehát azok a gyermektelenek, akik nem szeretnének és jelenleg nem is terveznek gyermeket, tehát esetükben a gyermektelenség *szándéka* is jelen van. Jelen tanulmányban nem vizsgáljuk, ezért a vizsgált gyermektelenek csoportjába nem vettük bele azokat a gyermekteleneket, akik szeretnének és terveznek gyermeket, és/vagy az örökbefogadásra is gondolnak.

A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek csoportját a továbbiakban két alcsoportra bontottuk. Azokat a fiatalokat, akik arra a kérdésre, hogy „El tud-e képzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén mégis vállalna gyermeket?”, nemleges választ adtak, „jelenleg elkötelezetten gyermekteleneknek” tekintettük, akik pedig erre a kérdésre igennel válaszoltak, a „körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek” csoportját alkották. A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermekteleneken belül az elkötelezett gyermektelenek aránya 75 százalék. Tehát a 18–40 évesek (n = 2000) reprezentatív mintájában ez az arány 7,85 százalék (n = 157). Az elkötelezett gyermektelenek 56,7 százaléka férfi; harmada alapfokú, 37,8 százaléka középfokú, 28,8 százaléka felsőfokú végzettségű; 76 százalékuknak a havi nettó személyes jövedelme 150 és 300 ezer forint közötti, és 13,6 százalékuknak a havi nettó személyes jövedelme 301 ezer forint feletti; 74,5 százalékuk egyedülálló, 14,6 százalékuk él élettársi kapcsolatban, és csak 10,8 százalékuk házasságban. A körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek (n = 51) 52,9 százaléka férfi, 46,2 százaléka középfokú és 21,2 százaléka felsőfokú végzettségű; 63,9 százalékuk havi nettó személyes jövedelme 151 és 300 ezer forint közötti és 13,9 százalékuk havi nettó személyes jövedelme 301 ezer forint feletti; 75,0 százalékuk egyedülálló, 21,2 százalékuk élettársi kapcsolatban él, és csak 3,8 százalékuk házasságban.

Gyermekesnek tekintettük azokat a fiatalokat, akik arra a kérdésre, hogy „Van-e vér szerinti gyermeke?", igennel válaszoltak (n = 689) (leíró adataikat lásd az *1. táblázat*ban).

A mentális egészség mutatóinak (depressziós tünetek és észlelt stressz) összehasonlító elemzéseinél a körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek (n = 51), a jelenleg elkötelezetten gyermektelenek (n = 157) és a gyermekes szülők (n = 689) csoportjait hasonlítottuk össze. A gyermekes minta 38,3 százaléka férfi, 24,8 százaléka harmincévesnél fiatalabb, 43,3 százalék alapfokú, 32,2 százalék középfokú és 24,5 százalék felsőfokú végzettségű. A jövedelmet illetően a gyermekesek 57,4 százalékának havi személyes nettó jövedelme 151 és 300 ezer forint közötti, és csak 12,8 százalékuknak magasabb a havi személyes nettó jövedelme 301 ezer forintnál. A családi állapot tekintetében csak 9,7 százalékuk egyedülálló, 57 százalékuk házasságban és 33,2 százalékuk élettársi kapcsolatban él. (A gyermektelenek és a gyermekes szülők részletesebb leíró adatait lásd az *1. táblázat*ban.)

Azok akik öt éven belül sem terveznek gyermeket (n=360) 88,4 százalékban 30 évnél fiatalabbak, 91 százalékuk nőtlen, hajadon, kétharmaduk férfi és 7,7 százalékuk rendelkezik felsőfokú végzettséggel (85,5 százalékuk középfokú, 6,8 százalékuk alapfokú végzettségű).

Statisztikai elemzések

A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, illetve a gyermekes szülők leíró adatainak összehasonlításánál a folyamatos változók esetében Mann–Whitney-próbát alkalmaztunk, mivel ezek a változók a csúcsosság- és ferdeségpróbák alkalmával nem bizonyultak normál eloszlásúnak. A kategoriális változók összehasonlításánál khí-négyzet-próbát végeztünk.

A körülmények miatt jelenleg gyermektelenek, az elkötelezett gyermektelenek és a gyermekesek mentálisegészség-mutatóinak (depresszió, észlelt stressz) összehasonlításánál egy szempontos varianciaanalízist végeztünk, General Linear Modelben, 95 százalékos konfidenciaintervallummal. Utótesztként a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk az SPSS 21.0 programmal. Adatainkat kontrolláltuk életkorra, végzettségre, jövedelemre, családi állapotra, és külön vizsgáltuk őket a férfiak és nők körében.

Eredmények

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek (n = 208)	Van gyermeke (n = 689)	Mann–Whitney (U)
	átlag (95%-os CI) n (%)	átlag (95%-os CI) n (%)	
Életkor			U = 43333,500
➢ átlag	28,98 (28,10–29,86)	33,63 (33,26–34,00)	p ≤ 0,001
➢ > 18 ≤ 30	118 (57,6%)	171 (25,1%)	
➢ > 30 ≤ 40	87 (42,4%)	509 (74,9%)	p ≤ 0,001
Nem			
➢ férfi	116 (55,8%)	264 (38,3%)	
➢ nő	92 (44,2%)	425 (61,7%)	p ≤ 0,001
Végzettség			
➢ alapfokú	70 (33,7%)	299 (43,3%)	
➢ középfokú	82 (39,4%)	222 (32,2%)	
➢ felsőfokú	56 (26,9%)	169 (24,5%)	p ≤ 0,001
Családi állapot			
➢ egyedülálló	156 (75,0%)	67 (9,7%)	
➢ házas	19 (9,1%)	393 (57,0%)	
➢ élettársi kapcsolatban	33 (15,9%)	229 (33,2%)	p ≤ 0,001
Településtípus			
➢ Budapest (főváros)	75 (35,9%)	85 (12,3%)	
➢ megyei jogú város (megyeszékhely)	38 (18,2%)	114 (16,5%)	
➢ város	61 (29,2%)	256 (37,2%)	p ≤ 0,001
➢ község, falu	35 (16,7%)	234 (34,0%)	
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)			
➢ ≤ 150	41 (25,3%)	180 (39,8%)	
➢ 150–300	99 (61,1%)	214 (47,3%)	
➢ ≥ 301	22 (13,6%)	58 (12,8%)	p ≤ 0,001
Vallás			
➢ nem hívő	120 (57,7%)	256 (37,2%)	
➢ nem gyakorolja a vallását	39 (18,8%)	140 (20,3%)	
➢ a maga módján gyakorolja	39 (18,8%)	220 (32,1%)	
➢ ritkán az egyházában	8 (3,8%)	27 (3,9%)	p ≤ 0,001
➢ rendszeresen	2 (1,0%)	44 (6,4%)	
Depressziókategóriák (CBDI)			
➢ nincs depresszió (0–9)	124 (60,2%)	548 (79,9%)	
➢ enyhe depresszió (10–18)	4 (1,9%)	57 (8,3%)	
➢ középsúlyos depresszió (19–26)	20 (9,7%)	24 (3,5%)	p ≤ 0,001
➢ súlyos depresszió (26 felett)	58 (28,2%)	57 (8,3%)	
WHO Jóllét kategóriák			
➢ kockázati szint	35 (17,2%)	74 (10,8%)	
➢ normál szint	169 (82,8%)	612 (89,2%)	p ≤ 0,001
Depressziós tünetek (BDI) (0–60)	13,86 (12,18–15,55)	6,04 (5,12–6,97)	U = 61119,500 p ≤ 0,001

Vizsgált demográfiai és pszichológiai változók	A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek (n = 208)	Van gyermeke (n = 689)	Mann–Whitney (U)
	átlag (95%-os CI) n (%)	átlag (95%-os CI) n (%)	
Észlelt stressz (PSS) (0–40)	15,74 (14,82–16,65)	13,50 (12,96–14,05)	U = 63168,000 p ≤ 0,001
WHO Jóllét (0–15)	10,99 (10,48–11,51)	11,30 (11,06–11,53)	U = 76786,000 p = 0,834
Házastársi stressz (0–5)	1,25 (0,92–1,57)	0,74 (0,66–0,82)	U = 14608,500 p ≤ 0,001
Boldogság (0–10)	7,62 (7,34–7,89)	8,04 (7,91–8,17)	U = 70423,000 p = 0,038
Elégedettség összességében az élettel (0–10)	7,40 (7,10–7,69)	7,72 (7,58–7,86)	U = 73511,000 p = 0,242
Ideális gyermekszám a családban			
➢ 0	53 (28,2%)	2 (0,3%)	p ≤ 0,001
➢ 1	48 (25,5%)	57 (8,5%)	
➢ 2	69 (36,7%)	384 (57,6%)	
➢ 3 +	18 (9,6%)	224 (33,7%)	
➢ átlag	1,30 gyermek	2,31 gyermek	U = 31147,000 p ≤ 0,001

Jelölés: U: Mann–Whitney U-Teszt; χ^2 próba

1. táblázat: A gyermekvállalást elutasító gyermektelenek, illetve a gyermekesek leíró adatai

Az egyváltozós elemzések azt mutatják, hogy a magasabb végzettséggel, illetve magasabb jövedelemmel rendelkezők, a nagyvárosban élők, a fiatalabbak, a nem hívők, az egyedülállók és a nemek tekintetében a férfiak körében gyakoribb a gyermektelenség. Gyakrabban fordul elő esetükben közepes és súlyos depresszió, valamint a WHO Jóllét Index kockázati szintje. Magasabb a depressziós tünetek száma, az észlelt stressz, magasabb a házastársi stressz, és alacsonyabb a boldogság szintje. Ugyanakkor összességében az élettel való elégedettség tekintetében nem különböznek szignifikáns mértékben a gyermekes szülőktől.

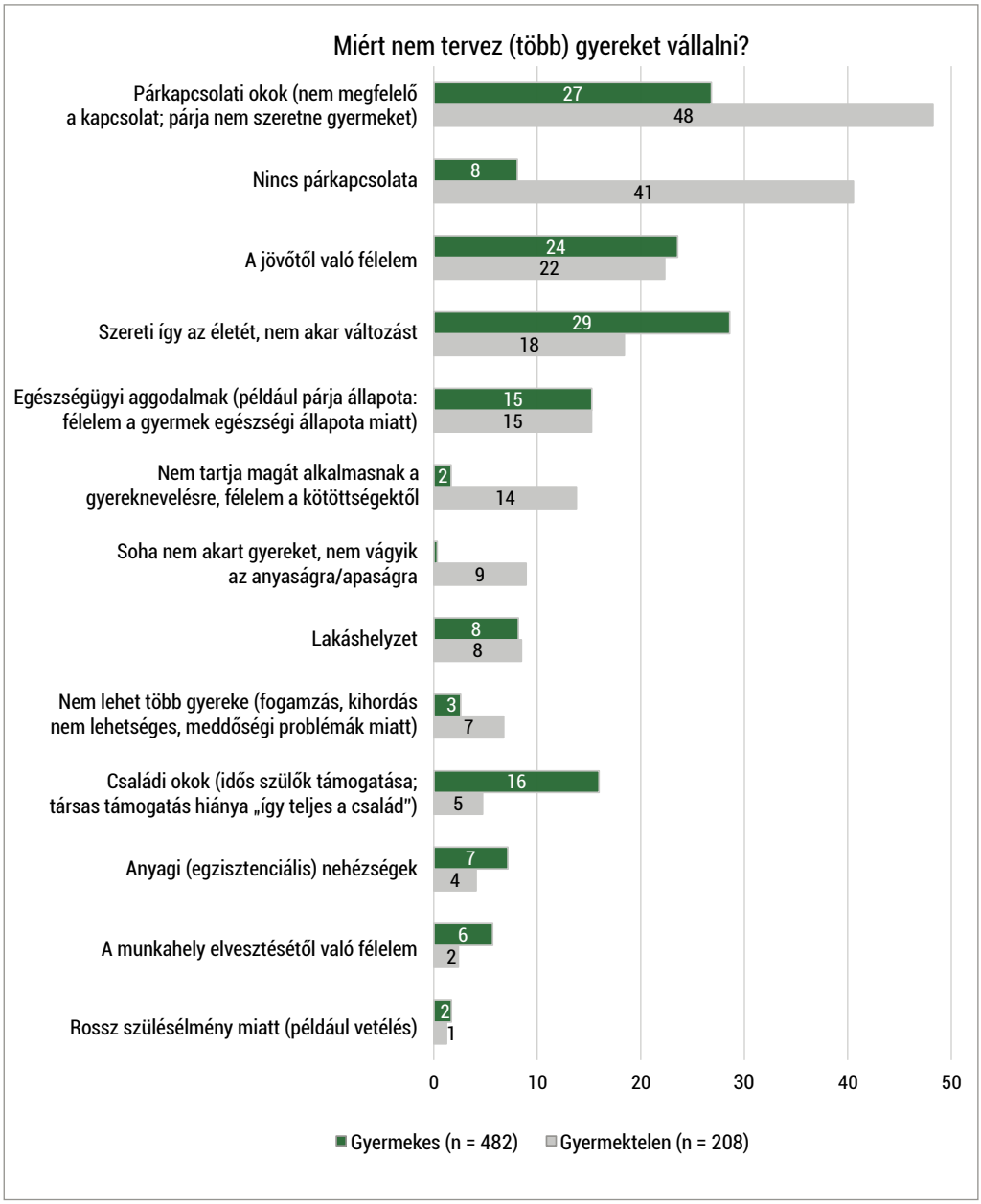
Az ideális gyermekszám alakulása

Rákérdeztünk az ideálisnak tartott gyermekszámra („Ön szerint mennyi egy családban az ideális gyermekszám?”), és azt találtuk, hogy a gyermekes szülők átlagosan magasabb gyermekszámot tartanak ideálisnak (2,31), mint a népesség reprodukciójához szükséges átlagos gyermekszám (2,1). Erre a kérdésre azok a gyermektelen fiatalok is válaszoltak, akik a vizsgálat időpontjában ugyan nem szeretnének és nem terveznek gyermeket vállalni, és örökbefogadásra sem gondolnak, de van véleményük az ideális gyermekszámról. Ők, vagyis a gyermektelenek átlagosan 1,3 gyermeket tartanak ideálisnak (más családok számára).

A gyermekvállalás elutasítása és az esetleges mögöttes okok

Az esetleges mögöttes okok feltárása érdekében vizsgáltunk két kérdést: „Miért nem tervez (több) gyermeket vállalni?” „El tud-e képzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén mégis vállalna (még) gyermeket?” Mindkét kérdésre válaszoltak azok a fiatalok is, akik a vizsgálat időpontjában azt mondták, hogy nem szeretnének és nem terveznek gyermeket, és örökbefogadásra sem gondolnak *(2. ábra).*

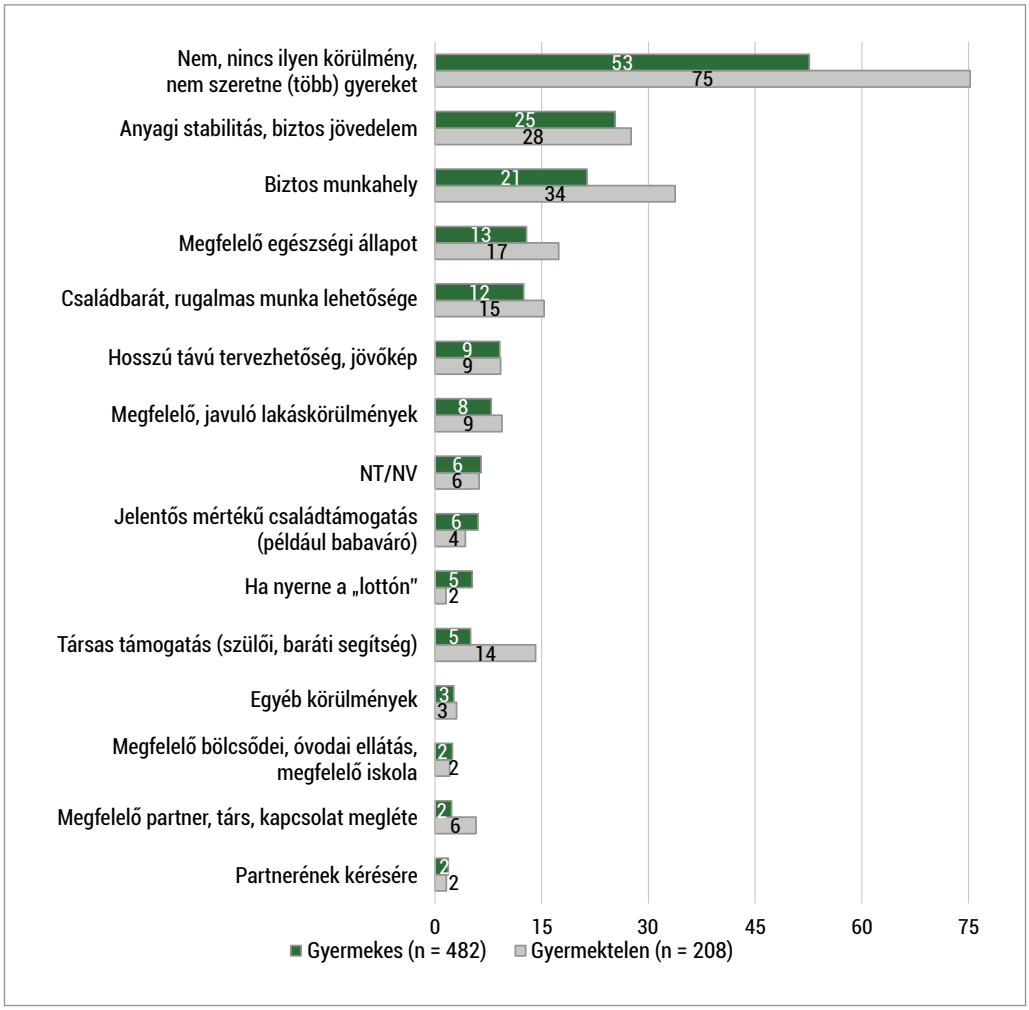
A legszembetűnőbb eredmény itt, hogy közel minden második (48%) gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelen fiatal (n = 208) elsősorban „párkapcsolati okok” miatt nem tervez gyermeket, 41 százalék pedig azt nyilatkozta, hogy a gyermekvállalás elutasításában a döntő érv, hogy nincs párkapcsolata. A már kialakított saját életritmus (nem akar változtatni az életén) szintén az egyik legfontosabb (18%) visszajelzés, ez azon gyermekeseknél is preferált (29%), akik már nem szeretnének testvért a meglévő gyermek(eik)nek. A pesszimista jövőkép, illetve a jövőtől való félelem is szerepel mind a gyermektelenek, mind a gyermekesek válaszaiban. Az egészségi állapotot érintő állítások minden hetedik (15%) visszajelzésben megjelennek, a válaszadóra, a párjára és a születendő gyermekre vonatkoztatva egyaránt. A gyermektelenek közel tizede (9%) állította határozottan, hogy soha nem akart gyermeket, meddőségi problémával pedig 7 százalék küzd.



2. ábra: Miért nem tervez (több) gyereket vállalni?
Gyermekesek és gyermektelenek válaszai (%)

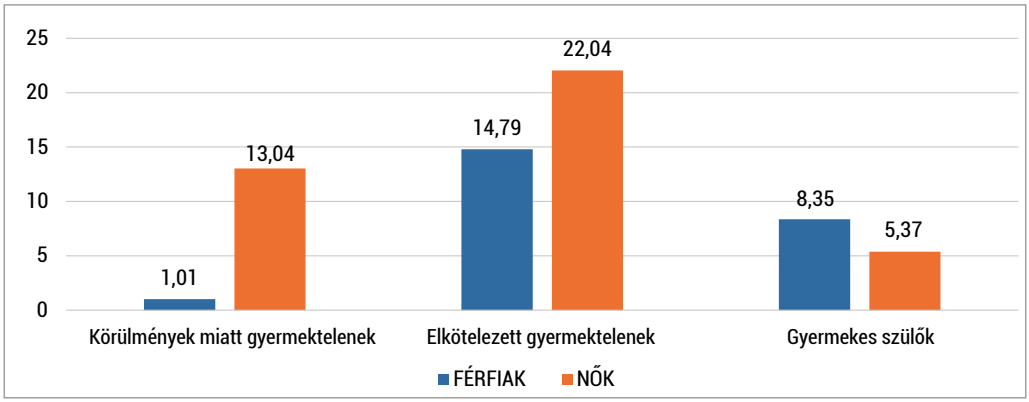
A különböző kötöttségektől és a felelősségvállalástól való félelem a gyermekteleneknél hangsúlyos (14%), a gyermekes almintában viszont alacsony arányban (2%) említették. A materiális okok közül a lakáshelyzetre hivatkozás mindkét csoportban hasonlóan alakult (8-8%). A munkahely elvesztésétől való félelem (6%, illetve 2%) és a nehéz anyagi körülmények (7%, illetve 4%) a gyermekes válaszadók körében gyakrabban fordultak elő a további gyermekvállalás elutasításának főbb okaiként. Ugyanígy a családi okokra hivatkozás (például az idős szülő támogatása, a társas támogatás hiánya) a gyermekeseknél fordult elő gyakrabban (16 százalék, szemben a gyermektelenek 5 százalékával).

A továbbiakban vizsgáltuk a gyermektelen, illetve gyermekes fiataloknak arra a kérdésre adott válaszát, hogy „El tud-e képzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén mégis vállalna (még) gyermeket?". Az erre a kérdésre adott válaszok alapján különítettük el a „körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek" csoportját (a gyermektelenek 25 százaléka), akik erre a kérdésre igennel válaszoltak, és az „elkötelezett gyermektelenek" csoportját (a gyermektelenek 75 százaléka), akik erre a kérdésre nemmel válaszoltak *(3. ábra).* A kérdésre a gyermekesek 53 százaléka válaszolt nemmel, vagyis ők nem tudnak elképzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén újabb gyermeket vállalnának. A továbbiakban a felsorolt körülményekre válaszoltak igennel vagy nemmel a gyermektelenek és a gyermekes szülők. A „körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek" legtöbben (34%) biztos munkahely, illetve anyagi stabilitás (28%) esetén gondolkodnának el a gyermekvállaláson, illetve még a megfelelő egészségi állapot (17%), a rugalmas munka (15%) és a társas támogatás (14%) számítana a gyermekvállalás kérdésében. A gyermekes fiatalok számára az anyagi stabilitás (25%) és a biztos munkahely (21%) szerepel a preferenciasorrend elején, vagyis ezek megléte esetén gondolkodnának el további gyermekek vállalásán. A jövőkép és a tervezhetőség mindkét csoport számára ugyanolyan fontos (8-9%), közel minden tizedik válaszadó említette. Viszonylag kevés fiatal szülő gondolja azt, hogy ha jelentős mértékű családtámogatást vezetnének be (6%), vagy ha nyernének a lottón (5%), akkor hajlandók lennének további gyermekvállalásra.



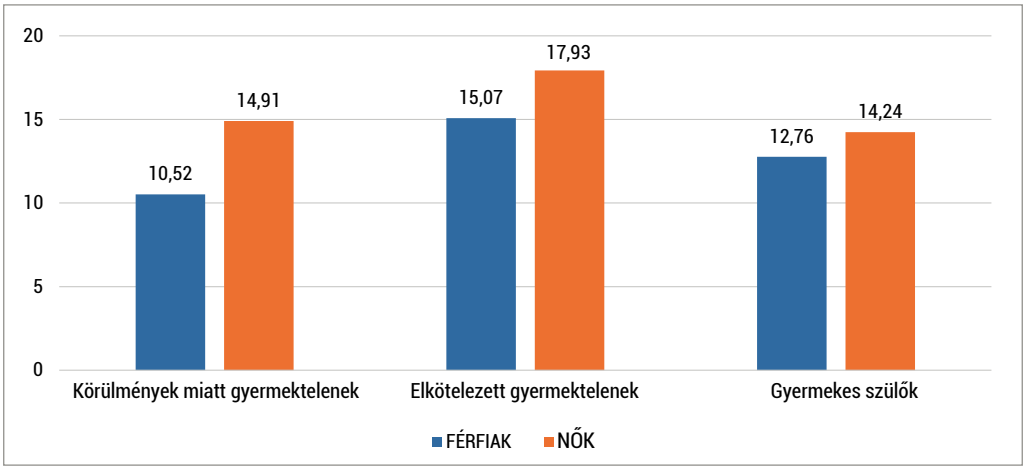
3. ábra: El tud-e képzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén mégis vállalna (még) gyermeket? Gyermekesek és gyermektelenek válaszai (%) (több válasz is lehetséges volt)

A továbbiakban többváltozós modellben vizsgáltuk a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, az elkötelezett gyermektelenek és a gyermekes szülők mentális egészségének mutatóit: depressziós tüneteik átlagát *(4. ábra)* és észlelt stresszük átlagát *(5. ábra)*. Az elemzéseket General Linear Modelben végeztük, 95 százalékos konfidenciaintervallummal, adatainkat kontrolláltuk életkorra, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra, és külön elemeztük a férfiak, illetve a nők körében.



4. ábra: A körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, a jelenleg elkötelezett gyermektelenek és a gyermekes szülők depressziós tüneteinek átlaga a férfiak és a nők körében (General Linear Model, kontrollváltozók: életkor, végzettség, jövedelem, családi állapot)

Az eredmények azt mutatják, hogy a depressziós tünetek száma az elkötelezett gyermektelen nők körében a legmagasabb, de mind a férfiak, mind a nők csoportjában az elkötelezett gyermektelenek között szignifikánsan magasabb, mint a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, illetve a gyermekesek esetében. Életkortól, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól függetlenül az elkötelezett gyermektelen nők körében a depressziós tünetek átlaga 22,04 (17,55–26,52) szignifikánsan magasabb, mint a körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermekteleneknél (13,04 [5,92–20,17], $p = 0{,}02$) és a gyermekes szülőknél (5,37 [3,15–7,60], $p < 0{,}001$). Megjegyzendő, hogy a körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelen nők depressziós tüneteinek átlaga is szignifikánsan magasabb, mint a gyermekes nőké ($p = 0{,}04$). A férfiak esetében is nagyon hasonlók az eredmények: az elkötelezett gyermektelen férfiak körében a legmagasabb a depressziós tünetek átlaga (14,79 [10,89–18,70], $p<0{,}001$), szignifikánsan magasabb, mint a körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek (1,01 [–5,00–7,02] és mint a gyermekes szülők csoportjában (8,35 [5,81–10,90], $p = 0{,}008$). Érdekes eredmény itt, hogy a körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelen férfiak esetében szignifikánsan alacsonyabb a depressziós tünetek átlaga, mint a gyermekes férfiak csoportjában ($p = 0{,}029$).



5. ábra: A körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, az elkötelezett gyermektelenek és a gyermekes szülők észleltstressz-tüneteinek átlaga a férfiak és nők körében (General Linear Model, kontrollváltozók: életkor, végzettség, jövedelem, családi állapot)

Ami az észlelt stressz tüneteit illeti, hasonlók az eredmények: az elkötelezett gyermektelen nők esetében a legmagasabb az észlelt stressz tüneteinek átlaga (17,93 [15,56–20,29]), szignifikánsan magasabb, mint a gyermekes nők csoportjában (14,24 [13,06–15,43], p = 0,005), de nem különbözik szignifikáns mértékben a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek észleltstressz-átlagától (14,91 [10,91–18,92]). A férfiak körében is az elkötelezett gyermektelen férfiak észleltstressz-szintje a legmagasabb (15,07 [12,76–17,39]), és szignifikánsan magasabb, mint a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelen férfiaké (10,52 [6,97–14,08], p = 0,013), de nem szignifikánsan magasabb, mint a gyermekes férfiaké 12,76 (11,25–14,26).

Megbeszélés

Vizsgáltuk a gyermekvállalást elutasító gyermektelenek csoportjának (mintánkban a 18–40 éves fiatalok 10,4 százaléka) demográfiai és pszichoszociális mutatóit, illetve a gyermekvállalás elutasításához esetlegesen hozzájáruló mögöttes okokat. A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek elsősorban a fiatalabbak, a magasabb végzettségűek, magasabb jövedelműek, a nagyvárosiak, a nem vallásosak, az egyedüllállók és a férfiak köréből kerülnek ki. Elmondható róluk, hogy gyakrabban fordulnak elő körükben depressziós tünetek, az észlelt stressz

tünetei, rosszabb a házastársi/élettársi kapcsolatuk minősége, és kevésbé boldogok, mint a gyermekes fiatal felnőttek, ugyanakkor nem kevésbé elégedettek az életükkel, mint a gyermekes szülők. A továbbiakban a lehetséges mögöttes okokat vizsgáltuk a „Miért nem tervez gyermeket vállalni?" kérdéssel, és arra is rákérdeztünk, hogy „El tud-e képzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén mégis vállalna gyermeket?". Azokat tekintettük a „körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermekteleneknek", akik erre a kérdésre igennel feleltek, és a nemmel válaszolók alkották az „elkötelezett gyermektelenek" csoportját. Vizsgáltuk a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító és az elkötelezett gyermektelenek, valamint a gyermekes szülők mentális egészségének mutatóit, a depressziós tünetek számát, illetve az észlelt stressz szintjét, életkortól, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól függetlenül. A gyermektelenséget fókuszba állító szakirodalomban olyan tanulmányt is találunk, amely a döntésalapú (vagy választásból fakadó) gyermektelenség *(childless by choice)* és a körülmények miatti gyermektelenség *(childless by circumstance)* fogalmi szétválasztását javasolja (Kis 2018). A gyermektelenek között aszerint is különbséget kell tennünk, hogy ez a „választás" vajon tudatos vagy nem tudatos döntés eredménye-e. Az utóbbi csoportba tartoznak például azok, akik eredetileg csak időlegesen tekintik magukat gyermektelennek, azonban addig halasztják a gyermekvállalást, amíg az „időből kifutva" már biológiai okokból nem képesek gyermeket vállalni, illetve előfordulhat az is, hogy miután véglegessé vált, hogy egy nő biológiai okokból nem vállalhat gyermeket, tudatos döntéssé értelmezi át valójában nem akaratlagos gyermektelenségét (Szalma és Takács 2012).

Vizsgálatunkban a gyermekvállalás elutasításában elkötelezettek (akik nem tudnak elképzelni olyan körülményeket, amelyek teljesülése esetén gyermeket szeretnének) aránya 7,85 százalék. A Population Policy Acceptance Study (PPAS) 2002 és 2005 között lezajlott nemzetközi kutatássorozata az egyik első és átfogó vizsgálat, mely az európai országokban megjelenő akaratlagos/tudatos gyermektelenség előfordulási gyakoriságát vizsgálta, és azt találták, hogy Európában átlagosan 10 százalék alatti ez az arány (Dorbritz, Höhn és Naderi 2005). Ebben a vizsgálatban Magyarországon a tudatos gyermektelenség elfogadottságának aránya 5 százalék alatti (nők: 3,2%; férfiak: 7,7%), és a kutatás szerint leginkább a bizonytalan

jövőkép befolyásolja a gyermekvállalási szándék meghiúsulását (Németországhoz, Romániához, Észtországhoz és Ciprushoz hasonlóan). Ugyanakkor az utóbbi évtizedek ideológiai változásainak következtében egyes országokban az önkéntesen gyermektelenek aránya akár a 15 százalékot is meghaladhatja (Kis 2018).

Az OECD (Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet) 2011-es adatai alapján az érintett országokban a 15–64 éves nők átlagosan 2 százaléka tartja ideálisnak a gyermektelen állapotot, ez az arány Németországban és Ausztriában az átlag kétszerese (OECD 2011). Az Eurobarometer 2011-es felmérése az ideálisnak tekintett és a tényleges gyermekszám közötti különbségeket vizsgálva azt találta, hogy a legidősebb (ötvenöt évesnél idősebb) generáció tagjai körében alacsonyabb a gyermektelenségi ráta, mint a fiatalabbak (15–39 évesek) csoportjában. Míg a fiataloknál az EU27 tagországokban 9 százalékra tehető a gyermekvállalás elutasítása, addig ez az idősebbek esetében 4 százalékot jelent (European Commission 2011).

Eredményeink alapján a 18–40 éves korosztályban gyakoribb a gyermekvállalást elutasító gyermektelenség a férfiak között. Szabó Laura (2015) tanulmányában hangsúlyozza, hogy mivel az apává válás nem köthető életkorhoz, legalábbis a férfiak esetében sokkal tágabb a termékeny időszak, mint a nők csoportjában, nehezebb vizsgálni a gyermektelen férfiak helyzetét. Elemzései alapján a 41–45 éves gyermektelen férfiak száma a 2001-es és 2011-es népszámlálás között 19 százalékkal (63,4 ezer főről 75,2 ezer főre) nőtt, és ez a nőknél megfigyelt 30 százalékos növekedési arányhoz képest jóval kisebb. Más hazai vizsgálatban a 30 év alatti fiatalok körében a gyermekvállalást elutasítók – akiknek nincs gyermeke, és nem is szeretnének a jövőben (n = 198) – aránya 11,1 százalék a nők körében, a férfiaknál pedig 12,6 százalék (Engler és Pári 2021), de hangsúlyozzuk, hogy ez a minta nagyon fiatal (15–29 évesek), s ebben a kohorszban még nem beszélhetünk a gyermektelenség mellett való végleges elkötelezettségről, tudatos döntésről, ebben az életkorban még nagyon instabil a gyermektelenség szándéka (Albertini és Brini 2021).

Eredményeink szerint a középfokú és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők esetében gyakrabban fordult elő a gyermekvállalást elutasító gyermektelenség. A tanulmányi időszak kitolódásának, az iskolai végzettségnek

meghatározó szerepe van a gyermekvállalásban. Korábbi vizsgálatokban is azt találták, hogy a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkező nők esetében az utóbbi évek során egyre magasabb a gyermekvállalás elutasításának aránya (Szabó 2015; Pári, Nagy és Kozák 2022).

További eredményeink alapján a gyermekvállalást elutasító gyermektelenek és a gyermekesek vallásosság tekintetében is különböztek. Hasonló összefüggést talált a vallásossággal Avison és Furnham (2015): tanulmányuk szerint míg a gyermektelenek 48 százaléka, addig a gyermekesek 23 százaléka nem tartotta magát vallásosnak. A mi vizsgálatunkban a gyermektelenek 57,7 százaléka, a gyermekeseknek pedig a 37,2 százaléka vallotta magát nem hívőnek.

Vizsgáltuk a gyermekvállalás elutasítása mögötti lehetséges okokat is. Eredményeink alapján a párkapcsolat hiánya vagy nem megfelelő volta a legmeghatározóbb oka a gyermekvállalást elutasító gyermektelenségnek, vagyis a gyermektelenségi szándéknak. A gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek 75 százalékának nincs párkapcsolata. Minden második gyermekvállalást elutasító gyermektelen fiatal említette a párkapcsolat hiányát problémaként. Minél később találja meg valaki azt a partnert, akivel el tudna köteleződni, annál inkább kitolódik a gyermekvállalás igénye is. Más szerzők is arra a következtetésre jutottak, hogy a gyermekvállalás tervezésével kapcsolatban meghatározó a párkapcsolat stabilitása (Engler és Pári 2021). A 2020-as Magyar Ifjúság Kutatás (n = 8000) adataiból az derül ki, hogy abban az almintában, amelyben rákérdeztek a gyermekvállalásra (n = 2000), az „elköteleződéstől való félelmet" a fiatalok negyede igen komoly, harmada komoly, a gyermekvállalást visszatartó indoknak tartja (Engler és Pári 2021).

Vizsgálatunkban a „körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek" első helyen érdekes módon nem a partner hiányát, hanem a biztos munkahelyet és az anyagi stabilitást, a biztos jövedelmet jelölik meg olyan okként, amelynek teljesülése esetén vállalnának gyermeket, illetve a megfelelő egészségi állapot, a rugalmas munka és a társas támogatás számítana még a gyermekvállalás kérdésében. Szalma és Takács tanulmányukban hangsúlyozzák (2012) a materiális tényezők jelentőségét a gyermekvállalásban, de kiemelik, hogy ezek inkább csak az első gyermek vállalásának időzítésére vannak hatással. Nagy jelentősége

van például a saját lakásnak, hiszen ennek hiánya a gyermekvállalás halasztását váltja ki (Szalma és Takács 2012).

A körülmények miatt a gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenek, az elkötelezett gyermektelenek és a gyermekesek mentális egészségének mutatóit vizsgálva azt találtuk, hogy mind a nők, mind a férfiak körében az elkötelezett gyermektelenek szignifikásan több depressziós tünetről számoltak be, mint a gyermekesek, de a körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelenekhez képest is. A körülmények miatt gyermekvállalást jelenleg elutasító gyermektelen férfiak csoportjában alacsonyabb a depressziós tünetek száma, mint a gyermekes férfiak esetében. A gyermektelenség és a pszichológiai jóllét közötti összefüggést korábban erősebbnek találták a nők körében, bár találtunk olyan tanulmányt is, mely a férfiak vulnerabilitását hangúlyozza e tekintetben, vagyis a szülővé vált férfiak (függetlenül attól, hogy együtt élnek-e a gyermekkel, vagy az már alhagyta az otthont), magasabb pszichológiai jóllétről számoltak be, mint a gyermektelen férfiak (Huijts, Kraaykamp és Subramanian 2013).

Mind a férfiaknál, mind a nőknél a gyermekesek és a gyermektelenek pszichológiai jólléte közötti különbség annál nagyobb, minél jobban helyteleníti az adott társadalom a gyermektelenséget (Huijts, Kraaykamp és Subramanian 2013). Egy harminchat nemzet adatait két hullámban elemző, 2016-os nemzetközi vizsgálatban is azt találták, hogy a gyermektelen felnőttek boldogtalanabbak és kevésbé elégedettek az életükkel, ha erősen pronatalista országban/társadalomban élnek (Tanaka és Johnson 2016). Kelet-európai országokban az idősek csoportjában a gyermektelenség szignifikánsan összefüggött a depressziós tünetek gyakoribb előfordulásával (Grundy, Broek és Keenan 2019).

Érdekes összefüggést talált egy hazai, orvosok körében végzett reprezentatív kutatás (Győrffy és Girasek 2015), mely a fekvőbeteg-ellátásban való munkavégzés, az ügyeleti munka, valamint a több munkahelyen való egyidejű helytállás és a kiégés összefüggéseit vizsgálta, és a gyermekszám minden esetben egészségvédő faktort jelentett. A gyermekteleneknél a kiégés mindhárom vizsgált dimenziója szignifikánsan nagyobb arányban jelent meg.

Ugyanakkor egy huszonnégy európai országra kiterjedő vizsgálatban azt találták, hogy a nők körében nincs különbség a gyermektelenek és

a gyermekesek mentális jólléte között. A szerzők ezt azzal magyarázzák, hogy bizonyos országokban a gyermektelenek esetében valóban alacsonyabb a pszichológiai jóllét, de más országokban a gyermektelen nők magasabb pszichológiai jóllétről számoltak be, mint a gyermekesek, és így összességében eltűnt a különbség (Huijts, Kraaykamp és Subramanian 2013). Megjegyzendő: mi is azt találtuk, hogy az életükkel való elégedettség tekintetében nincs különbség a gyermekvállalást elutasító gyermektelenek és a gyermekesek között.

Összességében elmondhatjuk, hogy vizsgálataink alapján a 18–40 éveseknél azoknak a gyermekteleneknek az aránya, akik arra a kérdésre, hogy terveznek-e gyermeket nemmel válaszoltak 10,4 százalék, közöttük az elkötelezett gyermektelenek aránya (akik nem tudnak elképzelni olyan körülményt, melynek teljesülése esetén vállalnának gyermeket) 7,9 százalék. A gyermekvállalást elutasító gyermektelenek gyakrabban számolnak be depresszsiós tünetekről és észlelt stresszről, mint gyermekes társaik. Ugyanakkor fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy egyfelől ebben a vizsgálatban csak a 18–40 éves korosztály vett részt, és a szakirodalom ebben a korosztályban még nagyon instabilnak tartja a gyermektelenségi szándékokat (Albertini és Brini 2021), tehát pontosan az a korosztály (40–49 évesek) hiányzik a felmérésből, amelynek körében már stabilabbak ezek az intenciók. Másfelől kiemelnénk, hogy ezek keresztmetszeti adatok, s a vizsgálatban részt vevők gyermektelenségi szándékai még változhatnak a termékenységi időszak végéig. Nemzetközi tanulmányok is hosszú távú, longitudinális vizsgálatokat javasolnak a gyermektelenség és a mentális egészség/jóllét összefüggéseinek vizsgálatára. A hosszmetszeti kutatások egyrészt a gyermekvállalással kapcsolatos szándékok változását és az életkor előrehaladását, másrészt az időközben bekövetkező egyéb életeseményeket (a párkapcsolat alakulása, válás, munkahely, szociális háló, társas támogatás stb.) jelölik meg a mentális egészséget erőteljesen befolyásoló tényezőkként (Albertini és Brini 2021).

Felhasznált irodalom

Albertini, Marco and Elisa Brini (2021) I've changed my mind. The intentions to be childless, their stability and realisation. *European Societies*. Vol. 23. (1): 119–160.

Antal Z. László, Pári András, Szombathelyi Szilvia és Szabó Zsolt (2020) Az éghajlatváltozás és a népesedési folyamatok kapcsolata. In: Antal, Z. László, Ferencz Zoltán, Páldy Anna (szerk.) *Éghajlatváltozás és egészség*. Budapest: Társadalomtudományi Kutatóközpont. 157–175.

Avison, Margaret and Adrian Furnham (2015) Personality and voluntary childlessness. *Journal of Population Research.* Vol. 32. (1): 45–67.

Dorbritz, Jürgen, Charlotte Höhn and Robert Naderi (2005) *The demographic future of Europe--facts figures policies. Results of the Population Policy Acceptance Study (PPAS).* Wiesbaden, Stuttgart: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Robert Bosch Stiftung. https://www.bib.bund.de/Publikation/2005/pdf/The-Demographic-Future-of-Europe-EN.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Letöltés: 2022. július 31.)

Engler Ágnes, Pári András (2021) Párkapcsolat és családalapítás. In: Székely Levente (szerk.) *Magyar fiatalok a koronavírus-járvány idején. Tanulmánykötet a Magyar Ifjúság Kutatás 2020 eredményeiről.* Budapest: Enigma 2001 Kiadó és Médiaszolgáltató Kft. 87–112.

European Commission (2011) *Eurobarometer 75.4: Vocational Education and Training, Social Climate and Family Planning, Internal Security, and Climate Change, June 2011.* GESIS [distributor], Inter-university Consortium for Political and Social Research [distributor], 2015-09-04. https://doi.org/10.3886/ICPSR34556.v2

Grundy, Emily, Thijs van den Broek and Katherine Keenan (2019) Number of children, partnership status, and later-life depression in Eastern and Western Europe. *The Journals of Gerontology Series B,* Vol. 74. (2): 353–363.

Győrffy Zsuzsa, Edmond Girasek (2015) Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek? *Orvosi Hetilap.* 156. évf. 14. sz. 564–570.

Huijts, Tim, Gerbert Kraaykamp, S. V. Subramanian (2013) Childlessness and psychological well-being in context. A multilevel study on 24 European countries. *European Sociological Review.* Vol. 29. (1): 32–47.

Kis Andrea (2018) Az önkéntes gyermektelenség pszichológiája. Szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle.* 73. évf. 4. sz. 599–641.

Lesthaeghe, Ron, Johan Surkyn (2002) New forms of household formation in Central and Eastern Europe. Are they related to newly emerging value orientation? New York, Geneva: UNECE Economic Survey of Europe 2002–1. Ch. 6. 197–216.

OECD (2011) Database. Ideal and actual number of children Source. https://www.oecd.org/els/family/SF_2_2-Ideal-actual-number-children.pdf (Letöltés: 2022. július 31.)

Pári András, Nagy Tímea és Kozák Kökény (2022) A gyermekvállalás elutasításának tudatos tényezői a 25–44 éves diplomások körében. In: Aczél Petra (szerk.) Család – Gyermek – Jövő. Tanulmányok a családtudomány köréből. Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért. 165–190.

Szabó Laura (2015) Terjed a gyermektelenség Magyarországon. A fővárosi nők egyötöde gyermek nélkül éli le életét. *Korfa Népesedési Hírlevél.* 15. évf. 1. sz. 1– 4.

Szalma Ivett, Takács Judit (2012) A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia.* 55. évf. 1. sz. 44–68.

Tanaka, Kimiko and Nan E. Johnson (2016) Childlessness and mental well-being in a global context. *Journal of Family Issues.* Vol. 37. (8): 1027–1045.

Nyírády Adrienn, Pári András, Székely András, Trieb Mariann

A különböző családtámogatási formák fontosságának megítélése

Bevezetés

A családtámogatások gyermekvállalást érintő megítélése több tényező együttes hatására változhat és változik is. A társadalmi, gazdasági, kulturális és egyéb hatások mind befolyásolják a társadalom tagjainak a véleményét arról, hogy a közvetlen és közvetett intézkedések milyen szerepet töltenek be a gyermekvállalás ösztönzésében. Ugyanígy az előbb említett tényezők által meghatározott környezetben a népesedés- és családpolitika a gyermekvállalás alakulására aktívan képes hatni akár pozitív, akár negatív irányban. Nem utolsósorban pedig a gyermekvállalásban érintett népességet az új és meglévő intézkedések nagymértékben befolyásolják, ezért fontos a családtámogatások megítélésének vizsgálata, melyre a Hungarostudy adatfelvételben 2021-ben lehetőség nyílt.

Elemzésünk célja annak megvizsgálása, miként vélekednek a megkérdezettek a családtámogatások különböző formáiról, csoportjairól, a megítélést hogyan befolyásolják a támogatások feltételei, a családi állapot és a gyermekvállalási tervek összefüggései. A családpolitika szempontjából szintén szükséges annak megvizsgálása, hogy a 2010 után bevezetett támogatásokat általában mennyire tartják fontosnak a megkérdezett 18 és 40 éves kor közöttiek. Tanulmányunk kiemelt szempontja annak vizsgálata, hogyan viszonyul egymáshoz a támogatások megítélése általában, illetve azok mennyire fontosak a megkérdezettek saját életében.

Szakirodalmi áttekintés

A családpolitika akkor eredményes, ha stabil, komplex, célzott és rugalmas (KINCS 2019). A népesedéspolitika céljai különbözőek lehetnek: vannak elsősorban demográfiai célú, a gyerekszám növelését elérni kívánó politikák (például a sokgyermekes családok előnyben részesítésével), vagy elsősorban szociális célú politikák, például a gyermektelenek és a különböző gyermekszámú családok közötti jövedelemkülönbségek mérséklésével.

A konkrét népesedéspolitikákban sokszor nem teljesen tisztán érvényesül egyik vagy másik koncepció, ezek elemei keverednek (Andorka 1987).

A gyermekvállalás motivációiról a legteljesebb összefoglalást Donald Kirkpatrick készítette még az 1960-as évek elején (Cseh-Szombathy 1979). Ezek közül az első, hogy a gyerek bizonyos előnyöket hoz a család számára a társadalomban, például ha a család termelési egység, ha szociális támogatás jár érte, ha léte adózási kedvezményekkel jár, ha növeli a család presztízsét, ha ezzel lehet megfelelni a társadalmi elvárásoknak vagy a vallási elvárásoknak. Cseh-Szombathy László arra hívta fel a figyelmet, hogy a gyerekvállalás ösztönzését célzó intézkedések leginkább ezekre a motivációkra tudnak hatni.

Tóth Olga (2012) a Kirkpatrick által kialakított tipizálás szerint megkülönböztet családtípusokat, melyek esetében a gyermek megléte bizonyos gazdasági előnyöket jelent a család számára, ezért a családpolitikai intézkedések leginkább a gyermekvállalási korú csoportba tartozók motivációira hatnak. A gyerekvállalás hatékony előmozdítója lehet a családtámogatási rendszer, az adórendszer, a lakásszerzés és a gyermekvállalás összekapcsolásával operáló lakástámogatási hitel, a gyermekgondozási szabadságok időtartama és a velük járó támogatás összege is.

A családközpontú szakpolitikák létjogosultságát támasztják alá Kopp Mária és Skrabski Árpád is, akik a Hungarostudy kutatások során megállapították, hogy a családi társas támogatásnak alapvető szerepe van a pozitív életminőség alakulásában. A család az érett személyiség és a személyiségfejlődés legfontosabb műhelye (Kopp és Skrabski 2003). A magyar családokban azonban a ténylegesen megszületett gyermekek száma elmarad a kívánt, tervezett gyermekek számától, különösen a magasabb végzettségűek körében (Kopp, Győrffy és Ádám 2008), ezért a társadalmi igények alapján a családpolitikának kiemelt célja a vágyott gyerekek megszületésének támogatása. A tervezett gyermekek számának alakulását érintő mérés (KINCS 2019a) eredményeiből világosan látszik, hogy a termékenységi rés még mindig elég széles, így van még mit tenni, hogy a jövőben minden vágyott gyermek megszülethessen.

2010-ben megkezdődött a családtámogatási rendszer megújítása. Ennek kiemelt célja azóta is a családok erősítése, a gyermekvállalás, továbbá az otthonteremtés és a lakhatás támogatása. „A családpolitika rendszerében

ugyan megmaradtak a 2010 előtt is létező, alanyi jogon járó juttatások, de a hangsúly a munkavállaláshoz kötött támogatási elemekre helyeződött át. Ezzel párhuzamosan a gyermekkel kapcsolatos ingyenes ellátások és azok igénybe vevői köre is bővült" (ÁSZ Elemzés 2021).

A lakhatási támogatások bővítésének hátterében komoly gazdaságpolitikai érvek is meghúzódtak, illetve a gyermekes családok életminőségének javítása is fontos szempont volt.

A magyar családtámogatási rendszer sokféle juttatással és szolgáltatással, európai viszonylatban bőkezűen támogatja a gyermeket nevelő szülőket. A támogatások elsődleges célja továbbra is a gyermekvállalás ösztönzése, de egyéb célok is előtérbe kerültek. Némelyik támogatás a gyermektelen családokat ösztönzi gyermekvállalásra (például babaváró hitel), míg mások a már gyermekes családokat támogatják (családi otthonteremtési kedvezmény, a továbbiakban: CSOK). 2010-hez képest az alanyi jogon járó és a munkához kötött juttatások részaránya megfordult a családokra fordított költségvetési kiadások között. A mai családtámogatási rendszer meghatározó eleme nem a családi típusú adózás, amelyet mára a gyermekes családok közel 100 százaléka igénybe tud venni (Pári, Varga és Balogh 2019). Ez annak köszönhető, hogy 2014 óta már nemcsak adó-, hanem járulékkedvezményről is beszélhetünk, ami hozzájárul, hogy az alacsonyabb jövedelmű szülők is hozzáférjenek a kedvezményhez (Fűrész és Molnár 2021).

A pénzbeli ellátások egyik fontos eleme a három éven aluli gyermeket nevelő családok támogatása, amelynek középpontjában az otthoni gyermekgondozás áll (Makay 2018). A gyermek születése utáni életszakasz külön támogatási formákat igényel, hiszen ilyenkor az anya (amennyiben munkahelyen dolgozott) jellemzően kilép a munkapiacról, hogy a csecsemőt gondozni tudja, így a család elesik az addigi keresetétől. Ezért az állam igyekszik valamilyen szinten pótolni a kiesett jövedelmet, vagy lehetővé tenni a gyermek intézményes elhelyezését, hogy az anya minél hamarabb vissza tudjon menni dolgozni.

A családpolitika a 2010-es évektől a gyermekvállalást és a termékenység növelését kiemelten támogatta, mivel 2011-ben Magyarországon történelmi mélypontra süllyedt a születések száma. 2011 után az említett cél megtartása mellett előtérbe került a családok életminőségének javítása. Például

a CSOK-ot „a gyermekvállalás és gyermeknevelés támogatása, a családok új lakáshoz jutásának elősegítése és az új lakások építésének ösztönzése" céljából vezették be. A 2019-es családvédelmi akcióterv egyes elemei elsősorban a gyermektelen fiatalokat célozzák meg, míg más elemek a már gyermekes családokat (is) érintik, ezáltal tehát diverzifikálódtak a családpolitikai célok (Pári, Varga és Balogh 2019; Papházi, Nyírády és Pári 2021).

Módszertan

A családtámogatásokat tanulmányunkban tágan értelmezzük. Figyelembe vettünk minden olyan tényezőt, amely segíti, támogatja a családokat, tehát nem csak az állam által nyújtott közvetlen segítséget. Idetartozik a (nagy)szülők, a család, barátok által nyújtott konkrét segítség, illetve a törvények biztosította lehetőségek is, például, hogy az édesapa is igénybe veheti a gyedet és a gyest. Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy melyek azok a tényezők – akár az állam, akár a család biztosítja őket –, amelyeket általában, illetve a saját életükben is jelentősnek ítélnek, azaz a különböző családtámogatási formák közül melyiket preferálják jobban, és melyiket kevésbé.

A különböző családtámogatási formákkal kapcsolatos attitűdöket, a családok, gyermekvállalók preferenciáit tehát általában és a saját életben betöltött szerepük szerint is vizsgáltuk. Ezért huszonegy családtámogatási formával kapcsolatban a következő kérdéseket tettük fel *(1. táblázat):*

- Ön szerint általában a gyermekvállalás és -nevelés szempontjából mennyire fontosak a következő családtámogatási tényezők?
- Az Ön életében mennyire fontosak az alábbi családtámogatási tényezők?

A megkérdezettek ötfokú Likert-skálán válaszolhattak, ahol az 1: egyáltalán nem fontos, az 5: nagyon fontos. A kérdéseket a 18–40 évesek kétezer fős almintáján vettük fel.

Változó		Kategóriák								
Sorszám	Elnevezés	Pénzbeli, kifejezetten a gyermekgondozást segítő	Alanyi jogon járó, kifejezetten a gyermekgondozást segítő	A gyermekvállalást ösztönző	Az otthonteremtést segítő	Nagycsaládosoknak járó	Biztosítotti jogviszonyhoz kötött	2010 után bevezetett új (korábban semmilyen formában nem létező) konstrukciók	Család-munka egyensúlyát segítő	Családi, társas támogatást ösztönző
1	Kétéves korig igénybe vehető gyed	X					X			
2	Hároméves korig igénybe vehető gyes	X	X							
3	A fizetés 100 százalékának megfelelő csed (csecsemőgondozási díj)	X					X			
4	Családi pótlék	X	X							
5	Családi adókedvezmény	X					X			
6	Babaváró támogatás			X				X		
7	Családi otthonteremtési kedvezmény (CSOK)			X	X	X	X			
8	Állami támogatású CSOK lakáskölcsön				X	X	X			
9	Nagyszülői gyed						X	X	X	X
10	A (nagy)szülők által nyújtott anyagi támogatás									X
11	A (nagy)szülők, család, rokonok, barátok által nyújtott konkrét segítség									X
12	Az, hogy az apa is igénybe veheti a gyedet, gyest		X				X	X	X	X
13	Az, hogy a gyes, gyed mellett lehet dolgozni							X	X	
14	Babakötvény		X							
15	Bölcsőde								X	
16	Óvoda (hároméves kortól)		X						X	
17	Adóvisszatérítés a szülőknek, édesanyáknak	X				X	X	X		
18	Jelzáloghitel-visszatérítés gyermekszületésnél			X	X			X		
19	Nagycsaládos autóvásárlási kedvezmény					X		X		
20	Otthonteremtésnél illetékmentesség				X			X		
21	Otthonteremtésnél áfa-visszatérítés				X			X		

1. táblázat: A családtámogatások összevont kategóriái

A kérdőívben felsorolt családtámogatási formákat kilenc kategóriába vontuk össze annak érdekében, hogy a hasonló jellemzőkkel bíró támogatásokhoz kapcsolódó véleményeket, azok fontosságát együttesen tudjuk elemezni *(1. táblázat)*. A kategóriákat úgy hoztuk létre, hogy az ezekbe tartozó támogatási formáknak legyen egy-egy olyan közös jellemzőjük, amelynek a fontosságát a megkérdezettek körében mérni tudjuk. Az egyes családtámogatási formák több kategóriába is tartozhatnak (például a babaváró támogatás egyúttal 2010 utáni új, innovatív konstrukciónak és egyben gyermekvállalást ösztönző támogatásnak is tekinthető). A kategóriák fontosságának méréséhez átlagos pontértéket számítottunk, amelyben az egyes családtámogatási formák azonos súllyal szerepeltek. A kategóriákon belüli konzisztenciát a Cronbach-alfa-értékkel vizsgáltuk, amely minden csoport esetében azt mutatta, hogy a válaszadók megítélése szerint is összetartozó támogatások kerültek az adott kategóriába.

A kategóriák sorrendjének elemzésekor a közeli vagy azonos fontossági értéket kapott kategóriák közötti különbséget páros mintás T próbával vizsgáltuk.

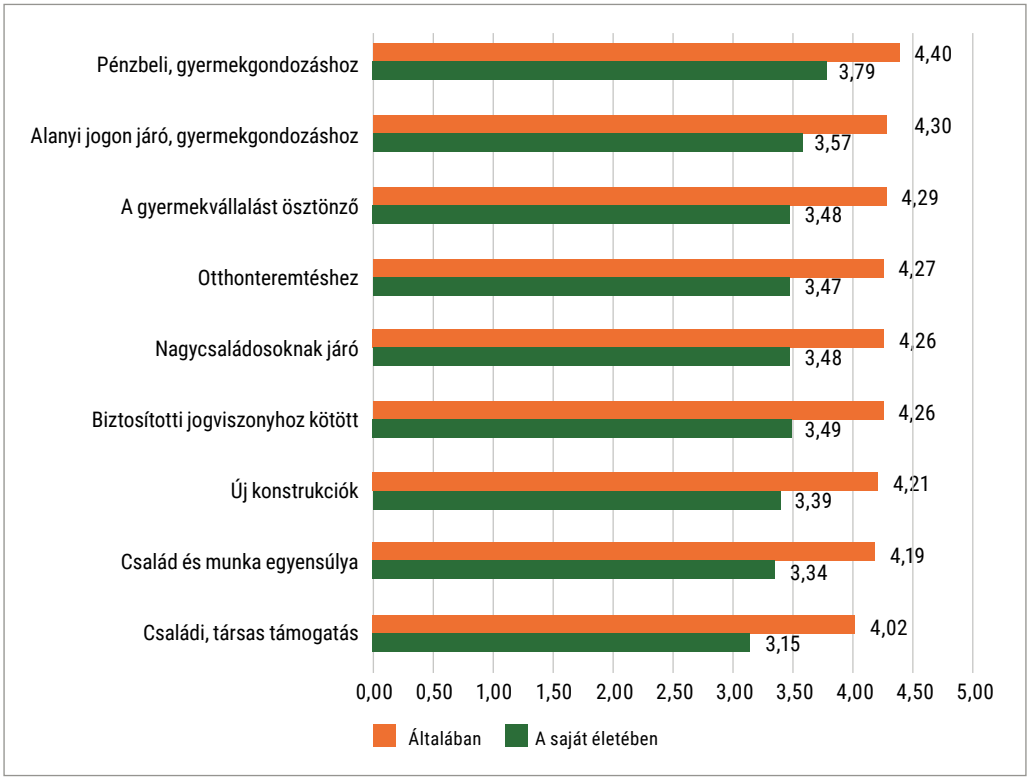
Ezt követően a kategóriák összesített átlagértékeit vizsgáltuk olyan szociodemográfiai háttértényezők mentén, mint a nem, a kor, a családi állapot/párkapcsolat, az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság, a szubjektív anyagi helyzet, a gyerekszám, valamint, hogy a megkérdezett tervez-e még gyermeket. Ezáltal kimutatható, hogy melyek az általában és a saját életükben legfontosabbnak ítélt családtámogatások az egyes csoportokban.

Eredmények

A kategóriák fontossági sorrendje

Az általános vélekedés esetében a kategóriák 4,02 és 4,40 közötti értékeket kaptak, azaz minden kategóriát legalább fontosnak és részben nagyon fontosnak tartottak a megkérdezettek. A preferenciák sorrendje alapján általánosságban a legfontosabb a pénzbeli támogatások kategória (4,40-os átlagértékkel). Ezután, szinte azonos értékkel, az alanyi jogon járó támogatások (4,30) és a gyermekvállalást ösztönző támogatások kategória (4,29) következik. Szignifikáns különbség nem mutatható ki közöttük. Az otthonteremtést segítő (4,27), a nagycsaládosoknak járó (4,26) és a biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatási kategória (4,26) megítélése között sincs szignifikáns eltérés. A negyedik helyen a 2010 óta bevezetett új konstrukciók állnak (4,21). A legkevésbé a család és a munka

egyensúlyának megteremtését célzó (4,19), illetve a családi, társas támogatás kategóriát (4,02) tartották fontosnak a válaszadók.



1. ábra: A gyermekvállalás szempontjából fontos tényezőkből készített kategóriák alakulása általában és a saját élethelyzetben (ötfokú skála, átlagok)

A saját életük vonatkozásában a válaszadók a támogatásokat kevésbé tartották fontosnak, általában alacsonyabb pontszámot adtak erre a kérdésre. A kategóriák átlagai 3,15 és 3,79 között vannak. Mindemellett a saját életükben is a pénzbeli kategória elemeit jelölték a legfontosabbnak (3,79). A második helyen az alanyi jogon járó támogatások szerepelnek (3,57). A biztosítotti jogviszonyhoz kötött (3,49), a nagycsaládosoknak járó (3,48) és a gyermekvállalást ösztönző (3,48) kategóriák fontossága nem mutat szignifikáns eltérést. A negyedik helyre az otthonteremtést segítő kategória került (3,47), amelyet az új konstrukciók (3,39) kategóriája követ. A sor végén a család és a munka egyensúlyának megteremtését célzó támogatások (3,34), illetve a családi, társas támogatás kategóriája áll (3,15).

A kategóriák részletes elemzése

		Pénzbeli, gyermekgondozáshoz		Alanyi jogon járó, gyermekgondozáshoz		A gyermekvállalást ösztönző	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Nem	Férfi (n = 1024)	4,37	3,64**	4,25*	3,44**	4,26	3,38**
	Nő (n = 976)	4,43	3,94**	4,34*	3,71**	4,31	3,58**
Korcsoport	18–29 év (n = 1011)	4,37	3,67**	4,28	3,50*	4,28	3,46
	30–40 év (n = 976)	4,43	3,90**	4,31	3,63*	4,30	3,48
Iskolai végzettség	Alapfokú (n = 212)	4,45	3,79*	4,34	3,49	4,28	3,27*
	Középfokú (n = 1302)	4,38	3,73*	4,29	3,54	4,29	3,47*
	Felsőfokú (n = 486)	4,43	3,95*	4,28	3,69	4,28	3,59*
Foglalkoztatottság	Inaktív (n = 497)	4,45	3,77	4,36	3,54	4,32	3,37
	Aktív (n = 1495)	4,38	3,79	4,28	3,59	4,28	3,51
Gyerekszám	Nincs (n = 1296)	4,28**	3,50**	4,20**	3,37**	4,19**	3,37**
	Egy vagy két gyereke van (n = 572)	4,61**	4,25**	4,46**	3,89**	4,47**	3,65**
	Nagycsaládos (n = 117)	4,67**	4,39**	4,56**	4,03**	4,50**	3,71**
Tervez-e még gyermeket?	Igen (n = 1083)	4,50**	3,91**	4,39**	3,71**	4,40**	3,68**
	Szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni (n = 118)	4,29**	3,65**	4,25**	3,49**	4,16**	3,36**
	Nem szeretne és nem is tervez gyereket vállalni (n = 637)	4,23**	3,67**	4,13**	3,42**	4,11**	3,20**
Párkapcsolat	Nincs (n = 779)	4,05**	3,23**	4,00**	3,13**	3,99**	3,13**
	Van (n = 1212)	4,62**	4,14**	4,48**	3,85**	4,48**	3,70**
Házas-e? (n = 1203)	Igen (n = 520)	4,63	4,31**	4,48	3,95**	4,48	3,74**
	Nem, de tervezi (n = 350)	4,62	4,24**	4,49	4,01**	4,52	3,99**
	Nem, és nem is tervezi (n = 333)	4,62	3,73**	4,49	3,51**	4,45	3,31**
Együttélést tervez-e? (n = 192)	Nem (n = 89)	4,48	3,64	4,38	3,39	4,31	3,36
	Igen (n = 103)	4,69	3,56	4,54	3,37	4,57	3,31

		Pénzbeli, gyermekgondozáshoz		Alanyi jogon járó, gyermekgondozáshoz		A gyermekvállalást ösztönző	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Szubjektív anyagi helyzet	Eladósodtunk, vagy a tartalékainkat éljük fel (n = 64)	3,97**	3,34	3,90**	3,23	3,88**	3,14
	Éppenhogy kijövünk a jövedelmünkből (n = 634)	4,32**	3,79	4,26**	3,60	4,27**	3,49
	Gond nélkül megélünk, de félretenni nem tudunk (n = 598)	4,50**	3,87	4,38**	3,64	4,34**	3,58
	Gond nélkül megélünk, és kisebb összeget tartalékolni is tudunk (n = 549)	4,50**	3,80	4,36**	3,54	4,37**	3,40
	Gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk (n = 92)	3,98**	3,71	3,84**	3,49	3,91**	3,55
ÖSSZESEN	MINDENKI	4,4	3,79	4,30	3,57	4,29	3,48

*: p<0,05, **: p<0,01, Pirossal jelöltük a populációs átlagot meghaladó, szignifikáns értékeket.*

2. táblázat: A pénzbeli, gyermekgondozáshoz kapcsolódó, az alanyi jogon járó, valamint a gyermekvállalást ösztönző kategóriák átlagértékei szociodemográfiai változók szerint

Pénzbeli, kifejezetten a gyermekgondozást segítő támogatások

A populációs átlagnál (4,40) fontosabbnak gondolják általánosságban ezt a kategóriát a párkapcsolatban élők (4,62), a gyermekesek (4,61–4,67), gyermeket tervezők (4,5) és a jobb anyagi helyzetben élők (4,5).

Ugyanakkor a válaszadók neme, kora, iskolai végzettsége vagy foglalkoztatási státusza nem mutat szignifikáns összefüggést azzal, hogy általánosságban mennyire gondolják fontosnak az idetartozó, jövedelemnek tekinthető támogatásokat.

Ha a válaszadók a saját életük vonatkozásában állítanak fel fontossági sorrendet, amely szerint átlagosan 3,79-ra pontozták ennek a kategóriának a fontosságát, differenciáltabb kép rajzolódik ki a szociodemográfiai változók mentén. A nők (3,94), a harminc év felettiek (3,9), a felsőfokú végzettségűek (3,95), a párkapcsolatban (4,14) vagy házasságban (4,31) élők és a gyermekesek (4,25–4,39) szerint, vagy azok számára, akik tervezik a gyermekvállalást (3,91), a pénzbeli támogatások rendre sokkal fontosabbak az átlagnál.

A szubjektív anyagi helyzet szempontjából ugyanakkor nem találtunk különbséget a válaszadók közt.

Alanyi jogon járó, kifejezetten a gyermekgondozást segítő támogatások

Az alanyi jogon járó, szorosan a gyermekgondozáshoz kötődő támogatásokat általánosságban 4,30-ra értékelték a válaszadók. Általánosságban kérdezve ez az egyetlen kategória, amelynél a nők (4,34) a férfiaknál (4,25) szignifikánsan magasabb értékeket adtak az átlagnál. A párkapcsolatban élők (4,48), a gyermekesek (4,46–4,56) és akik tervezik a gyermekvállalást (4,39), az átlagos (4,38) vagy valamivel jobb (4,36) anyagi körülmények között élők (4,33) úgy látják, hogy a gyermekvállalás szempontjából ezek az intézkedések az átlagnál fontosabbak.

Ennek a kategóriának az általános megítélése nem függ a válaszadók korától, iskolai végzettségétől vagy foglalkoztatási státuszától, sem attól, hogy házasok-e.

A saját életükben átlagon (3,57) felül fontosak ezek a támogatások a harminc év felettiek (3,63), a gyermekesek (3,89), különösen a nagycsaládosok (4,03), valamint a gyermekvállalást még tervezők (3,71), a párkapcsolatban élők (3,85) vagy házasok (3,95), illetve a házasságkötést tervezők (4,01) számára. E tekintetben még markánsabb a nők véleménye, akik körében 3,71 a kategória fontosságának átlagos értéke.

Az iskolai végzettség, a foglalkoztatottság vagy a szubjektív anyagi helyzet nem meghatározó a fontosság szempontjából a megkérdezettek saját életében.

A gyermekvállalást ösztönző támogatások

A pronatalista intézkedéseket általánosságban az átlagnál (4,29) fontosabbnak tartják a gyermekesek (4,47–4,50), a gyermekvállalás előtt állók (4,4), az átlagosnál jobb anyagi körülmények között élők (4,37), illetve azok a párkapcsolattal rendelkezők, akik még nem élnek együtt (4,48).

A gyermekvállalást ösztönző támogatásokat a válaszadók nemtől, kortól, iskolai végzettségtől, foglalkoztatási státusztól vagy házasságkötéstől függetlenül hasonlóan fontosnak tartják.

Saját életük tekintetében a válaszadók az ötfokú skálán 3,48-ra pontozták ennek a kategóriának a fontosságát. A nők (3,58), a felsőfokú végzettségűek (3,59) és a házasok (3,74) vagy házasságkötést tervezők (3,99) saját életében az átlagnál (3,48) is fontosabbak ennek a kategóriának az elemei. A szubjektív anyagi helyzet függvényében nincs szignifikáns különbség.

		Otthonteremtéshez		Nagycsaládosoknak járó		Biztosítotti jogviszonyhoz kötött	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Nem	Férfi (n = 1024)	4,26	3,39*	4,24	3,40*	4,24	3,39**
	Nő (n = 976)	4,29	3,56*	4,28	3,56*	4,28	3,59**
Korcsoport	18–29 év (n = 1011)	4,25	3,46	4,26	3,45	4,25	3,44
	30–40 év (n = 976)	4,29	3,48	4,26	3,50	4,27	3,53
Iskolai végzettség	Alapfokú (n = 212)	4,27	3,30	4,29	3,29*	4,25	3,33*
	Középfokú (n = 1302)	4,27	3,46	4,25	3,46*	4,26	3,47*
	Felsőfokú (n = 486)	4,28	3,58	4,27	3,60*	4,27	3,62*
Foglalkoztatottság	Inaktív (n = 497)	4,30	3,37	4,30	3,37	4,31	3,40
	Aktív (n = 1495)	4,26	3,51	4,25	3,51	4,25	3,52
Gyerekszám	Nincs (n = 1296)	4,17**	3,37**	4,17**	3,35**	4,17**	3,34**
	Egy vagy két gyereke van (n = 572)	4,45**	3,64**	4,43**	3,67**	4,44**	3,73**
	Nagycsaládos (n = 117)	4,52**	3,74**	4,47**	3,88**	4,47**	3,86**

		Otthonteremtéshez		Nagycsaládosoknak járó		Biztosítotti jogviszonyhoz kötött	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Tervez-e még gyermeket?	Igen (n = 1083)	4,37**	3,66**	4,37**	3,66**	4,37**	3,65**
	Szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni (n = 118)	4,16**	3,31**	4,15**	3,30**	4,15**	3,36**
	Nem szeretne és nem is tervez gyereket vállalni (n = 637)	4,11**	3,23**	4,08**	3,26**	4,09**	3,30**
Párkapcsolat	Nincs (n = 779)	3,95**	3,11**	3,98**	3,11**	3,97**	3,12**
	Van (n = 1212)	4,47**	3,70**	4,44**	3,71**	4,45**	3,73**
Házas-e?	Igen (n = 520)	4,48	3,75**	4,44	3,79**	4,45	3,81**
	Nem, de tervezi (n = 350)	4,51	3,98**	4,46	3,95**	4,45	3,93**
	Nem, és nem is tervezi (n = 333)	4,43	3,31**	4,40	3,31**	4,43	3,35**
Együttélést tervez-e?	Nem (n = 89)	4,27*	3,31	4,26*	3,30	4,27*	3,32
	Igen (n = 103)	4,61*	3,36	4,55*	3,31	4,54*	3,26
Szubjektív anyagi helyzet	Eladósodtunk, vagy a tartalékainkat éljük fel (n = 64)	3,86**	3,14	3,87**	3,14	3,88**	3,17
	Éppenhogy kijövünk a jövedelmünkből (n = 634)	4,26**	3,49	4,22**	3,49	4,21**	3,50
	Gond nélkül megélünk, de félretenni nem tudunk (n = 598)	4,32**	3,58	4,31**	3,57	4,32**	3,56
	Gond nélkül megélünk, és kisebb összeget tartalékolni is tudunk (n = 549)	4,33**	3,39	4,34**	3,43	4,34**	3,47
	Gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk (n = 92)	3,88**	3,54	3,94**	3,50	3,90**	3,50
ÖSSZESEN	**MINDENKI**	**4,27**	**3,47**	**4,26**	**3,48**	**4,26**	**3,49**

*: $p<0,05$, **: $p<0,01$, *Pirossal jelöltük a populációs átlagot meghaladó, szignifikáns értékeket.*

3. táblázat: Az otthonteremtést segítő, a nagycsaládosoknak járó, valamint a biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatási kategóriák átlagértékei szociodemográfiai változók szerint

Az otthonteremtést segítő támogatások megítélése

Az otthonteremtést segítő támogatások általánosságban fontosak a megkérdezettek számára (4,27), ennél még fontosabbnak gondolják a gyermekesek (4,45–4,52) vagy akik tervezik a gyermekvállalást (4,37), az átlagos vagy valamivel jobb anyagi körülmények között élők (4,33), illetve akiknek van párkapcsolata, de még nem élnek együtt (4,47).

Ugyanakkor az otthonteremtési támogatások általános megítélése nem függ a válaszadók nemétől, korától, iskolai végzettségétől vagy foglalkoztatási státuszától, sem attól, hogy házasok-e. Bármilyen nemű, korú, iskolai végzettségű, házas- vagy nem házas emberek hasonló mértékben tartják fontosnak az ebbe a kategóriába tartozó támogatásokat.

Saját életük tekintetében a válaszadók 3,47-ra pontozták ennek a kategóriának a fontosságát. A nők (3,56), a házasok (3,75) vagy házasságkötést tervezők (3,98) számára azonban még a kategória átlagánál is fontosabbak ezek az elemek.

A szubjektív anyagi helyzet függvényében azonban nem tapasztalható szignifikáns különbség.

A nagycsaládosoknak járó támogatások megítélése

A 4,26-os általános átlagértéknél a gyermekesek (4,43–4,47), a gyermekvállalást tervezők (4,37), az átlagosnál jobb anyagi körülmények között élők (4,33), illetve a párkapcsolatban élők (4,44) és az összeköltözést tervezők (4,55) jóval fontosabbnak ítélték meg a nagycsaládot érintő kategóriát.

Ennél a kategóriánál sem függ a támogatások általános megítélése a válaszadók nemétől, korától, iskolai végzettségétől vagy foglalkoztatási státuszától, sem attól, hogy házasok-e.

Saját életük tekintetében a válaszadók az ötfokú skálán 3,48-ra pontozták ennek a kategóriának a fontosságát. A nők (3,56), a felsőfokú végzettségűek (3,6), a gyermekesek (3,67), értelemszerűen leginkább a nagycsaládosok (3,88), a házasságban élők (3,79) vagy a házasságot tervezők (3,95) életében különösen számítanak ezek a támogatások.

Az adatok nem mutatnak szignifikáns különbséget a szubjektív anyagi helyzet függvényében.

A biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatások megítélése

Általánosságban is fontosak (4,26), de a gyermekesek (4,44–4,47) vagy gyermekvállalás előtt állók (4,37), az átlagosnál jobb anyagi körülmények között élők (4,34), a párkapcsolatban élők (4,45) és az összeköltözést tervezők (4,54) számára még meghatározóbb a biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatások megítélése.

Ugyanakkor a biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatások általános megítélése nem függ a válaszadók nemétől, korától, iskolai végzettségétől vagy foglalkoztatási státuszától, sem attól, hogy házasok-e.

Saját életük vonatkozásában az ötfokú skálán 3,49-ra pontozták ennek a kategóriának a fontosságát. A nők (3,59), a felsőfokú végzettségűek (3,62) és a házasok (3,81) vagy házasságkötést tervezők (3,93) számára még az átlagnál is fontosabbak a biztosítotti jogviszonyhoz kötött támogatások.

A szubjektív anyagi helyzet nem befolyásolja a válaszokat.

		Új konstrukciók		A család és a munka egyensúlya		Családi, társas támogatás	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Nem	Férfi (n = 1024)	4,19	3,31*	4,15	3,25**	3,98	3,08*
	Nő (n = 976)	4,24	3,48*	4,23	3,43**	4,05	3,21*
Korcsoport	18–29 év (n = 1011)	4,20	3,35	4,17	3,31	4,00	3,12
	30–40 év (n = 976)	4,23	3,42	4,21	3,37	4,03	3,16
Iskolai végzettség	Alapfokú (n = 212)	4,13	3,12**	4,10	3,07**	3,87	2,80**
	Középfokú (n = 1302)	4,22	3,38**	4,20	3,33**	4,04	3,17**
	Felsőfokú (n = 486)	4,23	3,54**	4,20	3,49**	4,01	3,23**
Foglalkoztatottság	Inaktív (n = 497)	4,24	3,27*-	4,24	3,23	4,06	3,03*
	Aktív (n = 1495)	4,21	3,43*-	4,17	3,38	4,01	3,18*
Gyerekszám	Nincs (n = 1296)	4,13**	3,31**	4,12**	3,26**	3,96**	3,10
	Egy vagy két gyereke van (n = 572)	4,37**	3,53**	4,33**	3,48**	4,14**	3,22
	Nagycsaládos (n = 117)	4,40**	3,59**	4,36**	3,45**	4,13**	3,16

		Új konstrukciók		A család és a munka egyensúlya		Családi, társas támogatás	
		Általában	A saját életében	Általában	A saját életében	Általában	A saját életében
Tervez-e még gyermeket?	Igen (n = 1083)	4,31**	3,56**	4,28**	3,51**	4,09**	3,27**
	Szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni (n = 118)	4,11**	3,26**	4,17**	3,27**	3,98**	3,07**
	Nem szeretne és nem is tervez gyereket vállalni (n = 637)	4,05**	3,16**	4,03**	3,12**	3,89**	2,97**
Párkapcsolat	Nincs (n = 779)	3,93**	3,07**	3,94**	3,06**	3,81**	2,98**
	Van (n = 1212)	4,39**	3,60**	4,35**	3,52**	4,15**	3,25**
Házas-e? (n = 1203)	Igen (n = 520)	4,39	3,64**	4,35	3,56**	4,14	3,26**
	Nem, de tervezi (n = 350)	4,39	3,85**	4,33	3,74**	4,11	3,45**
	Nem, és nem is tervezi (n = 333)	4,39	3,24**	4,38	3,22**	4,22	3,00**
Együttélést tervez-e? (n = 192)	Nem (n = 89)	4,26	3,32	4,24	3,24	4,05	3,04
	Igen (n = 103)	4,50	3,18	4,41	3,13	4,23	2,85
Szubjektív anyagi helyzet	Eladósodtunk, vagy a tartalékainkat éljük fel (n = 64)	3,85**	3,12	3,85**	3,14	3,74*	3,07
	Éppenhogy kijövünk a jövedelmünkből (n = 634)	4,19**	3,41	4,16**	3,38	4,04*	3,21
	Gond nélkül megélünk, de félretenni nem tudunk (n = 598)	4,28**	3,49	4,26**	3,39	4,08*	3,20
	Gond nélkül megélünk, és kisebb összeget tartalékolni is tudunk (n = 549)	4,26**	3,31	4,24**	3,28	4,00*	3,03
	Gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk (n = 92)	3,85**	3,41	3,76**	3,39	3,73*	3,17
ÖSSZESEN	**MINDENKI**	**4,21**	**3,39**	**4,19**	**3,34**	**4,02**	**3,15**

*: $p<0,05$, **: $p<0,01$, *Pirossal jelöltük a populációs átlagot meghaladó, szignifikáns értékeket.*

4. táblázat: A 2010 után bevezetett családtámogatási konstrukciók, a család és a munka egyensúlyát segítő, valamint a családi, társas támogatási kategóriák átlagértékei szociodemográfiai változók szerint

A 2010 utáni innovatív, új támogatási konstrukciók megítélése[1]

Általánosságban az innovatív, új családtámogatási konstrukciókat tartalmazó kategóriát a megkérdezettek 4,21-ra értékelték. Átlag feletti fontosságot tulajdonítanak neki a párkapcsolatban élők (4,39), a gyermekesek (4,37–4,4) és azok, akik tervezik a gyermekvállalást (4,31), az átlagos vagy valamivel jobb anyagi körülmények közt élők.

Ennél a kategóriánál sem mutatható ki szignifikáns különbség a nem, a kor, az iskolai végzettség vagy a foglalkoztatási státusz függvényében.

Saját életük vonatkozásában az innovatív, új konstrukciók kategóriát átlagosan 3,39-ra pontozták az ötfokú skálán. A nők (3,48), a felsőfokú végzettségűek (3,54), az aktív státuszúak (3,43) és a házasságban élők (3,64) vagy a házasságot tervezők (3,85) az átlagnál fontosabbnak gondolják ezeket a támogatási formákat.

A válaszadók szubjektív anyagi helyzete viszont nem függ össze az általuk adott pontértékekkel.

A család és a munka egyensúlyát segítő támogatások megítélése

A válaszadók általánosságban 4,19-ra értékelték a család és a munka egyensúlyát segítő intézkedéseket. A gyermekesek (4,33–4,36) vagy a gyermekvállalást tervezők (4,28), az átlagos vagy valamivel jobb anyagi körülmények között élők (4,26), illetve a párkapcsolatban élők számára (4,35) ezek a támogatások még fontosabbak. A kategória fontosságának általános megítélése független a nemtől, a kortól, az iskolai végzettségtől és a foglalkoztatási státusztól is.

Saját életük vonatkozásában átlagosan 3,34-ra pontozták ezt a kategóriát. A nők (3,43), a felsőfokú végzettségűek (3,49), az aktív státuszúak (3,38), a gyermekesek (3,45–3,48) vagy gyermeket tervezők (3,51), a házasok (3,56) vagy esküvő előtt állók (3,74) számára pedig még fontosabb.

A szubjektív anyagi helyzet ennél a kategóriánál sem mutat szignifikáns különbséget a lakosság körében.

1 A családvédelmi akcióterv a családtámogatások minden részét érintette (a pénzbeli ellátásokat, a gyerekvállaláshoz és a neveléshez kapcsolódó adótámogatásokat, az otthonteremtési célú támogatásokat stb.). Azon konstrukciók, amelyek újdonságnak tekinthetők és 2010 előtt semmilyen formában, egyáltalán nem léteztek.

A családi, társas támogatást ösztönző támogatások megítélése

A kategória fontosságának általános megítélése nagyon hasonló a család és a munka egyensúlyát célzó intézkedések értékeléséhez. Ugyanazokban a csoportokban tartják az átlagnál (4,02) fontosabbnak. Egyetlen különbség az anyagi helyzet vonatkozásában látható, eszerint az átlagos (4,08) vagy valamivel rosszabb (4,04) anyagi helyzetben élők számára még fontosabb a család és a tágabb közösség nyújtotta támogatás, mint a más anyagi helyzetben lévők számára.

Az általános megítélés nem függ a nemtől, a kortól, az iskolai végzettségtől vagy a foglalkoztatási státusztól sem.

Saját életükben az átlagnál (3,15) fontosabb e kategória a nők (3,21), a közép- (3,17) vagy felsőfokú (3,23) végzettségűek, az aktív státuszúak (3,18), a gyermeket tervezők (3,27) és a párkapcsolatban (3,25), házasságban (3,26) élők vagy ezt tervezők (3,45) számára.

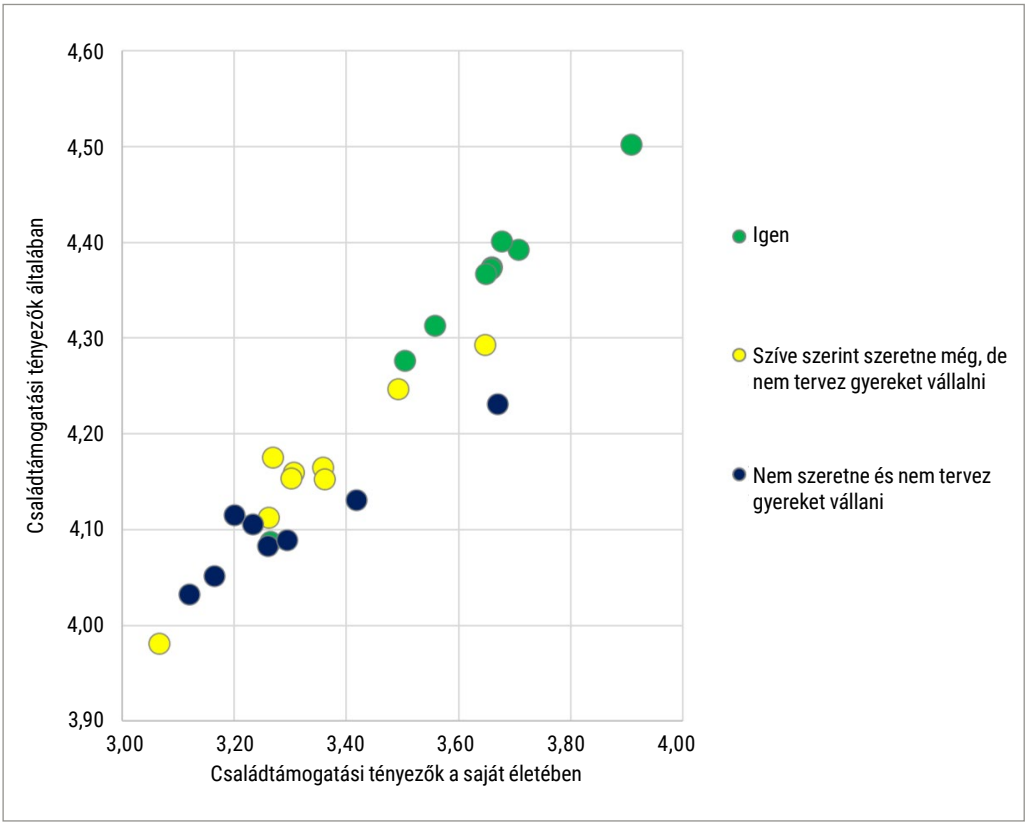
A szubjektív anyagi helyzettől és a gyerekszámtól egyaránt független a családi, társas támogatást elősegítő intézkedések fontossága.

Megbeszélés

Elemzésünkben a családtámogatási eszközöket hasonlítottuk össze kategóriák szerint, rákérdezve a 18-40 év közöttiek körében mind az általános vélekedésre, mind a saját életükben betöltött szerepükre. Összességében a családtámogatások általános megítélése pozitív, a gyermekvállalást ösztönző és gyermeknevelést segítő hatásukat általánosságban fontosnak vagy nagyon fontosnak tartják (ötfokú skálán átlagosan 4,24), míg a saját életük vonatkozásában már visszafogottabb válaszokat adtak (átlagosan 3,46). E mögött elsősorban azt feltételezzük, hogy az egyes támogatásokat elvi szinten fontosnak tartók egy része életkoránál vagy élethelyzeténél fogva még, vagy már nem tartozik az érintettek csoportjába, vagyis az igénybe vevők köre szűkebb ezért kevesebben tudnak saját érintettségük alapján is nyilatkozni. Ez a tendencia külön-külön is igaz minden általunk képzett kategóriára. Ugyanakkor az adatokból kirajzolódik a differenciált vélekedés a különféle társadalmi csoportok között, ha összevetjük az általános és a szűkebb, saját élettérre vonatkozó megnyilatkozásokat.

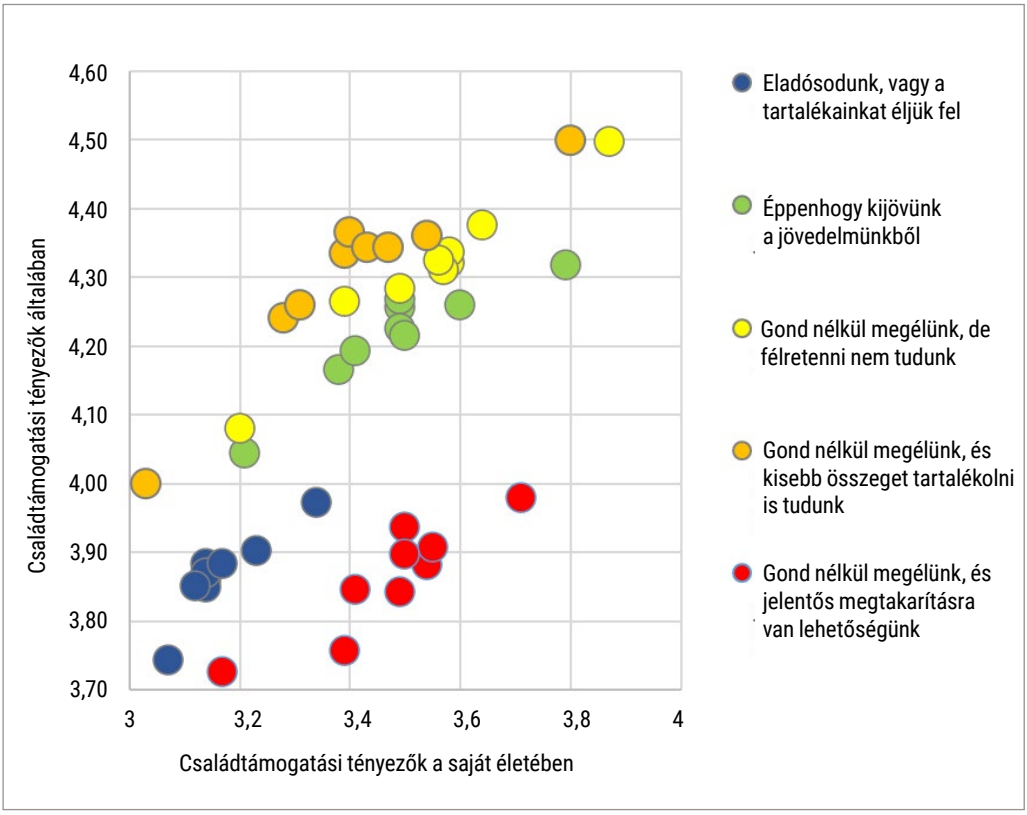
A legszembetűnőbb különbségek a nem, a korcsoport, az iskolai végzettség és a foglalkoztatási státusz vonatkozásában láthatóak. Míg általánosságban nincs szignifikáns különbség e csoportok véleménye között, addig a saját életükben a nők, a 30 és 40 év közöttiek, a legmagasabb iskolai végzettségűek és az aktív státuszúak számára másokhoz képest fontosabbak a vizsgált családtámogatások.

Szintén szignifikáns különbség figyelhető meg a gyermekes és különösen a gyermeket tervezők válaszaiban. Azok számára, akik (még) terveznek gyermeket, fontosabbak a támogatások a saját életükben, mint azoknak, akik már nem vagy egyáltalán nem terveznek.



2. ábra: A személyes életben és általában a gyermekvállalás és -nevelés szempontjából fontos családtámogatási kategóriák átlagértékei gyermekvállalási szándékok szerint

További lényeges különbség a szubjektív anyagi helyzet mentén látható. Míg az általános vélekedésben megjelennek különbségek a rosszabb és a jobb anyagi körülményekkel rendelkező csoportok között, addig a saját élet vonatkozásában nem mutatnak szignifikáns különbséget az adatok. Tulajdonképpen ebben a tekintetben az anyagi helyzet egyáltalán nem befolyásolja a családtámogatásokkal kapcsolatos véleményeket – azaz az igénybevételüket –, tehát a családtámogatások hasonlóan fontos tényezők a magukat magasabb vagy alacsonyabb státuszúnak tekintők körében is.



3. ábra: A személyes életben és általában a gyermekvállalás és -nevelés szempontjából fontos családtámogatási kategóriák átlagértékei szubjektív jövedelmi helyzet szerint

Ellenben a házasok vagy házasságkötés előtt állók véleménye általánosságban nem különbözik más válaszadókétól, míg a saját életük vonatkozásában jóval átlag feletti pontszámot adtak minden általunk kérdezett kategóriának.

A különbségek mellett az adatokból általános hasonlóságok is kiolvashatók. Mind általánosságban, mind a saját életükre vonatkozóan nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a családtámogatásoknak azok, akiknek van már gyermekük, illetve gyermekvállalás előtt állnak, mint a gyermektelenek. Ugyanez igaz a családi állapot vonatkozásában is. Az egyedülállók számára minden tekintetben kevésbé fontosak a családtámogatások, mint a párkapcsolatban élőknek.

Összegzés

A három legfontosabb családtámogatási csoportba a pénzbeli támogatások, az alanyi jogon járó juttatások, valamint a gyermekvállalást ösztönző támogatások kerültek, legkevesebb pontot a társas családi támogatással, azaz elsősorban a nagyszülői segítséggel összefüggő családtámogatások csoportja kapta. A saját életre vonatkoztatva a legfontosabb kategóriák kiegészülnek a biztosítotti jogviszonyhoz kötött családtámogatások kategóriájával.

Az alanyi jogon járó, gyermekvállalást ösztönző támogatások fontos szerepet töltenek be, mindkét kérdés alapján a második helyen jelentek meg. A biztosítotti jogviszonyhoz kötődő kategória általánosságban negyedik helyen áll a fontosság tekintetében, viszont az egyén szintjén, a saját életre vonatkoztatva már a dobogós, harmadik helyre került.

A gyermekvállalás előtt állók a gyermekesekhez képest a családtámogatásokat általánosságban még fontosabbnak tartják, és számukra egyéni szinten is szignifikánsan fontosabbak a családtámogatások, mint a gyermektelenek vagy akár a több gyermeket már nem tervező gyermekesek számára.

Azok számára, akik nem élnek párkapcsolatban, valamennyi családtámogatási kategória kevésbé fontos, saját életük és az általános megítélés tekintetében is. A párkapcsolatban élők körében általánosságban és egyéni szinten is az otthonteremtési és a biztosítotti jogviszonyhoz kötött formákat felölelő támogatások kifejezetten fontosak, amellett, hogy számukra is a pénzbeli ellátások, az alanyi jogon járó juttatások és a gyermekvállalást ösztönző intézkedések jelentik a három legfontosabb kategóriát.

Kiemelendő, hogy a válaszadók azokat a támogatásokat is fontosnak gondolják, amelyeket még vagy már nem tudnak, vagy nem akarnak igénybe venni illetve amelyekben nem érintettek, azaz például a nagycsaládosok támogatása

nem csak a nagycsaládosok számára fontos, hanem valamennyi megkérdezett számára (4,26 az általános és 3,48 a saját életre vonatkozó átlagos megítélés). Összességében a családtámogatási formák fontosságának megítélésére jóval a középérték feletti pozitív hozzáállás jellemző a 18-40 évesek körében, mind általánosságban, mind a saját élethelyzetükre vonatkoztatva.

Felhasznált irodalom

Andorka Rudolf (1987) *Gyermekszám a fejlett országokban.* Budapest: Gondolat.

Állami Számvevőszék (2021) Elemzés. Családpolitika. https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2021/csaladpolitika_20210126.pdf?ctid=1307 (Letöltés: 2021. október 29.)

Cseh-Szombathy László (1979) *Családszociológiai problémák és módszerek.* Budapest: Gondolat.

Fűrész Tünde, Molnár Balázs (2021) The first decade of building a family-friendly Hungary. *Quaderns de Polítiques Familiars.* (7): 6–17.

KINCS (2019) *Európai családpolitikai kitekintő.* Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért.

KINCS (2019a) A tervezett gyermekek számának alakulása a 2010-es években. Budapest: Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért. https://www.koppmariaintezet.hu/docs/KINCS_tervezett_gyermekek_szamanak_alakulasa_20190211_v2.pdf (Letöltés: 2022. július 20.)

Kopp Mária, Győrffy Zsuzsa és Ádám Szilvia (2008) Az iskolázott nők hátrányos megkülönböztetése, az esélyerősítés lehetőségei. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 250–253.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2003) A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében. *Demográfia.* 46. évf. 4. sz. 383–395.

Makay Zsuzsanna (2018) Családtámogatás, női munkavállalás. *Demográfiai portré 2018.* Budapest: KSH, NKI. 83–102. http://epa.oszk.hu/03400/03464/00004/pdf/EPA03464_demografiai_portre_2018_083-102.pdf (Letöltés: 2022. május 7.)

Papházi Tibor, Nyírády Adrienn és Pári András (2021) Magyarország történetének legnagyobb otthonteremtési programja a koronavírus-járvány alatt is bővült. *Kapocs.* 20. évf. 1. sz. 77–88. https://efolyoirat.oszk.hu/02900/02943/00086/pdf/EPA02943_kapocs_2021_1-2_077-087.pdf (Letöltés: 2022. május 7.)

Pári András, Varga Anikó és Balogh Enikő (2019) Magyar családpolitikai folyamatok a Családvédelmi Akcióterv 2019. szeptember végén rendelkezésre álló eredményeinek tükrében. *Kapocs.* 2. évf. 3–4. sz. 12–25.

Tóth Olga (2012) Új anyák és új apák. A gyermekvállalás motivációi. *Demográfia.* 55. évf. 2–3. sz. 136–146.

Egészség

Őri Dorottya, Purebl György

Krónikus megbetegedések kezelési esélyei és összefüggései a családi helyzettel a Covid-járvány alatt

Bevezetés

Ép testben ép lélek – bár a híres római mondást az utókor félreolvasta és félreértette, fején találta a szöget: ahogy a test és a lélek nem választható szét, úgy nem választható el a testi és lelki egészség sem. Éppen ezért egy közösség lelkiállapotát nemcsak az határozza meg, hogy mennyire gyakoriak körében a pszichológiai problémák, hanem az is, mennyire gyakoriak a testi betegségek, valamint az, hogy az adott közösség mit kezd a testi és lelki betegségek okozta kihívásokkal.

A gyakori krónikus betegségek száma Magyarországon folyamatosan emelkedik: a pandémia előtti utolsó évben, 2019-ben a Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtő Program adatai alapján az összes gondozást igénylő betegség száma a felnőtt korú lakosságban meghaladta a tizenötmilliót, vagyis a felnőtt lakosság jelentős része több krónikus betegséggel is küzdött, és feltehetően küzd ma is (Bényi és mtsai 2021). A betegségek számának emelkedését több tényező okozhatja: egyrészt a magyar lakosság idősödése, másrészt az egészséges életmódot élők viszonylag alacsony száma. Ezek mellett fontos szerepet játszik a betegségek nagyobb felderítési aránya is. Európai viszonylatban nagyon kedvezőtlen helyzetben vagyunk. Egy összefoglaló szerint, amely az Európai Unió 2021-es egészségügyi országprofil-jelentése alapján készült (Vitrai 2022), Magyarországon a várható élettartam még mindig öt évvel az EU-s átlag alatt van, és a kedvezőtlen egészségi állapot legalább 50 százalékáért az életmóddal összefüggő kockázati tényezők lehetnek felelősek. A nagy kérdés azonban a másik 50 százalék, amelyben biztosan szerepet játszik a közösségek és a bennük lévő személyek lelkiállapota.

A krónikus betegségek hazai népegészségügyi jelentőségének, általános háttértényezőinek, a helyzet lehetséges magyarázatának tárgyalása meghaladja jelen fejezet kereteit, ezekkel kapcsolatban számos kitűnő tudományos közleményre utalunk, többek között a korábban már idézett,

Bényi Márta és kollégái által jegyzett tanulmányra (Bényi és mtsai 2021), valamint a vonatkozó egészségügyi országprofil-jelentésekre (State of Health in the EU 2021). A következőkben azt vizsgáljuk meg, milyen kapcsolatok fedezhetők fel egyes szociodemográfiai jellemzők, a pandémia hatásai, a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű mentális zavar – a depresszió – és a krónikus betegségek között. A szociodemográfiai jellemzők közül nem térünk ki az életkor hatására, hiszen tankönyvi adat, hogy a krónikus betegségek gyakorisága az életkorral emelkedik. Nem térünk ki a társadalmi-gazdasági helyzet és az egészségi állapot szintén jól ismert kapcsolatára sem (vö. a korábbi Hungarostudy vizsgálatokkal). Mindezek helyett inkább a következőket helyezzük vizsgálataink fókuszába: (1) Mennyire meghatározó a krónikus betegségek gyakorisága szempontjából, ha valakit a vér szerinti szülei nevelnek, vagy sem? (2) Mennyire meghatározó a krónikus betegségek gyakorisága és kezelése szempontjából az, ha valaki családban vagy egyedül él?

A depresszió a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű mentális zavarnak tekinthető, ennek megfelelően jelen tanulmánykötetben külön fejezet foglalkozik ezzel a témával. A depresszió fogalmának részletes ismertetésével kapcsolatban itt is utalunk erre a fejezetre. A WHO Global Burden of Disease tanulmánya szerint a depresszió gyakorisága 1993 és 2013 között 53,4 százalékkal emelkedett (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators 2015), amit a pandémia nyomán újabb 27,6 százalékos emelkedés követett (Santomauro és mtsai 2021). Hasonló eredményeket mutatnak jelen Hungarostudy vizsgálat depressziós tünetekkel kapcsolatos adatai, amelyeket részletesen a témával foglalkozó fejezetben ismertetünk. Csak reménykedhetünk abban, hogy a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságának járvány alatti emelkedése csupán a pandémiára adott közösségi reakciók egyik formája, melynek kiváltója többek között a társadalom jelentős részét egyszerre érintő súlyos stresszhatás. A tartós munkaképesség-csökkenés második leggyakoribb oka a depresszió, ami már a járvány előtt is így volt (Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators 2015).

A depresszió és a krónikus betegségek kapcsolata jól ismert: krónikus betegségek esetén gyakori a komorbid depresszió, amely nemcsak a beteg javulási esélyeit és a sikeres kezelés lehetőségét rontja, hanem jelentősen

növeli a kezelési költségeket (Purebl és mtsai 2016). A világszerte a legtöbb halálozásért felelős szív- és érrendszeri betegségek esetén a depresszió 20 százalékkal növeli az – akár halálos – szövődmények gyakoriságát (Rajan és mtsai 2020). Sokat beszélünk a depresszió legrettegettebb következményéről, az öngyilkosságról – ebben a kötetben is külön foglalkozunk vele –, ám miközben a depresszió nagyon gyakori betegségnek tekinthető, az öngyilkosságok gyakorisága szerencsére nagyságrendekkel kisebb. A legtöbb depressziós személy tehát nem öngyilkosság következtében hal meg – viszont talán évekkel rövidebb ideig él, mint nem depressziós társai. Egy kiváló minőségű dán tanulmány szerint a súlyos depresszió több mint öt évvel rövidíti meg az életet (Laursen és mtsai 2016).

A családi háttér és az egészség esetében elsősorban a – családon belüli – kapcsolatok minősége tűnik fontosnak. Egy viszonylag friss összefoglaló tanulmány szerint (Umberson és Thomeer 2020) robusztus az összefüggés a kapcsolatok minősége és a gyermekek egészségi állapota között – ugyanakkor a tanulmány azt is hangsúlyozza, hogy a témában jelenleg kevés adat áll rendelkezésünkre, és vizsgálatát a következő évtized egészségkutatásainak egyik legizgalmasabb területeként említi. Nagyon fontos lehet a családon belüli működés testi-lelki egészségre gyakorolt hatásának elemzése. Jelenlegi keresztmetszeti lakossági kutatásunkban annak jellege miatt erre nem tudunk vállalkozni, mindössze a korábbiakban bemutatott két családi háttérre vonatkozó kérdést tudjuk vizsgálni. Ugyanakkor bízunk abban, hogy az általunk megfigyelhető összefüggések talán segíthetnek, hogy pontosabban ki lehessen jelölni a jövő kutatási irányait a témában.

Mivel vizsgálatunk adatfelvétele a Covid-járvány alatt, annak átmeneti csillapuló szakaszában zajlott, már elöljáróban kijelenthetjük, hogy különösen a kezeléshez való hozzáféréssel kapcsolatos adatok egy az egészségügy működését rendkívül jelentősen érintő helyzetet tükröznek, és a levonható következtetéseket mindez e különleges helyzetre korlátozza.

Módszer

A Hungarostudy vizsgálat általános módszertanát jelen kötet módszertani fejezete mutatja be. A krónikus betegségeket tekintve felsoroltuk a tizenhat legnagyobb népegészségügyi jelentőségű betegségcsoportot *(1. táblázat).*

A vizsgált személyeknek jelölniük kellett, hogy szenvedtek-e a felsorolt betegségben az elmúlt egy évben, illetve az alábbi négy kategóriából kellett megjelölniük a rájuk vonatkozó állítást:

1. Nem kezelték, mert nem volt szüksége rá.
2. Nem kezelték, mert elhalasztották a kezelését (ez a kérdés a Covid-hullámok következtében átmenetileg korlátozottan elérhetővé váló egészségügyi szolgáltatások miatt került bele, de sajnos azt nem tudtuk vizsgálni, hogy valójában milyen konkrét ok miatt halasztódott a kezelés).
3. Kezelték, járóbetegként.
4. Kezelték, feküdt kórházban.

Ezenkívül a következő kérdésekre vártunk választ a kérdőívben azoktól, akik legalább egy betegség kezelését említették:

- Az Ön által említett betegség vagy betegségek közül melyik befolyásolja leginkább a mindennapi életvitelét. (Itt a kérdezőbiztosok szövegesen leírták a betegséget.)
- Betegség miatt összesen hány napig nem tudott dolgozni, vagy nem tudta ellátni a feladatait az elmúlt évben?

Az egyes személyek esetében a meglévő betegség(ek) súlyosságáról, az életminőségre kifejtett pontos hatásáról a kérdőív terjedelmi korlátai miatt (az adatfelvételhez legfeljebb negyven perc állt rendelkezésre) sajnos nem tudtunk adatokat gyűjteni, ami mindenképpen korlátozza az adatok értelmezhetőségét.

A depressziós tünetekkel kapcsolatos módszertant a témáról szóló fejezetben ismertetjük. A reménytelenség hatásának vizsgálata a krónikus betegségek szempontjából is érdekes lehetne, azonban a reménytelenségre utaló kérdés a Beck-féle Depresszió Skála *(Beck Depression Inventory, BDI)* része, így nem független az összpontszámtól (az összpontszám és a reménytelenségre irányuló kérdésre adott pontszám korrelációja $r = 0{,}766$, $p < 0{,}0001$). Emiatt a továbbiakban a reménytelenség item pontszámát külön nem elemeztük. Mivel az egyéb mentális zavarokat a kérdőívcsomag nem tartalmazta egyenként, valamint a küszöb alatti pszichológiai problémákat sem tudtuk vizsgálni, a pszichofarmakológiai kezelésre is rákérdeztünk, mert a válasz mindenképpen utal arra, hogy fennáll-e a vizsgált személynél bármilyen pszichológiai distressz. Ez az alábbi formában történt:

„Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, szorongáscsökkentő, teljesítményfokozó)?" A lehetséges válaszok: naponta többször; naponta egyszer; hetente négy-hat napon; hetente két-három napon; havonta négy-ötször; havonta egyszer vagy ritkábban; soha.

Kérdőívünk terjedelme és az adatfelvétel módja sajnos nem tette lehetővé, hogy a vizsgált személyek összes szedett gyógyszerét rögzítsük, így pontosabb adatokkal a gyógyszerszedésről nem rendelkezünk.

Az összefüggéseket a folytonos változók esetében Pearson-féle korrelációs vizsgálattal, a kategoriális változók esetében khi-négyzet-próbával, illetve – ha az egyik kategóriában az elemszám jelentősen alacsony volt (huszonöt alatti), a minél korrektebb statisztikai döntés érdekében – Fischer-féle egzakt teszttel vizsgáltuk. Ezek mellett a φ (phí) együtthatókat is feltüntettük a kapcsolat szorosságának jellemzése érdekében. Az egyes betegségben érintettek Beck-féle Depresszió Skála-összpontszámainak mediánjai közötti különbséget Kruskall–Wallis-próbával és Bonferroni-utóteszttel vizsgáltuk.

Fontos hangsúlyoznunk, hogy a Beck-féle Depressziós Skálával mért tünetek valószínűsítik a depressziót, de a kapott eredmények nem jelentik a depresszió diagnózisát, amely mindig klinikai interjú során születik (Furlanetto, Mendlowicz és Bueno 2005). A Beck-féle Depressziós Skála rövidített változatának magas a szenzitivitása és alacsony a specificitása, ezért kiváló szűrő kérdőívnek tekinthető (Rózsa, Szádóczky és Füredi 2001; Furlanetto, Mendlowicz és Bueno 2005). Kijelenthetjük, hogy a magas Beck-pontszám valószínűsíti (de nem bizonyítja) a depresszió fennállását, és biztosan valamilyen jelentős pszichológiai stresszállapotot jelez, vagyis annál a személynél, akinek a Beck-pontszáma magas, lehet, hogy nem teljesülnek a depresszió diagnózisának kritériumai (bár elég valószínű, hogy depressziós), de biztosan nincs jó lelkiállapotban. Mindezek miatt alkalmas a rövidített Beck-féle Depressziós Skála nagy epidemiológiai vizsgálatokban a lelkiállapot jellemzésére.

A Beck-féle Depressziós Skála rövidített változatából külön elemeztük a reménytelenségre vonatkozó kérdést, az ezzel kapcsolatos adatokat azonban a krónikus betegségek vonatkozásában külön nem elemeztük (bővebben lásd az eredményekről szóló részben).

Eredmények

Vizsgálatunk során nem elemeztük az egyes krónikus betegségek okozta társadalmi hatásokat (például munkahelyről való távollét, betegségterhek). Elsősorban azért nem, mert ezekkel kapcsolatban releváns KSH-adatok érhetők el, másodsorban pedig a vizsgálatot megelőző időszakban a Covid-hullámok következtében számos egyéb olyan, „vis maiornak" tekinthető hatás befolyásolta őket, amelyet nem volt lehetőségünk vizsgálni (például a helyi egészségügyi ellátás leterheltsége, otthoni munkavégzés, az otthoni tanulás szülőket befolyásoló hatása, utazással, munkába járással kapcsolatos korlátozások, a járványnak a gazdaságra és a mindennapi munkavégzésre gyakorolt hatásai). Elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy az adott betegséggel kapcsolatban elérhető kezelés (ha szükséges volt), hogyan befolyásolta a hangulatot. Mivel – ahogy a bevezetőben is említettük – a depressziós tünetek és a krónikus betegségek komorbiditása tankönyvi adat, mi elsősorban azt figyeltük meg, hogy krónikus betegségek esetén a kezelésben részesülés, illetve nem részesülés kategóriái hogyan függtek össze a depressziós tünetekkel. Azt, hogy a depresszió hogyan hat a krónikus betegségek kezelésére, részletesen bemutattuk a bevezetőben. Vizsgálatunk hangsúlyát arra fektettük, hogy a kezeléshez való hozzáférés vajon hogyan hat a depressziós tünetekre. A kezeléshez való hozzáférés ugyanis a pandémiától függetlenül is heterogén a különböző közösségekben.

A statisztikai elemzéshez értékelhető elemszámot a következő betegségek esetében kaptunk, így a továbbiakban csak ezeket vizsgáltuk elkülönítve: 1-es típusú cukorbetegség, 2-es típusú cukorbetegség, asthma bronchiale, vesebetegség, reuma, magas vérnyomás, daganatos betegség, pszichiátriai betegség, szívbetegség, agyérbetegség. Eredményeink szerint a nők esetében az elmúlt egy év során gyakoribb volt a krónikus betegség miatt végzett kezelés (nők: 28%; férfiak: 20%; $p < 0{,}0001$; khi-négyzet-próba, $\varphi = 0{,}092$).

Az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyikkel kórházban, vagy kezelték-e járóbetegként?
1-es típusú cukorbetegséggel
2-es típusú cukorbetegséggel
Májbetegséggel
Asztmával, más néven asthma bronchialéval
Más légzőszervi betegséggel
Allergiás betegséggel
Gyomorfekéllyel, nyombélfekéllyel
Más gyomor- vagy bélrendszeri betegséggel, éspedig: .....
Vesebetegséggel
Reumával
Más izom- vagy csontrendszeri betegséggel, éspedig: .....
Közlekedési balesettel
Üzemi balesettel
Otthoni balesettel
Magas vérnyomással
Daganatos betegséggel
Pszichiátriai betegséggel, mint amilyen például a depresszió, a pánikzavar vagy a szorongásos betegség
Szívbetegséggel, mint amilyen a koszorúér-betegség, a szívérbetegség, a szívérszűkület, az angina vagy az infarktus
Agyérbetegséggel, mint amilyen például az agyérgörcs, a trombózis, az embólia, az agyvérzés, a gutaütés vagy a stroke
Igazolt COVID–19-fertőzéssel és/vagy a szövődményeivel (poszt-Covid-szindróma)
Elhúzódó (egy hétig vagy több ideig tartó) Covid-védőoltás utáni reakció miatt
Valami mással, éspedig: .....

1. táblázat: A Hungarostudy 2021 során vizsgált krónikus betegségek (a vizsgálatban lekérdezett táblázat három balesettípust is tartalmazott, melyet a jelenlegi elemzés keretében nem vizsgáltunk)

Hangulat, lelkiállapot és krónikus betegségek

A vizsgált betegséggel kapcsolatos kezeléstípusok és a hangulati tünetek összefüggését, valamint az egyes kategóriákhoz tartozó elemszámokat a *2. táblázat*ban mutatjuk be. A *3. táblázat*ban a Beck-féle Depresszió Skála-pontszámoknak az egyes krónikusbetegség-típusok között megfigyelhető különbségeit tüntetjük fel.

	A Beck-féle Depresszió Skála pontszámai			
	n	Átlag	Szórás	p érték
1-es típusú cukorbetegség	**6873**	**7,36**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6681	7,21	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	22	20,62	16,38	
Járóbetegként kezelték.	162	11,34	12,73	
Kórházban feküdt.	9	19,19	19,38	
2-es típusú cukorbetegség	**6875**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6544	7,22	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	37	17,29	16,56	
Járóbetegként kezelték.	284	9,55	12,76	
Kórházban feküdt.	10	7,91	9,40	
Asthma bronchiale	**6871**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6721	7,15	11,67	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	19	23,95	14,47	
Járóbetegként kezelték.	123	15,13	15,38	
Kórházban feküdt.	7	33,32	11,09	
Vesebetegség	**6871**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6777	7,25	11,76	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	21	21,14	17,42	
Járóbetegként kezelték.	57	15,09	13,25	
Kórházban feküdt.	17	11,79	18,05	
Reuma	**6881**	**7,37**	**11,85**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6358	6,94	11,62	< 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	67	14,81	12,20	
Járóbetegként kezelték.	432	12,20	13,44	
Kórházban feküdt.	24	13,26	14,41	

	A Beck-féle Depresszió Skála pontszámai			
	n	Átlag	Szórás	p érték
Magas vérnyomás	**6885**	**7,37**	**11,85**	
Nem volt szüksége kezelésre.	5852	7,12	11,81	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	48	9,84	12,96	
Járóbetegként kezelték.	951	8,63	11,94	
Kórházban feküdt.	33	10,66	12,38	
Daganatos betegség	**6869**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6764	7,26	11,77	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	11	16,09	13,22	
Járóbetegként kezelték.	48	7,70	11,08	
Kórházban feküdt.	46	20,22	17,28	
Pszichiátriai betegség	**6869**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6783	7,21	11,71	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	5	19,71	9,54	
Járóbetegként kezelték.	67	19,09	15,11	
Kórházban feküdt.	14	26,62	20,55	
Szívbetegség	**6870**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6584	7,11	11,64	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	22	18,99	19,46	
Járóbetegként kezelték.	212	12,90	14,48	
Kórházban feküdt.	52	12,64	14,10	
Agyérbetegség	**6869**	**7,37**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6800	7,24	11,73	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	13	21,24	16,63	
Járóbetegként kezelték.	44	19,27	17,10	
Kórházban feküdt.	12	20,32	19,07	
Igazolt COVID–19 és/ vagy szövődményei	**6874**	**7,38**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6463	7,10	11,56	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	32	15,24	15,61	
Járóbetegként kezelték.	322	10,85	14,82	
Kórházban feküdt.	57	14,32	16,70	
Elhúzódó (egy hét vagy több) Covid-védőoltás utáni reakció	**6874**	**7,38**	**11,86**	
Nem volt szüksége kezelésre.	6736	7,26	11,75	p < 0,0001
Elhalasztották a kezelését.	20	18,01	17,28	
Járóbetegként kezelték.	104	12,50	14,88	
Kórházban feküdt	14	8,57	14,03	

2. táblázat: A krónikus betegségek kezelésének típusa az elmúlt egy évben, valamint ennek összefüggése a Beck-féle Depresszió Skála pontszámaival

	Nem érintett krónikus betegségben	1-es típusú cukorbetegség	2-es típusú cukorbetegség	Asthma bronchiale	Vesebetegség	Reuma	Magas vérnyomás	Daganatos betegség	Pszichiátriai betegség	Szívbetegség	Agyérbetegség
1-es típusú cukorbetegség	0,006										
2-es típusú cukorbetegség	0,001	NS									
Asthma bronchiale	NS	NS	NS								
Vesebetegség	NS	NS	NS	NS							
Reuma	< 0,0001	NS	NS	NS	NS						
Magas vérnyomás	NS	0,008	0,002	NS	NS	< 0,0001					
Daganatos betegség	0,014	NS	NS	NS	NS	NS	0,015				
Pszichiátriai betegség	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	< 0,0001	0,021	< 0,0001	< 0,0001	0,012			
Szívbetegség	NS	NS	NS	NS	NS		NS	NS	< 0,0001		
Agyérbetegség	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Több krónikus betegségben érintett	< 0,0001	0,037	0,041	0,042	NS	NS	< 0,0001	NS	0,001	0,022	NS

3. táblázat: A Beck-féle Depresszió Skála összpontszámainak összehasonlítása páronként az egyes krónikus betegségekben

Szignifikanciaszintek páronként az egyes betegségek esetében. Kruskall–Wallis-teszt, post-hoc teszttel, Bonferroni-korrekcióval. Az egyes betegségeknél kizárólag az abban a betegségben az elmúlt egy évben kezelést igénylőket tüntetettük fel. A Beck-féle Depresszió Skála -pontszám összehasonlíthatósága érdekében azokat, akik egynél több krónikus betegségben érintettek, a „Több krónikus betegségben érintett” kategóriába soroltuk.

A krónikus betegséggel az elmúlt egy évben kezeltek 21 százaléka, a krónikus betegséggel nem kezelteknek pedig 14 százaléka depressziós a klinikai küszöböt nagy valószínűséggel meghaladó mértékben. Ugyanez az arány poszt-Covid-szindrómával vagy elhúzódó oltási reakcióval kezeltek esetében 28 százalék, az ezzel nem kezeltek esetében 15 százalék. A poszt-Covid vagy oltásszövődmény és krónikus betegség miatt kezeltek Beck-pontszámai között nincs szignifikáns különbség ($p = 0{,}218$).

A krónikus betegséggel élők teljes almintáját vizsgálva azt találtuk, hogy azoknak a legmagasabb a depresszióskála-pontszáma, akiknek valamilyen okból elhalasztották a kezelését.

Ha az összes krónikus betegségből kivesszük a pszichiátriai betegségekkel élőket, vagyis csak a testi krónikus betegségeket nézzük, azt találjuk, hogy több mint negyedük pszichiátriai gyógyszereket is szed. Vagyis a krónikus betegek pszichiátriai betegség nélkül is jóval több nyugtatót fogyasztanak, mint azok, akiknek nincs krónikus betegségük (28%, illetve 9%; $p < 0{,}0001$; khi-négyzet-próba, $\varphi = 0{,}233$).

Családi állapot, nevelési előzmények és krónikus betegségek

A *4. táblázat*ban feltüntetett elemszámok mellett a nevelési előzmények tekintetében azt találtuk, hogy akiket a vér szerinti szüleik neveltek fel, azokat kevésbé kezelték krónikus betegséggel az elmúlt egy évben ($p = 0{,}02$; $\varphi = 0{,}045$), mint a mások által felnevelteket. Továbbmenve: azok között, akiket nagyszülő, más rokon vagy gyám nevelt fel, általában szignifikánsan több volt a krónikus betegség ($p = 0{,}015$; Fisher-féle egzakt teszt, $\varphi = 0{,}034$), mint a vér szerinti szülők által felneveltek esetében.

	Krónikus betegségben érintett, n (%)	Krónikus betegségben nem érintett, n (%)
Nő	676 (59)	2379 (50)
A vér szerinti szülei nevelték fel.	1052 (91)	4353 (91)
Nagyszülő, más rokon vagy gyám nevelte fel.	25 (2)	56 (1)
Jelenleg egyedül él.	491 (43)	1844 (39)

4. táblázat: Szociodemográfiai, családi jellemzők és a krónikus betegségben való érintettség az elmúlt egy évben

Az is kiderült, hogy akik egyedül élnek, azok közül többeket kezeltek az elmúlt egy évben krónikus betegséggel, mint a nem egyedül élők közül (egyedül élők: 26%, valakivel együtt élők: 23%; $p = 0{,}033$; khi-négyzet-próba, $\varphi = 0{,}026$).

Az elmúlt egy évben krónikus betegséggel kezeltek között viszont nem mutatkozott összefüggés aközött, hogy valaki egyedül vagy párkapcsolatban élt-e, és hogy elhalasztották-e a kezelését ($p = 0{,}690$).

Megbeszélés

Az, hogy a nők körében gyakoribb a krónikus betegség miatt végzett kezelés, feltehetően amiatt van, hogy ők gyakrabban kérnek segítséget, illetve keresnek kezelést, mint a férfiak, amit számos korábbi vizsgálat igazol (például Juvrud és Rennels 2017; Liddon, Kingerlee és Barry 2018; Sagar-Ouriaghli és mtsai 2019). Ez a férfi-női különbség annak ellenére fennáll, hogy az elmúlt időszakban számos erőfeszítés történt a férfiakat megszólító egészségfejlesztési programok kidolgozására.

Ahogy a *2. táblázat*ban láthatjuk, akkor is nagyjából hasonló eredményeket kapunk, ha az összes krónikus betegséget együtt, illetve külön-külön vizsgáljuk. A különböző krónikusbetegség-csoportokban ugyanolyan szignifikáns a kapcsolat a depressziós tünetekkel, a kezelésekkel és a kezeléshez való hozzáféréssel. A *3. táblázat* arra mutat rá, hogy ugyanakkor a különféle betegségcsoportokban való érintettség különbséget mutat a depressziós tünetek tekintetében. Érthető módon a pszichiátriai betegségek, illetve az egynél több krónikus betegségben való érintettség emelkedik ki az egy-egy krónikus betegségben való érintettséghez képest. Ennek számos magyarázata lehetséges, amelyek egy része a vizsgálat korlátaival függ össze – ezt a fejezet végén részletezzük majd. Magyarázat lehet az is, hogy a krónikus betegségek okozta stressz nagyon hasonló lehet a különböző betegségekben, ezért hasonlók a mentális egészségre gyakorolt hatások is. Több betegségben való érintettség vagy pszichiátriai betegség esetén – mely utóbbi a depressziót is magában foglalja – depressziós tünetek is fokozottabb mértékben jelentkezhetnek. Ugyanakkor az a – következőkben hamarosan kifejtett – tény is azt húzza alá, hogy a kezeléshez való korlátozott hozzáférés igen hasonló reakciót váltott ki a különböző krónikus betegségcsoportokban. Ilyen általános, a testi betegségekhez kötődő, de a lelki egészséget befolyásoló hatások lehetnek még a betegséggel kapcsolatos társadalmi terhek, a betegség okozta korlátok, a rosszabb életminőség és még számos olyan tényező, amelyet egy későbbi vizsgálatban részletesen és célzottan javasolt volna vizsgálni.

Hangulat, lelkiállapot és krónikus betegségek

Eredményeink közül, amelyek összhangban vannak azzal a bevezetőben már említett ténnyel, hogy krónikus betegségek esetén a depresszsiós tünetek gyakoribbak, mint az átlagnépességben, a következőket érdemes kiemelni.

Az, hogy poszt-Covid-szindróma esetén gyakoribbak a depressziós tünetek, fontos klinikai tapasztalat volt mind a magyar, mind a külföldi egészségügyi ellátórendszerekben (Purebl és Réthelyi 2022). Ennek számos lehetséges magyarázata van. Például a betegségterhek okozta hangulati változások; az ellátás során átélt esetleges traumatizáló helyzetek; a vírusfertőzés direkt idegrendszeri hatása; a betegség következtében felborult biológiai ritmus. Újdonság azonban, hogy depressziós tünetek tekintetében nincs szignifikáns különbség a krónikus betegek, a poszt-Covid-szindrómások és az oltási szövődményektől szenvedők között. Az a tény, hogy egy akut vírusfertőzés (a Covid-infekció) vagy egy ennek megelőzésével kapcsolatban átélt oltási szövődmény hasonló mértékben hat a pszichológiai jóllétre, mint egy krónikus betegség, nehezen értelmezhető, és mindenképpen további vizsgálatokat tesz szükségessé.

Fontos eredmény továbbá, hogy az adatokból kimutatható, a kezelés elhalasztása milyen drámai hatást fejt ki a krónikus betegek lelkiállapotára – a kezelés elhalasztását elszenvedők között voltak a leggyakoribbak a depressziós tünetek. Úgy tűnik tehát, hogy a kezelésekhez való nehezebb hozzáférés nagyon erősen befolyásolja a depressziós tüneteket. Vagyis a krónikus betegek hangulati tüneteit eszerint nemcsak a krónikus betegség megléte befolyásolja, hanem – talán jobban – az is, hogy elérhető-e számukra az egészségügyi ellátás. Ezt az eredményt természetesen rendkívül fontos volna még célzottabban vizsgálni, azonban mindenképpen levonható az a következtetés, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés nemcsak az adott betegséget befolyásolja, hanem nagyon jelentős hatása van a lelki egészségre is. Azaz a gyakori betegségekkel kapcsolatos kezelések nagyobb hozzáférhetőségével feltehetően csökkenne az adott betegséghez társuló depresszió gyakorisága is. Ez mindenképpen fontos eredménynek tekinthető, mert a szakirodalomban meglehetősen kevés adat van arról, hogy a kezeléshez való hozzáférés hogyan hat a krónikus betegek lelkiállapotára.

Még fontosabb azonban a pszichofarmakonok, nyugtatók szedésére vonatkozó adat. Önmagában az is eléggé drámai, hogy az (elvileg) egészséges magyar lakosság 9 százaléka szedett nyugtatót (vagy valamilyen pszichofarmakont) az elmúlt évben. Még feltűnőbb azonban, hogy azon krónikus testi betegségben szenvedőknek, akiknek elvileg nincs pszichiátriai betegségük, több mint az egynegyede szed ilyen típusú gyógyszereket. Erre számos lehetséges magyarázat kínálkozik, amelyet fontos volna célzott vizsgálatokkal alaposabban körüljárni, vagyis pontosan felmérni, hogy a krónikus betegséggel élők között milyen gyakori a magas pszichoszociális stressz, vagy hogy mennyire gyakoriak a mentális zavarok. Mások is leírták az altatók és nyugtatók magyarországi túlhasználatát (Tóth, Molnár és Gazdag 2020), ez azonban valószínűleg annak a jelenségnek lehet a tünete, hogy Magyarországon rengetegen szednek pszichiátriai gyógyszereket pszichiátriai betegség nélkül. Itt kiemelendő az a tény, hogy a másik leggyakoribb pszichiátriai gyógyszercsoport, az antidepresszívumok szedésének gyakorisága Magyarországon még mindig az európai uniós átlag alatt van (bár lassan emelkedő tendenciát mutat; Bálint és mtsai 2020). Ennek hátterében számos tényező állhat. Egyrészt feltehetően jelentős Magyarországon a mentális zavarok aluldiagnosztizáltsága, másrészt korlátozottan elérhetők a megfelelő kezelések (például a bizonyítékokon alapuló pszichoterápiák; Woelbert 2015). Fontos ok lehet az is, hogy nemcsak a kezelések lehetnek korlátozottan elérhetők, hanem feltehetően sokan tartanak is a mentális zavarok kezelésétől, mert talán stigmatizálónak vélik őket. A mentális zavarokkal kapcsolatos segítségkérésre való hajlandóság egyébként – az elmúlt időszak tapasztalatai alapján úgy tűnik – javult a 2021-es évben (Purebl és Réthelyi 2022). A magas altató- és nyugtatófogyasztás azt mutatja, hogy a mentális zavarok ellátása az esetek túlnyomó többségében nem szakszerűen, nem az érvényben lévő irányelvek szerint történik. Ez utóbbi tény nemcsak Magyarországra jellemző, hanem általános jelenség – elsősorban a hangulatzavarok kezelését illetően (Thornicroft és mtsai 2017).

A pszichofarmakonok túlszedésének másik nagyon kézenfekvő magyarázata az, hogy általában magas lehet a lakosság stressz-szintje (különösen a krónikus betegeké), melyet tovább súlyosbít az, hogy a lakosság nagy része nem rendelkezik megfelelő stresszkezelési stratégiákkal, és ezek helyett inkább a nyugtatók szedését részesíti előnyben – mintegy

egyszerűbb megoldásként. Az azonban biztos, hogy a lelki egészséggel és annak fejlesztésével kapcsolatban nagyon sok kielégítetlen igény van a magyar lakosság körében.

Az az adat, mely szerint a nem pszichiátriai beteg vizsgált személyek is sokan szednek pszichiátriai gyógyszereket, a kutatás egyik legfontosabb eredményének tekinthető, melyet semmilyen vizsgálati korlát nem gyengít, tehát a magyar lakosság lelkiállapotának fontos indikátora.

Családi állapot, nevelési előzmények és krónikus betegségek

Vizsgálatunk kimutatta, hogy kevesebb a krónikus betegség és az emiatt egy éven belül végzett kezelés azok között, akiket a vér szerinti szüleik neveltek – hasonlót olvashatunk a depresszió és az öngyilkossági gondolatok vonatkozásában az erről szóló fejezetben. Azt is láttuk, hogy az egyedülállók között is gyakoribb volt a krónikus betegség és a kezelése. A hányatott gyermekkor és az egyedüllét tehát feltehetően hatással van a krónikus betegségek gyakoriságára. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy a jól működő család a testi és (mint a depresszió témájáról szóló fejezetben láthatjuk) a lelki egészség fontos tényezője is. Nemcsak amiatt, mert a – feltehetően – jól működő, vér szerinti családokban felnevelkedő gyermekek egészségesebbek lesznek, hanem ezekben – úgy tűnik – a szülők is egészségesebbek.

Az eredmények azonban még egy fontos dologra rámutatnak. Tankönyvi adat, hogy a hányatott gyermekkor kockázatot jelent a felnőttkori mentális zavarok szempontjából. Vizsgálatunk szerint azonban ez a krónikus testi betegségek esetében is így van, mégpedig általánosan, nem csak egyes krónikus betegségek vonatkozásában. Rendkívül fontos lenne annak vizsgálata, hogy a nehéz gyermekkor hogyan hat a gyakori krónikus betegségek kialakulására.

A vizsgálat és az eredmények értelmezhetőségének korlátai, lehetséges kutatási irányok

Vizsgálatunk nagy erénye a magas elemszám és a reprezentativitás. Az eredmények értelmezésével kapcsolatban több ponton óvatosság szükséges, különösen a krónikus betegeségek esetében, mégpedig a következők

miatt. A krónikus betegségekkel kapcsolatban számos fontos befolyásoló tényezőt nem tudtunk vizsgálni. Ezek közül a legfontosabbak: a betegség súlyossága az egyes vizsgált személyek esetében, az életminőségük, a kezeléssel kapcsolatos attitűdjeik, az, hogy mennyire élnek a betegségüknek megfelelő életmódot. E tényezők nagyon erősen befolyásolják azt, hogy a személy hogyan éli meg krónikus betegségét, és így azt is, hogy annak milyen pszichológiai hatásai vannak. Egy célzottabb vizsgálatban érdemes volna a betegségterhek, az életminőség, a betegség súlyossága és a betegséggel kapcsolatos attitűd mentén vizsgálni a krónikus betegségek és a pszichológiai állapot kapcsolatát. Még izgalmasabb kutatási téma lehet az, hogy miként befolyásolja a családi élettörténet a betegségekkel, kezeléssel, segítségkéréssel kapcsolatos attitűdöket. Láttuk, hogy a hányatott gyermekkorral jellemezhetők között nemcsak a mentális zavarok, hanem a testi betegségek is gyakoribbak. Nemcsak annak vizsgálata lehet fontos a jövőben, hogy hogyan lehet ezt (például megfelelő családtámogatással) megelőzni, hanem azé is, hogy milyen módon csökkenthetők a már megbetegedettek terhei, és hogyan kezelhetők minél költséghatékonyabban.

A (közel)jövő kutatási irányai között a legfontosabb annak tisztázása, hogy miért ilyen nagymértékű Magyarországon a pszichiátriai gyógyszerek fogyasztása. Ahogy említettük, ez biztosan altató- és nyugtató túlfogyasztást jelent, részben a már idézett adatok (Tóth, Molnár és Gazdag 2020) szerint, részben pedig annak alapján, hogy a másik leggyakoribb pszichiátriai gyógyszercsoport, az antidepresszívumok szedése – bár lassan emelkedő tendenciát mutat – Magyarországon még mindig jóval az európai átlag alatt van (Bálint és mtsai 2020).

Összefoglalás

Úgy tűnik tehát, hogy a mentális és a testi egészség a Covid idején is szétválaszthatatlan. Azt is láttuk, hogy a vér szerinti szülők által neveltek között kevesebb a krónikus betegség. Egy keresztmetszeti vizsgálat korlátai nem teszik lehetővé, hogy e nagyon fontos összefüggések mögé lássunk, az azonban biztos, hogy a jól működő családi háttér fontos tényező lehet. Az emberi közösségek nagyon különböző kultúrákban élhetnek, egy tényező azonban a számos különbség mellett is mindig közös: az együttélés alapegysége a család. Azt korábban is tudtuk, hogy a gyermekkori családi viszonyok milyen komolyan hatnak a lelki egészségre. Vizsgálataink szerint

ez általában igaz a gyakori krónikus betegségekre is. Kutatásunk keretei sajnos nem teszik lehetővé, hogy a miértekre is válaszoljunk. Az azonban biztos, hogy a család testi-lelki egészségre kifejtett hatása lehet az elkövetkező tíz év pszichológiai kutatásainak egyik legizgalmasabb területe.

Vizsgálatunk azt is kimutatta, hogy a kezeléshez való hozzáférés mennyire erősen befolyásolja a krónikus betegek hangulati állapotát, és azt is láttuk, milyen riasztóan magas a pszichiátriai betegségben elvileg nem szenvedők között a pszichiátriai gyógyszerek – feltehetően altatók és nyugtatók – szedésének gyakorisága. Az összefüggések pontosabb értelmezéséhez természetesen további célzott vizsgálatok szükségesek, ugyanakkor két fontos dologra az eddigi eredmények is felhívják a figyelmet: egyfelől feltehetően nagyon sok Magyarországon a kielégítetlen lakossági igény a lelki egészséggel kapcsolatban, másfelől a testi kezelések elérhetősége a lelki egészséget is nagyon erősen befolyásolja. Van tehát mit tenni, hiszen az eredményekből – nem csak az ebben a fejezetben részletezett kutatásból – az is látható, hogy a családok kiegyensúlyozottsága és a fenntartható családpolitika akkor valósítható meg, ha fokozottan figyelünk a magyar lakosság lelkiállapotára. Úgy tűnik, az egészségmegőrzés és a családtámogatás szempontjából nagyon fontos, hogy a családtagok megfelelő stresszkezelési stratégiákat tanuljanak, hiszen ez segíti őket a mindenkori nehézségekkel való megbirkózásban. Azonban az is lényeges, hogy megfelelő támogatást kapjanak akkor is, ha bajba kerülnek. A különböző családvédelmi programok mellett ugyanolyan fontos lehet, hogy a bajban lévő családtagok szükség esetén gyorsan és megfelelő pszichológiai segítséghez juthassanak.

Felhasznált irodalom

Bálint, Lajos, Katalin Füzér, Xenia Gonda and Peter Dome (2020) Estimation of the relationship between the persistent decrease of the suicide rate and the changes in sociodemographic composition in Hungary between 1990 and 2011. *PLoS One.* Vol. 15. (10): e0241314.

Bényi Mária, Kéki Zsuzsanna, Muzsik Béla és Kőrösi László (2021) Krónikus betegségek alakulása felnőtt lakosság körében az OSAP 1021 háziorvosi jelentések alapján 1999-2019. években Magyarországon = Development of Chronic Diseases Among the Adult Population based on OSAP 1021 GP Reports 1999-2019. Years in Hungary. *Egészségtudomány.* 65. évf. 2. sz. 19–38.

Furlanetto, Letícia M., Mauro V. Mendlowicz and J. Romildo Bueno (2005) The validity of the Beck Depression Inventory-Short Form as a screening and diagnostic instrument for moderate and severe depression in medical inpatients. *Journal of Affective Disorders.* Vol. 86. (1): 87–91.

Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators (2015) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet.* Vol. 386. (9995)

Juvrud, Joshua, Jennifer L. Rennels (2017) "I don't need help". Gender differences in how gender stereotypes predict help-seeking. *Sex Roles.* Vol. 76. (1): 27–39.

Laursen, Thomas Munk, Katherine Musliner, Michael E. Benros, Mogens Vestergaard, M. and Trine Munk-Olsen (2016) Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders.* Vol. 193: 203–207.

Liddon, Louise, Roger Kingerlee and John A. Barry (2018) Gender differences in preferences for psychological treatment, coping strategies, and triggers to help-seeking. *British Journal of Clinical Psychology.* Vol. 57. (1): 42–58.

Purebl, György, Ionela Petrea and the JA WP4 collaborative workgroup (2016) Joint Action on Mental Health and Well-being. Depression, Suicide Prevention and E-health. Situation analysis and recommendation for action. http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/WP4%20Final.pdf

Purebl György, Réthelyi János (2022) COVID–19-világjárvány és mentális egészség. Nemzetközi kitekintés és előzetes hazai adatok. *Népegészségügy.* 99. évf. 1. sz. 105–111.

Rajan, Selina, Martin McKee, Sumathy Rangarajan, Shrikant Bangdiwala et al. (2020) Association of symptoms of depression with cardiovascular disease and mortality in low-, middle-, and high-income countries. *JAMA Psychiatry.* Vol. 77. (10): 1052–1063.

Rózsa Sándor, Szádóczky Erika, Füredi János (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica.* 16. évf. 4. sz. 384–402.

Sagar-Ouriaghli, Ilyas, Emma Godfrey, Livia Bridge, Laura Meade et al. (2019) Improving mental health service utilization among men. A systematic review and synthesis of behavior change techniques within interventions targeting help-seeking. *American Journal of Men's Health.* Vol. 13. (3).

Santomauro, Damian F., Ana Maria Mantilla Herrera, Jamileh Shadid, Peng Zheng et al. (2021) Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID–19 pandemic. *The Lancet.* Vol. 398. (10312): 1700–1712.

State of Health in the EU (2021) Magyarország. Egészségügyi országprofil 2021. OECD – World Health Organization. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf (Letöltés: 2022. szeptember 11.)

Thornicroft, Graham, Somnath Chatterji, Sarah Evans-Lacko, Michael Gruber et al. (2017) Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British Journal of Psychiatry.* Vol. 210. (2): 119–124.

Tóth Viktória, Molnár Beáta, Gazdag Gábor (2020) A gyógyszerfüggőség előfordulásának vizsgálata pszichiátriai és addiktológiai rehabilitációs osztályokon kezelt betegek között. *Orvosi Hetilap.* 161. évf. 15. sz. 594–600.

Umberson, Debra, Mieke Beth Thomeer (2020) Family matters. Research on family ties and health, 2010 to 2020. *Journal of Marriage and Family.* Vol. 82. (1): 404–419.

Vitrai József (2022) Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2021. *Egészségfejlesztés.* 63. évf. 1. sz. 52–55.

Woelbert, Eva (2015) Psychotherapy for mental illness in Europe. An exploration on the evidence base and the status quo. JRC Science and Policy Report. European Comission. http://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC94870/psychotherapy%20for%20mental%20illness%20in%20europe.pdf (Letöltés: 2022. szeptember 11.)

Tóth Mónika Ditta, Székely András, Purebl György

A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a felnőtt népesség körében

Bevezetés

2020–2021-ben a COVID–19-járvány hatására számos országban kimutathatóan megemelkedett a szorongás, a depresszió, a poszttraumás stressz mértéke a járványt megelőző időszakhoz képest (Torales és mtsai 2020); a depresszió aránya bizonyos országokban megháromszorozódott a lakosság körében (Winkler és mtsai 2020). A szociális izoláció, a szorongás, a megfertőződéstől való félelem, a bizonytalanság, a krónikus stressz, a gazdasági nehézségek megnövelhetik az öngyilkossági magatartás esélyét főleg a vulnerábilis populációban. Közéjük tartoznak azok, akik már a pandémia előtt is pszichiátriai betegséggel küzdöttek, azok, akiknek alacsony a megküzdési kapacitásuk (Lieberman és Olfson 2020). Rihmer és Fekete (2012) az öngyilkossági magatartás rizikófaktorainak hierarchikus osztályozását dolgozta ki. Eszerint az elsődleges faktorok, a pszichiátriai megbetegedések mellett fontos figyelembe venni a szekunder (másodlagos) tényezőket. Idetartoznak a pszichoszociális tényezők, például a kora gyerekkori veszteségek, traumák, az izoláció, az anyagi-gazdasági problémák és a munkahely elvesztése. Az akut stresszorok, negatív életesemények is az öngyilkossági rizikót növelő faktorok. Márpedig a pandémia hatására számos ilyen tényezővel szembesült a lakosság. Fontos külön hangsúlyozni, melyek a vulnerábilis populációk: pszichiátriai betegséggel küzdők és a gyerekkori traumákat, veszteségeket elszenvedők. Liberman és Olson (2020) külön kiemeli az öngyilkossági magatartás tekintetében a nagy fertőzöttségű területen élők emelkedett rizikóját, és azokat, akik COVID–19-fertőzés miatt elvesztették közeli hozzátartozójukat.

Míg a legtöbb fejlett országban az öngyilkosságok száma stagnált vagy csökkent a pandémia első hónapjaiban (Pirkis és mtsai 2021), addig Japánban emelkedett a nők (Nomura és mtsai 2021), hazánkban pedig főleg a férfiak körében. Magyarországon 10 százalékot nőtt a halállal végződő öngyilkosságok száma a 2020-as évhez képest, és a növekedés túlnyomó többségben a férfiak körében volt tapasztalható. Míg 2019-ben 1550

öngyilkosság történt, addig 2020-ban 1706-an vetettek véget önkezűleg az életüknek (KSH 2021)[1]. Magyarországon a depresszió és a befejezett öngyilkosságok aránya már a pandémiát megelőzően is az élmezőnybe tartozott világviszonylatban (Németh és mtsai 2021), de a becslések szerint (Sher 2020) a világ legtöbb országában növekedés várható az öngyilkossági statisztikákat tekintve.

Külön figyelmet érdemel a fiatalok helyzete, akiket a tanulmányok szerint még inkább érintett a depresszió növekedése a pandémia hatására. Ausztriában, más országokban végzett kutatásokkal megegyezően, a depressziós és szorongásos tünetek magas előfordulását találták. A felmérésben részt vevők 21 százaléka mutatott depresszív tüneteket, 19 százalékuk pedig szorongásos tüneteket, ami egy 2014-es átfogó vizsgálattal összehasonlítva ötszörös növekedést jelent. Míg harmincöt éves kor alatt a vizsgált alanyoknak több mint 30 százaléka mutatott depressziós tüneteket, addig hatvanöt év felett csupán 5 százalék, pedig a pandémiát megelőző időszakban nem volt ilyen jelentős korosztálybeli eltérés az országban (Löwe és mtsai 2008).

A világjárvány miatt bevezetett korlátozó intézkedések (karantén, otthoni munkavégzés, iskolák, óvodák bezárása, szolgáltatások leállása stb.) miatt az egyének/családok otthonukban töltötték mindennapjaikat, ami a világ minden országában életkortól függetlenül kihívás elé állította a családokat és az egyéneket. A COVID–19-világjárvány nyomán megjelent nemzetközi kutatások többek között a családi kapcsolatokon belüli erőszak növekedését (Galea, Merchant és Lurie 2020), valamint a megnövekedett szorongás és stressz intim kapcsolatokra gyakorolt káros hatását (Goodwin és mtsai 2020) írták le, főleg azoknál a családoknál, amelyekben már a karanténperiódust megelőzően rosszabb kapcsolati minőség, kedvezőtlenebb családi dinamikák és magasabb kapcsolati szorongás volt tapasztalható (Overall és mtsai 2022).

Célkitűzés

Jelen kutatásunk célkitűzése annak vizsgálata, hogy miként alakult a depressziós tünetek előfordulása a magyar lakosság körében a COVID–19-világjárvány első évében a korábbi évek statisztikáihoz képest. Vizsgáljuk ezenkívül az öngyilkossági gondolatok és cselekmények megjelenését különböző demográfiai mutatók tükrében.

1 https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html

Módszerek

Mérőeszközök

Szociodemográfiai mutatók

Jelen kutatásban vizsgáltuk a válaszadó nemét, iskolai végzettségét, lakóhelyének típusát, párkapcsolati státuszát, gyermekeinek számát, gazdasági aktivitását és etnikai hovatartozását.

A szokásos szociodemográfiai mutatókon túl ebben az évben szerepelt a következő kérdés: Ki nevelte tizenégy éves kora előtt? A válaszlehetőségek ezek voltak: házasságban élő vér szerinti szülők; együtt élő, de nem házas vér szerinti szülők; egyik vér szerinti szülő egyedül/új társsal; nagyszülő vagy más rokon; hivatásos nevelőszülő; állami gondozott volt.

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív: A depressziót a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel (BDI-9) vizsgáltuk, melynél 0 és 9 pont közötti érték esetén nem valószínű a depresszió, a 10–18 pont enyhe, a 19 pont feletti érték közepes, a 25 pont feletti érték pedig súlyos depressziót valószínűsít.

Eredmények

A depresszió eloszlása a vizsgált mintában

Az alábbi táblázatokban a korábbi Hungarostudy-felmérések eredményeivel vetjük össze az egyes depressziókategóriákba tartozó lakosság arányát. Az *1. táblázat*ból látható, hogy a normál tartományban lévő személyek száma 2013-hoz képest 5 százalékkal ($p = 0{,}008$) nőtt, ők azok, akiknél nem valószínűsíthető a depresszió. Az enyhe tüneteket mutató személyek száma folyamatosan csökkenő tendenciát mutat 2002 óta, amikor arányuk 15 százalék volt. 2021-ben a lakosság 9,2 százalékánál volt mérhető enyhe mértékű depresszió, ez az érték 2013-ban még 12,8 százalék volt ($p < 0{,}001$). A közepes tünetek tekintetében 2002 után némi emelkedés volt megfigyelhető, de a tavalyi arány 2 százalékos csökkenést mutatott 2013-hoz képest, 4,8 százalékra esett 6,8 százalékról ($p = 0{,}004$). A súlyos tünetek esetében viszont eltérő trend mutatkozik az elmúlt húsz évet áttekintve. Míg 2002-ben a lakosság mindössze 7,6 százalékánál jelent meg súlyos mértékű depresszió, 2013-ban már a 9,9 százalékánál, majd 2021-ben ez az érték 11 százalékra nőtt ($p = 0{,}015$).

Depressziós tünetek	2002	2006	2013	2021
Jelentéktelenek (normál tartomány)	71,60%	68,10%	70,40%	75,0%
Enyhék	15,00%	15,10%	12,80%	9,2%
Közepesek	5,80%	6,10%	6,80%	4,80%
Súlyosak	7,60%	10,70%	9,90%	11,0%

1. táblázat: Depressziókategóriák előfordulása a Hungarostudy kutatásokban 2002 óta

Megvizsgáltuk, hogy az előző, 2013-as Hungarostudy-adatfelvétel óta a gyermekszám szerint hogyan változott a depressziópontszám mértéke. Habár a legfrissebb adatfelvétel közvetlenül a pandémia harmadik hulláma után zajlott, a depressziópontszámoknál összességében javulás látható. 2013 és 2021 között a teljes mintát tekintve 8,19-ről 7,34-ra csökkent a pontszám, ez gyerekszám szerint eltérően alakult. Azok közt, akiknek nincs gyerekük, a depresszió 5,77-ről 7,23-ra nőtt. Az egygyermekesek között statisztikailag nem találtunk különbséget, ellenben a kétgyermekeseknél és a háromgyermekeseknél jelentős, szignifikáns csökkenés volt megfigyelhető *(2. táblázat).*

	Nincs gyereke	1 gyerek	2 gyerek	3 vagy több gyerek	Mind
2013	5,77 (634)	7,35 (399)	9,30 (620)	12,02 (308)	8,19 (1960)
2021	7,23 (2282)	6,86 (1345)	6,83 (2339)	9,52 (949)	7,33 (6915)
Szignifikancia	0,006	0,429	0,000	0,003	0,007

2. táblázat: A depresszió összefüggése a gyerekszámmal a 2013-as és 2021-es Hungarostudy kutatásban. A szignifikanciaszintet egyszempontú ANOVA-val vizsgáltuk.

A depresszió mértéke a szociodemográfiai mutatók tükrében

A *3. táblázat*ban a válaszadók (n = 6946) depressziópontszámait szemléltetjük a szociodemográfiai mutatók alapján. A depresszió kérdőíven elért pontszámot dichotomizáltuk: klinikai mértékű depressziónak a közepes vagy súlyos depressziós pontszámokat tekintjük, összevonva.

	A depresszió mértéke (BDI-9)		n	p érték
	Normál	Klinikai[2]		
Összesen	84,2%	15,8%	6946	
Neme				
Férfi	86,1%	13,9%	3256	0,000
Nő	82,6%	17,4%	3690	
Iskolai végzettség				
Alapfok	82,9%	17,1%	3155	0,000
Középfok	85,6%	14,4%	2327	
Felsőfok	85,0%	15,0%	1465	
Aktivitás				
Dolgozik	86,2%	13,8%	4452	0,000
Munkanélküli	69,0%	31,0%	155	
Rokkantnyugdíjas	65,8%	34,2%	152	
Öregségi nyugdíjas	79,5%	20,5%	1579	
Tanuló	92,6%	7,4%	310	
Háztartásbeli vagy csed, gyed, gyet	91,4%	8,6%	233	
Lakóhely település szerint				
Budapest	77,6%	22,4%	1282	0,000
Megyeszékhely, megyei jogú város	86,3%	13,7%	1413	
Város	84,1%	15,9%	2241	
Község, nagyközség	87,3%	12,7%	2010	
Etnikum (cigány/roma)				
Nem cigány/roma etnikum	73,2%	26,8%	205	0,000
Cigány/roma etnikum	84,6%	15,4%	6741	
Házastárssal együtt él				
Nem	81,4%	18,6%	2457	0,000
Igen	85,3%	14,7%	4059	

3. táblázat: A depresszió összefüggése a szociodemográfiai jellemzőkkel a 2021-es Hungarostudy kutatásban. A szignifikanciaszintet χ^2 próbával vizsgáltuk.

2 A közepes vagy súlyos depresszió pontszámai

Az eredményekből látható, hogy szignifikáns eltérés mutatkozik a klinikai depresszió előfordulásában a férfiak és nők között: ez a nők 17,4 százalékánál volt mérhető, ami meghaladja a férfiaknál tapasztalható arányt. Az iskolai végzettséget tekintve az alacsony végzettségűek körében a legmagasabb (17,1%) a klinikai mértékű depresszió, őket követik a felsőfokú (15,0%), majd a középfokú végzettségűek (14,4%). Az aktivitás szempontjából a klinikai mértékű depresszió leginkább a rokkantnyugdíjasok (34,2%) és a munkanélküliek (31,0%) közt fordul elő, ami közel háromszorosa a dolgozók körében mért depressziós arányoknak (13,8%). Az öregségi nyugdíjasok körében minden ötödik személy szintén kezelésre szorul súlyos depressziója miatt (20,5%). Lakóhely szerint is jelentős eltérések mutatkoztak a vizsgált mintában: legnagyobb számban a Budapesten élők érintettek (22,4%), míg a községben élők között 12,7 százalék volt a klinikai depresszió aránya. A teljes népességben a magukat románnak vallók körében alacsonyabb a klinikai depresszió aránya, mint a többségi társadalom tagjai között. A házastárssal élők körében alacsonyabb arányban fordul elő a klinikai depresszió azokhoz képest, akik nem házastárssal élnek.

A vizsgálat során elemeztük a depresszió előfordulását aszerint, hogy tizennégy éves kora előtt ki nevelte az egyént *(4. táblázat).* Azok körében volt jelentősen a legmagasabb a depresszió (több mint 40 százalék), akik állami gondozásban vagy hivatásos nevelőszülőknél nőttek fel. Őket követik azok, akiket a nagyszülők vagy más rokonok neveltek, ebben a csoportban 23,9 százalékos volt a kezelésre szoruló depresszió előfordulási aránya. A depresszió szempontjából a legkedvezőbb helyzetben azok vannak, akiket vér szerinti szüleik neveltek közösen vagy új társsal. Akiket egyedülálló szülők neveltek, ott minden ötödik válaszadónál volt mérhető a klinikai depresszió.

	A depresszió mértéke (BDI-9)		n	p érték
	Normál	Klinikai[3]		
Összesen	84,2%	15,8%	6946	
Ki nevelte tizennégy éves koráig?				
Házasságban élő vér szerinti szülők	85,4%	14,6%	6049	0,000
Együtt élő, nem házas vér szerinti szülők	81,6%	18,4%	136	
Az egyik vér szerinti szülő egyedül	78,6%	21,4%	337	
Az egyik vér szerinti szülő új társsal	87,8%	12,2%	115	
Nagyszülő vagy más rokon	76,1%	23,9%	46	
Hivatásos nevelőszülő	57,9%	42,1%	19	
Állami gondozott	57,1%	42,9%	28	
Több válasz	70,8%	29,2%	154	

4. táblázat: A depresszió összefüggése a „Ki nevelte tizennégy éves koráig?" kérdésre adott válaszokkal a 2021-es Hungarostudy kutatásban. A szignifikanciaszintet χ^2 próbával vizsgáltuk.

A depresszió összefüggése egyéb pszichológiai mutatókkal

Az alábbiakban a Pearson-féle korreláció segítségével megvizsgáltuk, hogy a BDI-9 kérdőíven mért depressziópontszámok milyen összefüggésben állnak a lelki egészség különböző mutatóival a megkérdezettek körében *(5. táblázat)*. A depresszióra nézve fontos védőfaktort jelent a társas támasz, amely másoktól (házastárs, szülők, barátok, kollégák stb.) jövő támogatást, törődést jelent. A felmérésünk szerint minél inkább számíthat valaki másokra, annál kevésbé valószínű a depresszió megjelenése. Ez igazolja a korábbi felmérések eredményeit. Pozitív irányú kapcsolat mutatkozott azonban a házastársi stressz mértékével: minél stresszesebbnek éli meg valaki a párkapcsolatát férjével, feleségével, annál inkább lehetnek depressziós tünetei. Hasonlóan az észlelt stressz mértéke is pozitív irányú összefüggést mutat a depresszió mértékével. A WHO-5 a szubjektív jóllét egyik leggyakrabban vizsgált mutatója, melynek értéke jól jelzi az egyén lelki egészségét. Minél alacsonyabb pontszámot ért el valaki ezen a kérdőíven, annál magasabb volt a pontszáma a depressziót mérő kérdőíven.

3 Közepes vagy súlyos depressziós pontszámok

	n	r
Társas támasz (MSPSS10)	6834	−0,433**
Házastársi stressz (MSS5)	1168	0,260**
Észlelt stressz (PSS10)	6903	0,519**
Szubjektív jóllét (WHO5)	6947	−0,449**

5. táblázat: A depresszió és egyes pszichológiai mutatók kapcsolata a 2021-es Hungarostudy kutatásban (** p < 0,001)

Az öngyilkossági gondolatok alakulása a vizsgált mintában

A 2021-es Hungarostudy kutatás során vizsgáltuk az öngyilkossági gondolatok előfordulását is.

Az alábbi öt kérdésre adtak választ a vizsgált személyek. Az első három kérdésre kapott válaszokat az *6. táblázat*ban, az utolsó kettőre kapottakat pedig a *7. táblázat*ban szemléltetjük.

- Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?
- Az elmúlt egy évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?
- Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?
- Megfontolná-e az öngyilkosságot, ha súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedne?
- Egyetért-e azzal, hogy ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?

1. Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?

Erre a kérdésre a megkérdezettek közel 4 százaléka felelt igennel (ez 260 főt jelent). Közöttük nem mutatkozott nemi különbség, azonban gazdasági aktivitás szerint szignifikáns eltérést láthatunk. A rokkantnyugdíjasok (19,2%) és munkanélküliek (13,7%) körében fordulnak elő szignifikánsan leggyakrabban ezek a gondolatok. Bár a szülői szerep ismert védőfaktor a szuicid magatartással szemben, a három vagy annál több gyermeket nevelők között a legmagasabb (5,5%) az öngyilkossági gondolatok

előfordulása. A mintában őket követik a gyermektelenek (4,1%), és az egy vagy két gyermeket nevelők között a legritkábbak ezek a gondolatok. A párkapcsolatban lévők között (házasság vagy együttélés) szignifikánsan ritkábbak (2,9%) az öngyilkossági gondolatok, mint az egyedülállók (4,8%) körében. Annak fényében is megvizsgáltuk a kérdést, hogy tizennégy éves kora előtt ki nevelte a válaszadót. Az állami gondozottak (14,3%), a nevelőszülők (13,5%), illetve a nagyszülők vagy más rokonok által neveltek körében (14,8%) volt a legmagasabb az öngyilkossági gondolatok aránya. A legalacsonyabb (3,0%) pedig azok körében volt, akiket a házasságban élő vér szerinti szüleik neveltek.

2. Az elmúlt egy évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?

Azok közül, akik korábban már gondoltak öngyilkosságra (n = 260), száz olyan személy volt, akik fejében az elmúlt egy évben is megfordultak ilyen jellegű gondolatok (38,3%). Ebben csak a házastárssal/élettárssal való együttélés szempontjából volt különbség: az egyedülállók esetében 48,2 százaléknál, a párkapcsolatban élők esetén 32,7 százaléknál fordult elő a megkérdezés előtti egy évben öngyilkossági gondolat. Nemi, gazdasági aktivitás szerint nem mutatkozott eltérés, illetve a gyerekszámot tekintve sem voltak szignifikáns különbségek.

3. Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?

Erre a kérdésre, amelyet csak azok kaptak meg, akiket korábban már foglalkoztattak szuicid gondolatok (n = 260), hatvanhatan válaszoltak igennel. Nőknél szignifikánsan gyakoribbak voltak a korábbi kísérletek, mint a férfiaknál. A gazdasági aktivitást figyelembe véve a rokkantnyugdíjasok és a munkanélküliek voltak a legtöbben azok közül, akiknek volt korábbi kísérletük. A hivatásos nevelőszülők által nevelt és az állami gondozásban felnövők körében fordult elő a leggyakrabban valamilyen korábbi önsértés[4].

4 Habár az eredmények szignifikánsak, a kis elemszámok miatt érdemes óvatosan kezelni őket.

	Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?		Az elmúlt egy évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?		Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?	
Fő	**6949**		**260**		**259**	
Összesen	**3,75% (260 fő)**		**38,32% (100 fő)**		**25,53% (66 fő)**	
	Előfordulás % (SE)	**Igennel válaszolók száma (csoportméret)**	**Előfordulás % (SE)**	**Igennel válaszolók száma (csoportméret)**	**Előfordulás % (SE)**	**Igennel válaszolók száma (csoportméret)**
Nem						
Férfi	3,66% (0,003)	119 (3260)	35,62% (0,044)	43 (119)	15,19% (0,033)	18 (118)
Nő	3,83% (0,003)	141 (3689)	40,60% (0,041)	57 (141)	34,19% (0,040)	48 (141)
Sig (p érték)	0,718		0,412		0,000	
Aktivitás						
Dolgozik	3,27% (0,003)	145 (4442)	36,28% (0,040)	53 (145)	25,68% (0,037)	37 (144)
Munkanélküli	13,74% (0,028)	21 (155)	40,06% (0,109)	9 (21)	26,87% (0,098)	6 (21)
Rokkantnyugdíjas	19,17% (0,032)	29 (154)	50,12% (0,094)	15 (29)	26,11% (0,082)	8 (29)
Öregségi nyugdíjas	2,96% (0,004)	47 (1591)	35,80% (0,071)	17 (47)	19,86% (0,059)	9 (47)
Tanuló	2,47% (0,009)	8 (311)	40,90% (0,190)	3 (8)	10,60% (0,119)	1 (8)
Háztartásbeli vagy csed, gyed, gyet	1,61% (0,008)	4 (231)	48,59% (0,304)	2 (4)	00,00% (0,000)	4 (4)
Sig (p érték)	0,000		0,791		0,020	
Gyerekszám						
Nincs gyereke	4,16% (0,004)	95 (2277)	43,45% (0,051)	41 (95)	29,60% (0,047)	28 (94)
Egy gyereke van	3,00% (0,005)	41 (1350)	38,23% (0,077)	15 (41)	22,84% (0,067)	9 (41)
Két gyereke van	3,07% (0,004)	72 (2336)	33,97% (0,056)	24 (72)	16,53% (0,044)	12 (72)
Három vagy több gyereke van	5,51% (0,007)	53 (954)	34,01% (0,066)	18 (53)	31,34% (0,065)	16 (53)
Sig (p érték)	0,002		0,568		0,174	
Házastárssal/élettárssal él						
Nem él együtt	4,87% (0,004)	120 (2460)	48,23% (0,046)	58 (120)	25,90% (0,040)	31 (119)
Együtt él	2,92% (0,003)	118 (4055)	32,65% (0,043)	39 (118)	27,93% (0,041)	33 (118)
Sig (p érték)	0,000		0,014		0,726	

	Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?		Az elmúlt egy évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?		Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?	
Fő	6949		260		259	
Összesen	3,75% (260 fő)		38,32% (100 fő)		25,53% (66 fő)	
Ki nevelte tizennégy éves koráig?						
Házasságban élő vér szerinti szülei	3,02% (0,002)	182 (6050)	39,11% (0,036)	71 (182)	23,02% (0,031)	42 (181)
Együtt élő (nem házas) vér szerinti szülei	5,64% (0,020)	8 (137)	50,13% (0,192)	4 (8)	12,68% (0,128)	1 (8)
Az egyik vér szerinti szülő egyedül	9,20% (0,016)	31 (340)	45,17% (0,090)	14 (31)	45,08% (0,090)	14 (31)
Az egyik vér szerinti szülő és az új társa	8,16% (0,026)	9 (116)	68,07% (0,160)	6 (9)	0,00% (0,000)	0 (9)
Nagyszülő vagy más rokon, gyám	14,81% (0,053)	7 (46)	22,65% (0,173)	2 (7)	45,31% (0,206)	3 (7)
Hivatásos nevelőszülő(k)	13,54% (0,079)	3 (20)	30,29% (0,353)	1 (3)	72,78% (0,342)	2 (3)
Állami gondozásban élt	14,28% (0,070)	4 (26)	9,38% (0,178)	0 (4)	56,52% (0,303)	2 (4)
Több választ adott	7,44% (0,021)	11 (154)	11,07% (0,097)	1 (11)	0,00% (0,000)	0 (11)
Sig (p érték)	0,000		0,205		0,001	

6. táblázat: Az öngyilkossági gondolatok, illetve az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök kapcsolata különböző szociodemográfiai háttértényezőkkel a 2021-es Hungarostudy kutatásban. A táblázatban csak azokat a háttértényezőket tüntettük fel, amelyekkel volt szignifikáns kapcsolat (egyszempontú ANOVA-próba alapján)

A *6. táblázat*ban mutatjuk be azokat az eredményeket, amelyeket a másik két öngyilkossággal kapcsolatos kérdésre kaptunk. Ezeket a kérdéseket a nemi eloszláson kívül az iskolai végzettség, a gazdasági aktivitás, a lakóhely településtípusa, a gyermekszám, az etnikai hovatartozás, a párkapcsolati státusz, valamint a tizennégy éves kora előtti neveltetés tekintetében vizsgáltuk.

4. Megfontolná-e az öngyilkosságot, ha súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedne?

Erre a kérdésre a teljes minta 8 százaléka, 521 fő válaszolt igennel; nemi és iskolai végzettség szerinti eltérés nem mutatkozott; köztük is a rokkantnyugdíjasok (21%) és a munkanélküliek (24%) voltak a legnagyobb arányban. A Budapesten élők fontolnák meg a legnagyobb arányban (10%) az öngyilkosságot, őket követik a városban élők (8%), és legkevésbé

a községben élők (7%) gondolnának öngyilkosságra súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség esetén. A gyermekszámot tekintve itt is megfigyelhető az az eredmény, hogy a három vagy annál több gyereket nevelők közül többen vannak, akik fontolóra vennék az öngyilkosságot súlyos vagy gyógyíthatatlan betegség esetén (10%). Őket követik a gyermektelenek, majd az egy vagy két gyermeket nevelők. Az etnikumot tekintve a magukat románok vallók sokkal nagyobb arányban (közel kétszer többen) fontolnák meg az öngyilkosságot, mint a nem romák (13, illetve 7%).

5. Egyetért-e azzal, hogy ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?

	Megfontolná-e az öngyilkosságot, ha súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedne?		Egyetért-e azzal, hogy ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?	
Fő	6497		6540	
Összesen	8,01% (521 fő)		15,35% (1004 fő)	
	Előfordulás % (SE)	Igennel válaszolók száma (csoportméret)	Előfordulás % (SE)	Igennel válaszolók száma (csoportméret)
Nem				
Férfi	7,82% (0,005)	236 (3022)	15,15% (0,006)	464 (3061)
Nő	8,18% (0,005)	284 (3476)	15,53% (0,006)	540 (3479)
Sig (p érték)	0,602		0,673	
Végzettség				
Alapfok	7,84% (0,005)	233 (2979)	18,57% (0,007)	554 (2981)
Középfok	7,83% (0,006)	169 (2156)	13,17% (0,007)	287 (2182)
Felsőfok	8,67% (0,008)	118 (1362)	11,84% (0,009)	163 (1377)
Sig (p érték)	0,600		0,000	
Aktivitás				
Dolgozik	7,61% (0,004)	319 (4188)	13,05% (0,005)	551 (4222)
Munkanélküli	24,48% (0,037)	33 (136)	27,23% (0,037)	39 (144)
Rokkantnyugdíjas	21,59% (0,035)	30 (140)	27,08% (0,037)	39 (145)
Öregségi nyugdíjas	6,59% (0,006)	98 (1482)	19,97% (0,010)	292 (1463)
Tanuló	5,44% (0,014)	15 (279)	11,15% (0,019)	32 (289)
Háztartásbeli vagy csed, gyed, gyet	7,00% (0,017)	15 (218)	16,13% (0,025)	35 (219)
Sig (p érték)	0,000		0,000	

	Megfontolná-e az öngyilkosságot, ha súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedne?		Egyetért-e azzal, hogy ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?	
Fő	**6497**		**6540**	
Összesen	**8,01% (521 fő)**		**15,35% (1004 fő)**	
A lakóhely településtípusa				
Budapest	9,94% (0,009)	117 (1181)	17,08% (0,011)	205 (1200)
Megyeszékhely, megyei jogú város	7,30% (0,007)	96 (1322)	9,54% (0,008)	127 (1333)
Város	8,17% (0,006)	173 (2117)	13,88% (0,008)	292 (2101)
Község, nagyközség	7,12% (0,006)	134 (1877)	19,96% (0,009)	380 (1906)
Sig (p érték)	0,030		0,000	
Gyermekszám				
Nincs gyereke	8,84% (0,006)	187 (2120)	14,13% (0,007)	305 (2158)
Egy gyereke van	6,37% (0,007)	81 (1275)	14,84% (0,010)	187 (1258)
Két gyereke van	7,29% (0,006)	158 (2174)	16,06% (0,008)	352 (2191)
Három vagy több gyereke van	10,26% (0,010)	92 (896)	17,46% (0,013)	158 (904)
Sig (p érték)	0,003		0,083	
Cigány/roma etnikum				
Nem	7,71% (0,003)	476 (6175)	14,80% (0,005)	920 (6213)
Igen	13,72% (0,019)	44 (322)	25,88% (0,024)	85 (327)
Sig (p érték)	0,000		0,000	
Házastárssal/élettárssal él				
Nem él együtt	8,84% (0,006)	202 (2290)	18,86% (0,008)	434 (2300)
Együtt él	7,67% (0,004)	292 (3812)	13,42% (0,006)	515 (3840)
Sig (p érték)	0,105		0,000	
Ki nevelte tizennégy éves koráig?				
Házasságban élő vér szerinti szülei	6,94% (0,003)	393 (5666)	15,08% (0,005)	860 (5703)
Együtt élő (nem házas) vér szerinti szülei	13,75% (0,030)	18 (130)	18,18% (0,034)	23 (129)
Az egyik vér szerinti szülő egyedül	16,74% (0,021)	52 (309)	20,00% (0,023)	63 (316)
Az egyik vér szerinti szülő és az új társa	14,16% (0,034)	15 (106)	12,47% (0,032)	13 (107)
Nagyszülő vagy más rokon, gyám	25,63% (0,067)	11 (44)	19,17% (0,062)	8 (41)
Hivatásos nevelőszülő(k)	19,54% (0,094)	4 (19)	7,88% (0,066)	1 (18)
Állami gondozásban élt	15,54% (0,074)	4 (25)	11,27% (0,065)	3 (25)
Több választ adott	10,04% (0,025)	14 (143)	13,73% (0,029)	20 (145)
Sig (p érték)	0,000		0,174	

7. táblázat: Az öngyilkossági gondolatok, illetve az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök kapcsolata különböző szociodemográfiai háttértényezőkkel a 2021-es Hungarostudy kutatásban. A táblázatban csak azokat a háttértényezőket tüntettük fel, amelyekkel volt szignifikáns kapcsolat (egyszempontú ANOVA-próba alapján).

Az öngyilkosságra vonatkozó utolsó kérdésre összesen 1004 fő válaszolt igennel, a megkérdezettek 15,3 százaléka. A legnagyobb arányban az alacsony végzettségűek (18%) értettek egyet ezzel az állítással, szignifkánsan többen, mint a középfokú (13%) vagy felsőfokú (12%) végzettséggel rendelkezők. A gazdasági aktivitást tekintve ennél a kérdésnél is a munkanélküliek és a rokkantnyugdíjasok válaszolták azt a legnagyobb arányban, hogy egyetértenek (27-27%). Az előző kérdéstől eltérően itt a kisebb községekben élők válaszoltak igennel a leggyakrabban (20%), őket követték a fővárosban élők (17%), és legkevesebben a megyeszékhelyeken élők gondolkodnak így (10%). A roma etnikumúak közül szignifikánsan többen válaszoltak igennel (26%), mint a magukat nem románnak vallók (15%). Szintén egyetért ezzel az állítással az egyedülállók közel 20 százaléka, míg a párkapcsolatban élők szignifikánsan kevesebben.

A depresszióponszámok alakulása a COVID–19-járvány évében aszerint, kivel él egy háztartásban

Kivel él együtt?	Huszonkilenc éves korig							
	Férfi				Nő			
	Nem BDI-átlag (n)	Igen BDI-átlag (n)	Mind BDI-átlag (n)	Sig	Nem BDI-átlag (n)	Igen BDI-átlag (n)	Mind BDI-átlag (n)	Sig
Házastárssal, élettársal	4,60 (457)	6,92 (120)	5,08 (577)	0,027	5,98 (288)	6,96 (254)	6,44 (542)	0,340
Valamelyik szülőjével	9,02 (161)	3,50 (422)	5,03 (583)	0,000	7,03 (263)	5,71 (284)	6,35 (546)	0,190
Gyerekével, élettársa/ házastársa gyermekével	4,64 (534)	10,78 (42)	5,08 (576)	0,000	6,95 (429)	4,52 (112)	6,45 (542)	0,053
Testvérével, élettárs/ házastárs testvérével	6,43 (360)	2,76 (222)	5,03 (582)	0,000	7,06 (393)	4,76 (154)	6,41 (547)	0,041
Senkivel (egyedül)	4,27 (516)	12,25 (59)	5,08 (574)	0,000	6,46 (509)	5,37 (30)	6,40 (539)	0,623

8. táblázat: A depresszió pontszámainak alakulása az egy háztartásban élők szerint korcsoportos és nemi bontásban, huszonkilenc éves korig

A világjárvány miatt elrendelt korlátozó intézkedések sorában bevezetett karanténhelyzetben az emberek hosszú hónapokat töltöttek közös

háztartásban a családjukkal gyakran anélkül, hogy kimozdultak volna. Megvizsgáltuk, hogyan alakultak a depresszió átlagpontszámai annak fényében, hogy kivel élt együtt ebben az évben a válaszadó. Külön vizsgáltuk a harminc év alatti fiatalokat és a harminc év feletti korcsoportot. A részletes eredmények a *8.* és a *9. táblázat*ban láthatók.

Huszonkilenc éves korig a férfiak körében magasabb depressziópontszámot mutattak azok, akik házastárssal, illetve a gyermekükkel éltek, mint azok, akik nem. A gyermekkel élő harminc év alatti férfiak depresszió-átlagpontszáma több mint kétszerese volt a gyermektelenekének.[5] Ezzel szemben szignifikánsan alacsonyabb mértékű depresszió volt mérhető a szüleikkel és testvéreikkel élők körében. Érdekesség viszont, hogy az egyedül élő fiatal férfiak[6] depressziópontszámai magasabbak voltak a nem egyedül élőkhöz képest. Nőknél ilyen összefüggéseket nem lehetett kimutatni.

Kivel él együtt?	Harmincéves kortól							
	Férfi				Nő			
	Nem BDI-átlag (n)	Igen BDI-átlag (n)	Mind BDI-átlag (n)	Sig	Nem BDI-átlag (n)	Igen BDI-átlag (n)	Mind BDI-átlag (n)	Sig
Házastárssal, élettárssal	9,49 (634)	6,45 (1844)	7,23 (2478)	0,000	9,69 (1078)	7,69 (1840)	8,43 (2919)	0,000
Valamelyik szülőjével	7,50 (2187)	5,06 (271)	7,23 (2458)	0,001	8,40 (2691)	8,62 (226)	8,41 (2916)	0,795
Gyerekével, élettársa/ házastársa gyermekével	7,69 (1575)	6,43 (896)	7,23 (2471)	0,010	9,35 (1718)	7,11 (1206)	8,42 (2923)	0,000
Testvérével, élettárs/ házastársa testvérével	7,32 (2383)	4,92 (75)	7,25 (2458)	0,080	8,34 (2840)	11,80 (74)	8,43 (2915)	0,018
Senkivel (egyedül)	6,35 (2005)	11,16 (442)	7,22 (2446)	0,000	8,16 (2230)	9,42 (661)	8,45 (2892)	0,022

9. táblázat: A depresszió pontszámainak alakulása az egy háztartásban élők szerint korcsoportos és nemi bontásban, harmincéves kortól

5 Ez azonban mindössze negyvenkét válaszadót jelent, azaz a minta 1,3 százalékát, ezért további vizsgálatokra lenne szükség a következtetések levonásához.

6 Egyedül élőnek azt tekintettük, aki a „Kivel él együtt?” kérdésnél senkit nem jelölt meg.

Ha a harmincéves vagy idősebb férfilakosságot vizsgáljuk, ellentétes tendenciák mutatkoznak a harminc év alattiakhoz képest: mind a házastárssal, mind a gyermekkel élők depressziópontszámai alacsonyabbak voltak a pandémia évében, mint azoknak, akik nem éltek gyermekkel vagy párkapcsolatban. A szüleikkel élő harmincéveseknek vagy idősebbeknek szignifikánsan rosszabb mutatóik voltak, mint a harminc évnél fiatalabbaknak. Az egyedül élő férfiak pedig kétszer magasabb depressziópontszámokat mutattak, mint azok, akik valakivel együtt éltek.

Ez az összefüggés igaz volt a nőkre is: az egyedül élő nők depressziópontszámai szignifikánsan magasabbak voltak, mint a nem egyedül élőké. Szintén kedvezőbb mutatói voltak a gyermekkel és párral élőknek, mint azoknak, akik nem így éltek.

Megbeszélés

A COVID–19-világjárvány új kihívások elé állította a lakosságot. A megfertőződéstől való félelem, a bevezetett korlátozó intézkedések és maga a betegség is nagy terhet rótt az egyénekre és a családokra. Jelen tanulmányban azt vizsgáltuk, hogy milyen változások mutatkoztak a korábbi években készült felmérésekhez képest a depresszió pontszámaiban és az öngyilkossági gondolatok tekintetében. A férfi- és női lakosságot külön vizsgáltuk különböző szociodemográfiai mutatók fényében.

Összességében elmondható, hogy miközben az elmúlt húsz év során a depressziós tüneteket nem mutató egyének aránya nőtt a lakosságban (2002-ben 71,6 százalék, 2021-ben 75 százalék nem érintett depressziós tünetekkel), valamint csökkent az enyhe (15 százalékról 9,2 százalékra) és a közepes (5,8 százalékról 4,8 százalékra) tünetekkel rendelkezők aránya. Közben a súlyos depresszióval érintettek aránya növekedett. Míg 2002-ben a lakosság mindössze 7,6 százalékánál jelent meg súlyos mértékű depresszió, addig 2013-ban 9,9 százalékánál, 2021-ben pedig ez az érték már 11 százalékra nőtt. Ez alapján arra következtetünk, hogy az egyébként is súlyos depresszióval küzdők körében a világjárvány növelte a tünetek súlyosságát, amelyet valószínűleg nem tudott ellensúlyozni megfelelő kezelés, mivel a pszichátriai ellátás a Covid-járvány miatt az egész világon nehezebben elérhetővé vált.

A klinikai mértékű depresszió aránya a nők körében igen magas, 17,4 százalék, tehát megközelítőleg minden ötödik nő kezelésre szoruló depressziót mutatott a pandémia évében. Ez az érték 13 százalék volt a férfiaknál. Az eltérés megfelel a korábbi években is tapasztalt női többletnek a depresszióponszámok terén. A korábbi kutatásokkal egybecsengően az alacsony iskolai végzettségűek, a munkanélküliek és a rokkantsági nyugdíjasok körében volt a legmagasabb a klinikai mértékű depresszió aránya a mintában. A lakóhely településtípusát tekintve viszont a Budapesten élők között volt a legmagasabb a depresszió aránya, ami megerősíti azt a hipotézist, mely szerint a nagy átfertőzöttségű területen élők körében rosszabb mentális mutatókat eredményezett a világjárvány. Az az összefüggés is elképzelhető, hogy a nagyvárosi életmódot sokkal drasztikusabban érintették a lezárások – nem véletlen, hogy a járvány alatt sokan azok közül, akik megtehették, vidékre költöztek. A házasságban élők körében jellemzően alacsonyabb arányban fordult elő klinikai mértékű depresszió, ami megerősíti a párkapcsolat mint protektív tényező hipotézisét. Ugyanez volt jellemző az öngyilkossági gondolatok meglétére is: a házasságban élők körében kevésbé jelentek meg ezek a gondolatok. A gyermekszám tekintetében érdekes eredményeket mutatott az öngyilkossági gondolatok előfordulása: a három vagy több gyermeket nevelők szignifikánsan gyakrabban számoltak be öngyilkossági gondolatokról, mint azok, akik háromnál kevesebb gyereket nevelnek, vagy akiknek egyáltalán nincs gyermekük.

Kutatásunkban megvizsgáltuk, hogy milyen összefüggés mutatkozik a depresszióponszámok és aközött, hogy tizennégy éves kora előtt ki nevelte a válaszadót. A nevelőszülőknél, illetve állami gondozásban felnövekvők között több mint 40 százalékos volt a klinikai mértékű depressziós tünetek megjelenése, míg ez az érték 14 százalék volt azok körében, akiket a vér szerinti szüleik neveltek. A vizsgált öngyilkossági gondolatok és kísérletek szempontjából is a nevelőszülőknél, illetve állami gondozásban felnövekvők csoportjában mutatkozott a legmagasabb arány, ami felhívja a figyelmet arra, hogy a kora gyermekkori veszteségek milyen meghatározó rizikófaktorok a depresszió és az öngyilkosság hátterében.

A depressziós tüneteket megvizsgáltuk a harminc év alatti és feletti korosztályokban. Érdekes és elgondolkodtató eredmény, hogy azok a harminc év alatti férfiak, akik a pandémia évében házastárssal és/vagy

a gyermekükkel éltek, magasabb depresszióponts zámot értek el, mint azok, akik a szüleikkel és/vagy a testvéreikkel éltek. Ez az összefüggés a harminc év feletti korosztályban fordított volt, vagyis jobb mutatóik lettek a házasságban élő, gyermeket nevelő válaszadóknak. E meglepő eredmény mögött az állhat, hogy a fiatal házasok között valószínűleg még kisebb arányban vannak a meggondoltan házasságot vagy gyereket vállalók. Ezt támasztja alá, hogy ebben a korosztályban a legmagasabb az ezer főre jutó válások aránya mind a nők, mind a férfiak körében (KSH 2017). Az eredmény másik magyarázata az lehet, hogy a világjárvány miatt bevezetett korlátozó intézkedések következtében a gazdasági bizonytalanság negatívabb hatást gyakorolt a fiatalabb korosztályra, amelynek tagjai még kevésbé biztos anyagi háttérrel rendelkeznek családjuk fenntartásához, mint a náluk idősebbek. Ezeknek a hatásoknak a vizsgálata azonban további kutatást igényel.

Mindezek miatt – különösen nehéz időkben – nagyon fontos a fiatal családok mentálhigiénés támogatása és a pszichológiai segítségnyújtás nagyobb elérhetősége számukra, mert fenntartható népesedéspolitika csak mentálisan egyensúlyban lévő, a mindenkori kihívásokkal megbirkózni képes szülőkre és gyerekekre építhető.

Összefoglalás

A fejezetben részletezett kutatás a magyar lakosság körében megjelenő depressziós tünetek és öngyilkossági gondolatok előfordulását vizsgálja a COVID–19-járvány első évében.

Az elmúlt húsz esztendőben a súlyos depressziós tüneteket mutatók aránya 7,6 százalékról 11 százalékra nőtt a teljes lakosságban, miközben az enyhe és közepes tünetek előfordulása csökkent, a jelentéktelen tüneteket mutatók aránya pedig nőtt. A klinikai mértékű depresszió aránya a nők körében igen magas, 17,4 százalék volt a pandémia egy éve után, tehát megközelítőleg minden ötödik nő kezelésre szoruló depressziót mutatott. Öngyilkossági gondolatok a lakosság közel 4 százalékánál jelentek meg. Mind a depresszió, mind az öngyilkossági gondolatok szempontjából magasabb arányokat találtunk az egyedül élők, a munkanélküliek és a rokkantnyugdíjasok körében, valamint azok között, akik három vagy több gyermeket neveltek. Ezt azonban árnyalja, hogy 2013 óta az egynél

több gyermeket nevelők körében csökkent a depresszióponszám, míg a gyermektelenek közt növekedett. A magasabb depresszióponszámot mutatók csoportjába sorolhatók még azok is, akiket nevelőszülők neveltek, vagy állami gondozásban nőttek fel. A COVID–19-járvány egy éve után alacsonyabb mértékű depressziót mutattak azok, akik párkapcsolatban élnek és gyermeket nevelnek. Kivételt jelent ez alól a harminc év alatti gyermekes férfiak csoportja, ebben ugyanis a házastárssal és gyermekkel élők körében nagyobb mértékű depresszió mutatkozott. Eredményeink felhívják a figyelmet, hogy a pszichitriai problémával eleve rendelkezőknél a pandémia további állapotromlást okozhatott, illetve a gazdasági és anyagi nehézségek, korlátozó intézkedések bizonyos társadalmi csoportok mentális egészségére még negatívabban hathattak, mint mások esetében. A jövőben fontos volna e csoportok pontos azonosítása és megsegítése a mentális egészségük fejlesztése érdekében, mert feltehetően minden nagyobb közösségi stressz hasonló hatást váltana ki náluk. Lényeges továbbá – különösen nehéz időkben – a családok pszichoszociális támogatása és a pszichológiai segítségnyújtás szélesebb körű elérhetőségének biztosítása, mert fenntartható népesedéspolitika csak mentálisan egyensúlyban lévő, a mindenkori kihívásokkal megbirkózni képes szülőkre és gyerekekre építhető.

Felhasznált irodalom

Galea, Sandro, Raina M. Merchant, Nicole Lurie (2020) The Mental Health Consequences of COVID–19 and Physical Distancing. The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Internal Medicine*. Vol. 180 (6): 817–818.

Goodwin, Robin, Wai Kai Hou, Shaojing Sun, Menachem Ben-Ezra (2020) Quarantine, distress and interpersonal relationships during COVID–19. *General Psychiatry*. Vol. 33 (6): e100385.

Központi Statisztikai Hivalat (2019). A válások demográfiai jellemzői. Statisztikai tükör, 2019. március 28. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/valas17.pdf (Letölrés: 2022.09.28.)

Lieberman, Jeffrey A., Mark Olfson (2020) Meeting the Mental Health Challenge of the COVID–19 Pandemic. *Psychiatric Times*. 2020. 04. 24. https://www.psychiatrictimes.com/view/meeting-mental-health-challenge-COVID–19-pandemic (Letöltés: 2022. augusztus 27.)

Löwe, Bernd, Oliver Decker, Stefanie Müller, Elmar Brähler, Dieter Schellberg, Wolfgang Herzog, Philipp Yorck Herzberg (2008) Validation an Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care*. Vol. 46 (3): 266–274.

Németh Attila, Döme Péter, Drótos Gergely, Rihmer Zoltán (2021) A 2000 és 2019 közötti időszakban Magyarországon elkövetett, befejezett öngyilkosságok statisztikai elemzése. *Orvosi Hetilap*, 162. évf. 32. sz. 1283–1296.

Nomura, Shuhei, Takayuki Kawashima, Nahoko Harada, Daisuke Yoneoka, Yuta Tanoue, Akifumi Eguchi, Stuart Gilmour, Yumi Kawamura, Masahiro Hashizume (2021). Trends in suicide in Japan by gender during the COVID–19 pandemic, through December 2020. *Psychiatry Research*. Vol. 295 (1): 113622.

Overall, Nickola C., Valerie T. Chang, Paula R. Pietromonaco, Rachel S. T. Low, Annette M. E. Henderson (2022) Partners' Attachment Insecurity and Stress Predict Poorer Relationship Functioning During COVID–19 Quarantines. *Social Psychological and Personality Science*. Vol. 13 (1): 285–298.

Pirkis, Jane, Ann John, Sangsoo Shin, Marcos DelPozo-Banos, Vikas Arya, Pablo Analuisa-Aguilar et al. (2021) Suicide trends in the early months of the COVID–19 pandemic. An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*. Vol. 8 (7): 579–588.

Rihmer Zoltán, Fekete Sándor (2012) Öngyilkosság és öngyilkossági kísérlet. Öngyilkossági rizikó és protektív faktorok. In: Kalmár Sándor, Németh Attila, Rihmer Zoltán (szerk): *Az öngyilkosság orvosi szemmel*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 91–112.

Sher, Leo (2020) The impact of the COVID–19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. Vol. 113 (10): 707–712.

Torales, Julio, Marcelo O'Higgins, João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio (2020) The outbreak of COVID–19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. Vol. 66 (4): 317–320.

Winkler, Petr, Tomáš Formánek, Karolina Mlada, Anna Kagstrom, Zuzana Mohrova, Pavel Mohr, Ladislav Csemy (2020) Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID–19. Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 29: e173

Ádám Szilvia, Major János

A krónikus fájdalom hazai prevalenciája, rizikófaktorainak és következményeinek vizsgálata

Bevezetés

Az akut (heveny) fájdalom a szervezet védelmét szolgálja: valamilyen szövetkárosodásra hívja fel a figyelmet, és a túlélésben, illetve a betegségekből való gyógyulásban van jelentős szerepe. A Nemzetközi Fájdalomtársaság 2020-ban publikált új definíciója is ezt tükrözi: „Olyan kellemetlen érzékelési és érzelmi élmény, amely valós vagy potenciális szöveti károsodással függ össze, vagy ilyen sérüléssel összefüggő élményre emlékeztet" (Raja és mtsai 2020: 1–7).

A krónikus (idült) fájdalom a várható gyógyulási időn túl is fennálló fájdalom, amely definíciója szerint három hónapja tartó fájdalmat jelent (Bogduk és Merskey 2012). A krónikus fájdalom azonban nemcsak időbeliségében, hanem lényegében is különbözik az akut fájdalomtól. Míg az akut fájdalom a szervezet egységének fenntartásáért felelős vészjelző rendszer, addig a krónikus fájdalomban a szervezetet veszélyeztető inger már gyakran hiányzik, a fájdalom elveszti a szervezet védelmében betöltött evolúciós funkcióját, és önálló kórképpé válik.

A szakirodalomban leginkább elfogadott bio-pszicho-szociális fájdalommodell szerint a krónikus fájdalom multifaktoriális, kialakulásáért és fenntartásáért, testi, pszichés és szociális tényezők egyaránt felelősek. A krónikus fájdalmat legtöbbször több tényező (testi és pszichoszociális) egymásra hatása okozza.

A gyakran akut fájdalomként induló állapot pszichoszociális stresszorok jelenlétében az idegrendszer működésének megváltozásához vezet (perifériás és központi érzékenység kialakulása, új idegi kapcsolatok és az agyi fájdalomérző rendszer elváltozásai jelentkeznek), amely a fájdalom fennmaradásának kulcsa. A megváltozott érzékenységű idegrendszer már nem károsító biológiai ingerekre (a fájdalom helyétől függően például normál ízületi mozgások, emésztési folyamat, bőrérintés) is fájdalomélménnyel

reagál. A biológiai ingerekhez hasonlóan az agyi fájdalomérző apparátus felépítéséből fakadóan gondolati, emocionális vagy szociális történések is aktivitásba hozhatják a fájdalomérző rendszert ezeknél a személyeknél. Mindezzel magyarázható, hogy a pszichoszociális stresszorok közül a depresszió, a szorongásos zavarok, az alvási nehézségek és a szociális problémák egyaránt kiváltói és fenntartói lehetnek a krónikus fájdalomnak (Cohen, Vase és Hooten 2021).

Populációs vizsgálatok alapján a krónikus fájdalom prevalenciája 11 és 40 százalék között változik (Dahlhamer és mtsai 2018). A kórkép azonban nem mindenkit érint egyformán: az esetek egy részében a fájdalom nem okoz életvitelbeli korlátozottságot, az érintett a fájdalom ellenére megtartja munkaképességét, szociális szerepeiben aktív. Más esetekben a krónikus fájdalom az egészségfüggő életminőség romlásával jár, és a mindennapi tevékenységek végzésében (a háztartás ellátása, munkába járás, szociális kapcsolatok) akadályozza az egyént (Fayaz és mtsai 2016). Egy 2001-ben publikált magyarországi tanulmány szerint az életvitelbeli korlátozottsággal járó fájdalom gyakorisága 32,7 százalék volt (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001).

A szociodemográfiai mutatók közül a női nem, az életkor, az alacsonyabb szocioökonómiai státusz és iskolai végzettség, a munkanélküliség, a kisebbséghez tartozás, valamint a vidéki lakhely gyakran jár együtt krónikus fájdalommal; a vallásosság és spiritualitás tekintetében a nemzetközi irodalom ellentmondásos adatokat szolgáltat (Najem és mtsai 2021).

A klinikai mutatók közül az elhízás, a fizikai aktivitás hiánya, az alkoholizmus és a dohányzás szintén a krónikus fájdalom magasabb prevalenciájával társul. A különböző gyógyszerek (fájdalomcsillapító, pszichofarmakon stb.) túlhasználata krónikus fájdalomban kevéssé vizsgált terület, de egyes vizsgálatok szerint opioid abúzussal együtt a betegeknek mintegy 9 százalékát is érintheti (Dahlhamer és mtsai 2018; Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018).

A kockázati tényezők közül az alvászavarral való kapcsolat bidirekcionális, ez a krónikus fájdalommal élők mintegy felét érinti (Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018).

A kórkép jelentős terhet ró az egyénre és a társadalomra. Az orvoshoz fordulás leggyakoribb okai között szerepel az ízületi fájdalom, a derékfájdalom és a fejfájás (St. Sauver és mtsai 2013). A korlátozottságban eltöltött életévek *(years lived with disability, YLD)* számát tekintve az első két helyen a deréktáji fájdalom és a migrén áll (Voss és mtsai 2017).

A krónikus fájdalom költségei az egészségügyi rendszer használata, a munkából való kiesés és egyéb járulékos költségek miatt magasak: az USA-ban éves szinten 560 milliárd dollár költséggel jár a krónikus fájdalom a produktivitás csökkenése és az orvosi ellátás miatt (Institute of Medicine 2011).

Magyarországon a 2000-es évek elején vizsgálta keresztmetszeti kutatás a fájdalom okozta életvitelbeli korlátozottságot, a szociodemográfiai mutatók, valamint a depressziós tünetekkel való együtt járás prevalenciáját a felnőtt lakosság körében, a krónikus fájdalmat azonban nem vizsgálták (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). A gyakori fejfájás és mozgásszervi fájdalom összefüggéseit a fenti mutatókkal 15–24 éves nők körében elemezték egy 2004-ben publikált hazai kutatásban, de más fájdalomtípust nem vizsgáltak (Réthelyi és mtsai 2004). A gyermekkort tekintve középiskolai mintán végeztek felmérést, amely 31,1 százalékos prevalenciát igazolt ebben az életkorban (Godó és mtsai 2020).

A különböző testtájakat érintő krónikus fájdalommal kapcsolatban eddig nem jelent meg olyan publikáció, amely a magyarországi felnőttpopuláció szociodemográfiai, klinikai és mentálisegészség-mutatókkal való összefüggéseit vizsgálta volna. Jelen kutatás célja a krónikus fájdalom prevalenciájának, rizikófaktorainak és következményeinek vizsgálata a magyar lakosság körében.

Hipotéziseink a következők:

- A krónikus fájdalom prevalenciája a magyar felnőtt lakosság körében a nemzetközi adatokhoz hasonlóan magas (körülbelül 20 százalék).
- A krónikus fájdalom prevalenciája statisztikailag szignifikánsan magasabb

  a) a nők körében;
  b) idősebb életkor esetén;
  c) az egyedül élők körében;

d) alacsonyabb iskolai végzettség esetén;
e) alacsonyabb lélekszámú településeken;
f) alacsonyabb egy főre jutó nettó havi jövedelem esetén;
g) kisebbségekhez tartozók körében;
h) vallásos közösségbe nem járók körében.

- Krónikus fájdalom esetén a leggyakoribb fájdalomtípus a mozgásszervi fájdalom. Az életviteli korlátozottsággal járó fájdalom gyakorisága 10 százalék körüli.
- Krónikus fájdalom esetén statisztikailag szignifikánsan gyakoribb

a) az elhízás;
b) a fizikai aktivitás hiánya;
c) a dohányzás;
d) az alkoholfogyasztás;
e) a pszichofarmakonok alkalmazása;
f) az alvási probléma.

Módszerek

A mérőeszköz leírása

Krónikus fájdalom

A krónikus fájdalom meglétével kapcsolatban a „Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?" kérdést tettük fel, valamint a „Ha igen, mióta?" kérdésre adott válasz alapján határoztuk meg. Krónikus fájdalomként – a nemzetközi konszenzus alapján – a három hónapnál régebbi fájdalmat definiáltuk.

Demográfiai és szocioökonómiai tényezők

A demográfiai háttértényezők közül az életkort, a nemet, a párkapcsolat jellegét (házas, élettársi viszonyban vagy egyedül él), az iskolai végzettséget (alapfok, középfok, felsőfok), a településtípust, valamint a háztartások anyagi helyzetét (nettó összjövedelem, a megélhetés nehézsége) elemeztük. A megkérdezettek jogi helyzete, fő tevékenysége alapján a munkanélkülieket vizsgáltuk. Emellett megnéztük, hogy ki milyen nemzetiségi, etnikai csoportba tartozónak vallja magát.

A fájdalomtípusok vizsgálata

A különböző fájdalomtípusok prevalenciáját listán felsorolt fájdalomtünetek előfordulásával vizsgáltuk (gyomorfájdalom, derék- és hátfájdalom, végtag- és ízületi fájdalom, fejfájás, mellkasi fájdalom). Az ehhez tartozó kérdés így hangzott: „Most felsorolok néhány tünetet. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az elmúlt hónap során előfordult-e Önnel." A fájdalom okozta életviteli korlátozottságot mértük a következő kérdéssel: „És ha igen, akkor az mennyire zavarta Önt? Válaszaihoz, kérem, használja az alábbi számokat: 1-es: nem fordult elő; 2-es előfordult, egyáltalán nem zavart; 3-as: előfordult, kissé zavart; 4-es: előfordult, nagyon zavart." Az életviteli korlátozottsággal járó krónikus fájdalom meglétét három hónapja tartó fájdalom esetén és a 4-es választ adó személyeknél feltételeztük.

Magatartási tényezők vizsgálata

Vizsgálatunk kiterjedt a rizikómagatartás-tényezőkre is (például dohányzás, alkoholfogyasztás, pszichofarmakonok szedése). A dohányzás vizsgálatánál két kérdésre válaszoltak a megkérdezettek. (1) „Melyik állítás illik Önre legjobban a dohányzással kapcsolatban?" A válaszokat a következők mentén csoportosítottuk: (a) dohányzik és/vagy elektronikus eszközt használ; (b) Már leszokott a dohányzásról és/vagy az elektronikus eszköz használatról; (c) Sohasem dohányzott, és elektronikus eszközt sem használt. (2) „Milyen gyakran dohányzik vagy használ elektronikus eszközt?" A válaszok a következők voltak: naponta; hetente néhányszor; hetente egyszer (hétvégén), ennél is ritkábban.

Az alkoholfogyasztás vizsgálata során a következő kérdésre kapott válaszokat elemeztük: „Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?" Válaszok: soha; havonta vagy kevesebbszer; havonta kétszer-négyszer; hetente kétszer-háromszor; hetente négyszer vagy többször.

A pszichofarmakonokra vonatkozó kérdés a következő volt: „Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, szorongáscsökkentő, teljesítményfokozó)?" A megkérdezettek a következő válaszok közül választhattak: naponta többször; naponta egyszer; hetente négy-hat napon; hetente két-három napon; havonta négyszer-ötször; havonta egyszer vagy ritkábban.

Testtömegindex, fizikai aktivitás

Vizsgálatunk kitért a testtömegindexre (BMI) és a fizikai aktivitásra is. A BMI-sávokat a következők alapján határoztuk meg: Alultáplált: alacsonyabb, mint 18,5 pont. Normális, ha 18,5 és 24,99 közé esik a válasz értéke. Túlsúlyos, ha a kapott érték 25 és 29,99 között van. Elhízott, ha az érték 30 feletti.

A fizikai aktivitás vizsgálatakor a következőt kérdeztük: „Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)?" A következő válaszok közül lehetett választani: soha; ritkábban, mint heti egyszer; hetente egyszer.

Alvászavar

Vizsgálatunk kiterjedt az alvászavarra is, mint a krónikus fájdalom lehetséges következményére. Ezzel kapcsolatban a következő kérdést tettük fel: „Az elmúlt hónapban minden héten legalább háromszor problémát okozott-e az elalvás?" A kérdésre adható válaszok a következők voltak: nem fordult elő; előfordult, egyáltalán nem zavart; előfordult, kissé zavart; előfordult, nagyon zavart.

Minta

A mintát a Hungarostudy 2021 országos adatfelvétele szolgáltatta. A hétezer fős mintából tizenhárom fő nem válaszolt a krónikus fájdalomra vonatkozó kérdésre, így a vizsgált minta 6987 főből áll. 5415 főnek (77,5%) semmilyen fájdalma nincs, 1572 fő (22,5%) valamilyen fájdalomtól szenved.

A fájdalomtól szenvedők közül nyolc fő nem válaszolt arra a kérdésre, hogy mióta tart a fájdalom, így az 1564 fő 92 százalékának (1440 fő) van krónikus, azaz három hónapnál régebb óta tartó fájdalma *(1. táblázat)*. Vizsgálatunkban a krónikus fájdalommal élőket összehasonlítottuk egy kontrollcsoporttal. A kontrollcsoport kialakításakor az 5415 főből (akiknek semmilyen fájdalmuk sem volt) nem és életkor alapján illesztett mintát[1] hoztunk létre, így a vizsgálatba 2730 fő került be.

1 A kontrollcsoportot random mintavételezéssel (véletlen számgenerátor segítségével), a nem és életkor paraméter mentén illesztettük.

Változó	Fő (n)	%
Kevesebb mint egy hónap	56	3,6
1–3 hónap	68	4,3
Több mint három hónap	73	4,6
Több mint fél év	185	11,8
Több mint egy év	1182	75,6

1. táblázat: A fájdalom fennállásának időtartama (n = 1564)

Statisztikai módszerek

Leíró statisztikai elemzést (átlag, gyakoriság) használtunk a változók és háttérváltozók számításához. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket jeleztük. A krónikus fájdalommal összefüggő változók és a demográfiai mutatók elemzésére korrelációs elemzéseket végeztünk. A kapott eredményeket SPSS 27.0 statisztikai programmal (IBM SPSS Statistics, IBM Corporation, Chicago, IL) elemeztük. A szignifikanciavizsgálatok esetében a 95 százalékos szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumaként.

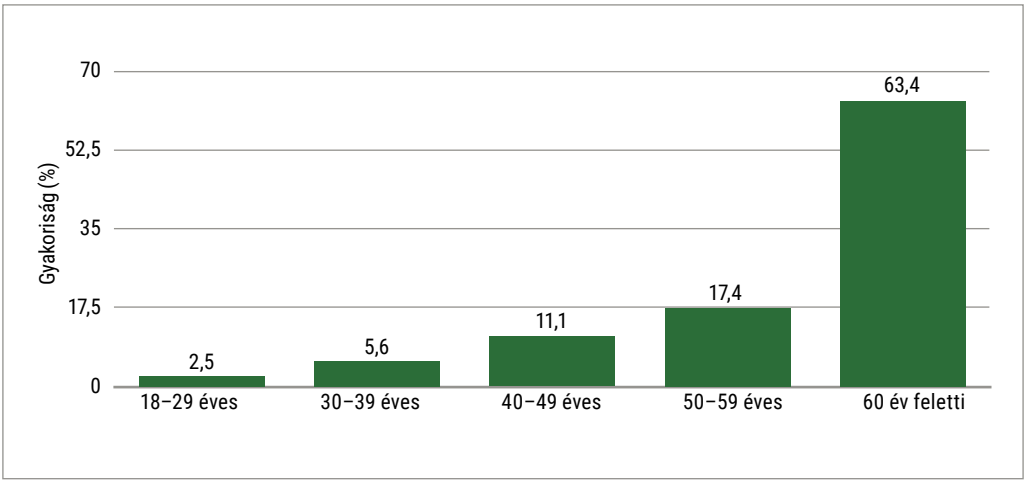
Eredmények

A krónikus fájdalommal élők demográfiai mutatóinak vizsgálata

A krónikus fájdalom prevalenciájának vizsgálatakor megállapítható, hogy a nők csaknem kétszer annyian szenvednek valamilyen krónikus fájdalomtól, mint a férfiak *(2. táblázat)*. Az életkor növekedésével növekszik a krónikus fájdalomban szenvedők aránya, de a 40–49 éves korosztály 11 százalékánál is jelen van ez a tünet *(1. ábra)*. A végzettség tekintetében az alapfokkal rendelkezők aránya van többségben, de akik egyedül élnek és városban laknak, azok körében is nagyobb arányban jellemző. A krónikus fájdalommal élők 1,8 százaléka alkalmi munkákból él, és 4,6 százalékuk rokkantnyugdíjas. Ha a kisebbségi csoportokat vizsgáljuk, akkor a legnagyobb arányban a roma lakosság 7,7 százalékát érinti a krónikus fájdalom megléte. Vizsgálatunk kitért a gazdasági mutatók elemzésére is. A krónikus fájdalommal élők legnagyobb százalékának (20,9%) 101–150 ezer forint a havi nettó összjövedelme, ugyanezen populáció 14,5, illetve 14,6 százaléka 251–300 ezer forintot, illetve 301–400 ezer forintot keres. *(2. táblázat)*.

Változó	Krónikus fájdalommal élők n (%)
Teljes minta	**1440**
Nem	
Férfi	521 (36,2)
Nő	918 (63,8)
Iskolai végzettség	
Alapfok	887 (61,6)
Középfok	348 (24,1)
Felsőfok	205 (14,3)
Településtípus	
Budapest	163 (11,3)
Megyeszékhely, megyei jogú város	306 (21,3)
Város	521 (36,2)
Község, nagyközség	450 (31,2)
Családi állapot	
Partnerrel él	600 (41,7)
Egyedül él	839 (58,3)
Gazdasági mutatók	
Átlag havi nettó összjövedelem tartománya (Ft)	201–250 ezer
0–30 ezer forint	0 (0)
31–50 ezer forint	6 (0,7)
51–100 ezer forint	85 (9,0)
101–150 ezer forint	196 (20,9)
151–200 ezer forint	124 (13,2)
201–250 ezer forint	106 (11,3)
251–300 ezer forint	137 (14,5)
301–400 ezer forint	138 (14,6)
401–500 ezer forint	88 (9,3)
501–600 ezer forint	35 (3,7)
601–700 ezer forint	14 (1,5)
701–800 ezer forint	6 (0,6)
801–900 ezer forint	5 (0,6)
901 ezer forint vagy több	1 (0,1)
Kevés a jövedelme a megélhetéshez	
Igen	194 (13,7)
Nem	1218 (86,3)

2. táblázat: A krónikus fájdalomban szenvedők demográfiai jellemzői



1. ábra: A krónikus fájdalommal élők életkori eloszlása (%)

A krónikus fájdalommal élők és a kontrollcsoport vizsgálatának különbségei

Vizsgálatunkban megnéztük, milyen demográfiai különbségek figyelhetők meg a krónikus fájdalommal élők és a krónikus fájdalomban nem szenvedők között. Szignifikáns kapcsolatot mutattunk ki a krónikus fájdalom és a nem, az életkor, az iskolai végzettség, valamint a családi állapot között. A településtípusok vizsgálatakor dichotóm változókat hoztunk létre. Az összehasonlításkor azt vizsgáltuk, hogy a Budapesten, illetve az összes többi településen élők között van-e kapcsolat a krónikus fájdalom tekintetében. Nem találtunk szignifikáns kapcsolatot a megyeszékhelyen, illetve az összes településtípusban élők közötti összehasonlításban. A budapestiek, a városban lakók, valamint a község, nagyközség és a többi településtípus összevetése esetében szignifikáns kapcsolatot találtunk. A krónikus fájdalom és a gazdasági mutatók vizsgálatánál szignifikáns kapcsolatot találtunk az átlag havi nettó összjövedelem (Mann–Whitney-féle U-teszt 559121,500; p = 0,000), a megélhetés és a krónikus fájdalom között *(3. táblázat).*

Változó	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalomtól nem szenvedők n (%)	Szignifikancia
Teljes minta	**1440**	**2730**	
Nem			χ^2 61,662; p < 0,001
Férfi	521 (36,2)	1321 (49,0)	
Nő	918 (63,8)	1378 (51,0)	
Életkor (átlag)	61,86	45,26	M–W U 3347719,00; p = 0,000
Iskolai végzettség			M–W U 2608937,500; p = 0,000
Alapfok	887 (61,6)	1117 (41,4)	
Középfok	348 (24,1)	956 (35,4)	
Felsőfok	205 (14,3)	626 (23,2)	
Településtípus			
Budapest	163 (11,3)	555 (20,5)	χ^2 55,886; p < 0,001
Megyeszékhely, megyei jogú város	306 (21,3)	536 (19,8)	NS
Város	521 (36,2)	850 (31,5)	χ^2 9,314; p = 0,002
Község, nagyközség	450 (31,2)	759 (28,1)	χ^2 4,445; p = 0,035
Családi állapot			χ^2 7,548; p = 0,006
Partnerrel él	600 (41,7)	1673 (62,3)	
Egyedül él	839 (58,3)	1014 (37,7)	
Gazdasági mutató			
Kevés a jövedelme amegélhetéshez			χ^2 86,637; p < 0,001
Igen	194 (13,7)	335 (8,2)	
Nem	1218 (86,3)	3732 (91,8)	

3. táblázat: A krónikus fájdalomban szenvedők és a kontrollcsoport korrelációs vizsgálata

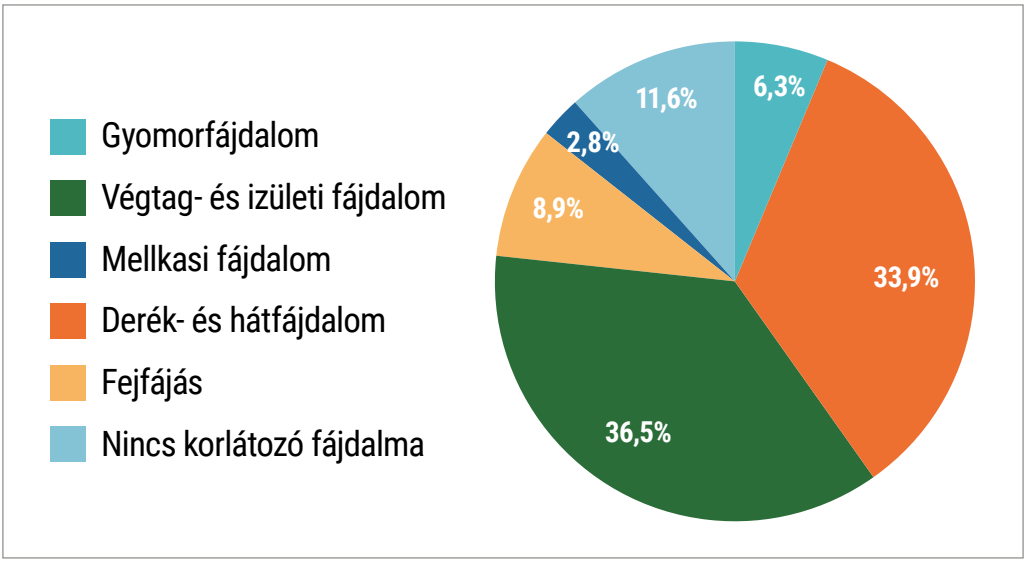
A krónikus fájdalommal élők legnagyobb arányban valamilyen módon gyakorolják a vallásukat. Többségükre jellemző, hogy inkább a maguk módján, mint egyházi keretek között *(4. táblázat).*

	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalomtól nem szenvedők n (%)	Szignifikancia
Nem hívő	382 (26,6)	1455 (35,3)	χ^2 72,974; $p < 0,001$
Nem gyakorolja a vallását	247 (17,2)	844 (20,5)	χ^2 14,316; $p < 0,001$
A maga módján gyakorolja	581 (40,5)	1358 (32,9)	χ^2 56,691; $p < 0,001$
Ritkán, az egyházban	95 (6,6)	214 (5,2)	χ^2 8,781; $p = 0,003$
Rendszeresen, az egyházban	130 (9,1)	249 (6,0)	χ^2 35,300; $p < 0,001$

4. táblázat: A mintában lévők vallásgyakorlása

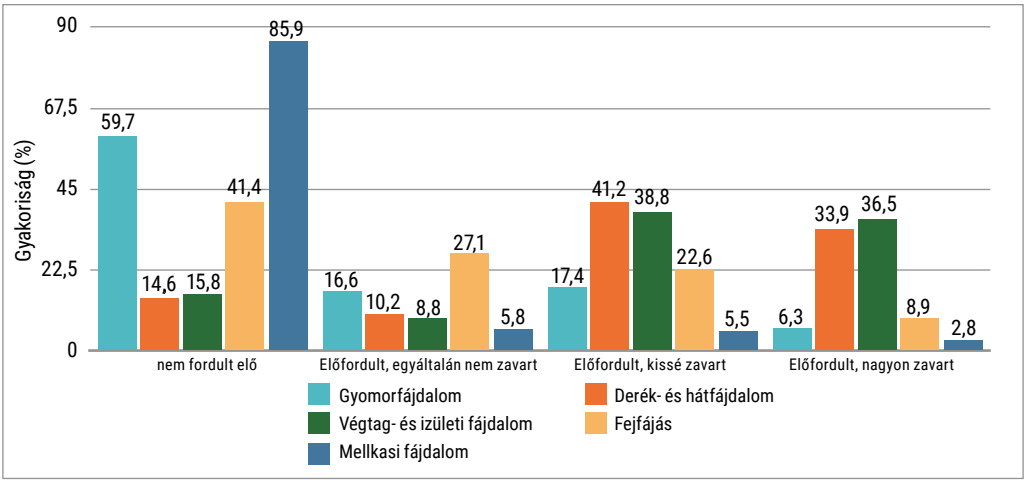
A krónikus fájdalommal élők tünetei

A leggyakoribb tünet a krónikus fájdalommal élők körében a végtag- és ízületi fájdalom volt (36,5%), amelyet gyakoriságban a derék- és hátfájdalom (33,9%), a fejfájás (8,9%) és a gyomorfájdalom (6,3%) követett *(2. ábra).*



2. ábra: A krónikus fájdalommal élők tüneteinek eloszlása (%)

A krónikus fájdalommal élők egy részénél nem, vagy enyhe-közepes mértékben jelentkezett életviteli korlátozottság, az 1440 főből 1276 fő (88,6%) arról számolt be, hogy a fájdalom nagyon zavarta, amely a teljes minta 18,3 százaléka (*3. ábra*).



3. ábra: A krónikus fájdalommal élők életviteli korlátozottságának megoszlása fájdalomtípusok szerint (%)

A krónikus fájdalommal élők 39,9 százaléka túlsúlyos, 30,3 százalék elhízott a testtömegindex (BMI) sávjai alapján, míg a krónikus fájdalomtól nem szenvedők legnagyobb százalékban normál súlyúak (48,0%). Fizikai aktivitást 70 százalékban nem végeznek a krónikus fájdalommal élők. Mindkét vizsgálati csoportban a többség nem dohányzik (51,5%, illetve 54,6%), és nem is iszik alkoholt (53,2%, illetve 42,4%). Ugyanakkor a dohányosok közül a krónikus fájdalommal élők többségére jellemző, hogy naponta dohányzik, szemben a kontrollcsoporttal. Alkoholfogyasztás tekintetében a hetente négyszer vagy többször alkoholt fogyasztók száma is magasabb ebben a csoportban. Pszichofarmakonok szedése a krónikus fájdalommal élőkre jellemző, 4 százalékuk naponta többször is fogyaszt, míg 11 százalékuk csak egyszer *(5. táblázat).*

Változók	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalommal nem élők n (%)	Szignifikancia
BMI			M–W U 2671767,00; p = 0,000
Alultáplált	22 (1,6)	49 (1,9)	
Normális súlyú	391 (28,4)	1219 (48,0)	
Túlsúlyos	546 (39,6)	988 (38,9)	
Elhízott	418 (30,3)	39 (1,5)	
Fizikai aktivitás*			
Soha	1003 (70,0)	95 (3,6)	
Ritkábban mint heti egyszer	121 (8,5)	832 (31,1)	
Hetente egyszer	90 (6,3)	1747 (65,3)	
Hetente többször	124 (8,7)	–	
Naponta egyszer	57 (4,0)	–	
Naponta többször	37 (2,6)	–	
Dohányzás			
Soha	740 (51,5)	1473 (54,6)	
Már leszokott	255 (17,7)	298 (11,0)	
Dohányzik	443 (30,8)	925 (34,3)	
Naponta	425 (96,2)	880 (71,9)	
Hetente néhányszor	11 (2,4)	33 (2,7)	
Hetente egyszer (hétvégén)	1 (0,3)	5 (0,4)	
Ennél is ritkábban	5 (1,1)	305 (25,0)	
Alkoholfogyasztás			
Soha	764 (53,2)	1142 (42,4)	
Havonta vagy kevesebbszer	311 (21,6)	806 (29,9)	
Havonta kétszer-négyszer	122 (8,5)	394 (14,6)	
Hetente kétszer-háromszor	151 (10,5)	245 (9,1)	
Hetente négyszer vagy többször	87 (6,1)	106 (3,9)	
Pszichofarmakon szedése			
Naponta többször	57 (4,0)	16 (0,6)	
Naponta egyszer	162 (11,3)	48 (1,8)	
Hetente négy-hat napon	19 (1,3)	15 (0,5)	
Hetente két-három napon	49 (3,4)	41 (1,5)	
Havonta négyszer-ötször	47 (3,2)	26 (0,9)	
Havonta egyszer vagy ritkábban	86 (6,0)	106 (3,9)	
Soha	1016 (70,8)	2440 ,6)	

**Korrelációs vizsgálatot nem végeztünk, mert a válaszok alapján torzított eredményt kapnánk.*

5. táblázat: A krónikus fájdalom következményei

Alvással kapcsolatos problémák középsúlyos-súlyos mértékben a krónikus fájdalommal élők csoportjának közel harmadában fordultak elő *(6. táblázat).*

	Krónikus fájdalommal élők n (%)	Krónikus fájdalommal nem élők n (%)	Szignifikancia
Nem fordult elő	836 (58,1)	2289 (84,9)	χ^2 342,582; $p < 0,001$
Előfordult, egyáltalán nem zavart	192 (13,3)	259 (9,6)	χ^2 156,963; $p < 0,001$
Előfordult, kissé zavart	278 (19,3)	116 (4,3)	χ^2 97,913; $p < 0,001$
Előfordult, nagyon zavart	134 (9,3)	32 (1,2)	χ^2 41,230; $p < 0,001$

6. táblázat: Alvással kapcsolatos problémák előfordulása a mintában (%)

Megbeszélés

A krónikus fájdalom prevalenciája Magyarországon a világ más országaihoz hasonlóan magas, minden ötödik felnőtt lakost érinti, ami megfelel eredeti hipotézisünknek.

Jelen vizsgálat eredményei alacsonyabb prevalenciát mutatnak a korábbi magyarországi adatokhoz képest: az 1995-ös Hungarostudy adatait felhasználó vizsgálatban a prevalencia 32,7 százalék volt. Az akkori kutatás nem a krónikus fájdalmat önmagában, hanem az életviteli korlátozottsággal járó fájdalom gyakoriságát vizsgálta (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). A gyakori fejfájást és mozgásszervi fájdalmat vizsgáló, szintén kilencvenes évekbeli kutatás 15–24 éves nők körében 43,8, illetve 25,8 százalékos prevalenciát írt le (Réthelyi és mtsai 2004). Mindegyik korábbi vizsgálat más metodikával, fájdalomdefinícióval és korcsoportban zajlott, így adataik összevetése a jelenlegiekkel csak korlátozottan lehetséges.

Jelen vizsgálatunk eredményei a nemzetközi adatoknak is megfelelnek: egy amerikai kutatás szerint a krónikus fájdalom prevalenciája 20,4 százalék, egy brit szisztematikus áttekintő közlemény pedig több vizsgálat összehasonlító elemzése alapján 43,5 százaléknak mérte a prevalenciát az Egyesült Királyságban (Dahlhamer és mtsai 2018; Fayaz és mtsai 2016).

A szociodemográfiai mutatók közül a nem tekintetében feltételeztük, hogy a nők körében statisztikailag szignifikánsan magasabb a krónikus fájdalom

prevalenciája. Az elemzés alapján a férfiakhoz képest közel a duplája volt a gyakoriság a nők körében, ami megfelel a korábbi hasonló magyarországi vizsgálatnak és a nemzetközi trendeknek (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001; Mills, Nicolson és Smith 2019). A nők predominanciájának hátterében egyes kutatók a fokozott centrális szenzitivitás mellett a fájdalommal való gyengébb megküzdési képességet feltételezik (Dengler-Crish, Bruehl és Walker 2011).

Hipotézisünk szerint az életkorral nő a krónikus fájdalom prevalenciája. Ez adataink alapján igaznak bizonyult: a legmagasabb gyakoriságot a hatvan év feletti korosztályban mértük. Réthelyi, Berghammer és Kopp (2001) vizsgálata is az életkorral emelkedő gyakoriságot írt le. A jelenség magyarázata a növekvő multimorbiditás, amely emeli a fájdalmas beavatkozások és állapotok gyakoriságát (Mills, Nicolson és Smith 2019).

A családi állapot terén a korábbi magyarországi kutatás alapján (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001) – amelyben özvegyek esetében magasabb prevalenciát írtak le – feltételeztük, hogy az egyedül élők körében magasabb a krónikus fájdalom prevalenciája, mivel ebbe a körbe az özvegyek is beletartoznak. Ezt a 2021-es vizsgálat megerősítette. Feltehetően az özvegységgel járó emocionális megterhelés tehető felelőssé az egyedülállók körében észlelt magasabb prevalenciáért (Wade és mtsai 2013).

A szocioökonómiai státusz, az iskolai végzettség és a szociális depriváció komplex relációban áll a krónikus fájdalommal. Ezt a feltételezésünket a statisztikai számítások is alátámasztották. Az 1995-ös Hungarostudy adatai szerint csak az iskolai végzettséget tekintve volt statisztikailag szignifikáns különbség a korlátozó fájdalom tekintetében a szakképzettség nélküli dolgozók körében. A deprivációban élők súlyosabb fájdalomról és nagyobb életviteli korlátozottságról számoltak be, mint a jobb szocioökonómiai státuszú személyek (Mills, Nicolson és Smith 2019). A munkanélküliség kis elemszáma miatt a statisztikai kapcsolatot nem vizsgáltuk.

A krónikus fájdalommal élők körében statisztikailag szignifikánsan gyakoribb a vallásosság, mint a kontrollcsoportban. A vallást leginkább a maguk módján gyakorolják, kevésbé jellemző az egyházi vallásgyakorlás. A krónikus fájdalom és a spiritualitás/vallásosság kapcsolatát epidemiológiai relációban korábban külföldi kutatások is vizsgálták, azonban a spiritualitás/vallásosság szerepe a fájdalom különböző aspektusait figyelembe véve ellentmondásos. Egy metaanalízis alapján a vallásosság gyakrabban jár együtt negatívabb

fájdalommal kapcsolatos hittel, kogníciókkal, érzelmekkel, ugyanakkor a fájdalom elfogadásában és a megküzdésben elsősorban muszkuloszkeletális fájdalom esetén protektív faktor is lehet (Najem és mtsai 2021).

A krónikus fájdalom típusai közül a végtag- és ízületi fájdalom bizonyult a leggyakoribbnak, csakúgy, mint a korábbi magyarországi mintában. A nemzetközi irodalom e tekintetben nem egységes, bár az első helyen jórészt a mozgásszervi fájdalom áll, amely a Lancet Global Burden of Disease listáján is évek óta vezető helyen szerepel. Ez szintén azt mutatja, hogy jelentős népegészségügyi problémáról van szó (Voss és mtsai 2017). A muszkuloszkeletális panaszok az öregedéssel kapcsolatban jelentkeznek, és jelentős életviteli korlátozottságot képesek okozni, illetve munkából való kieséssel, életminőség-romlással társulva magas egyéni és társadalmi költségekkel is járnak (Raja és mtsai 2020).

Az életviteli korlátozottság tekintetében a külföldi tanulmányok által közölt 10 százalék körüli prevalencia helyett jelen vizsgálatunk magasabb, 1,5-szer annyi személynél jelentkező problémát igazolt. A korábbi hazai adatok is magas, csaknem a népesség harmadát érintő jelenségről számoltak be (Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). E számok a nemzetközi tanulmányokhoz képest is jelentősek: egy brit metaanalízis 10,4 és 14,3 százalék közötti értéket jelez a középsúlyosan-súlyosan korlátozó fájdalommal kapcsolatban (Dahlhamer és mtsai 2018; Fayaz és mtsai 2016; Réthelyi, Berghammer és Kopp 2001). Az életviteli korlátozottsággal járó krónikus fájdalom prevalenciájánakmagas száma ennek alapján magyar sajátosságnak tűnik, amely a magyar népesség rossz egészségi állapotának lehet a következménye, azonban ennek igazolásához további kutatásokra és az életviteli korlátozottság részletesebb vizsgálatára lenne szükség, amely a fájdalom erősségével, gyakoriságával és az életviteli korlátozottság mértékével is részleteiben foglalkozik.

Eredeti feltételezésünk szerint az elhízottak aránya magasabb a vizsgálati csoportban: ezt a feltételezést a statisztikai elemzés és a nemzetközi irodalom is alátámasztja. Az elhízás a krónikus fájdalom független rizikófaktora. A nemzetközi irodalom alapján a csontokra és ízületekre ható nyomás, a fizikai aktivitás csökkenése és az általános testi edzettség romlása következében fejt ki negatív hatást (Mills, Nicolson és Smith 2019).

Eredeti hipotézisünknek megfelelően adataink szerint a krónikus fájdalom a dohányzás magasabb prevalenciájával társult, hasonlóan a nemzetközi

trendekhez. A külföldi szakirodalom szerint a krónikus fájdalommal élők körében gyakoribb a nikotinfüggőség, több cigarettát szívnak el naponta, és nehezebben szoknak le a dohányzásról (Mills, Nicolson és Smith 2019).

Az alkoholfogyasztás magasabb prevalenciáját a krónikus fájdalommal élők körében külföldi adatok is megerősítik. Az összefüggés hátterében feltehetően az alkohol fájdalomcsillapító hatása áll, így fogyasztása egyfajta öngyógyszerezésnek tekinthető, azonban hosszabb távon a fájdalomérzékelés megváltoztatásán keresztül hozzájárul a krónikus fájdalom fennmaradásához (Mills, Nicolson és Smith 2019).

A különböző gyógyszerek (fájdalomcsillapítók, pszichofarmakonok stb.) túlhasználata krónikus fájdalom miatt kevéssé vizsgált terület, de egyes kutatások szerint ópioid abúzussal együtt a betegek 9 százalékát is érintheti, amit jelen vizsgálatunk is alátámaszt (Vadivelu és mtsai 2018).

Eredeti hipotézisünk szerint az alvási probléma prevalenciája magasabb a krónikus fájdalommal élők körében, és súlyossági foktól függetlenül statisztikailag szignifikánsan magasabbnak is bizonyult a jelen vizsgálatban. Az alvászavarral való kapcsolat bidirekcionális: az angol nyelvű szakirodalom szerint a krónikus fájdalommal élők mintegy felét érinti e probléma (Mills, Nicolson és Smith 2019; Vadivelu és mtsai 2018). Saját kutatásunkban az alvási probléma valamilyen mértékben a krónikus fájdalommal élők csoportjának 41,9 százalékát érintette, ami nagyságrendileg megfelel a nemzetközi adatoknak.

Vizsgálatunk korlátja, hogy a fájdalommal kapcsolatos kérdések nem terjednek ki minden fájdalomtípusra, nem részeletezik a fájdalom karakterisztikáját, és nem térnek ki a fájdalom okozta életviteli korlátozottság mérésére. Kutatásunk másik gyenge pontja, hogy keresztmetszeti vizsgálat lévén ok-okozati viszonyt nem tudtunk kimutatni a krónikus fájdalom és a demográfiai mutatók, illetve az alvászavar között.

Azonban vizsgálatunknak számos erőssége is van. Eredményeink elsőként számolnak be reprezentatív minta alapján a krónikus fájdalom prevalenciájáról a magyar népesség körében és a különböző fájdalomtípusok együtt járásáról szociodemográfiai mutatókkal. A vizsgálat ezenkívül egyike azon kevés kutatásnak, amely a krónikus fájdalom és a vallásosság kapcsolatát is vizsgálta.

Összegzés

A magyar populáció a nemzetközi adatokhoz hasonlóan 20,9 százalékos gyakorisággal szenved krónikus fájdalomtól. A női predominancia és a korábban is ismert rizikófaktorok tekintetében minden esetben szignifikáns együtt járás mutatkozott a krónikus fájdalom megjelenésével, ami megerősíti a korábbi vizsgálatok adatait. A probléma jelentős – hazánkban még kevéssé felismert – népegészségügyi szerepe miatt különösen fontos. Jelen kutatás a további vizsgálatok és esetleges népegészségügyi intervenciók szükségességére is felhívja a figyelmet.

Felhasznált irodalom

Bogduk, Nikolai and Harold Merskey (2012) *Classification of Chronic Pain.* Seattle: IASP Press.

Cohen, Steven P., Lene Vase and William M. Hooten (2021) Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet.* Vol. 397. (10289): 2082–2097.

Dahlhamer, James, Jacqueline Wilson Lucas, Carla E. Zelaya, Richard Nahin et al. (2018) Prevalence of Chronic Pain and High-Impact Chronic Pain Among Adults. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* Vol. 67. (36): 1001–1006.

Dengler-Crish, Christine M., Stephen Bruehl and Lynn S. Walker (2011) Increased wind-up to heat pain in women with a childhood history of functional abdominal pain. *Pain.* Vol. 152 (4): 802–808.

Fayaz, Alan, Peter Croft, Richard M. Langford, Liam J. Donaldson and Gareth T. Jones (2016) Prevalence of chronic pain in the UK: a systematic review and meta-analysis of population studies. *BMJ Open.* Vol. 6. (6): e010364.

Godó Kinga, Major János, Gyimesi-Szikszai Andrea és Ádám Szilvia (2020) A krónikus fájdalom lehetséges rizikótényezői és következményei a magyar tizenévesek körében. *Orvosi Hetilap.* Vol. 161. (13): 502–509.

Institute of Medicine (2011). *Relieving pain in America. A blueprint for transforming prevention, care, education, and research.* Washington, DC: National Academies Press.

Mills, Sarah E. E., Karen P. Nicolson and Blair H. Smith (2019) Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia.* Vol. 123. (2): e273–283.

Najem, Charbel, Naziru Bashir Mukhtar, Farah Ayoubi, Jessica van Oosterwijck, Barbara Cagnie, Kayleigh De Meulemeester and Mira Meeus (2021) Religious Beliefs and Attitudes in Relation to Pain, Pain-Related Beliefs, Function, and Coping in Chronic Musculoskeletal Pain. A Systematic Review. *Pain Physician.* Vol. 24. (8): e1163–1176.

Raja, Srinivasa N., Daniel B. Carr, Milton Cohen, Nanna B. Finnerup, Herta Flor et al. (2020) The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain.* Vol. 161. (9): 1976–1982.

Réthelyi, János Miklós, Berghammer, Rita and Kopp, Mária S. (2001) Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: Results from a cross sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain.* Vol. 93. (2): 115–121.

Réthelyi János Miklós, Berghammer Rita, Ittzés András, Szumska Irena, Purebl György and Csoboth Csilla (2004) Comorbidity of pain problems and depressive symptoms in young women: Results from a cross-sectional survey among women aged 15-24 in Hungary. *European Journal of Pain.* Vol. 8. (1): 63–69.

St. Sauver, Jennifer L., David O. Warner, Barbara P. Yawn, Debra J. Jacobson, Michaela E. McGree et al. (2013) Why patients visit their doctors. Assessing the most prevalent conditions in a defined American population. *Mayo Clinic Proceedings.* Vol. 88. (1): 56–67.

Vadivelu, Nalini, Alice M. Kai, Gopal Kodumudi, Dan Haddad, Vijay Kodumudi, Niketh Kuruvilla, Alan David Kaye and Richard D. Urman (2018) Recommendations for Substance Abuse and Pain Control in Patients with Chronic Pain. *Current Pain and Headache Reports.* Vol. 22. (4): 25.

Voss, Theo et al. (2017) Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived

with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis

for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet.* Vol. 390. (10100): 1211–1259.

Wade, James B., Robert P. Hart, James H. Wade, Jasmohan S. Bajaj and Donald D. Price (2013) The relationship between marital status and psychological resilience in chronic pain. *Pain Research and Treatment.* Vol. 2013: 92847.

Tóth Mónika Ditta, Bognár Judit, Susánszky Éva

A fizikai aktivitás összefüggése a mentális egészségmutatókkal a COVID–19-világjárvány idején

Bevezetés

2019 decemberében a kínai Vuhan városában ismeretlen etiológiájú tüdőgyulladásos megbetegedéseket regisztráltak, melyek hátterében egy addig embereket nem fertőző, új típusú koronavírust azonosítottak. A betegség terjedésének megfelelően a WHO 2020. március 11-én világjárvánnyá nyilvánította és új névvel illette a fertőzést (Coronavirus Disease 2019, azaz COVID–19), a vírust pedig SARS-CoV2-nek nevezte el. A fertőzéssel érintett országok, köztük Magyarország is, szigorú járványügyi intézkedéseket hoztak.

A járvány kezdeti szakaszában a leghatékonyabb járványügyi intézkedésnek a távolságtartást, az emberek közötti interakciók lehető legkisebb mértékre csökkentését tartották, beleértve a maszkviselést és a kézfogások, érintések kerülését. Hazánkban 2020. március 11-én országos veszélyhelyzetet hirdettek ki, március 28-ától kijárási korlátozás lépett érvénybe, mely jelentősen befolyásolta az emberek mindennapi életét. A hatósági, illetve önkéntes karantén, a fertőzéstől való félelem és a korlátozás miatt a lakosság szabadban töltött ideje, fizikai aktivitása csökkent.

Egy hazai reprezentatív, keresztmetszeti felmérés (Ács és mtsai 2020) vizsgálta a fizikai aktivitás alakulását a COVID–19-világjárvány előtt és alatt, és kitért a mentális egészség vizsgálatára is, de a két jelenség közötti összefüggést nem elemezték. A járványidőszak során a megkérdezettek 14 százaléka hagyott fel a sportolással. Átlagosan minden korosztály esetén csökkenést tapasztaltak a fizikai aktivitásban a korábbi időszakhoz képest, a kijárási korlátozás azonban kifejezetten az idősebbeket érintette hátrányosan. A vizsgálat eredményei rámutattak, hogy a COVID–19 okozta megváltozott életkörülmények jelentős hatást gyakoroltak a válaszadók sportolási szokásaira. Az egészségi állapot leírására a testi-lelki egészség szubjektív megítélését, a WBI-5 és az Észlelt Stressz Kérdőívet használták.

A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) értékeivel összehasonlítva (KSH 2014) a járványhelyzetben egészségi állapotukat kevesebben minősítették jónak/nagyon jónak, míg a nagyon rossz/rossz jelzőt többen jelölték meg a vizsgálatukban. Az általuk kapott értékek a jóllét index (WBI-5) közel 20 százalékos csökkenését mutatták a járvány első hulláma alatt a 2013-as Hungarostudy-értékhez képest, továbbá az észlelt stressz is jóval magasabb értéket mutatott minden korcsoportban, illetve a férfiak és nők körében is.

A korábbi, 2005-ös Hungarostudy kutatásban a rendszeres fizikai aktivitást végzők körében jobb mentális és fizikai állapotot írtak le: kedvezőbb pontokat értek el a depresszió, az életminőség, a szubjektív jóllét és az egészségi állapot önbecslése kérdőíveken is azok, akik rendszeresen sportoltak vagy aktív életmódot éltek, mint azok, akik nem (Gémes 2008).

A rendszeres fizikai aktivitás nemcsak az aktuális testi-lelki egészség pozitív megélését befolyásolja, de csökkenti az idő előtti mortalitást (Paffenbarger és Hyde 1988) is, védőszerepe számos megbetegedés esetén ismert, ilyen a depresszió, a mozgásszervi megbetegedések, a cukorbetegség, a szív- és érrendszeri betegségek, valamint egyes daganatos betegségek, úgymint a mell-, a végbél- és a prosztatarák (Warburton, Nicol és Bredin 2006).

Célkitűzések

Kutatásunk célja, hogy feltárjuk a felnőtt magyar lakosság sportolási szokásainak változását az elmúlt húsz évben, illetve hogy vizsgáljuk a lakosság fizikai aktivitásának, aktuális egészségi állapotának és mentális egészségének összefüggését a COVID–19-világjárvány alatt. Reményeink szerint így teljesebb képet kaphatunk a magyar lakosság sportolási hajlandóságának alakulásáról, továbbá pontosabban feltárhatjuk a járvány fizikai aktivitásra gyakorolt hatását. Feltételezésünk szerint a fizikai aktivitás és típusai a különböző életkori csoportokban eltérő módon befolyásolják mind a szubjektív jóllétet, mind az aktuális egészségi állapotot. A korcsoportok szerinti bontással láthatjuk, hogy mely korosztályokat érintette hátrányosabban a vizsgált, járványidőszakkal terhelt 2021-es év. Kutatásunkban vizsgálni kívánjuk továbbá, hogy a szociodemográfiai mutatók miként befolyásolták a szubjektív jóllétet és az egészségi állapot önbecslését a pandémia alatt.

A WHO meghatározása szerint a mentális egészség „a jóllét állapota, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stresszhelyzeteivel, termékenyen képes dolgozni, s hozzá tud járulni a közösségének életéhez" (Zöld Könyv 2006). A definíciót mérhetővé és közérthetőbbé téve kutatásunkban a szubjektív jóllét mértékével dolgoztunk, amely jól jellemzi az érzelmi, pszichológiai és szociális helyzetünket. Bár a jóllét fogalma ugyancsak nem egyértelmű a szakirodalomban (Szanto és mtsai 2016), abban egyetértés van, hogy legalább részben szubjektív komponenseket is tartalmaz, így szubjektív mérőeszközökkel vizsgálható.

Az aktuális egészségi állapot megállapításához a válaszadók önbecslésére támaszkodtunk *(self-rated health)*.

A fizikai aktivitás vizsgálatát – ugyancsak a WHO meghatározása alapján – minden olyan testmozgásra kiterjesztettük, amely a vázizomzat energiafelhasználásával jár, az alacsony intenzitású mozgásformáktól kezdve (séta, lépcsőzés) a nagy intenzitású testmozgásokig (futás, úszás, küzdősportok). Az ideális aktivitás mértékére több ajánlás is született, ezek közül a két legismertebb az európai és az amerikai javaslat (Makai 2019, lásd *1. táblázat*). Az európai javaslat legalább heti ötször harminc perc közepes vagy háromszor húsz perc élénk intenzitású aktivitást javasol. Közepes intenzitású aktivitáson azt értjük, amikor szervezetünknek percenként a nyugalmi energiafogyasztás három-hatszorosára van szüksége az aktivitás fenntartásához, míg élénk intenzitás esetén több mint hatszorosára. A korábbi Hungarostudy vizsgálatok nem határoztak meg időintervallumot a sportolásra vonatkozóan, míg a 2021-es felmérés már a heti harminc perc pulzusemelkedéssel járó fizikai aktivitás gyakoriságát mérte fel.

	Közepes intenzitás	Élénk intenzitás
Európai javaslat	≥ 30 perc ≥ 5 nap/hét	≥ 20 perc ≥ 3 nap/hét
Amerikai javaslat	≥ 150 perc/hét	≥ 75 perc/hét

1. táblázat: A felnőttek ideális fizikai aktivitásának mértékéről megfogalmazott európai és amerikai javaslat

Módszerek

Mérőeszközök, kérdésblokkok

Szociodemográfiai helyzet

Az adatok elemzése során a kor, nem, iskolai végzettség (nyolc általános vagy kevesebb, szakiskola, középiskola, főiskola/egyetem), a párkapcsolat jellege (egyedül él, párkapcsolatban él) és a lakóhely településtípusa (főváros, megyei jogú város, város, község) változókkal dolgoztunk.

WHO-5 Szubjektív Jóllét Kérdőív

A WHO-5 Mentális Jóllét (WBI-5) Kérdőív önértékelésen alapuló, az aktuális (az elmúlt két hétben jellemző) mentális állapotot felmérő teszt. A validált magyar változatban az öt állítás 0 és 3 pont közötti értékelése alapján 0 és 15 közötti összpontszám adódhat, a 0 a legrosszabb, míg a 15 a legjobb életminőséget jelenti. A 0–7 pontot elérőket a kockázati tartományba soroltuk, mivel ebben a csoportban fennáll a depresszió veszélye,[1] a 8 és 15 pont közöttiek pedig a normál tartományba kerültek.

Az egészségi állapot önbecslése

Az egészségi állapot önbecslését az alábbi kérdéssel vizsgáltuk: „Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?" A vizsgálati személyek ötfokú Likert-skála (1 = nagyon rossz, 2 = rossz, 3 = közepes, 4 = jó, 5 = kiváló) segítségével adhattak választ a kérdésre. Jelen kutatásban a skálát dichotomizáltuk: az egyik csoportot azok alkotják, akik egészségüket közepesnek vagy annál rosszabbnak értékelik, a másik csoportot pedig azok, akik jónak vagy kiválónak.

Fizikai aktivitás

A Hungarostudy korábbi felméréseiben (2002, 2005/2006, 2013) a fizikai aktivitásra vonatkozó kérdés az alábbi formában szerepelt: „Milyen gyakran sportol, például úszik, fut, kerékpározik, focizik, aerobikozik vagy végez más testmozgást?" A válaszadók négyfokú skálán jelölhették aktivitásuk gyakoriságát (soha, ritkábban, mint hetente egyszer, hetente egyszer, hetente többször).

1 A WBI-5 több korosztályon tesztelve hatékony szűrési eszköznek bizonyult a depresszió megítélésére.

A 2021-es felmérésben a fizikai aktivitásra vonatkozóan két kérdés szerepelt: (1) „Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyorsgyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)?" (2) „Hetente átlagosan hány alkalommal végez a sportoláson kívül olyan fizikai aktivitást, például kerti munkát, építkezést, ahol legalább tíz percen keresztül gyorsabban ver a szíve, kimelegszik, megizzad?" Ebben az évben két válaszlehetőséggel bővült a fenti négy kategória: naponta egyszer, naponta többször, de ezeket is a hetente többször kategóriába soroltuk a harmonizáció során.

Eredmények

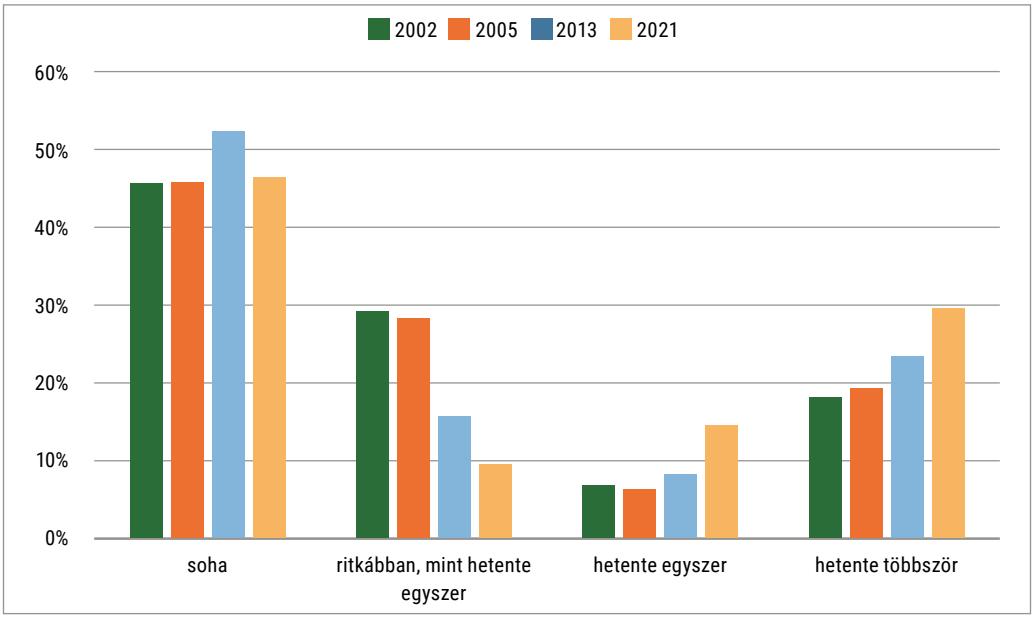
A testmozgás gyakoriságának változása a magyar lakosság körében 2002 és 2021 között

A Hungarostudy négy vizsgálati ciklusát figyelembe véve azt láthatjuk, hogy az elmúlt közel húsz évben a tizennyolc év feletti lakosság fele, 2013-ban pedig közel 60 százaléka egyáltalán nem sportolt. Évről évre csökken a heti egy alkalomnál ritkábban sportolók aránya. Húsz évvel ezelőtt a felnőtt népességnek valamivel több mint egynegyedére, 2021-ben pedig mindössze egytizedére volt jellemző ez a sportolási gyakoriság.

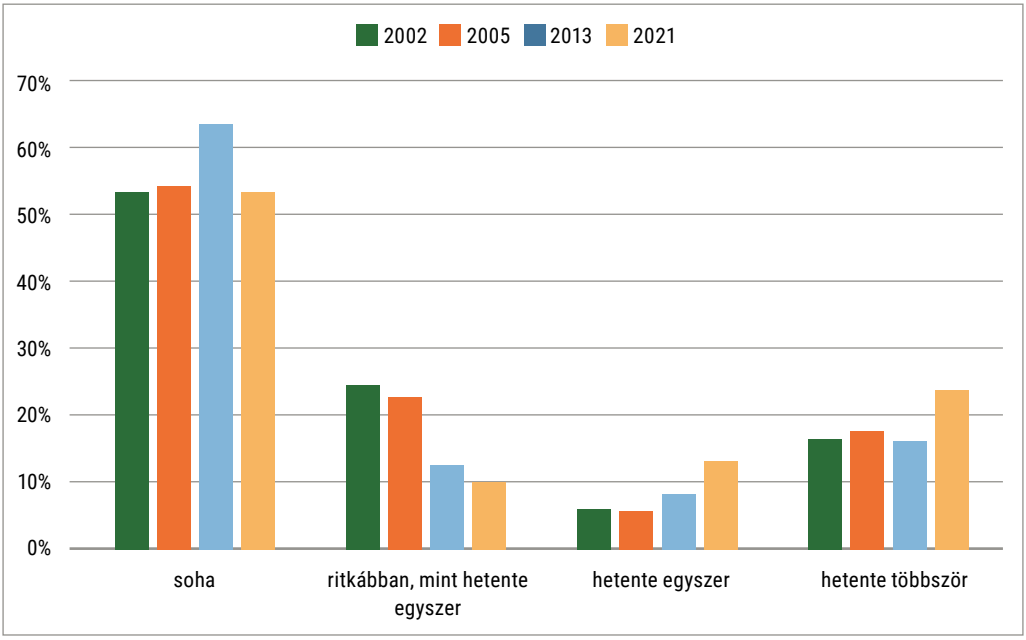
Míg 2002-ben a vizsgált felnőtt népesség alig egyötöde, addig 2021-ben már kicsit több mint egynegyede sportolt rendszeresen, hetente többször. A hetente egyszer mozgók aránya is közel duplájára nőtt 2021-ben az előző két évtizedhez képest *(2. táblázat).*

	Soha	Ritkábban, mint hetente egyszer	Hetente egyszer	Hetente többször
2002	49,9	26,6	6,3	17,2
2005	50,9	25,1	5,8	18,2
2013	58,2	14,0	8,2	19,6
2021	50,1	9,8	13,7	26,5

2. táblázat: A testmozgás gyakoriságának változása a magyar lakosság körében 2002 és 2021 között (%)



1. ábra: A férfiak sportolási gyakoriságának alakulása (2002–2021) (%)



2. ábra: A nők sportolási gyakoriságának alakulása (2002–2021) (%)

A férfiak körében a heti rendszerességű testmozgás arányában nagymértékű növekedés látható 2013 óta. A heti egyszer mozgók aránya megduplázódott 2002-höz képest, 2021-re 6,9 százalékról 14,5 százalékra nőtt. Hasonlóan pozitív változásokat tapasztalunk, ha a legtöbbet mozgókat vizsgáljuk, az arányuk 18,2 százalékról emelkedett 29,5 százalékra. A pandémia évében tehát a férfiak közel harmada döntött a rendszeres és gyakori mozgás mellett.

A nőknél is pozitív változások figyelhetők meg, annak ellenére, hogy a sosem mozgók aránya 56 százalék körül stagnál. Arányuk 2013-ban kiugróan magas értéket mutatott (63%), amely 2021-re 10 százalékponttal csökkent. A nők sportolási gyakorisága is növekedett az évek során. A hetente egyszer sportoló nők aránya 2002-höz képest 2021-re 5,8 százalékról 13 százalékra, míg a heti többször sportolóké 16,4 százalékról 23,7 százalékra nőtt. A pandémia évében tehát a nők közel egynegyedére volt jellemző a nagy gyakorisággal végzett fizikai aktivitás.

A fizikai aktivitás és a szubjektív jóllét összefüggése 2021-ben

A szubjektív jóllét mintabeli eltéréseinek elemzése során bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk. Az eljárás a dichotóm függő változó (0 = kockázati csoport, 1 = normál csoport) és a magyarázó változók (aktív életmód, testmozgás) közötti lineáris kapcsolat erősségét és irányát vizsgálja. Az öt korcsoportra (18–29 év, 30–39 év, 40–49 év, 50–59 év, 60 év felettiek) és a teljes mintára vonatkozóan is elvégeztük az elemzéseket. Mindegyik modellbe kontrollváltozóként kerültek be a szociodemográfiai változók (nem, párkapcsolat, iskolai végzettség) és a település típusa.

A *3. táblázat*ban a statisztikai elemzések eredményeit mutatjuk be, azaz a modellekben szereplő magyarázó változók és kategóriák esélyhányadosait (OR) és a hozzájuk tartozó konfidenciaintervallumokat (CI).[2]

A kategoriális változók esetében az esélyhányados azt fejezi ki, hogy a vizsgált csoportban a szubjektív jóllét normál szintjének esélye hányszor nagyobb vagy kisebb a kijelölt referenciacsoporthoz képest.

2 A statisztikai szignifikancia megállapításához 95 százalékos konfidenciaintervallumot (95% CI) és p-értéket is számítottunk. A statisztikai szignifikancia feltétele az volt, hogy az intervallum értéke ne tartalmazza az 1-et. Táblázatunkban a referenciát mindig az adott változó hiányzó kategóriája jelenti.

Célváltozó: szubjektív jóllét (normál csoport)						
OR (95% CI)						
	18–29 n = 1220	30–39 n = 1254	40–49 n = 1260	50–59 n = 1195	60– n = 1994	Teljes minta n = 6923
Nem (referencia: nő)						
Férfiak	1,8** (1,1–3,0)	NS	1,9** (1,3–2,9)	NS	NS	1,4*** (1,2–1,6)
Párkapcsolat (referencia: párkapcsolatban él)						
Nem él párkapcsolatban	NS	NS	NS	0,4*** (0,2–0,5)	0,5*** (0,4–0,6)	0,6*** (0,5–0,7)
Iskolai végzettség (referencia: 8 általános vagy kevesebb)						
Szakiskola	NS	3,1*** (1,7–5,7)	3,1*** (1,8–5,5)	2,9*** (1,7–4,8)	2,2*** (1,6–2,9)	2,4*** (2,0–3,0)
Középiskola	NS	6,3*** (3,3–12,1)	3,1*** (1,7–5,5)	3,4*** (2,0–5,9)	2,0*** (1,5–2,7)	3,1*** (2,5–3,8)
Főiskola/egyetem	NS	3,8*** (2,0–7,3)	6,1*** (2,9–12,6)	4,0*** (2,1–7,7)	2,4*** (1,7–3,5)	3,1*** (2,5–4,0)
Település típusa (referencia: község)						
Főváros	0,4* (0,2–0,9)	NS	NS	NS	NS	0,6** (0,5–0,8)
Megyei jogú város	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Város	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Aktív életmód (referencia: soha)						
Ritkábban, mint hetente	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Hetente egyszer	NS	NS	NS	NS	2,0** (1,2–3,2)	NS
Hetente többször	NS	NS	NS	NS	2,0*** (1,5–2,7)	1,3** (1,0–1,5)
Testmozgás (referencia: soha)						
Ritkábban, mint hetente	0,4** (0,2–0,9)	NS	NS	NS	NS	1,3* (1,0–1,8)
Hetente egyszer	NS	NS	NS	NS	NS	1,6*** (1,2–2,1)
Hetente többször	NS	NS	2,0* (1,1–3,5)	2,1* (1,1–3,8)	NS	1,8*** (1,5–2,3)

*OR = esélyhányados; 95% CI = 95%-os konfidenciaintervallum; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. Csak a szignifikáns értékeket tüntettük fel (NS = nem szignifikáns).*

3. táblázat: A fizikai aktivitást leíró változók (aktív életmód, testmozgás) összefüggése a WHO-5 jóllét változóval a vizsgált korcsoportokban a szociodemográfiai és a település változókkal kontrollálva (bináris logisztikus regresszió).

Elsőként a magyarázó változók hatását mutatjuk be a szubjektív jóllétre nézve a különbözö korcsoportokban. Az *aktív életmód* kizárólag hatvan év felett mutatott szignifikáns hatást: a heti egyszeri vagy többszöri aktivitás is kétszeresére (OR = 2,0) emeli a kedvező mentális jóllét esélyét. Ez az aktivitás jelenthet például kertészkedést, amely tíz percnél tovább tartó pulzusemelkedéssel jár. A teljes mintán vizsgálva a hetente többszöri aktivitás másfélszer nagyobb eséllyel vezet kedvezőbb mentális jólléthez. A másik magyarázó változónk, a *testmozgás* kapcsán az alábbi összefüggések írhatók le:

A 18–29 éves korosztályban a soha nem sportolókhoz képest a heti rendszerességnél ritkábban sportolók esélye feleakkora a kedvező mentális jóllétre (OR = 0,4).

A 30–39 éves korosztályban sem az aktivitás, sem a rendszeres sporttevékenység nem befolyásolta a szubjektív jóllétet.

A 40–49 éves korosztályban a hetente többször rekreációs céllal mozgó sportot űzők esélye kétszer nagyobb (OR = 2,0) a jobb szubjektív jóllétre, mint a soha nem mozgóké.

Az 50–59 éves korosztályban a heti többszöri testmozgást végzőknek több mint kétszer nagyobb (OR = 2,1) esélyük volt a kedvező mentális jóllétre a pandémia évében a soha nem mozgókhoz képest.

A teljes lakosságban a rekreációs céllal végzett testmozgás szintén jobb mentális jóllétet eredményezett, minél gyakrabban végezték, annál inkább, de már a heti egynél ritkább mozgás is 1,3-szer jobb esélyhányadost jelent.

A továbbiakban bemutatjuk, hogy az egyes szociodemográfiai kontrollváltozók milyen összefüggést mutattak a szubjektív jólléttel az egyes korcsoportokban a pandémia évében. A legfiatalabbak (18–29 év) körében a férfiaknak közel kétszer nagyobb (OR = 1,8) az esélyük a kedvező mentális jóllétre, mint a nőknek, míg a fővárosban élőknek közel feleakkora (OR = 0,4), mint a községekben élőknek.

A 30–39 évesek körében csak az iskolai végzettség mutat összefüggést a kedvező jóllétmutatóval: a magasabb végzettségűek esélyei lényegesen jobbak, mint az alapfokú végzettségűekéi, a középiskolát végzetteknek több mint hatszor nagyobb az esélyük (OR = 6,3) a kedvezőbb jóllétre.

A 40–49 éves korosztályban is a férfiak esélyei jobbak (OR = 1,9), a magasabb iskolai végzettség is kedvezőbb mutatókkal jár, de ebben a korcsoportban a felsőfokú végzettségűek esélyei a legjobbak (OR = 6,1). Az egyedülálló státusz társul sziginifkánsan rosszabb értékekkel (OR = 0,4) a társsal élőkhöz képest. Ez az összefüggés a hatvan év feletti korosztályban is igaz (OR = 0,5). A mentális jóllét tekintetében tehát harminc év felett valamennyi korosztályban protektív faktor a magasabb, leginkább az egyetemi, főiskolai végzettség.

A teljes mintán (n = 6923) a mentális jóllét alakulását vizsgálva a pandémia évében az látható, hogy a férfiak, a párkapcsolatban élők és a magasabb iskolai végzettségűek voltak jobb helyzetben a nőkhöz, az egyedülállókhoz és a nyolc általánosnál alacsonyabb végzettségűekhez képest. A fővárosban élők nagyobb eséllyel értékelték rosszabbra mentális jóllétüket, mint a kisebb településen élők.

A fizikai aktivitás és az egészségi állapot összefüggése 2021-ben

Következő elemzésünkben az egészségi állapot megítélését vizsgáltuk a fizikai aktivitással összefüggésben. Bináris logisztikus regresszióanalízis során az aktív életmód és a rekreációs céllal végzett testmozgás hatását vizsgáltuk korcsoportonként a jónak vagy nagyon jónak értékelt fizikai állapotra, kontrollálva a szociodemográfiai háttérváltozókkal és a település jellegével.

Az alábbiakban a magyarázó változók hatását mutatjuk be az egészségi állapot önbecslésére nézve a különbözö korcsoportokban. Érdekes tény, hogy az aktív életmód egyetlen korosztályban sem volt szignifikáns hatással a célváltozónkra, tehát nem befolyásolta a kedvezőnek értékelt egészségi állapotot.

Ezzel szemben a testmozgás már több korosztályban is pozitív hatást mutatott.

A legfiatalabbaknál (18–29 év) kizárólag a heti többször űzött sporttevékenység mutatott erős, majdnem háromszoros esélyt (OR = 2,7) a kedvező (jó/nagyon jó) egészségi állapotra a soha nem mozgókhoz képest.

A 30–39 éves korosztályban sem az aktív életmód, sem a sporttevékenység nem befolyásolta az egészségi állapot önbecslését.

	Célváltozó: az egészségi állapot önbecslése (jó / nagyon jó)					
	OR (95% CI)					
	18–29 n = 1220	30–39 n = 1254	40–49 n = 1260	50–59 n = 1195	60– n = 1994	Teljes minta n = 6923
Nem (referencia: nő)						
Férfiak	NS	NS	1,6** (1,1–2,1)	1,3* (1,0–1,7)	NS	1,4*** (1,2–1,6)
Párkapcsolat (referencia: párkapcsolatban él)						
Nem él párkapcsolatban	NS	NS	NS	0,6** (0,4–0,8)	0,7** (0,5–0,8)	0,8*** (0,7–0,8)
Iskolai végzettség (referencia: nyolc általános vagy kevesebb)						
Szakiskola	NS	2,9*** (1,7–4,9)	2,9*** (1,8–4,4)	1,9*** (1,2–2,9)	2,1*** (1,6–2,7)	2,3*** (2,0–2,7)
Középiskola	NS	5,1*** (2,9–9,0)	3,8*** (2,4–6,1)	2,6*** (1,6–4,0)	2,4*** (1,8–3,2)	3,6*** (3,1–4,3)
Főiskola/egyetem	NS	3,8*** (2,1–6,7)	4,1*** (2,5–6,9)	3,0*** (1,9–5,0)	2,3*** (1,7–3,1)	3,3*** (2,7–4,0)
Település típusa (referencia: község)						
Főváros	NS	0,5* (0,3–0,8)	NS	NS	NS	0,8* (0,6–0,9)
Megyei jogú város	NS	0,5* (0,3–0,8)	NS	0,6* (0,4–0,9)	NS	0,7*** (0,6–0,8)
Város	NS	NS	NS	NS	NS	0,8* (0,7–0,9)
Aktív életmód (referencia: soha)						
Ritkábban, mint hetente	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Hetente egyszer	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Hetente többször	NS	NS	NS	NS	NS	0,7*** (0,6–0,8)
Testmozgás (referencia: soha)						
Ritkábban, mint hetente	NS	NS	NS	NS	NS	1,4** (1,1–1,7)
Hetente egyszer	NS	NS	2,4** (1,4–4,1)	NS	1,9*** (1,3–2,9)	2,8*** (2,3–3,4)
Hetente többször	2,7** (1,4–5,0)	NS	NS	1,9** (1,3–2,9)	2,0*** (1,5–2,7)	2,9*** (2,5–3,4)

*OR = esélyhányados; 95% CI = 95%-os konfidenciaintervallum; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001. Csak a szignifikáns értékeket tüntettük fel. (NS = nem szignifikáns)*

4. táblázat: A fizikai aktivitást leíró változók (aktív életmód, testmozgás) összefüggése az egészségi állapottal a vizsgált korcsoportokban a szociodemográfiai és a település változókkal kontrollálva (bináris logisztikus regresszió).

A 40–49 éves korosztályban a heti egy alkalommal sportolóknak két és félszer nagyobb az esélyük a kedvező egészségi állapot megélésére, mint azoknak, akik sohasem mozognak.

Az ötven év felettieknél a heti többször végzett testmozgás közel kétszeresére (OR = 1,9) növeli a jobb egészségi állapot esélyét a teljesen inaktívakhoz képest.

Hatvan év felett mind a heti egyszeri, mind a heti többszöri testedzést végzőknek kétszer nagyobb az esélyük a teljesen inaktívakhoz képest, hogy egészségi állapotuk jó vagy kiváló legyen.

A teljes mintát vizsgálva is látható, hogy az aktív életmód nincs hatással vagy fordított hatással van a szubjektív egészségi állapotra, azaz a heti többszöri aktivitást végzők körében kisebb eséllyel találunk kedvező egészségi állapotról beszámolókat. Ez az összefüggés a sporttevékenységeket vizsgálva a következő: a heti egy alkalomnál ritkábban sportolóknál másfélszeres (OR = 1,4), a heti egyszeri és heti többszöri mozgás viszont közel háromszoros (OR = 2,8; 2,9) eséllyel jár jónak vagy nagyon jónak ítélt testi egészséggel a nem sportolókhoz képest. Az összefüggés erősen szignifikáns.

A továbbiakban bemutatjuk, hogy az egyes kontrollváltozók milyen összefüggést mutattak az egészségi állapot önbecslésével az egyes korcsoportokban a pandémia évében. A 30–39 évesek körében a fővárosban és a városban élők mutattak rosszabb értékeket a községben élőkhöz képest, viszont a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők ítélték jobbnak az egészségüket. Ötven év felett a párkapcsolat hiánya rosszabb értékekkel járt; a magasabb iskolai végzettség ebben a korosztályban is protektív faktornak mutatkozott, ahogy a férfinem is. A hatvan év feletti korosztályban is látható, hogy az egyedül élők rosszabbnak érzik az egészségi állapotukat, továbbá a magasabb iskolai végzettség jobb mutatókkal jár.

Ha a teljes mintát vizsgáljuk, az látható, hogy a férfiak közel másfélszer nagyobb eséllyel (OR = 1,4) nyilatkoznak kedvezően az egészségi állapotukról, mint a nők, az egyedülállók viszont a párkapcsolatban élőkhöz viszonyítva épp fordítva, azaz ebben a csoportban jóval kisebb eséllyel (OR = 0,8) találunk kedvező állapotnak megfelelő pontszámokat. A teljes mintán is érvényesül a magasabb iskolai végzettség protektív hatása az alacsonyhoz, a nyolc általánost vagy annál kevesebbet végzettekhez

képest. Az is érdekes eredmény, hogy egy városi lakos kisebb eséllyel (OR = 0,7–0,8) minősíti egészségi állapotát kedvezőnek, mint egy községben élő. Ez az összefüggés igaz a főváros, a megyei jogú városok és a kisebb városok lakóira is.

Nemzetközi kitekintés, a hazai és a nemzetközi eredmények összehasonlítása

Kutatási eredményeink harmóniában vannak a nemzetközi szakirodalommal, ahol a sportolás lehetséges negatív hatásait hangsúlyozó tanulmányokhoz képest hatalmas túlsúlyban vannak azok a kutatások, amelyek a fizikai aktivitás mentális egészségre gyakorolt előnyeit írják le. 2018-ban egy amerikai, 1,2 millió embert négy éven keresztül vizsgáló kutatás azt találta, hogy a heti három-öt alkalommal valamilyen sportot űzők jobb mentális egészségnek örvendenek, mint az akár kevesebbet (heti legfeljebb három óra), akár többet (heti hat óránál több vagy alkalmanként kilencven percnél hosszabb ideig) edzők. Ezek a személyek havonta átlagosan másfél nappal kevesebb időt töltöttek rossz mentális egészségi állapotban, mint a többi vizsgált alany (Chekroud és mtsai 2018). A megfelelő intenzitású és mennyiségű aktivitás oldja a pszichés feszültséget, és növeli a mentális stabilitást (Wu és Wei 2020). A fizikai aktivitás hiányát kifejezetten károsnak találták depresszió, stressz és szorongás esetén (Antunes és mtsai 2020).

A szubjektív jóllét és a fizikai aktivitás kapcsolatáról arányaiban kevesebb vizsgálat áll rendelkezésünkre, azonban az irodalomból egyértelműen látszik, hogy az ülő életmód alacsonyabb szubjektív jóllétérzéssel társul (Fox 1999). Az aktivitás szintjét is vizsgálva már megoszlanak a vélemények a szakirodalomban. Az alacsony intenzitású sport egyértelműen a szubjektív jóllét növekedésével jár, azonban élénk intenzitású testmozgás esetén negatív és pozitív összefüggést is találtak a szubjektív jólléttel (Wicker és Frick 2015).

Az egészségi állapot önbecslését ugyancsak pozitív irányba befolyásolja a fizikai aktivitás. A közepes vagy élénk intenzitású fizikai aktivitást űzők sokkal hajlamosabbak egészségesnek tartani magukat. A pozitív korreláció az egyéb tényezőkre való kontrollálás esetén is fennáll (Meyer, Castro-Schilo és Aguilar-Gaxiola 2014).

Az új típusú koronavírus-járvány mentális egészségre gyakorolt hatásait vizsgálva egy Ausztriában végzett felmérést emelünk ki, mivel ott a kutatók saját vizsgálatunkhoz hasonlóan a különböző korcsoportokra fókuszáltak, és a depressziós, illetve szorongásos tünetek nagyon magas előfordulási gyakoriságát állapították meg. A felmérésben részt vevők 21 százaléka mutatott depresszív, 19 százalékuk pedig szorongásos tüneteket, ami egy 2014-es átfogó vizsgálattal (Statistik Austria 2015) összehasonlítva ötszörös növekedést jelent. A korosztályok szerinti megoszlás: míg harmincöt éves kor alatt a vizsgált alanyoknak több mint 30 százaléka mutatott depressziós tüneteket, addig hatvanöt év felett ugyanez az érték mindössze 5 százalék volt. A szorongás esetében is hasonló tendenciát lehetett megfigyelni: míg a harmincöt év alattiak 25 százaléka, addig a hatvanöt év felettiek 7 százaléka mutatott legalább közepes mértékű szorongó tüneteket (Pieh, Budimir és Probst 2020). A pandémia hatására utal, hogy a COVID–19-járvány előtt nem volt megfigyelhető ilyen jelentős korosztálybeli eltérés Ausztriában, mindegyik korosztály hasonló értékeket mutatott, a legalacsonyabb pontszámok pedig épp a legfiatalabbak között voltak mérhetők (Löwe és mtsai 2008). Ezek alapján úgy tűnik, hogy az idősebbek jobban tudják kezelni a jelenlegi kivételes, nagy mentális próbát jelentő helyzetet.

Megbeszélés

Felmérésünkben a rekreációs céllal végzett testmozgás pozitív hatása egyértelműen bebizonyosodott, szinte valamennyi korcsoportban, különösen a negyven év feletti korosztályban. A rendszeres és gyakori sporttevékenység a járvány idején, 2021-ben is pozitívan hatott a mentális jóllétre, illetve az egészségi állapot kedvező alakulására. Ezzel szemben az aktív életmód hatása nem volt jelentős a legtöbb korcsoportban, tehát a tízpercnyi kimelegedéssel járó tevékenység nem tűnik elegendőnek a mentális és fizikai jóllét javítása szempontjából. Ez alól csak a hatvan év felettiek jelentenek kivételt, esetükben már heti egyszeri aktivitás is duplájára emeli a mentális jóllét esélyét.

Tanulmányunk újszerű megállapítása, hogy a 30–39 éves korosztályban sem az aktív életmód, sem a rekreációs céllal végzett sporttevékenység nem befolyásolja a szubjektív jóllét és az egészségi állapot önbecslésének alakulását.

Kutatásunk eredményei megerősítették azt a feltevésünket, mely szerint az eltérő korosztályokban más-más súllyal jelenik meg a fizikai aktivitás protektív hatása. A jövőbeli társadalmi szintű egészségprevenciós programokba a heti gyakoriságú testmozgás elősegítése és a negyven év feletti korosztályok motiválása mellett ezt a tudást is érdemes volna beépíteni. Hangsúlyozni kellene továbbá, hogy már harminc perc pulzusemelkedéssel járó testmozgás is kedvező hatású, a hatvan év felettieknél pedig akár már a heti rendszerességű, rövid kimelegedéssel járó tízperces aktivitás is nagyon pozitív hatással van a mentális jóllétre. Ezenkívül fontos volna elérni a lakosság azon részét is, amely jelenleg egyáltalán nem él a testmozgás lehetőségével. A soha nem mozgók közel 50 százalékos aránya sajnos nagyon magasnak számít.

Tanulmányunk másik konklúziójaként levonható, hogy a férfiak gyakrabban mozognak, és kedvezőbb testmozgási mutatókkal rendelkeznek, mint a nők. Mindemellett az elmúlt húsz évben a nőknél is megfigyelhetők pozitív változások a testmozgás gyakoriságát illetően. A férfiaknál mind a mentális jóllét, mind az egészségi állapot önbecslése kedvezőbbnek mutatkozott a pandémia évében. Különösen fontos kiemelni, hogy az egyedülállóknak szinte valamennyi korosztályban rosszabb mutatóik voltak, ami arra utal, hogy körükben a járvány miatt elrendelt korlátozások nagyobb mentális megterhelést jelenthettek a társas támasz feltételezhető hiánya miatt. Szintén fontos megjegyezni, hogy a 2021-es felmérésben a városban, fővárosban élők mentális és fizikaijóllét-mutatói kedvezőtlenebbek voltak a kisebb településeken élőkéihez képest. Ennek egyik magyarázata lehet, hogy a városi életmód fontos színterei a járvány idején bezártak, nem voltak látogathatók. Ilyenek a közösségi életet szervező szórakozóhelyek, éttermek, színházak, melyek kiemelten fontosak a rekreáció, a kikapcsolódás szempontjából. A kisebb falvak lakóinak életmódja nem változott meg olyan mértékben a korlátozások hatására, mint a nagyvárosban élőké. A járvány gócpontjait a főváros és a nagyobb városok jelentették, itt lakosságarányosan is sokkal többen fertőződtek meg koronavírussal, mint a kisebb településeken. Ez növelhette az emberek megfertőződéstől való félelmét, valamint a betegség negatív testi és lelki következményei is meghatározóbbak voltak a városban élők esetében.

Összefoglalás

Elemzéseink során azt találtuk, hogy az elmúlt közel húsz évben a tizenynyolc év feletti lakosság fele egyáltalán nem sportolt. A hetente többször mozgók arányában viszont stabil növekedés látható: míg 2002-ben alig egyötödük, addig 2021-ben már kicsit több mint egynegyedük sportolt rendszeresen, hetente többször. A férfiak körében pozitív változásokat tapasztalunk a legtöbbet mozgók körében: míg 2013-ban közel 20 százalékuk sportolt rendszeresen, a pandémia évében már csaknem 30 százalékuk. A nőknél is tapasztalható pozitív változás, bár kisebb mértékű, mint a férfiaknál. 2021-ben közel egynegyedük döntött a rendszeres fizikai aktivitás mellett, míg ez az érték csak 16 százalék volt az előző, 2013-as felmérésben.

Kutatásunk egyik fő célkitűzése volt, hogy megvizsgáljuk, miként függött össze a szubjektív jóllét a fizikai aktivitás típusaival a pandémia alatt. A teljes mintában a heti többszöri aktivitás (kertészkedés stb.) másfélszer nagyobb eséllyel vezetett kedvezőbb jóllétmutatókhoz. A teljes lakosságban a rekrációs céllal (sporttevékenység) végzett testmozgás szintén kedvezőbb mentális jóllétet eredményezett, minél gyakrabban végezték, annál inkább. Külön kiemelendő, hogy a 40–60 éves korosztályban a hetente többször végzett sporttevékenység megduplázta a kedvezőbb mentális jóllét esélyét, a hatvan év felettiek körében pedig a legalább heti egyszeri, minimum tízperces kimelegedéssel járó aktivitás eredményez kétszer jobb mutatókat.

Vizsgálatunk másik fő célkitűzése az egészségi állapot önbecslésének és a testmozgási szokások összefüggésének az elemzése volt. Míg az aktív életmód egyetlen korcsoportban sem mutatott összefüggést az egészségi állapot önbecslésével, addig a rendszeresen végzett sporttevékenység még heti egy alkalomnál ritkábban is másfélszeres, a heti egyszeri és heti többszöri mozgás viszont közel háromszoros eséllyel jár jónak vagy nagyon jónak ítélt testi egészséggel a nem sportolókhoz képest. Tanulmányunk újszerű megállapítása, hogy a 30–39 éves korosztályban sem az aktív életmód, sem a rekreációs céllal végzett sporttevékenység nem befolyásolja a szubjektív jóllét és az egészségi állapot alakulását.

A szociodemográfiai mutatók mint kontrollváltozók szerepeltek a felmérésünkben. A teljes minta vizsgálata során azt találtuk, hogy a férfiak, a párkapcsolatban élők és a magasabb iskolai végzettségűek voltak jobb mentális állapotban a nőkhöz, az egyedülállókhoz és az alacsony iskolai végzettségűekhez képest, mind a szubjektív jóllét, mind az egészségi állapot jobb megítélése szempontjából. A felmérés idején a városban élők kevésbé minősítették jónak egészségi állapotukat a kisebb településen élőkhöz képest.

Felhasznált irodalom

Ács Pongrác, Betlehem József, Laczkó Tamás, Makai Alexandra, Morvay-Sey Kata, Pálvölgyi Ágnes, Paár Dávid, Prémusz Viktória, Stocker Miklós (2020) A fizikai aktivitás mértéke a COVID–19 kijárási korlátozások előtt és alatt a nemzetközi fizikai aktivitás kérdőív eredményei szerint a magyar lakosság körében. In: Ács Pongrác (szerk.) *Változások a magyar lakosság élet- és munkakörülményeiben kiemelten a fizikai aktivitás és a sportfogyasztási szokások vonatkozásában*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. 47–49.

Antunes, Raul, Roberta Frontini, Nuno Amaro, Rogério Salvador, Rui Matos, Pedro Morouço and Ricardo Rebelo-Gonçalves (2020) Exploring Lifestyle Habits, Physical Activity, Anxiety and Basic Psychological Needs in a Sample of Portuguese Adults during COVID–19. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* Vol. 17. (12): 4360.

Chekroud, Sammi R., Ralitza Gueorguieva, Amanda B. Zheutlin, Martin Paulus, Harlan M. Krumholz, John H. Krystal and Adam M. Chekroud (2018) Association between physical exercise and mental health in 1,2 million individuals in the USA between 2011 and 2015. A cross-sectional study. *Lancet Psychiatry.* Vol. 5. (9): 739–746.

Fox, Kenneth R. (1999) The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition* Vol. 2. (3a): 411–418.

Gémes Katalin (2008) Sport mint esély. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 529–537.

Központi Statisztikai Hivatal (2014): Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014. https://www.ksh.hu/elef/ archiv/2014/index.html (Letöltés: 2022. szeptember 2.)

Löwe, Bernd, Oliver Decker, Stefanie Müller, Elmar Brähler, Dieter Schellberg, Wolfgang Herzog and Philipp Yorck Herzberg (2008) Validation an Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. *Medical Care.* Vol. 46. (3): 266–274.

Makai Alexandra (2019) *A felnőtt lakosság fizikai aktivitásának és szociodemográfiai jellemzőinek összefüggései kvantitatív vizsgálatok és egy egészségprogram tükrében*. Doktori (PhD) értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem.

Meyer, Oanh L., Laura Castro-Schilo and Sergio Aguilar-Gaxiola (2014) Determinants of mental health and self-rated health. A model of socioeconomic status, neighborhood safety, and physical activity. *American Journal of Public Health.* Vol. 104. (9): 1734–1741.

Paffenbarger, Ralph S., Jr. and Robert T. Hyde (1988) Exercise adherence, coronary heart disease and longevity. In: Rod K. Dishman (ed.) *Exercise adherence. Its impact on public health*. Champaign, IL: Human Kinetics Books. 41–73.

Pieh, Christoph, Sanja Budimir and Thomas Probst (2020) The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID–19) lockdown in Austria. *Journal of Psychosomatic Research.* Vol. (136): 110186. Erratum in: *Journal of Psychosomatic Research.* 2020. 139: 110278.

Statistik Austria (2015) *Österreichische Gesundheitsbefragung 2014. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation,* Wien: Statistik Austria.

Szanto Zsuzsa, Eva Susanszky, Zoltan Berenyi, Florian Sipos and Istvan Muranyi (2016) Understanding Well-Being. Review of European Literature 1995-2014. *Journal of Social Research and Policy.* Vol. 7. (1): 1–18.

Warburton, Darren E. R., Crystal Whitney Nicol and Shannon S. D. Bredin (2006) Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne.* Vol. 174. (6): 801–809.

Wicker, Pamela and Bernd Frick (2015) The relationship between intensity and duration of physical activity and subjective well-being. *European Journal of Public Health.* Vol. 25. (5): 868–872.

Wu, Koulong and Xuemei Wei (2020) Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID–19 in China. *Medical Science Monitor Basic Research.* Vol. (26): e924085.

Zöld Könyv (2006) A lakosság mentális egészségének javítása. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása 2005. Budapest: Európai Közösség Bizottsága.

Czeglédi Edit

Az elhízásra hajlamosító emocionális evés pszichoszociális háttere

Bevezetés

A Magyarország felnőtt lakosságának mintegy egyharmadát (32%-át) érintő *elhízás* messze túlmutat az esztétikai vonatkozásokon. Az obezitás ugyanis krónikus betegség, amely számos további krónikus betegség rizikótényezője (például magas vérnyomás, 2-es típusú diabétesz, daganatos megbetegedések, mozgásszervi betegségek), rontva az életminőséget, a munkaképességet és az életkilátásokat. A hazai felnőtt populációban hasonló arányban előforduló *túlsúly* (férfiak: 40%, nők: 32%; Rurik és mtsai 2021) ugyancsak fokozza a krónikus betegségek megjelenésének esélyét. Az elhízással a pszichológiai jóllét csökkenése és a mentális egészség romlása is gyakran együtt jár. Erre példa az alacsony önértékelés, a testtel való fokozott elégedetlenség, a hangulatzavarok (például major depresszív epizód), illetve az evészavarok (például falászavar) jelenléte (Sarwer és Polonsky 2016), tovább veszélyeztetve a szomatikus állapotot. Mindez óriási terhet ró nemcsak az érintett emberekre és hozzátartozóikra, de az egészségügyi ellátórendszerre is. Éppen ezért az elhízás kialakulásának megelőzése és az obezitás hatékony kezelése társadalmi érdekünk.

A laikusok és gyakorta az egészségügyben dolgozók között is széles körben elterjedt nézet szerint a súlyfelesleg kialakulása *kizárólag* az egyén egészségtelen életmódjának következménye, és az érintett személy akaratgyengeségének köszönhető. Mindez az obezitás negatív megítéléséhez és a súlyfelesleggel bírók hibáztatásához vezethet. Az elhízással élők negatív diszkriminációja mindennapos jelenség az élet számos területén, így a családban, az oktatásban, a munkahelyen vagy akár az egészségügyi ellátórendszerben. A stigmatizáló bánásmód azonban igen sokrétű negatív következményeket eredményezhet, többek között a súlyfelesleghez hozzájáruló egészségkárosító magatartások folytatását, az önértékelés (további) csökkenését, a depresszív tünetek fokozódását és az egészségügyi ellátórendszer kerülését. Mindez önrontó körök révén további kockázatot jelent a testi és lelki egészségre, valamint az életkilátásokra is (WHO 2017).

A súlyfelesleggel élőkkel kapcsolatos negatív attitűdök mérséklődését eredményezi, ha belátjuk, hogy az elhízás kialakulásának oki háttere rendkívül összetett (Kadouh és Acosta 2017), és a szerteágazó tényezők komplex interakciója sokakat a súlygyarapodás veszélyének tesz ki a modern, úgynevezett *obezogén* (elhízásra hajlamosító), a túltáplálkozást és fizikai inaktivitást támogató környezetben. A sokszínű etiológiai faktorok között a *biológiai tényezőkre* példa az öröklődés, a genetikai okokból kiinduló (legalább huszonötféle, például Práder–Willi-) szindróma, a bél–agy-tengely működése, a prenatális meghatározók (például gesztációs diabétesz), a várandósság, a menopauza, a mozgáskorlátozottság, egyes neuroendokrin állapotok (például pajzsmirigy-alulműködés), illetve bizonyos gyógyszermellékhatások. A *környezeti tényezők* ugyancsak sokfélék. A korábban említett obezogén környezet mellett kiemelkedő a szociokulturális tényezők szerepe, mint amilyen például a szocioökonómiai státusz vagy az etnikum. De idesorolható az is, hogy kultúránkban az etetés szorosan összekapcsolódik a szeretet kifejezésével, vagy az, hogy számos családban még manapság is tiltott az étel meghagyása a tányéron. Újabban ismerték fel, hogy egyes kemikáliák (például ftalátok) is hozzájárulhatnak a súlyfelesleg kialakulásához. Az elhízás etiológiája kapcsán a *viselkedéses tényezők* közül kiemelkedik a *túlzott energiabevitel* és a *fizikai aktivitás elégtelensége*, azonban az életmód más elemei – mint amilyen például az elégtelen alvás vagy a dohányzásról való leszokás – is hatást gyakorolnak a testtömeg alakulására (Kadouh és Acosta 2017). Ráadásul az egészségvédő és -károsító magatartások folytatása ugyancsak multifaktoriális eredetű. E meghatározók közül a fent említetteken túl a pszichoszociális tényezőknek is kitüntetett szerepük van, például az érzelemszabályozás jellemző módjának, a szorongás vagy a depresszió mértékének, a borderline személyiségzavar jelenlétének, a veszteségélmény (gyász) átélésének vagy éppen a foglalkozásnak.

A pszichológiai tényezők esetében az érzelemszabályozás kapcsán kiemelendő a stressz és a negatív érzelmek átélésének szerepe. Mindkettő hatást gyakorolhat a táplálékbevitelre és az ízletes, magas energiasűrűségű ételek preferenciájára, ráadásul kétféle irányban is, azaz csökkentve vagy növelve azt (Konttinen 2020). A nagy intenzitású vagy magas arousalszinttel[1] járó

1 Arousal: a szervezet általános izgalmi és éberségi állapota.

érzelmek – például félelem – rendszerint az étvágy csökkenését eredményező fiziológiai változásokhoz vezetnek, emellett olyan viselkedésekhez, amelyek gátolják a táplálékfelvételt. Ellenben a mérsékelt intenzitású vagy közepes arousalszinttel járó érzelmek – például bosszúság, szomorúság, unalom – csökkenthetik és növelhetik is a táplálékbevitelt, méghozzá az egyén és a helyzet jellemzői függvényében. Az utóbbira példa, hogy aktuálisan elérhető-e ennivaló, illetve kivitelezhető-e az evés. Az *érzelmi evés* a – második típusba tartozó – negatív érzések enyhítésére, elviselésére szolgáló *tanult* érzelemszabályozási stratégia, amely rövid távon megkönnyebbülést, hosszú távon viszont többek között bűntudatérzést és súlygyarapodást eredményez, mert az emocionálisan kiváltott evési epizódok során főként ízletes, magas energiatartalmú ételeket (például édességeket, rágcsálnivalókat) szoktak fogyasztani (Camilleri és mtsai 2014). Az érzelmi evésre való hajlam dimenzióként értelmezhető, és az egyéni különbségek háttere igen változatos. Erre jelentenek példát a kora gyermekkori kedvezőtlen élmények, a krónikus stressz vagy éppen a depresszió jelenléte (Konttinen 2020).

A depresszió azért is érdemel kiemelt figyelmet, mert számottevő erősségű összefüggést mutat az elhízással. A felnőtt populáción végzett hosszmetszeti kutatások egy metaelemzésének (Mannan és mtsai 2016) eredményei szerint a kiinduláskor jelen lévő depresszió 37 százalékkal megnöveli az elhízás (testtömegindex, Body Mass Index, a továbbiakban: BMI $\geq$ 30 kg/m^2) kialakulásának kockázatát. Az összefüggés erőssége a két nemben hasonló. Az elhízás irányából vizsgálva a kapcsolatot azt találták, hogy a kiinduláskor jelen lévő elhízás 18 százalékkal növeli meg a depresszió kialakulásának kockázatát. E kétirányú kapcsolatban számos moderátor[2] (például nem, életkor, a súlyfelesleg mértéke) és mediátor[3] tényező szerepét felismerték (Czeglédi 2021). Ez utóbbi, közvetítő faktorok sokfélék lehetnek, a társas tényezőktől (például negatív diszkrimináció, alacsony társas támogatás) kezdve a pszichológiai (például a testtel való elégedetlenség, alacsony önértékelés) és viselkedéses (például falásrohamok, fizikai inaktivitás) tényezőkön át egészen a biológiai faktorokig

2 Moderátor: két változó (jelen esetben az elhízás és a depresszív tünetek) kapcsolatának irányát és erősségét befolyásoló tényező.

3 Mediátor: két változó (jelen esetben az elhízás és a depresszív tünetek) kapcsolatában a magyarázó láncszem szerepét betöltő tényező.

(például gyulladásos folyamatok, fájdalom, egyes gyógyszerek hatása). E magyarázó láncszemek segítenek megérteni, hogy milyen úton-módon vezet az elhízás a depresszió kialakulásához és fordítva: hogyan vezethet a depresszió súlygyarapodáshoz és elhízáshoz.

A vizsgálat célja és hipotézisek

Jelen vizsgálat célja az érzelmi evésre való fokozott hajlam előfordulási gyakoriságának felmérése és a hátterében álló pszichoszociális tényezők feltérképezése volt reprezentatív hazai mintán (n = 7000), az elhízással élőkkel kapcsolatos negatív attitűdök kedvezőbbé formálása, valamint a hosszú távú, egészséges testtömegkontroll megvalósítását célzó intervenciók tervezése, illetve hatékonyságuk növelése céljából. A kutatás módszertanának leírását e kötet módszertani fejezete tartalmazza. A vizsgálat keretében az alábbi hipotézisek vizsgálata történt meg:

- Az érzelmi evésre való fokozott hajlam nagyobb BMI-vel jár együtt.
- Az érzelmi evésre való hajlam pozitív irányú összefüggést mutat az észlelt stresszel és a depresszív tünetekkel.

Módszerek

Mérőeszközök

A vizsgálat keretében az alábbi változók, illetve mérőeszközök kerültek alkalmazásra:

- Szociodemográfiai jellemzők: nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely.
- Önbeszámolóval gyűjtött antropometriai adatok: testtömeg, testmagasság. Ezek alapján kiszámítottuk a BMI-t (kg/m^2). A tápláltsági állapotot az alábbi kategorizáció alapján állapítottuk meg: alultápláltság (BMI < 18,50 kg/m^2), normális testtömeg (BMI = 18,50–24,9 kg/m^2), túlsúly (BMI = 25,0–29,9 kg/m^2), elhízás (BMI ≥ 30,0 kg/m^2). Az elhízáson belül megkülönböztettük az enyhe fokú (BMI = 30,0–34,9 kg/m^2), a középsúlyos (BMI = 35,0–39,9 kg/m^2) és a súlyos (morbid) elhízást (BMI ≥ 40,0 kg/m^2).
- 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív (TFEQ-R21) Érzelmi evés skálája: a skála hat fordított szövegezésű tétel mentén méri az emocionális evésre való tendenciát: mennyire hajlamos az egyén arra, hogy bizonyos negatív érzelmi állapotok (például szorongás, szomorúság, unalom) jelenléte

esetében egyen? A válaszlehetőségek a következők voltak: teljes mértékben igaz (1), többnyire igaz (2), többnyire nem igaz (3) és egyáltalán nem igaz (4). A tételek megfordítását követően az átlagolásos skálaképzési algoritmussal nyert szkórok 1 és 4 közötti értéket vehetnek fel. Ez a pontszám folytonos és kategoriális változóként egyaránt alkalmazható (Czeglédi és Urbán 2010). Az elemzések során a legalább 3 pontot elérőket tekintettük érzelmi evésre való fokozott hajlammal jellemezhetőknek. A skála belső megbízhatósága jelen mintán megfelelőnek bizonyult (Cronbach-$\alpha = 0{,}95$).

- Az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített változata (PSS10): a tíz tételre adott válaszok összeadásával kapott pontszám az észlelt stressz globális mutatója. Adamson és munkatársai (2020) eljárását követve az elért pontszámok alapján az alábbi kategóriákat hoztuk létre: alacsony stressz (az átlagnál több mint egy szórással alacsonyabb pontérték; ≤ 7 pont), mérsékelt stressz (az átlagtól legfeljebb egy szórással eltérő pontérték; 8–20 pont), magas stressz (az átlagnál több mint egy szórással magasabb pontérték; ≥ 21 pont).
- A Beck-féle Depresszió Kérdőív rövidített változata (BDI-9): a kilenctételes skálán elért magasabb pontszám fokozottabb depresszív tüneteket jelez. Az elemzések során a depresszió súlyossági fokát illetően az alábbi csoportokkal dolgoztunk: normális érték (≤ 9 pont), enyhe depressziós állapot (10–18 pont), középsúlyos depressziós állapot (19–25 pont), súlyos depressziós állapot (≥ 26 pont).

Statisztikai elemzések

A csoportok összehasonlítása folytonos változók esetében kétmintás t-próbával és Mann–Whitney-féle U-próbával, kategoriális változók esetében χ^2-próbával történt. Hatásméret-mutatóként folytonos változók esetében Cohen-d együtthatót,[4] kategoriális változók esetében pedig Cramér-V[5] együtthatót számítottunk. Egyes esetekben kétszempontos varianciaanalízist is alkalmaztunk. Az együtt járások tesztelése Spearman-féle rangkorrelációs elemzéssel történt. A korrelációs együtthatók értékének

4 A Cohen-d együtthatók értékeinek értelmezése: 0,20 = kis hatás; 0,50 = közepes mértékű hatás; 0,80 = nagy hatás. E hatásméret-mutató értékeit az alábbi online kalkulátor segítségével számítottuk ki: http://psychometrica.de/effect_size.html

5 A Cramér-V asszociációs mérőszám, értéke 0 és 1 közötti: a 0 azt jelenti, hogy nincs összefüggés, míg 1-es érték esetében az egyik változó teljes mértékben meghatározza a másikat.

csoportok közötti különbségét a Fisher-féle Z-transzformációval vizsgáltuk. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam prediktorait többszörös bináris logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk meg. Az elemzéseket az SPSS 21.0 és a ROPstat statisztikai programcsomagokkal végeztük.

Eredmények

Leíró adatok és a két nem összehasonlítása a vizsgált változók mentén

Az *1–2. táblázatban* részletesen szerepelnek a minta leíró adatai és a két nem összehasonlítása a vizsgált változók mentén. A BMI alapján a válaszadók (n = 6594) 2,1 százaléka alultáplált, 42,6 százaléka normális testtömegű, és 55,3 százaléka él súlyfelesleggel. Túlsúlya a megkérdezettek 39,7 százalékának van, míg az elhízás különféle súlyossági fokozatai a minta 15,6 százalékát érintik. A legutóbbi, 2013-as Hungarostudy-felmérésben (n = 1945) az alultáplált válaszadók aránya 3,6 százalék, a normális súlyúaké 43,7 százalék, a túlsúllyal bíróké 33,0 százalék, az elhízással élőké pedig 19,7 százalék volt (Túry és mtsai 2013). Jelen felmérésben a túlsúllyal élők aránya valamivel magasabb, az elhízással élők aránya pedig valamivel alacsonyabb, mint 2013-ban volt ($\chi^2(3) = 214{,}584$, $p < 0{,}001$). Mintánkban a férfiak BMI-átlaga szignifikánsan, de csak kismértékben magasabb, mint a nőké, és a túlsúllyal élők aránya magasabb náluk, mint a nők körében *(1. táblázat).*

A pszichológiai változók tekintetében a nők szignifikánsan hajlamosabbnak bizonyultak az érzelmi evésre, mint a férfiak, azonban a különbség statisztikai értelemben kicsi. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam előfordulási gyakorisága is szignifikánsan magasabb a körükben, mint a férfiak esetében (10,0% vs. 6,0%).

Az észlelt stressz felmérése során kapott válaszok alapján a válaszadók egyötöde (20,3%) sorolható be az alacsony stressz-szintet átélők csoportjába, míg kétharmaduk (65,0%) mérsékelt, 14,7 százalékuk pedig magas észlelt stressz-szinttel jellemezhető. A nemi különbség szignifikáns ugyan (a nők javára), de statisztikai értelemben alacsony.

Tápláltsági állapot		Összesen	Férfiak	Nők	A két nem összehasonlítása	Hatásméret-mutató
BMI-átlag (SD) [terjedelem] (n = 6594)		25,9 (4,45) [13,8–60,6]	26,3 (3,75) [13,8 – 51,4]	25,7 (4,97) [14,7–60,6]	t(6445) = 5,670***	Cohen-d = –0,137
Tápláltságiállapot-kategória n (%) (n = 6594)	Alultáplált (BMI < 18,50 kg/m²)	138 (2,1%)	20 (0,6%)	118 (3,4%)	$\chi^2(5)$ = 193,249***	Cramér-V = 0,171***
	Normális súlyú (BMI = 18,50–24,9 kg/m²)	2807 (42,6%)	1173 (38,0%)	1634 (46,6%)		
	Túlsúllyal él (BMI = 25,0–29,9 kg/m²)	2619 (39,7%)	1468 (47,6%)	1151 (32,8%)		
	Enyhe fokú elhízással él (BMI = 30,0–34,9 kg/m²)	818 (12,4%)	345 (11,2%)	473 (13,5%)		
	Középsúlyos elhízással él (BMI = 35,0–39,9 kg/m²)	155 (2,4%)	62 (2,0%)	93 (2,6%)		
	Súlyos elhízással él (BMI ≥ 40,0 kg/m²)	58 (0,9%)	17 (0,6%)	41 (1,2%)		

*Megjegyzés: SD = szórás; *** $p < 0,001$.*

1. táblázat: A tápláltsági állapot leíró adatai és a két nem összehasonlítása

Végül a depresszió tekintetében azt találtuk, hogy a válaszadók kereken egynegyede (25%-a) érintett benne valamilyen súlyossági fokkal (enyhe: 9,2%; középsúlyos: 4,8%; súlyos: 11,0%). A nők ez esetben is szignifikánsan nagyobb arányban érintettek, mint a férfiak, de a statisztikai értelemben vett különbség ezúttal is csak kismértékű. Az eredményeket részletesen ismerteti a *2. táblázat*.

Változók		Összesen	Férfiak	Nők	A két nem összehasonlítása	Hatásméret-mutató
Érzelmi evés (TFEQ-R21) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6967)		1,47 (0,73) [1–4]	1,37 (0,66) [1–4]	1,56 (0,78) [1–4]	Z = 10,639***	Cohen-d = 0,221
Érzelmievés-kategória n (%) (n = 6967)	Legfeljebb közepes (< 3 pont)	6400 (91,9%)	3063 (94,0%)	3337 (90,0%)	$\chi^2(1)$ = 37,949***	Cramér-V = 0,074***
	Magas (≥ 3 pont)	567 (8,1%)	195 (6,0%)	372 (10,0%)		
Észlelt stressz (PSS10) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6951)		14,0 (6,76) [0–40]	13,67 (6,67) [0–40]	14,24 (6,91) [0–40]	Z = 3,104**	Cohen-d = 0,072
Észleltstressz-kategória n (%) (n = 6952)	Alacsony (≤ 7 pont)	1408 (20,3%)	702 (21,5%)	706 (19,2%)	$\chi^2(1)$ = 16,308***	Cramér-V = 0,048***
	Mérsékelt (8–20 pont)	4520 (65,0%)	2137 (65,4%)	2383 (64,7%)		
	Magas (≥ 21 pont)	1024 (14,7%)	427 (13,1%)	597 (16,2%)		
Depresszív tünetek (rBDI) átlag (SD) [terjedelem] (n = 6948)		7,3 (11,83) [0–60]	6,67 (11,34) [0–60]	7,95 (12,20) [0–58]	Z = 3,633***	Cohen-d = 0,078
Depressziósúlyosági kategória n (%) (n = 6946)	Normális (≤ 9 pont)	5209 (75,0%)	2527 (77,6%)	2682 (72,7%)	$\chi^2(3)$ = 22,963***	Cramér-V = 0,057***
	Enyhe (10–18 pont)	642 (9,2%)	277 (8,5%)	365 (9,9%)		
	Középsúlyos (19–25 pont)	332 (4,8%)	137 (4,2%)	195 (5,3%)		
	Súlyos (≥ 26 pont)	763 (11,0%)	315 (9,7%)	448 (12,1%)		

*Megjegyzés: TFEQ-R21 = 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív; PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, tíztételes változata, rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata; SD = szórás; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.*

2. táblázat: A vizsgálat leíró adatai és a két nem összehasonlítása a pszichológiai változók tekintetében

Az érzelmi evésre való hajlam többszempontú vizsgálata

Az érzelmi evésre való hajlam pszichológiai korrelátumai és összefüggései a tápláltsági állapottal

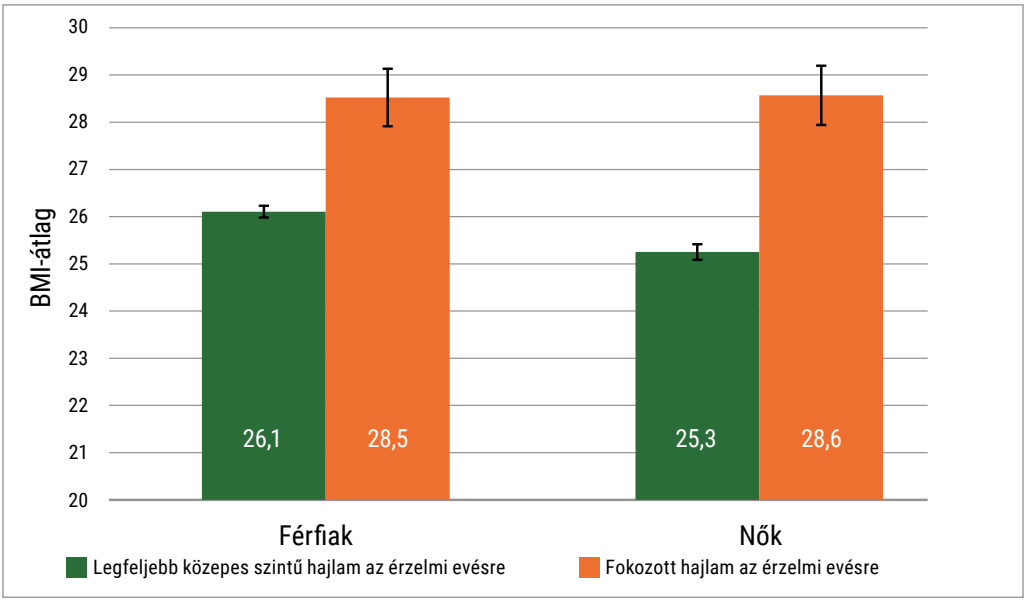
Az érzelmi evésre való hajlam mindkét nem esetében szignifikáns, pozitív irányú együtt járást mutat a BMI-vel – alátámasztva a vizsgált hipotézist –, azonban az összefüggés csak gyenge *(3. táblázat).*

	BMI	Észlelt stressz (PSS10)	Depresszió (rBDI)
Férfiak	0,20***	0,30***	0,33***
Nők	0,19***	0,27***	0,28***
A két nem összehasonlítása	Z = 0,234	Z = 1,616	Z = 1,892^{+}

*Megjegyzés: Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók. PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, tíztételes változata; rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata; $^{+}$ p < 0,10; *** p < 0,001.*

3. táblázat: Az érzelmi evésre való hajlam korrelátumai

Ugyanakkor az érzelmi evésre fokozottan hajlamosak csoportja szignifikánsan magasabb BMI-vel jellemezhető mindkét nem esetében, bár a nőknél erősebb az összefüggés (a nem főhatása: $F(1) = 4{,}328$, $p = 0{,}038$; az érzelmi evésre való hajlam főhatása: $F(1) = 217{,}289$, $p < 0{,}001$; a nem × érzelmi evés interakciója: $F(1) = 5{,}356$, $p = 0{,}021$; *1. ábra*). Mindazonáltal a modell által megmagyarázott variancia mindössze 4,0 százalék. Végül a teljes minta vonatkozásában elmondható, hogy míg az alultáplált válaszadóknak alig 2,2 százaléka, a normális tápláltsági állapotúaknak pedig 5,1 százaléka jellemezhető az érzelmi evésre való fokozott tendenciával, addig a túlsúllyal bírók esetében ez az arány 7,8 százalék, az elhízással élők körében pedig 20,1 százalék. Mindez azt jelenti, hogy e reprezentatív hazai mintában obezitás esetén minden ötödik válaszadó érintett az emocionálisan kiváltott evésre való fokozott hajlamban ($\chi^2(3) = 226{,}449$, $p < 0{,}001$; Cramér-V = 0,186, $p < 0{,}001$).

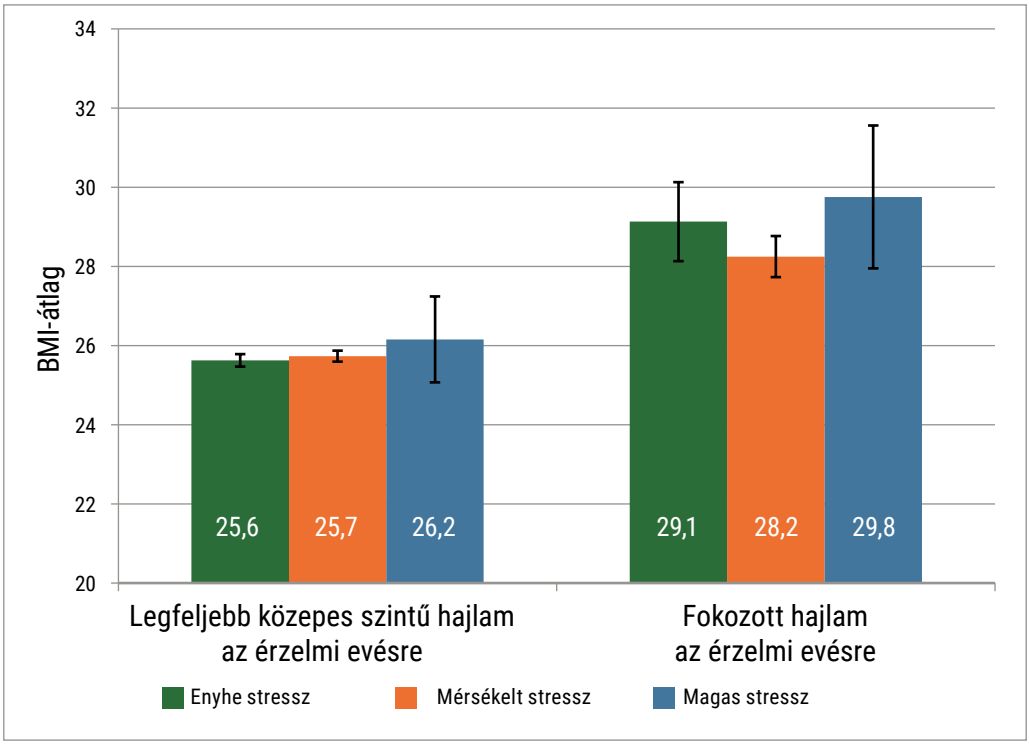


Megjegyzés: Az ábra feltünteti az átlagok 95 százalékos megbízhatósági intervallumát.

1. ábra: Az érzelmi evésre való hajlam és a BMI kapcsolata

Alátámasztva a vizsgált hipotézist az érzelmi evésre való hajlam mindkét nem esetében szignifikáns, pozitív irányú, gyenge együtt járást mutat az észlelt stresszel is *(3. táblázat).* Ugyanakkor a χ^2-próba eredménye rámutatott, hogy míg az észlelt stressz alacsony szintje esetében a válaszadók mindössze 3,6 százalékánál jelenik meg fokozott hajlam az érzelmi evésre, addig mérsékelt szintű észlelt stressz esetében ez az arány megduplázódik (8,0%), magas szintű észlelt stressz esetén pedig négyszeresére nő (15,1%; $\chi^2(2) = 106{,}102$, $p < 0{,}001$; Cramér-V = 0,124, $p < 0{,}001$).

A kétszempontos varianciaanalízis eredményei tovább árnyalják a képet *(2. ábra).* Míg az érzelmi evésre való legfeljebb közepes szintű hajlam esetében a BMI átlaga az észlelt stressz mértékétől függetlenül az alacsonyabb tartományban helyezkedik el, addig az érzelmi evésre való hajlam fokozott volta esetén az észlelt stressz mindegyik kategóriájánál magas a BMI átlaga (az észlelt stressz főhatása: $F(2) = 0{,}936$, $p = 0{,}392$; az érzelmi evésre való hajlam főhatása: $F(1) = 143{,}590$, $p < 0{,}001$; az észlelt stressz × érzelmi evés interakciója: $F(2) = 1{,}246$, $p = 0{,}288$). Megjegyzendő azonban, hogy a modell által megmagyarázott variancia igen alacsony: mindössze 3,2 százalék.



Megjegyzés: Az ábra feltünteti az átlagok 95 százalékos megbízhatósági intervallumát.

2. ábra: Az érzelmi evésre való hajlam, az észlelt stressz és a BMI kapcsolata

Végül – ugyancsak alátámasztva a tesztelt hipotézist – az érzelmi evésre való hajlam a depresszióval is szignifikáns, pozitív irányú, a nőknél gyenge, a férfiaknál pedig közepes erősségű együtt járást mutat. A férfiaknál az összefüggés tendenciaszinten szorosabb, mint a nőknél ($Z = 1{,}892$, $p = 0{,}059$; *3. táblázat*). Súlyosság szerint osztályozva a depresszió tüneteit a teljes mintán vizsgálódva szignifikáns összefüggés mutatkozik az érzelmi evésre való fokozott hajlam jelenlétével. Míg normális szintű depresszív tünetek esetében a válaszadóknak csak 5,8 százalékára jellemző az érzelmi evés fokozott hajlama, addig enyhe depressziónál 14,0 százalék, középsúlyos depresszió esetén 16,2 százalék, súlyos depresszió esetében pedig 15,2 százalék érintett benne ($\chi^2(3) = 147{,}515$, $p < 0{,}001$; Cramér-V = 0,146, $p < 0{,}001$).

Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változói

Az érzelmi evésre való *fokozott* hajlam – a jelen vizsgálatban használt kritérium szerint legalább 3 pont elérése a 21 tételes Háromfaktoros Evési Kérdőív Érzelmi evés skáláján – magyarázó változóit bináris logisztikus regresszió elemzéssel is teszteltük. A többváltozós elemzés célja a kétváltozós elemzések eredményeinek megerősítése volt egyes szociodemográfiai változók (úgymint nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely) kontrollja mellett, oly módon, hogy továbbra is vizsgáljuk az érzelmi evésre való fokozott hajlam és a tápláltsági állapotot jelző BMI közötti kapcsolatot.

Változók	B	SE	Wald	DF	p	OR [95% CI]
Nem (referencia: férfiak)	0,614	0,098	38,896	1	<0,001	1,85 [1,52–2,24]
Életkor	−0,011	0,003	14,791	1	<0,001	0,99 [0,98–0,99]
Iskolai végzettség						
Középfokú iskolai végzettség (referencia: alapfokú iskolai végzettség)	−0,193	0,116	2,782	1	0,095	0,82 [0,66–1,03]
Felsőfokú iskolai végzettség (referencia: alapfokú iskolai végzettség)	0,293	0,124	5,571	1	0,018	1,34 [1,05–1,71]
Lakóhely						
Megyeszékhely (referencia: Budapest)	−0,554	0,149	13,848	1	<0,001	0,57 [0,43–0,77]
Város (referencia: Budapest)	−0,453	0,131	11,995	1	0,001	0,64 [0,49–0,82]
(Nagy)község (referencia: Budapest)	−0,397	0,138	8,314	1	0,004	0,67 [0,51–0,88]
Észlelt stressz (PSS10)	0,045	0,008	28,792	1	<0,001	1,05 [1,03–1,06]
Depresszív tünetek (rBDI)	0,023	0,004	34,390	1	<0,001	1,02 [1,02–1,03]
BMI	0,128	0,009	198,066	1	<0,001	1,14 [1,12–1,16]

Megjegyzés: referencia = viszonyítási csoport; SE = standard hiba; DF = szabadságfok; OR = esélyhányados; 95% CI = 95 százalékos megbízhatósági intervallum; PSS10 = az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, 10 tételes változata; rBDI = a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változata.

4. táblázat: Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változói

Az eredmények *(4. táblázat)* szerint az észlelt stressz és a depresszív tünetek továbbra is szignifikáns magyarázó változói az érzelmi evésre való fokozott hajlamnak. Továbbá az érzelmi evésre való fokozott tendencia esélye szignifikánsan nagyobb a nőknél, mint a férfiaknál; a Budapesten élőknél a más településeken élőkhöz képest; valamint a felsőfokú iskolai végzettségűeknél az alapfokú iskolai végzettségűekhez képest. Ugyanakkor az érzelmi evésre való fokozott hajlam esélye az életkor előrehaladtával csökken. Mindezen változók kontrollja mellett a BMI továbbra is szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat az érzelmi evésre való fokozott hajlammal. A modell által megmagyarázott variancia (Nagelkerke R^2) 13,7 százalék.

Megbeszélés

A hazánk felnőtt lakosságának számottevő részét érintő túlsúly és elhízás jelentős kockázatot hordoz magában a testi és lelki egészségre, az egészségügyi ellátórendszer fokozott leterhelését eredményezve. A többletsúlylyal élők hibáztatása az állapotukért és a felelősség rájuk hárítása azonban nem segíti elő az elhízás epidémiájának visszaszorítását. Minél szélesebb körben válik ismertté az obezitás komplex etiológiai háttere (Kadouh és Acosta 2017), annál inkább remélhető, hogy gyengülni fog a hibáztató attitűd az elhízással élőkkel kapcsolatban. Mindez hozzájárulna a stigmatizáló bánásmód előfordulási gyakoriságának csökkenéséhez és ezáltal e komoly pszichoszociális stresszfaktor enyhítéséhez az érintettek életében (Czeglédi 2021).

Jelen tanulmány célja az elhízásra hajlamosító érzelmi evésre való hajlam és az észlelt stressz, a depresszív tünetek, valamint az elhízás kapcsolatának vizsgálata volt a Hungarostudy 2021 kutatás tizennyolc éves és afeletti hazai lakosságot reprezentáló mintáján.

Eredményeink szerint a résztvevők több mint fele (55,3%-a) él kisebb-nagyobb súlyfelesleggel. A túlsúly (BMI = 25,0–29,9 kg/m^2) a férfiak körében valamivel nagyobb, az elhízás (BMI ≥ 30,0 kg/m^2) viszont mindkét nemnél jóval kisebb gyakorisággal fordul elő a mintában, mint amire a reprezentatív hazai felmérések eredményei (Rurik és mtsai 2021) alapján számítani lehetett volna. Ennek egyik oka lehet az önbevallással nyert antropometriai adatok (különösen a testtömeg) szenzitív természete,

amely az esetleges szégyenérzet miatt torzítást eredményezhetett a kérdezőbiztosnak adott válaszadás során. Ezt a feltételezést alátámasztja, hogy a 2013-ban lezajlott Hungarostudy-vizsgálat azonos módszertannal kapott eredményei is kedvezőbb képet mutattak a hazai trendeknél. Mindezt szükséges figyelembe venni az eredmények értelmezése során.

A tanulmány fókuszában az emocionális evés jelensége állt, amely egyes negatív érzelmek (például unalom, magányosság, harag) enyhítését szolgáló, hosszú távon egészségkárosító hatású, éppen ezért maladaptív érzelemszabályozási stratégia. Azon túl, hogy obezogén – azaz elhízásra hajlamosító – magatartás, az egyik legnagyobb akadálya a hatékony és hosszú távú testtömegkontrollnak (Czeglédi 2021). Éppen ezért minél jobban megismerjük az ezt a tendenciát előrejelző pszichoszociális tényezőket, annál inkább személyre szabott kezelést tudunk nyújtani a súlyfelesleggel élő páciensek gondozása során.

A kétváltozós elemzések eredményei szerint a nők valamivel hajlamosabbak a férfiaknál az emocionális evésre, azonban a nemek közötti különbség csekély. Ez pedig arra utal, hogy a férfiak esetében is számolnunk szükséges azzal, hogy egyes nehéz érzéseiket evéssel próbálják meg csillapítani.

Az emocionális evésre való tendencia elhízásra hajlamosító voltát alátámasztja, hogy mindkét nemnél egyenes irányú összefüggést mutat a táplálkozási állapotot jelző BMI-mutatóval, ráadásul az érzelmi evésre való fokozott hajlam minden ötödik obez egyént érinti.

Az emocionális evésre való tendencia mindkét nemnél pozitív irányú együtt járást mutat az észlelt stresszel. Eredményeinkből az is látható, hogy az érzelmi evésre való legfeljebb közepes mértékű hajlam esetében az észlelt stressz szintjétől függetlenül az alacsonyabb tartományban helyezkedik el a válaszadók BMI-átlaga. Az érzelmi evésre való fokozott hajlam esetében viszont az észlelt stressz szintjétől függetlenül magas a BMI-átlag. Tehát az érzelmi evésre való fokozott hajlam még alacsony szintű észlelt stressz esetében is valószínűsíti a jelentős súlytöbblet megjelenését. Mindez egyfelől alátámasztja, hogy a mindennapi apró bosszúságok is épp elég belső feszültséget generálhatnak ahhoz, hogy az egyén evéssel próbálja csillapítani (Konttinen 2020), másfelől pedig arra utal, hogy a stresszkezelési készségek fejlesztése – azaz a problémafókuszú és

az adaptív érzelemfókuszú megküzdési módok kialakításának és megszilárdításának támogatása – akkor is jótékony hatást gyakorolhat a súlyfelesleg mértékére, ha az illetőnek szemlátomást nincsenek súlyos életviteli problémái. A hazánkban is elérhető William ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő tréning csoportos, illetve önsegítő formája tíz bizonyítékalapú stratégia elsajátítását is lehetővé teszi, jelentősen hozzájárulva nemcsak a stressz megfelelő kezeléséhez, hanem a támogató, meleg személyközi kapcsolatok kialakításához és hosszú távú megőrzéséhez is (Stauder és mtsai 2016).

Az érzelmi evésre való hajlam ugyancsak mindkét nem esetében együtt jár a depresszív tünetekkel. Ugyanakkor míg normális szintű depresszió esetében csak a válaszadók alig 6 százalékára jellemző az érzelmi evésre való fokozott hajlam, addig a depresszív tünetek fokozott jelenléte (legalább 10 pont elérése a rövidített Beck Depresszió Kérdőíven) esetében a résztvevők mintegy 15 százaléka érintett ebben. A depresszió súlyossági fokozatai azonban nem mutatnak számottevő összefüggést az érzelmi evésre való fokozott tendencia előfordulási gyakoriságával. Mindez azt jelenti, hogy – akár enyhe, akár középsúlyos, akár súlyos – depresszió esetében megközelítőleg minden hetedik egyénnél megjelenhet az érzelmi evésre való fokozott hajlam, részben megmagyarázva a depresszió és az elhízás pozitív irányú kapcsolatát (Konttinen 2020). Ennek ismeretében különösen fontos a depresszió szűrése az alap- és szakellátórendszerben, illetve megfelelő kezelésének a biztosítása. Hangsúlyozandó, hogy az enyhe depresszió tüneteinek enyhítésére kiválóan alkalmazhatók az úgynevezett alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók, amelyeket nemcsak a háziorvosok, de más területeken működő szakemberek is nagy hatásfokkal tudnak alkalmazni a mindennapi orvosi gyakorlatban (Purebl 2018).

Az érzelmi evésre való fokozott hajlam magyarázó változóit tesztelő többváltozós elemzésben az észlelt stressz és a depresszió egyaránt megőrizte szignifikáns prediktor szerepét. A szociodemográfiai változók bevonásával végzett elemzés eredménye megerősítette, hogy a nőknél nagyobb eséllyel jelenik meg a fokozott mértékű érzelmi evés, mint a férfiaknál. A vidéken élőknél településtípustól függetlenül jóval kisebb eséllyel jelent meg az érzelmi evésre való fokozott hajlam, mint a fővárosban élőknél. Ennek hátterében részben az állhat, hogy Budapesten nagyságrendekkel nagyobb

a népsűrűség, mint bármelyik hazai városban vagy akár megyeszékhelyen, jelentős zsúfoltságot eredményezve, ami egyfelől maga is stresszforrás, másfelől az elidegenedés érzését is eredményezheti. A sokemeletes házakban és kiterjedt épülettömbökben a gyakorta egymást látásból is alig ismerő emberek csak kevéssé támaszkodhatnak a lakókörnyezetük tagjaira a nehézségeik megoldásában, illetve kevésbé részesülhetnek tőlük érzelmi támogatásban. Emellett a COVID–19-pandémia első időszakában bekövetkezett korlátozások talán a fővárosban élőket szorították be leginkább az otthonaikba, az ebből fakadó jelentős érzelmi megterhelés mellett korlátozva az adaptív feszültséglevezetési módok számos formáját. A világjárvány evészavarokra gyakorolt hatására irányuló nemzetközi kutatások eredményeit áttekintő hazai tanulmány szerzői beszámolnak arról, hogy az Egyesült Királyságban élő 16–24 éves fiatalok körében a pandémia korai időszakában megszaporodott a túlevés, illetve az érzelmileg kiváltott evés gyakorisága, míg egy másik, Olaszországban folytatott, a tizenegy év felettieket vizsgáló kutatásban a válaszadók mintegy egyharmadánál étvágyfokozódás, közel felüknél pedig súlygyarapodás jelent meg (Babusa és Túry 2022).

Az iskolai végzettség kapcsán kapott eredmény, hogy az alapfokú iskolai végzettségűekhez képest a felsőfokú iskolai végzettségűek körében nagyobb az esélye az érzelmi evésre való fokozott hajlamnak. Ennek lehetséges magyarázata, hogy a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb valószínűséggel végeznek szellemi munkát, mint az alapfokú iskolai végzettségűek. Ez túlnyomórészt ülőmunkát jelent, amely a fizikai munkánál több lehetőséget teremt az érzelmileg kiváltott evési epizódok megjelenésére a nap során. Egy Törökországban végzett vizsgálat eredményei szerint a negatív érzelmekkel, illetve negatív helyzetekkel való szembesülésre adott válaszul megjelenő érzelmileg kiváltott étvágy, illetve érzelmi evés az iskolai végzettséggel párhuzamosan fokozódik. A szerzők érvelése szerint ennek lehetséges magyarázata, hogy a magasabb iskolai végzettségűek jobb anyagi körülményekkel rendelkeznek (Bilici és mtsai 2020), azaz lényegében „megengedhetik” maguknak, hogy feszültséglevezetésként egyenek.

Az életkor kapcsán pedig elmondható, hogy az érzelmi evésre való fokozott hajlam kockázata az életkor előrehaladtával csökken. Ez összecseng

például a fent említett török vizsgálat (Bilici és mtsai 2020) eredményeivel, és egyfelől igen örvendetes, ha tekintetbe vesszük a testsúlygyarapodásra való tendenciát az idősödés során. Másfelől azonban a jelen mintán kapott összefüggés statisztikai értelemben elhanyagolhatóan csekély, így életkortól függetlenül gyakorlatilag bárkinél megjelenhet az emocionális evésre való hajlam fokozott mértéke.

Hangsúlyozandó, hogy mindezen változók kontrollja mellett a BMI továbbra is szignifikáns, pozitív irányú kapcsolatot mutat az emocionális evésre való fokozott hajlammal, aláhúzva annak jelentőségét, hogy a súlyfelesleg etiológiai hátterében e pszichés jellemző lényegi szerepet játszik. Mivel az elhízás krónikus betegségként értelmezendő állapot, amely maga is számos krónikus betegség rizikótényezője (Rurik és mtsai 2021), az érzelmi evés hajlamában való érintettség mértékét mindenképpen szükséges felmérni és figyelembe venni a súlyfelesleggel élők egészségügyi ellátása során. Hiszen minél inkább ismeri a szakember az adott páciens súlytöbbletének hátterében álló tényezőket, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az egyénre szabott kezelés biztosításával sikeresen megtámogatja a testtömegkontrollt. Ahogy a jelen vizsgálat eredményei mutatják, a személyre szabott kezelés egyik aspektusa az elhízásra hajlamosító és a hatékony testsúlymenedzselést akadályozó érzelmi evés szerepének felismerése a súlyfelesleg kialakulásában, illetve fennmaradásában, és leküzdésének támogatása a stresszkezelési készségek fejlesztésével (Czeglédi 2021).

Összegzés

Az elhízás a fejlett világ egyik legnagyobb népegészségügyi jelentőségű problémája. Prevenciója nem megoldott, kezelésére pedig nincs királyi út. Éppen ezért az etiológiájában szerepet játszó, módosítható tényezők feltérképezése és kedvező irányú változtatása kiemelt jelentőségű. Jelen kutatás az érzelmi evésre való hajlam szerepére fókuszált. A COVID–19-járványügyi helyzet és az ennek kapcsán bevezetett korlátozások jelentős szorongás táptalajául szolgáltak, és sokakat megfosztottak nemcsak a biztonság-, de a kompetenciaérzésüktől is, ugyanakkor megnehezítették a helyzettel való adaptív megküzdést. A maladaptív copingstratégiák – mint amilyen például az emocionális evésre való hajlam – azonban többnyire káros hatást gyakorolnak az egyének testi-lelki egészségére

és esetenként a társas kapcsolataikra is. A hatékony testtömegkontroll élethosszig tartó elköteleződést kíván, és egyik első lépése az érzelmileg kiváltott evési epizódok előfordulási gyakoriságának csökkentése lehet az arra hajlamos személyeknél. Jelen tanulmány eredményei segítettek feltárni az érzelmi evésre való hajlam pszichoszociális háttértényezőit, szempontokat adva a szűréshez és a beavatkozáshoz.

Felhasznált irodalom

Adamson, Maheen M., Angela Phillips, Srija Seenivasan, Julian Martinez, Harlene Grewal, Xiaojian Kang, John Coetzee, Ines Luttenbacher, Ashley Jester, Odette A. Harris, David Spiegel (2020) International prevalence and correlates of psychological stress during the global COVID–19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. (24): 9248.

Babusa Bernadett, Túry Ferenc (2022) A COVID–19-pandémia hatása az evészavarokra. *Lege Artis Medicinae.* 32. évf. 4–5. sz. 181–187.

Bilici, Saniye, Busra Ayhan, Efsun Karabudak, Eda Koksal (2020) Factors affecting emotional eating and eating palatable food in adults. *Nutrition Research and Practice.* Vol. 14. (1): 70–75.

Camilleri, Géraldine M., Caroline Méjean, Emmanuelle Kesse-Guyot, Valentina A. Andreeva, France Bellisle, Serge Hercberg, Sandrine Péneau (2014) The associations between emotional eating and consumption of energy-dense snack foods are modified by sex and depressive symptomatology. *Journal of Nutrition.* Vol. 144. (8): 1264–1273.

Czeglédi Edit (szerk.) (2021) *Az obezitás magatartástudományi vonatkozásai.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft.

Czeglédi Edit, Urbán Róbert (2010) A Háromfaktoros Evési Kérdőív (Three-Factor Eating Questionnaire Revised 21-Items) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle.* 65. évf. 3. sz. 463–494.

Kadouh, Hoda C., Andres Acosta (2017) Current paradigms in the etiology of obesity. *Techniques in Gastrointestinal Endoscopy.* Vol. 19. (1): 2–11.

Konttinen, Hanna (2020) Emotional eating and obesity in adults: the role of depression, sleep and genes. *Proceedings of the Nutrition Society.* Vol. 79. (3): 283–289.

Mannan, Munim, Abdullah Mamun, Suhail Doi, Alexandra Clavarino (2016) Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian Journal of Psychiatry.* Vol. 21: 51–66.

Purebl György (2018) *Alacsony intenzitású pszichológiai intervenciók a mindennapi orvosi gyakorlatban.* Budapest: Oriold és Társai Kiadó.

Rurik Imre, Apor Péter, Barna Mária, Barna István, Bedros J. Róbert, Kempler Péter, Martos Éva, Mohos Elemér, Pavlik Gábor, Pados Gyula, Pucsok József, Simonyi Gábor, Bíró György (2021) Az elhízás kezelése és megelőzése: táplálkozás, testmozgás, orvosi lehetőségek. *Orvosi Hetilap.* 162. évf. 9. sz. 323–335.

Sarwer, David B., Heather M. Polonsky (2016) The psychosocial burden of obesity. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America.* Vol. 45. (3): 677–688.

Stauder Adrienne, Balog Piroska, Kovács Mónika, Susánszky Éva (2016) A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 17. évf. 2. sz. 81–95.

Túry Ferenc, Czeglédi Edit, Papp Ildikó, Dukay-Szabó Szilvia, Babusa Bernadett, Hayriye Güleç, Mezei Ágnes, Szabó Kornélia, Varga Márta, Szumska Irena (2013) A táplálkozási magatartás zavarainak felmérése reprezentatív hazai minta alapján – különös tekintettel a háttértényezőkre. In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2013.* Budapest: Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió Kft. 147–160.

World Health Organization (2017) *Weight bias and obesity stigma: considerations for the WHO European Region.* Copenhagen: World Health Organization. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/351026/WeightBias.pdf (Letöltés: 2022. május 11.)

Bódizs Róbert

Alvás-ébrenlét időzítés, álmosság és egészség kronoepidemiológiai kitekintésekkel

Bevezetés és szakirodalmi előzmények

Az alvás az emberi és – nagyon kevés kivételtől eltekintve – az állati lét alapvető jelentőségű állapota, melynek az egészségben és a jóllétben játszott szerepe egyértelműen igazolt. A KSH időmérlegadatai tükrében kijelenthető, hogy a magyar lakosság átlagosan több mint napi nyolc órát fordít alvásra (Kovács 2014; Kovács és Bálint 2014). Ez az érték a tizenévesek és idősek körében a napi kilenc órát is meghaladja, azonban fontos megjegyezni, hogy a tényleges éjszakai alvás összidőtartama, számos nehezen becsülhető tényező hatására – mint például éjszakai ébrenlét, a kérdőívek és naplók kitöltésekor megjelenő esetleges elvárási hatások – ennél kevesebb is lehet. Tovább árnyalja a képet a napközben előforduló szundítás viszonylag nehezen becsülhető mennyisége, amelyről az idős és részben már kevésbé aktív populáció vonatkozásában viszonylag pontatlan képünk lehet. Végül megemlítendő még, hogy az alvás mint tevékenység társadalmilag és kulturálisan is szabályozott, így az idők folyamán akár jelentősen változhat is. Mindazonáltal a fent említett korlátozó tényezők ellenére is megállapítható, hogy nincs még egy olyan tevékenységünk, amelyre hasonlóan sok időt fordítanánk, sem olyan, amelyet ennyire egy időben végeznénk. Utóbbi tekintetben érdemes szintén a KSH időmérlegadataiból kiindulnunk, melyek szerint nem sokkal hajnali két óra után a felmérésbe bevont tízéves kor fölötti magyarországi lakosság több mint 97 százaléka alszik. Vagyis a pihenés e sajátos és az öntudatunk, valamint reakciókészségünk háttérbe szorulásával jellemezhető állapotában nemcsak évtizedeket töltünk el életünk során, de ráadásul mindezt még nagyrészt – némileg talán kissé atavisztikus módon – egy időben, mintegy közös ritmus szerint is tesszük.

Az alvás kérdéskörének időbeli vonatkozásai azonban jócskán túlmutatnak az éjszakán és a tulajdonképpeni alvásállapottal töltött időszakokon. Az elégséges, illetőleg elégtelen alvás természetesen befolyásolja

nappali, elviekben alvással nem kapcsolatos tevékenységeinket, továbbá a jóllétünket, hangulatunkat és az egészségünket is, és nem elhanyagolható mértékben kíséri el a nappali óráinkat is az álmosság érzetének formájában.

Az alvás idejét és időzítését, valamint az álmosság szintjét és napszakos ingadozását az ismert társadalmi hatások (kötelezettségek, konvenciók) mellett jelentős mértékben az alvásszabályozással és a kronobiológiával kapcsolatos élettani tényezők határozzák meg. Kronobiológiának az életjelenségek időbeli vonatkozásaira fókuszáló tudományterületet nevezzük, amely számos elágazása, határterülete és alkalmazása révén szorosan összefügg más diszciplínákkal, például az epidemiológiával (kronoepidemiológia; Roenneberg és mtsai 2007), a pszichológiával (kronopszichológia; Putilov 2021) vagy az orvoslással (kronomedicina; Erren és mtsai 2012). Jelen elemzés fókuszában egy kronoepidemiológiai megközelítésmód áll, de a gondolatmenet és a hipotézisalkotás mentén a tanulmány számos ponton kapcsolódik a kronobiológiához és a kronomedicinához is. Szintén a kronobiológiából eredeztethető szakkifejezés a kronotípus is, amely az alvásidőzítés egyéni preferenciáját hivatott jelölni. A korábbi reggeli és esti (pacsirta és bagoly) típusok helyett a szakirodalomban először a köztes kategória gyakori voltának elismerése, majd – egy jelentős módszertani újításnak köszönhetően – a folytonos változóként való definiálás jelent meg. Ez utóbbi a szabadon megválasztott alvás időzítésének egyik mutatója, gyakorlatilag a szabadnapok éjszakai alvásperiódusainak közepét jelenti (Roenneberg 2012). A kronotípus számos egészség-magatartással és rizikófaktorral kapcsolatba hozható fogalom, ezért jelen munka célja a magyarországi referenciaértékek közzététele, valamint a kérdéskörrel kapcsolatos tudományos érdeklődés fölkeltése.

Maga a kronotípus a cirkadián (körülbelül egynapos) endogén biológiai ritmus fázisának egyéni különbségeit tükrözi. A ritmus endogén és oszcillátoros jellegéből kifolyólag az álmosság érzete nem egyszerűen az alvással és ébrenléttel töltött időtől (homeosztatikus szabályozás), hanem a napszaktól (cirkadián szabályozás), illetve részben az úgynevezett alvási tehetetlenségtől (az ébredést követő álomittasság) is függ. Ennek eredményeképpen az álmosság napi ritmusa – az empirikus mérések és

a modellkísérletek egybevágó eredményei szerint – U alakú formát vesz föl (Achermann és Borbély 1994).

Az itt közzétett elemzés fókuszában az álmosság és az alvás időzítése áll. Az írás célja, hogy feltárja a magyar felnőtt népesség alvásidőzítésének és álmosságjellemzőinek időbeli meghatározóit, továbbá kimutassa ezek potenciális egészséglélektani jelentőségét. A tanulmány kapcsolódik egy korábbi írásunkhoz, amely a *Kapocs* című folyóirat által a közelmúltban közölt és szintén a Hungarostudy 2021. évi felmérésére alapozó hasonló – az alvásidőzítésre és az álmosságra fókuszáló – kutatási jelentés (Bódizs és G. Horváth 2022). Ez utóbbira a jelen írás több ponton is támaszkodik. A felnőtt magyar népesség alvásidőzítésére fókuszáló idézett közlemény fő eredményei a következők voltak:

- A felnőtt magyar lakosságnak a München Kronotípus Kérdőív (Munich Chronotype Questionnaire, MCTQ) magyar változatával (MCTQ-HUN; Haraszti és mtsai 2014) becsült átlagos éjszakai alvásideje 8 óra és 13 perc.
- A nem asztmajellegű légzőszervi betegségektől szenvedők az átlagosnál kevesebbet, míg a gyomor- vagy nyombélfekéllyel küzdők többet alszanak.
- Az alvásperiódus közepe, amely a kronotípus fenotipikus markere, éjjel 2:59 órára tehető (nyári időszámítás szerint).
- Az alvásperiódus közepe életkortól függő: fiatalabb alanyok esetében az átlagosnál későbbi, a kitöltők életkorának növekedésével párhuzamosan pedig egyre korábbi időpontra helyeződik át (a vizsgálat keresztmetszeti jellege miatt a kohorszhatás és a kronológiai kor nem különíthető el teljes bizonyossággal).
- A női kitöltők átlagosan mintegy tíz perccel korábbi alvásidőzítésről számoltak be, mint a férfiak.
- A reggeli álmosság a kései kronotípusok körében, míg az esti álmosság a koraiak körében kifejezettebb.
- A kültéri fényben tartózkodás mértéke a reggeli kronotípus egyik előrejelzője (több kültéri fény koraibb kronotípussal függ össze).
- A magas vérnyomás és az agyérbetegségek előfordulása a korai alvásidőzítéssel függ össze.

- A szabadnapok és a munkanapok közötti alvásidőzítési különbség (az úgynevezett szociális jetlag) népességben becsült átlaga 1 óra és 9 perc, ami életkortól függ (előrehaladottabb életkorban kisebb mértékű), továbbá előre jelzi a kérdőív kitöltése utáni álmosság szintjét (magasabb szociális jetlag magasabb álmosságszinttel jár együtt).

A fenti megfigyelések közül a nemi és az életkori hatások, a kültéri fény és a kronotípus kapcsolata, valamint az álmosság/éberség napszakos mintázatai és a kronotípus közötti összefüggések korábban nem magyarországi mintákon megerősítést nyertek (Roenneberg és mtsai 2003; 2007). Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a kronotípus erősen függ a hosszúsági fokoktól, illetve természetesen a napfényes órák és a szociális (konvenció szerinti) óra egymáshoz való viszonyától, így e jelenség magyarországi mintán való becslésének önmagában is van jelentősége.

Módszerek

A jelen tanulmányban alkalmazott módszerek (lásd alább) részben megegyeznek a korábban közölt kronobiológiai tematikájú Hungarostudy 2021-kutatásban használtakkal (Bódizs és G. Horváth 2022), és a jelen vizsgálat is a Hungarostudy országos reprezentatív egészségfelmérés adatai alapján készült. A felmérés reprezentativitása a tizennyolc éves kor fölötti populációt tekintve életkorra, nemre és régióra biztosított (n = 7000), azonban az egyes elemzések során az adattisztításnak és az elemzési módszernek tulajdoníthatóan a maximálisnál alacsonyabb és változó az elemszám. Emiatt az elemszámot vagy a statisztika szabadságfokát az egyes próbák eredményei mellett tüntettük fel. Az adatok 2021. július 21. és szeptember 15. között lettek felvéve. Mint korábbi tanulmányunkban is jeleztük, a kérdőívek felvételének kezdő időpontja átlagosan 13:47, a befejezés időpontja pedig 14:36, a Magyarországon az adott időszakban érvényben lévő nyári időszámítás szerint (Bódizs és G. Horváth 2022).

Kérdőívek, kérdések

A kérdőívcsomagból felhasznált kérdőívek:

- a München Kronotípus Kérdőív (Munich Chronotype Questionnaire, MCTQ) magyar változata (MCTQ-HUN, Haraszti és mtsai 2014);
- az aktuális szubjektív álmosság becslését szolgáló tízpontos Likert-skála (egyszer a kérdőívcsomag elején, egyszer pedig a kérdőív kitöltését követően; 1: egyáltalán nem vagyok álmos; 10: nagyon álmos vagyok) (Riegel és mtsai 2013);
- az elmúlt egy évben előfordult betegségekről való számadás (1-es típusú cukorbetegség, 2-es típusú cukorbetegség, májbetegség, asztma, más légzőszervi betegségek, allergiás betegségek, gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor- és bélrendszeri betegség, vesebetegség, reuma, más izom- és csontrendszeri betegség, közlekedési baleset, üzemi baleset, otthoni baleset, magas vérnyomás, daganatos betegség, pszichiátriai betegség, pánikbetegség vagy más szorongásos betegség, szívbetegség, agyérbetegség, igazolt COVID–19 és/vagy szövődményei, elhúzódó [egy hét vagy több] Covid-védőoltás utáni reakció), ahol a válaszlehetőségek az alábbiak voltak: (3) feküdt kórházban is; (2) csak járóbetegként kezelték; (1) elhalasztották a kezelését; (0) nem kezelték, mert nem volt szükség rá;
- a WHO öttételes általános jóllét skálája (Susánszky és mtsai 2006);
- a demográfiai jellemzők közül az életkor, valamint a nem (nő, férfi).

Az MCTQ-HUN az alapjául szolgáló kutatási eredményekkel (Roenneberg és mtsai 2003) összhangban feltérképezi a kitöltő alvásidőzítési szokásait az alábbi szempontok figyelembevételével: van-e a kitöltőnek viszonylag stabil alvásidőzítése a munkanapokon és a szabadnapokon (a viszonylag itt a stabil napirenddel töltött napok egy hétre vetített számát jelöli); ha nincs, akkor miért nincs (rövid szöveges válasz); a napirendje szerint munkanapokon hány órakor szokott lefeküdni; hozzávetőlegesen hány órakor szokott elaludni, illetve fölébredni, majd fölkelni? Az utóbbi kérdések a szabadnapok vonatkozásában is megismétlődnek. Rákérdeznek továbbá a szabad ég alatt töltött órák számára is (heti bontásban), amely változó a cirkadián ritmus fényérzékeny jellege miatt releváns.

A kérdőív a szabadnapok alvásidőzítését tekinti a kronotípus markerének, mégpedig oly módon, hogy a hétvégi túlalvás korrigálását követően az alvásperiódus közepének időpontját tekinti releváns mutatónak. Bár az elmúlt évtizedek kutatásai messzemenően megerősítették ennek az eljárásnak a megbízhatóságát és kiemelt epidemiológiai jelentőségét, megjegyzendő, hogy az alvásidőzítési fenotípusokból építkező kronoepidemiológiai megközelítés nem alkalmas a rendszertelenül alvó (például váltott műszakban dolgozó) alanyok kronotípusának becslésére. Tekintetbe véve, hogy a rendszeres alvásidőzítéssel ilyen vagy olyan okból nem rendelkező kitöltők száma jelentős (lásd alább), jelen írás külön kitér ezeknek az alanyoknak a vizsgálatára. Utóbbi a rendszertelen alvás deklarált okainak feltárása, valamint más – egészséglélektanilag relevánsnak ítélt – változókkal való esetleges együtt járása tesztelésének formájában történik.

A fent részletezett megfontolások mentén az MCTQ-HUN-adatsorokból csak azon kitöltők kronotípusadatai kerülnek az elemzés fókuszába, akik a vizsgálat lefolytatásakor rendszeres vagy szabadon megválasztott hétvégi alvás-ébrenlét beosztásról számoltak be. Ezenfelül a korábbi tanulmányban elvégzett és ismertetett, három lépésből álló adattisztítási eljárás (lásd az alábbi három pontot) is érvényben maradt (Bódizs és G. Horváth 2022). Az adattisztítás során első lépésben (1) a kitöltők által felcserélt lefekvési és becsült elalvási idők korrigálása történt meg: mindig a későbbi időpont került az elalvási adatsorba. Továbbá (2) az eredetileg elvárt 24 órás időformátum (például 23 óra) helyett az egyes kitöltők által használt 12 órás időformátumot (például 11 óra) is korrigáltuk az alábbiak szerint. Ha a lefekvési idő a kitöltő szerint a 4:48 és 13:00 óra közötti időintervallumba esett, az ébredési ideje pedig a hajnali négy és dél közötti időintervallumban volt, a lefekvési idők esti (24 órás formátumú) órákra való átváltására került sor. Ennek alapját az a feltételezés adta, mely szerint az éjszakai műszak miatt reggel aludni térők valószínűleg nem alszanak délután négynél tovább. Ezután (3) manuális módszerrel a 15 óránál hosszabb alvásidőtartamról számot adó személyek kronotípusadatainak kiszűrése következett, mivel ezek az alvásintervallumok irreálisan hosszúnak látszanak (a kérdőív nem az egyszeri alvásra, hanem az alvási szokásokra kérdez rá).

Adatfeldolgozás, statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozása során alkalmazott eljárások jellegére az eredmények bemutatásakor utalok. A leíró statisztikai eljárások mellett paraméteres statisztikai modelleket (az együtt járás tesztelése Pearson-korreláció számítása révén, a csoportosító változók hatásainak tesztelése variancia-analízissel vagy általános lineáris modell által), valamint nem paraméteres eljárásokat (Spearman-féle rangkorrelációs, Kruskall–Wallis-próba) is használok. Az álmosságadatok napszaktól függő trendjeiben vélelmezhető U alakú görbét másodfokú polinomiális illesztéssel, a legkisebb négyzetek módszerét alkalmazva jártam el (az adatok trendjében parabolát keresve). Az illesztett görbe minimumát a görbét leíró függvény elsőrendű deriváltjának zérusmetszeténél állapítottam meg (elsőrendű deriválási teszt).

Az éjszakai alvásperiódus közepének megállapításakor már korábbi elemzéseink során kidolgoztunk egy eljárást az éjfél előtti és éjfél utáni időpontok egységes kezelésére. Ennek lényege, hogy az időpontokat az előző éjféli időponttól számítottuk ki, így azonos skálán váltak értékelhetővé (például éjjel 1 óra 25 órának felelt meg; Bódizs és G. Horváth 2022; Bódizs és mtsai 2022). A statisztikai számítások során minden időértéket ebben a formátumban elemeztem, azonban a szövegben és az ábrákon a már visszaalakított értékek szerepelnek.

A szabadnapokon rendszeresen megélt alváskorlátozás okát vizsgáló és az MCTQ-HUN-kérdőív részét képező kérdés nyitott jellegéből eredően szabad szavas válaszokat eredményezett (például gyerekek miatt, munka miatt). Ezeknek a válaszoknak az adattisztítását és tartalmi csoportosítását manuálisan végeztem el. A tartalmi kategóriák felállításakor a jelentésbeli egyezőséget (például gyerek, gyermek, gyerekek, kisbaba), az alárendelt-fölérendelt szemantikai viszonyrendszert (például munka-mozdonyvezető vagy gyerek-kislányom), valamint a tisztázhatóság kérdéseit tartottam szem előtt (például a „háziállat” és az „állattartás” kifejezés hobbiállatokra és haszonállatokra egyaránt utalhat). A fenti szempontok figyelembevételekor összevontam a jelentésükben egyező kifejezéseket (például gyerek, gyermek), illetve a ragozott formáikat (például gyerekeim, gyermekemnek), valamint az alá-fölé rendelt viszonynak megfelelő kategóriákat is (például kislányom, gyerekem). Végül, de nem utolsósorban alkalmaztam a világos elkülöníthetőség kritériumát (ezért az állatok és

a kert külön kategóriába kerültek, mert a válaszokból nem mindig derült ki egyértelműen, hogy hobbiállatokról, hobbikertészetről – például kutyasétáltatás, virágok locsolása – vagy munkáról – például gazdaság vezetéséről – van-e szó).

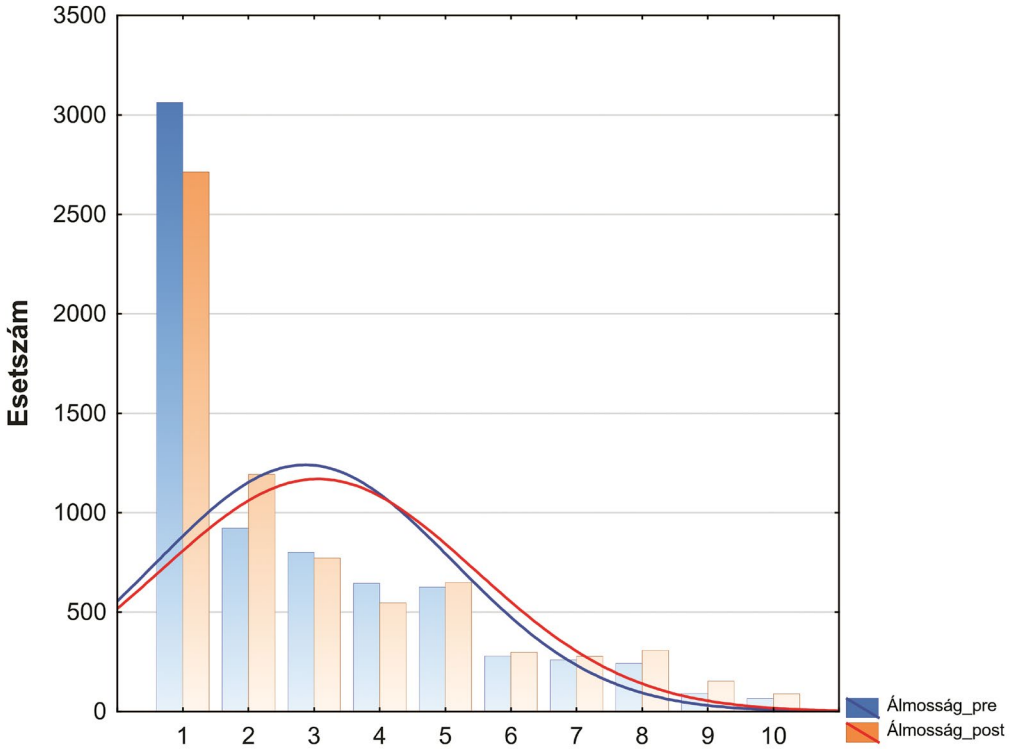
A vizsgálat során a Statistica (StatSoft Inc., USA), a Microsoft Excel (Microsoft Corp., USA), a DADiSP (DSP Development Corp., USA), valamint a WordClouds (https://www.wordclouds.com/) programokat használtam.

Eredmények

A kérdőívet kitöltők álmossága

Az álmosságszint leíró statisztikája

A tízpontos Likert-skálán, a tesztfelvétel kezdetén becsült álmosság szintje ferde eloszlást mutatott *(1. ábra),* melynek átlaga 2,85, mediánértéke 2, modális értéke pedig 1 pont volt. Ugyanakkor a teljes mérési tartományban voltak pontszámok (minimumérték: 1, maximumérték: 10). Az eloszlás egyenletesebbé tétele érdekében az álmosságpontszámok quartilisekre konvertálása is megtörtént (Q1, Q2, Q3, Q4, ahol Q1 a legalacsonyabb álmosság). A kérdőívkitöltés végén becsült álmosságszint nagyon hasonló jellemzőkkel írható le, de összességében kissé emelkedett mértékű *(1. ábra).* A két adatsor közötti egyenes arányosság vélelmezhető, vagyis a magasabb kezdeti álmosságszint összességében inkább fennmaradt (a Spearman-féle rangkorrelációs együttható a kezdeti és a végső álmosságszint között: $\rho = 0{,}74$; $p < 0{,}001$). Mindazonáltal egy ennél gyengébb hatású, de részben ezzel ellentétes tendencia is megfigyelhető: nevezetesen a magasabb kezdeti álmosságszint a kérdőív kitöltése közben kisebb mértékben emelkedett, mint a kezdetben kevésbé álmos kitöltők körében, sőt adott esetben csökkenést vont maga után ($\rho = -0{,}24$). Mindez azt jelentheti, hogy a kezdetben ébernek mutatkozó alanyok ébersége a kérdőív kitöltése közben inkább csökkent, míg a kezdeti álmosságot a tesztkitöltés ténye (és talán a kérdezőbiztos jelenléte) részben enyhítette.



1. ábra: A kérdőívfelvétel elején és végén, tízpontos Likert-skálával becsült álmosságszintek gyakorisági eloszlásai a rájuk illesztett Gauss-görbékkel. Az eloszlások ferdék (nemgaussiak). Kék (álmosság_pre): a kérdőívfelvétel elején becsült álmosság. Narancssárga (Álmosság_post): a kérdőívfelvétel után becsült álmosság. 1: egyáltalán nem vagyok álmos; 10: nagyon álmos vagyok.

Az álmosságszint nem függött a kérdőívet kitöltők nemétől és életkorától. Tekintettel a kérdőív kezdetén és végén becsült álmosságszintek szoros összefüggésére, a munka hátralevő része a kezdeti álmosságra fókuszál.

Az álmosság mint a napszak függvénye

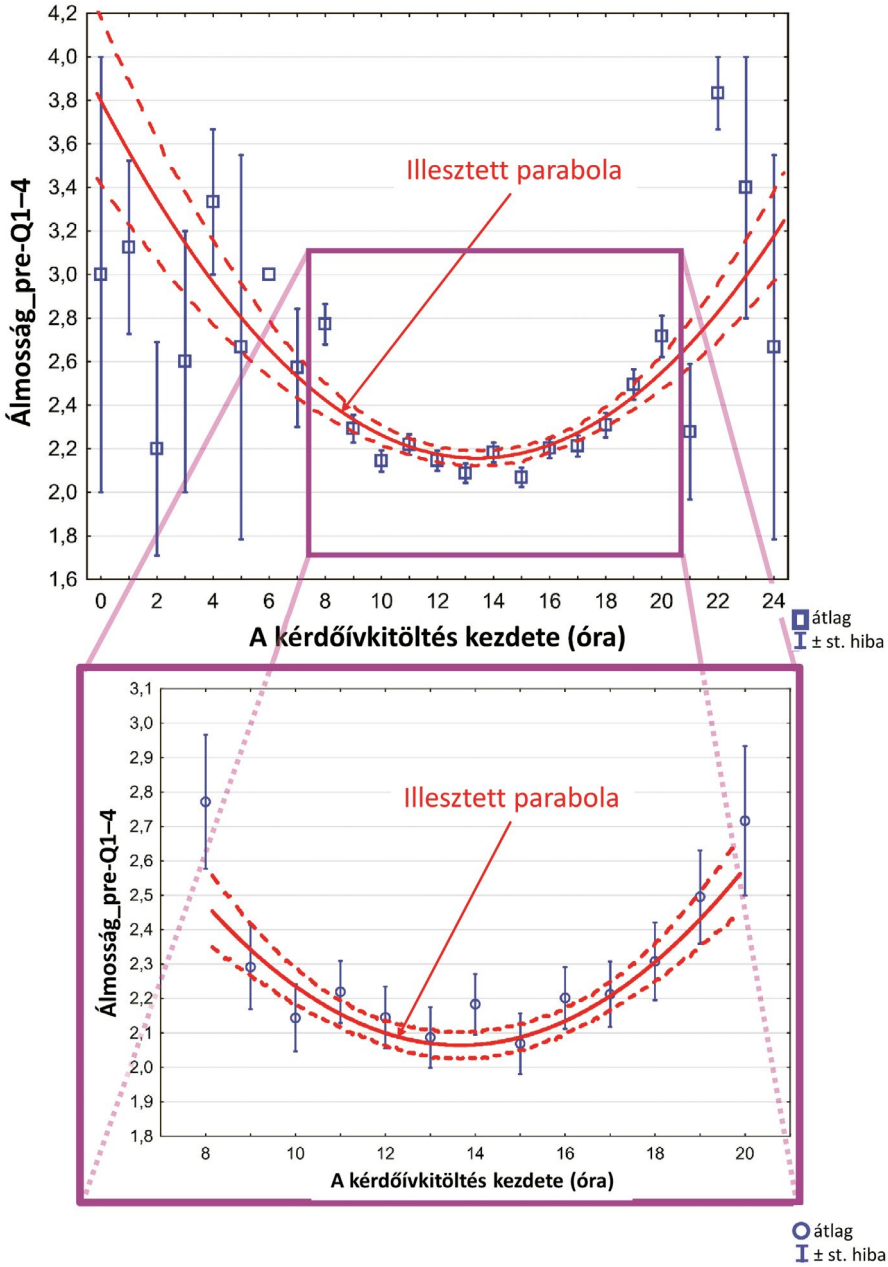
A szakirodalom szerint az álmosság összefügghet a kérdőív kitöltésének időpontjával. Ennek feltárása érdekében az álmosságpontszámot a kérdőívkitöltés időpontjának függvényében leíró másodfokú polinom (parabola) illesztését hajtottam végre a legkisebb négyzetek módszerét követve, kétféleképpen:

- az álmosságpontszám napszakfüggően változó mediánját alapul véve (szem előtt tartva az álmosságszint ferde eloszlását), egyórás lépésközben;
- a quartilisekben kifejezett álmosságszint napszakfüggő átlagait figyelembe véve (utóbbi esetben a polinomiális illesztésre folytonos, időben nem csoportosított adatokra alapulva került sor).

Mind a két illeszkedés hasonló eredményt hozott: a legalacsonyabb álmosság (az illesztett függvények minimumértékei) minden esetben kevéssel 13 óra utánra esett. Az első esetben az illesztéssel párhuzamosan, óránkénti bontásban csoportosított adatokra Kruskal–Wallis-próbát is végeztem. Az eredmény azt mutatja, hogy az óránkénti minták eltérnek egymástól (KW-H(24, 6987) = 133,64; $p < 0{,}001$). A további statisztikai elrendezést ennek megfelelően úgy választottam meg, hogy a 13 órai tesztfelvételtől órákban számított időbeli eltérés és az álmosságszint között kerestem összefüggést. A korreláció pozitívnak bizonyult, vagyis a tesztfelvétel 13 órától mért időbeli eltérésének abszolút értéke és az álmosságquartilis egyenesen arányosak voltak: $r = 0{,}09$; $p < 0{,}001$.

Második lépésben a quartilisekké alakított álmosságpontszámok napszakfüggő átlagait elemeztem hasonló eljárással (parabolaillesztés, *2. ábra*).

Természetes, hogy a nagyon korai vagy kései időpontokban aránytalanul kevés kérdőívkitöltésre került sor, ami megbízhatatlanabbá teszi ezeket az adatokat, továbbá kedvezőtlenül érinti magának a függvényillesztésnek a megbízhatóságát is. Az is egyértelmű, hogy az éjszakába nyúló vagy a hajnali kérdőívkitöltés erősen részrehajló mintavételt is jelent. Vagyis akik ezekben az időpontokban vállalkoznak a kérdőív kitöltésére, valamilyen okból kifolyólag (legalábbis átmenetileg) éjszakai életet élhetnek, de mindenképpen nem terveznek aludni az idő tájt. Ez, mint láttuk, erősen atípusos, így az ilyen adatok kevésbé megbízhatók a nappaliakhoz képest. Éppen ezért az elemzés következő lépésében a 8 órától 20 óráig tartó intervallumból származó adatok célzott leválogatását követően ismételtem meg az előző elemzéseket. Az álmosságadatok természetesen itt sem véletlen eloszlásúak voltak, ellenben az elvégzett varianciaanalízis értelmében szignifikánsan összefüggtek a kérdezés időpontjával ($F = 8{,}0006$; d.f. = 12, 6900; $p < 0{,}001$). A post-hoc Tukey HSD-tesztek értelmében a reggel 8 órai álmosságszintek szignifikánsan magasabbak a 9 és 18 óra közöttieknél, a 19 óraiak a 10 és 17 óra közöttieknél, míg a 20 óraiak a 9 és 17 óra közöttieknél *(2. ábra).*



Fönt: a teljes időbeli tartomány (0–24 óra). Lent: a 8 és 20 óra közötti intervallum (az adatok elsöprő többsége). Az átlagértékekre illeszkedő parabolák (másodfokú polinomok) folytonos piros vonallal, 95%-os konfidenciaintervallumaik pedig szaggatott vonallal jelennek meg az ábrán. A parabolák illeszkedéseinek jósága: r2 = 0,35 (fönt) és r2 = 0,84 (lent). Az illesztett függvények minimumhelyei: 13:18 (fönt) és 13:33 (lent). A vízszintes tengelyen feltüntetett értékek az időintervallumok alsó határait jelölik (például 13 óra a 13:00 és 13:59 közötti időszaknak felel meg).

2. ábra: A kérdőívfelvétel kezdetekor becsült álmosságszintek quartilisekké konvertált értékeinek óránkénti átlagai (Álmosság_pre-Q1–4) a napszak függvényében.

Álmosság, jóllét, egészség

A kérdőívcsomag kitöltésének elején becsült álmosság és a WHO jóllét skála között negatív korreláció igazolódott: $r = -0{,}11$; $n = 6995$; $p < 0{,}001$). Ez az összefüggés a jóllét skála valamennyi alskálája tekintetében érvényesnek bizonyult (valamennyi esetben $p < 0{,}001$), ami arra utal, hogy a magasabb álmosságszint alacsonyabb jólléttel jár együtt. A WHO jóllét skála pontszáma a napszakra való tekintet nélkül függött össze az álmosság szintjével, vagyis a hatásra nem volt befolyással a kérdőívfelvétel időpontja (az elemzés módszere: a parciális rangkorreláció Lehmann [1977] képlete és Schemper [1991] javaslata alapján lett számolva, az álmosságpontszámokat quartilisek helyett ezúttal az eredeti értékek képviselték).

Érdekes eredményeket hozott az egészséggel kapcsolatos álmosságszint-elemzés is. A fent részletezett napszakos ingadozások általános lineáris modell révén zajló figyelembevétele mellett (kategorikus prediktor: betegség; folytonos prediktor: időpont) az 1-es és 2-es típusú cukorbetegség, a májbetegségek, az asztma vagy más légzőszervi betegségek, a gyomor- és nyombélfekély, a vesebetegség, a reuma vagy más izom- és csontrendszeri betegségek, a magas vérnyomás, a szívbetegség vagy agyérbetegség, a poszt-Covid-szindróma, a Covid-oltási reakció, továbbá a pszichiátriai vagy szorongásos betegségek megléte nem befolyásolta a kérdőív kitöltésének kezdetekor mért álmosságszintet. Ezzel szemben az allergia szignifikáns statisztikai kölcsönhatásba lépett a kérdezés időpontjával, és előre jelezte az álmosság szintjét ($F = 2{,}72$; d.f. = 3, 6899; $p = 0{,}04$). Az elhalasztott allergiakezelés konstans módon megnövekedett álmosságszinttel, a járóbetegként zajló allergiakezelés a délutáni és esti órák magasabb álmosságszintjével, míg a kórházi kezelést maga után vonó allergiás megbetegedés a reggeli és délelőtti magasabb álmosságszinttel járt együtt.

Ugyancsak szignifikáns statisztikai összefüggés igazolódott a közlekedési balesetek és az álmosság között. Ebben az esetben is napszakfüggő hatást, azaz statisztikai interakciót észleltem ($F = 2{,}96$; d.f. = 3, 6898; $p = 0{,}03$). A mintázat jellegzetes volt: a kérdőívcsomag kitöltését megelőző egyéves időszakban közlekedési balesetet szenvedett alanyok álmosságszintje a nap folyamán meredeken emelkedett, szemben a populáció egészét jellemző és fentebb részletezett U alakú görbével. Némileg hasonló összefüggés

figyelhető meg az üzemi balesetet elszenvedők csoportjainál (F = 3,22; d.f. = 3, 6898; p = 0,02), jóllehet ez esetben az egyes alcsoportok (elhalasztott kezelés, járóbeteg-kezelés, kórházi kezelés) eredményei a nyilvánvalóan megnövekedett értékek mellett komplex és széttartó napszakos mintázatokat rajzoltak ki. Nem találtam viszont statisztikai összefüggést az otthoni balesetek és az álmosság napszakfüggő változása között.

Az alvás időzítése

Munkanapokon rendszeresen és rendszertelenül alvók

A vizsgált csoportnak majdnem a fele (47,47%) nyilatkozott úgy, hogy hétköznapjainak a rendje nem szabályos, míg fennmaradó részére ennek ellenkezője igaz (52,23%). E kérdés esetében mindössze huszonegy válasz hiányzott a hétezerből. (Nem úgy a szabályos napirenddel töltött hetenkénti napok számának becslésére vonatkozó kérdésnél, ahol 3394 kitöltetlen cella miatt az eredmények kevéssé relevánsak, ezért a közlésüktől eltekintek). Jelen írás kereteit bőven meghaladja a szabályos és szabálytalan hétköznapi rend szerint élők részletes összehasonlítása. A két csoport között varianciaanalízissel olyan sok különbség rajzolódik ki, hogy közülük csak a legerősebb hatások számszerű ismertetésére vagyok kénytelen szorítkozni. Eszerint a rendszertelen hétköznapi napirend szerint élők átlagosan több mint negyvenhárom perccel rövidebb alvásról (F = 345,51; d.f. = 1, 5917; p < 0,001), nagyobb fokú álmosságról (F = 178,08; d.f. = 1, 6974; p < 0,001), szabadnapokon későbbi alvásról (F = 166,04; d.f. = 1, 5202; p < 0,001), továbbá az átlagostól jelentősen eltérő időpontban zajló tesztkitöltésről (F = 41,10; d.f. = 1, 6900; p < 0,001) adtak számot. Szintén a rendszertelen napirenddel élőket érintette nagyobb mértékben több betegség is, amelyek sora igen hosszú és figyelemreméltó: 1-es és 2-es típusú cukorbetegség, májbetegség, gyomor- vagy nyombélfekély, valamint poszt-Covid-szindróma és Covid-oltási reakció. Ezzel szemben a rendszertelen napirend más betegségek esetén alacsonyabb rizikót jelentett: vesebetegség, magas vérnyomás, valamint pszichiátriai és szorongásos megbetegedések.

A szabadnapokon való rendszertelen és elégtelen alvás jellemzői és deklarált (vélt) okai

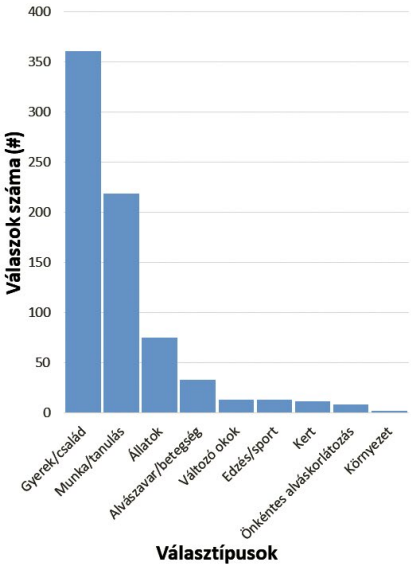
A kérdőívet kitöltők 86,31 százaléka nyilatkozott úgy, hogy szabadnapokon általában a saját igényei szerint alhat, míg 11,73 százalékuk jelezte, hogy ez

rendszerint nincs így. Vagyis a munkanapokon szabályos rend szerint, illetőleg rendszertelenül alvók megközelítőleg 1:1-es arányát (lásd az előző alfejezetet) a szabadnapokon 7:1-es arány váltja a saját igényük szerint alvók javára. A szabadnapjaikon szabadon és kötöttségekkel alvók csoportjai között is viszonylag sok különbség látható az egy szempontos varianciaanalízisek eredményeiben, de ezek a hatások rendszerint kisebbek és más jellegűek a munkanapi kötöttségek kapcsán ismertetettekhez képest. Természetes, hogy a hétvégén/szabadnapokon saját igényeik szerint alvók többet alszanak ($F = 34{,}91$; d.f. = 1, 5835; $p < 0{,}001$), és egyben kevésbé álmosak ($F = 4{,}92$; d.f. = 1, 6860; $p = 0{,}026$), mint az ilyenkor is kötöttségek szerint élő társaik. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy egyben idősebbek is (aminek a pszichoszociális vonatkozásai a gyereknevelés és a munkába járás kisebb terhei miatt nyilvánvalók), továbbá későbbi a kronotípusuk (ami az idősebb kor mellett szembetűnő hatás), és kevesebbet tartózkodnak természetes fényben. Ami a betegségekkel való asszociációkat illeti, fontos hangsúlyozni, hogy a fiatalabb korcsoportba tartozó és hétvégén is kötöttségekkel élő alanyok pusztán az életkorukból kifolyólag védettebbek. Ezért e helyütt csak a hétvégi rendszertelen alvással pozitívan asszociálódó betegségekről adok számot, és a munka szerteágazó volta miatt ebben a pontban mellőzöm a bonyolult, többváltozós statisztikai kontrollok alkalmazását. Nos, a hétvégén (is) kötöttségekkel alvók gyakrabban szenvednek asztmától és allergiától, illetve gyakrabban számolnak be üzemi balesetekről.

Az MCTQ-HUN-kérdőív az MCTQ-hoz hasonlóan tartalmaz egy nyitott kérdést, amelynek megválaszolása révén a kitöltőnek lehetősége nyílik arra, hogy röviden megadja a szabadnapokon tapasztalt alváskorlátozások okait. A kérdés magyarul így szól:

Kérjük, írjon egy-két szavas megjegyzést, amennyiben pillanatnyilag NINCS arra lehetősége, hogy szabadon határozza meg, mennyit alszik a szabadnapokon (például gyermekek, háziállatok, edzés miatt):

A fenti kérdésre adott válaszokat tartalmi kategóriákba sorolva, illetve szófelhőelemzésnek *(wordclouds.com)* alávetve megállapítható, hogy a leggyakoribbak a gyerekgondozással, -felügyelettel, családi teendőkkel kapcsolatos okok, de viszonylag gyakori a munka és a tanulás miatt történő szabadnapi alváskimaradás, és bőven előfordulnak háziállatokkal, kertészkedéssel kapcsolatos okok is. Figyelemre méltó, hogy a kitöltők egy része beszámol az alvását akadályozó alvászavarról vagy az egészséggel kapcsolatos más ilyen körülményről *(3. ábra)*.



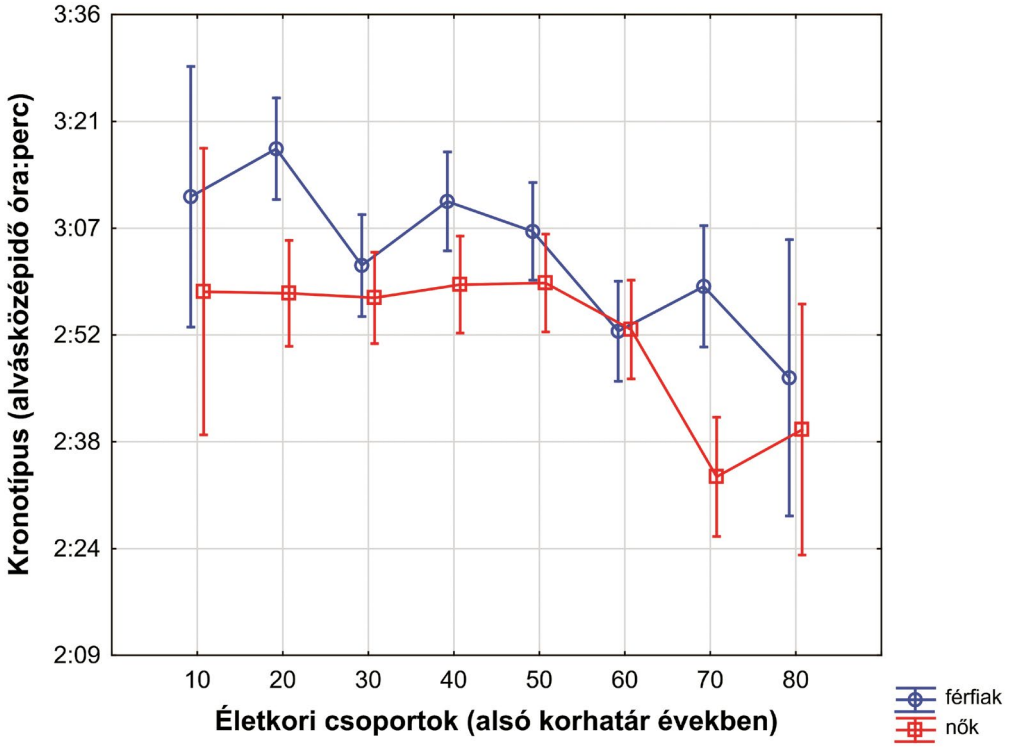
A kérdésre adott válaszok adattisztítás és a helyesírási hibák javítása után szófelhő-generátorral a bal oldali ábrarész formáját öltötték. A beírásokat jelentésük alapján kilenc tartalmi kategóriába soroltam (például a „gyerek miatt nem tudok aludni", a „kislányomhoz igazodom" stb. válaszok az első kategóriába kerültek). Az eredmények egyértelműen a gyereket nevelők ez irányú terheinek dominanciáját jelzik, de a munka/tanulás és a (házi)állatok is jelentősen hozzájárulnak az alvásidő kényszerű korlátozásához.

3. ábra: Miért nem áll módunkban szabadon aludni a szabadnapokon?

Szabadnapokon kötöttségek nélkül alvók kronotípusjellemzői

A bevezető részben ismertetett és a közelmúltban publikált eredmények értelmében a kérdőívcsomagot kitöltők neme és életkora részben meghatározta a kronotípust (Bódizs és G. Horváth 2022). Jelen munkában a két tényező együttes hatását egységes statisztikai modellben (varianciaanalízis), az alábbi életkori csoportok mentén vizsgáltam: tizenévesek (18–19), huszonévesek (20–29), „harmincasok" (30–39), „negyvenesek" (40–49), „ötvenesek" (50–59), „hatvanasok" (60–69), „hetvenesek" (70–79), valamint nyolcvan év fölöttiek (80–97). A korábbi tanulmányunkban (Bódizs és G. Horváth 2022) jelzett életkori és nemi hatások megerősítése mellett (életkor: $F = 7{,}56$; d.f. = 7, 5189; $p < 0{,}001$; nem: $F = 15{,}46$; d.f. = 1, 5189; $p < 0{,}001$) egy szignifikáns nem × életkori csoport jellegű interakciós hatás is megjelent ($F = 2{,}45$; d.f. = 7, 5189; $p = 0{,}016$). A post-hoc Tukey HSD teszt értelmében a nők és a férfiak csak a huszonéves és a „hetvenes" életkori sávban különböztek szignifikánsan a kronotípusuk tekintetében ($p = 0{,}01$, illetve $p = 0{,}001$). Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a nominális

értékek majdnem minden életkori sávban késeibb kronotípusokat indikálnak a férfiak körében a nőkhöz viszonyítva *(4. ábra).*



A függőleges vonalak 95%-os konfidenciaintervallumokat jelölnek. Megjegyzendő, hogy a tizenévesek csoportjában (a felnőttkori kritériumnak megfelelően) csak a tizennyolcadik életévüket betöltött alanyok vannak.

4. ábra: A kronotípus mint a nem és az életkor függvénye a felnőtt magyarországi népességben.

Ami a nemi csoportokon belüli életkori változásokat, illetve különbségeket illeti, szintén a post-hoc tesztek eredményeinek fényében kijelenthető: a férfiak körében a „hatvanasok" sávjában koraibb kronotípusok jellemzőek a huszonéves és „negyvenes" férfiak kronotípusaihoz képest ($p < 0{,}001$ és $p = 0{,}026$), míg a nők esetében viszonylag stabil érték figyelhető meg, amely a „hetvenes" korcsoportnál vált koraibbra. Utóbbi adat a viszonylag alacsony létszám miatt kevéssé megbízható tizenéves adatsor kivételével minden más fiatalabb női korcsoportnál szignifikánsan koraibb (a huszonévestől az „ötvenesekig" $p < 0{,}001$, a hatvanasok esetében $p = 0{,}018$).

Megbeszélés

Az alvás időtartama, időzítése, valamint az álmosság az élet meghatározó részei, melyektől csak jelentős szemellenzősség árán tekinthetünk el bármilyen egészséggel és magatartással kapcsolatos tudományos elemzésben. Az itt közölt munka egyrészt kiegészítése és folytatása a hasonló fókuszú és indíttatású korábbi közleményünknek (Bódizs és G. Horváth 2022), másrészt a téma jelentősége iránti figyelem és hazai tudományos érdeklődés felkeltésének célját is hivatott szolgálni. Fontos cél továbbá az alvással, álmossággal és időbeli tényezőikkel kapcsolatos kérdéseknek Magyarország népességére vonatkoztatott feltérképezése, ami egyrészt megnyitja az utat a nemzetközi összehasonlítások lehetősége előtt, másrészt alapjául szolgálhat az egészségmegőrzési, egészségpromóciós, valamint szociálpolitikai döntéseknek. Végül, de nem utolsósorban e kutatási eredmények kiindulópontját képezhetik a téma alaposabb feltárását célzó hazai alap- és alkalmazott tudományos kutatásoknak is, melyek számára az itt közölt adatok referenciaként szolgálhatnak.

Jelen tudományos elemzés legfontosabb eredményeinek első része az álmossággal kapcsolatos. A kutatás során megállapítást nyert, hogy a korábban laboratóriumi környezetben, kisszámú résztvevő bevonásával, intenzív kutatási elrendezésben és precíz módon vizsgált álmosságmutatók napszaktól függő mintázatai, azaz az álmosság U alakú görbéje kronoepidemiológiai kontextusban is érvényesek. Az emberek nemcsak éjszaka álmosabbak, mint nappal, hanem – a Hungarostudy-kérdőívet kitöltő nagyszámú alany adatainak fényében – a reggeli, valamint az esti, kora esti órákban is. Népességszinten a legalacsonyabb álmosság a 13 óra utáni fél órán belül mérhető, ami – tekintetbe véve a felméréskor érvényben lévő nyári időszámítást – a standard idő szerint a dél körüli időszakra esik. A szubjektív álmosságszint más – nem kronoepidemiológiai – mérések szerint is a déli órákban éri el a mélypontját. Természetesen ezekben a kronoepidemiológiai elrendezésekben jelentősen kisebb a jel-zaj arány és több a mérési hiba, mint a laboratóriumban ismételt mérések révén tesztelt alanyoktól származó adatsorokban. Mindazonáltal ezeknek az adatoknak paradox módon ebben – és a számosságukban – rejlik az erejük is. Segítségükkel ugyanis felállítható a magyar népesség időbeli éberségtérképe. Ennek a mélypontja a hajnali 3 óra (2:59), amely

az alvásperiódusok közepe (átlagos felnőtt magyar kronotípus), csúcsa viszont a 13 és 14 óra közötti időszakra esik (a standard időszámítás szerint 12 és 13 óra közé), amikor az emberek általában a legkevésbé álmosak. A kora délutáni álmosság, amely gyakorlati jelentőségű és például a közlekedési balesetek idősorában is tetten érhető jelenség, ebben a kronoepidemiológiai elrendezésben nem rajzolódott ki egyértelműen.

Az álmosság magasabb foka balesetveszélyt is jelent, ez az összefüggés a közlekedési és az üzemi balesetek vonatkozásában statisztikailag is igazolhatónak bizonyult. Bár úgy vélem, nem kell külön hangsúlyozni ennek a megfigyelésnek a jelentőségét, érdemes megjegyezni, hogy a balesetet szenvedők körében észlelt magasabb és a nap második felében korán emelkedő álmosság (föl nem ismert) alvászavarok (például alvási apnoe szindróma, cirkadián ritmuszavar) jele is lehet.

Az allergiával küzdők körében szintén magasabb fokú álmosság volt mérhető. A hatás itt egyrészt a gyulladásos reakció során felszabaduló immunanyagok alváskeltő hatását vagy éppen az allergia kezelésére használt hisztaminantagonisták szedatív mellékhatását tükrözheti. A két hatás együttes jelenléte sem kizárt.

A munkanapok rendszeres időbeosztása (napirendje) hozzájárul ahhoz, hogy az emberek a hét legnagyobb részében közel azonos időben alhassanak. Az emberek csaknem felének esetében teljesült ez a – az a priori bölcselet és a józan ész értelmében – kedvező feltétel. A várakozásoknak megfelelően a rendszeres napirend szerint élők kedvezőbb alvás-ébrenlét és egészségprofillal jellemezhetők, bár utóbbi tekintetben vannak érdemi kivételek is. Jelen ismereteink még túlságosan szórványosak, ezen írás keretei pedig szűkek ahhoz, hogy ezek részletes magyarázatába bocsátkozhassak. Fontos azonban jelezni, hogy ez a tényező – az alább említendő szabadnapi alváskorlátozással együtt – kellőképpen föl nem tárt és potenciálisan igen jelentős egészségvédelmi relevanciájú tényező.

A szabadnapokon való alvás korlátlan időzítése kritikus tényező, hiszen egyrészt a testi-lelki regeneráció időszakáról van szó, másrészt pedig ez teszi mérhetővé, becsülhetővé az egyén kronotípusát kérdőíves, illetve kronoepidemiológiai módszerek révén. Eredményeink arra utalnak, hogy a gyereket nevelő szülők terhei a legnagyobbak e téren, de szorosan ez után következnek a munka miatt meglévő hétvégi alváskorlátozások is.

Az alvásjellemzőkben is láthatók az elvárt hatások (korlátozással kevesebb alvás és nagyobb fokú álmosság), ugyanakkor közvetlen gyakorlati relevanciája van a nagyobb fokú érintettségnek az üzemi balesetekben (természetesen itt is a szabadnapjaikon sem szabadon alvók terhére).

Korábbi vizsgálatokban nem kapott elég hangsúlyt, de jelentős és rendszeres szabadnapi alváskorlátozás mellett (például kisgyerekek nevelése, hétvégi munka) a kronotípus gyakorlatilag mérhetetlenné válik a hagyományos módszerekkel. Ez jelentős kutatásmódszertani probléma is, hiszen az eddig publikált nemzetközi és hazai eredmények mind ennek a korlátozó tényezőnek az árnyékában íródtak. A jövő kutatási erőfeszítéseinek kell megoldaniuk ezt a jelentős kérdést is, amely eddig véleményem szerint nem kapott elég hangsúlyt a szakirodalomban.

A felnőtt magyar népesség kronotípusjellemzőihez hozzátartozik az a korábban közölt megfigyeléssor, mely szerint a 2:59-ces átlagos érték mellett a kronotípus jelentős életkori meghatározottságú (időskorban előretolódó alvás-ébrenlét ciklus), valamint részben enyhébb mértékű nemi meghatározottságú (a nők körében átlagosan tíz perccel koraibb kronotípus). E megfigyelések most megerősítést nyertek, továbbá kiderült, hogy a nők körében a stabil felnőttkori kronotípusátlagot hetvenéves kor után hirtelen koraibbá váló érték váltja föl. Ugyanez a férfiaknál inkább lassúbb, de folyamatosabb előretolódás formájában jelenik meg. A cirkadián ritmus életkortól függő fázismódosulásai a kronobiológia jól ismert jelenségei közé tartoznak. Ugyanakkor sem a magyar népesség hasonló vonatkozásait, sem e változási dinamika nemi eltéréseit nem jelezték és nem elemezték még a szakirodalomban. Nem zárható ki, hogy a nők körében a menopauza megjelenése utáni évek számítanak kritikus tényezőnek, de a vizsgálat keresztmetszeti jellegéből kifolyólag az sem zárható ki, hogy kohorszhatással van dolgunk.

A cirkadián ritmus epidemiológiáját egyre szélesebb körű érdeklődés övezi, illetve a nagy adatbázisokban rejlő adattudományi megközelítésmód dominánssá válása jellemzi (Roenneberg és mtsai 2007). Egy másik jelentős és a területet jellemző tendenciaként jelennek meg a nemzetközi viszonylatban végzett összehasonlító elemzések, illetve a földrajzi hatások egyre alaposabb feltárásai (Ujma és Kirkegaard 2021). Kutatásunk hatékonyan egészíti ki a magyar adatokkal, s egyben új szempontokkal és eredményekkel gazdagítja ezt a nemzetközi törekvést.

Felhasznált irodalom

Achermann, Peter, Alexander A. Borbély (1994) Simulation of daytime vigilance by the additive interaction of a homeostatic and a circadian process. *Biological Cybernetics.* Vol. 71. (2): 115–121.

Bódizs Róbert, G. Horváth Csenge (2022) Alvásmennyiség és alvásidőzítés a felnőtt magyar lakosság körében. *Kapocs.* 21. évf. 1. sz. 103–111.

Bódizs Róbert, Csenge G. Horváth, Orsolya Szalárdy, Péter Przemyslaw Ujma, Péter Simor, Ferenc Gombos, Ilona Kovács, Lisa Genzel, and Martin Dresler (2022) Sleep-spindle frequency. Overnight dynamics, afternoon nap effects, and possible circadian modulation. *Journal of Sleep Research.* Vol. 31. (3): e13514.

Erren, Thomas C., Melissa S. Koch, J. Valerie Groß, Susanne Kämmerer-Cruchon, Alexander Fuchs, Andreas Pinger and Russel J. Reiter (2012) Chronomedicine: an old concept's fledging? A selective literature search. *Neuro Endocrinology Letters.* Vol. 33. (4): 357–360.

Haraszti Réka Ágnes, Krisztina Ella, Norbert Gyöngyösi, Till Roenneberg and Krisztina Káldi (2014) Social jetlag negatively correlates with academic performance in undergraduates. *Chronobiology International.* Vol. 31. (5): 603–612.

Kovács Benedek (2014) Ki mennyit alszik? *Élet és Tudomány.* 69. évf. 25 sz. 793.

Kovács Benedek, Bálint Lajos (2014) Explaining sleep time. Hungarian evidences. *electronic International Journal of Time Use Research.* Vol. 11. (1): 43–56.

Lehmann, R. (1977) General derivation of partial and multiple rank correlation coefficients. *Biometrical Journal.* Vol. 19. (4): 229–236.

Putilov, Arcady A. (2021) Quo Vadis, Chronopsychology? *Neuroscience and Behavioral Physiology.* Vol. 51. (9): 1244–1261.

Riegel, Barbara, Alexandra L. Hanlon, Xuemei Zhang, Desiree Fleck, Steven L. Sayers, Lee R. Goldberg, and William S. Weintraub (2013) What is the best measure of daytime sleepiness in adults with heart failure? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners.* Vol. 25. (5): 272–279.

Roenneberg, Till (2012) What is chronotype? *Sleep and Biological Rhythms.* Vol. 10. (2): 75–76.

Roenneberg, Till, Tim Kuehnle, Myriam Juda, Thomas Kantermann, Karla Allebrandt, Marijke Gordijn and Martha Merrow (2007) Epidemiology of the human circadian clock. *Sleep Medicine Reviews.* Vol. 11. (6): 429–438.

Roenneberg, Till, Anna Wirz-Justice and Martha Merrow (2003) Life between Clocks. Daily Temporal Patterns of Human Chronotypes. *Journal of Biological Rhythms.* Vol. 18. (1): 80–90.

Schemper, Michael (1991) Non-Parametric Partial Association Revisted. *Journal of the Royal Statistical Society. Series D (The Statistician).* Vol. 40. (1): 73–76.

Susánszky Éva, Konkolÿ-Thege Barna, Stauder Adrienne és Kopp Mária (2006) A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 7. évf. 3. sz. 247–255.

Ujma, Péter Przemyslaw, Emil Ole William Kirkegaard (2021) The overlapping geography of cognitive ability and chronotype. *PsyCh Journal.* Vol. 10. (5): 834–846.

Döbrössy Bence, Susánszky Anna, Boros Julianna, Girasek Edmond

A mammográfiás emlőszűrésen való részvételt befolyásoló tényezők

Bevezetés

Ugyan a mammográfiás emlőszűrést számos kritika érte, eredményessége tudományos bizonyítékokkal alátámasztott (Basu és mtsai 2018). Az amerikai National Cancer Institute adatai szerint a korai stádiumban felfedezett emlőrák ötéves túlélési valószínűsége akár 99 százalék is lehet, szemben a késői stádiumban felfedezett emlőrák 30 százalékos ötéves túlélési valószínűségével[1]. A szervezett, meghívásos mammográfiás lakossági emlőszűrés a WHO, az IARC, és a European Commission Initiative on Breast Cancer támogatását is élvezi (Döbrössy és mtsai 2020).

A 2001–2010-es évekre szóló Egészséges Nemzetért Népegészségügyi Program alapelveiről szóló 1066/2001. (VII. 10.) Kormányhatározatot követően 2002-ben indult Magyarországon szervezett, ingyenes népegészségügyi emlőszűrő program, amelynek keretein belül a 45–65 éves nők kapnak kétévente tájékoztató levelet, illetve névre és időpontra szóló behívót a vizsgálatra. Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programja a 70 százalékos átszűrtséget tűzte ki célul, mert a WHO útmutatásai szerint ez az az átszűrtségi szint, amelynél a népegészségügyi szűrés hatékonnyá válik (Winter 2008). Ezt a részvételi arányt Magyarországon ez idáig nem sikerült elérni.

Tanulmányunk célja elemezni azokat a szociodemográfiai, kognitív és szocioemocionális tényezőket, amelyek összefüggésbe hozhatók a szűrési hajlandósággal. Ha a részvételi hajlandóság mértékének hátterében lévő okokat fel tudjuk tárni, az segíthet javítani a szűréssel kapcsolatos kommunikáción, szervezésen és így a részvételen is. Az elmúlt 20 évben országos reprezentatív mintán Magyarországon nem készült felmérés a mammográfiás emlőszűrésre meghívott 45–65 éves korosztály szűrési részvételt

1 SEER*Explorer: An interactive website for SEER cancer statistics. Surveillance Research Program. National Cancer Institute. https://seer.cancer.gov (Letöltés: 2022. augusztus 30.)

befolyásoló tényezőiről. A Hungarostudy adatfelvételi hullámai közül is a 2021-es vizsgálat az első, amelyben az emlőszűrés témája szerepel.

Vizsgálatunkhoz a következő hipotéziseket állítottuk fel:

1. Az iskolai végzettség, a településtípus és a szubjektív anyagi helyzet befolyásolja a szűrési hajlandóságot.
2. Az általános egészségtudatosság a szűrési hajlandóságnál is érvényesül. Akik sportolnak, nem dohányoznak, nagyobb rendszerességgel vesznek részt szűrésen.
3. A nagyobb társas támogatottság, a vallásgyakorlás, a magasabb boldogság és elégedettségi szint magasabb szűrési hajlandósággal függ össze.

Szakirodalmi áttekintés

A szűrési hajlandóságot befolyásoló tényezőkkel kiterjedt nemzetközi kutatások foglalkoznak (Döbrössy 2020). Összefoglalásuk nehéz, mert az eredményeket jelentősen befolyásolja az adott ország egészségügyi rendszere, a mammográfiás szűrés szolgáltatói oldala, az ország infrastruktúrája és kultúrája.

Magai és munkatársai 2007-ben elemezték a mammográfiás emlőszűrésen való megjelenést befolyásoló faktorokkal foglalkozó irodalmat, és kutatásuk szerint nagy általánosságban három fő tényezőcsoport hozható összefüggésbe a szűrési hajlandósággal (Magai és mtsai 2007). A következőkben összefoglaljuk tanulmányuk főbb eredményeit.

• *Szociodemográfiai tényezők:* A szegényebb, alacsonyabb iskolázottságú, etnikai kisebbségekhez tartozó, kisebb településeken élő nők kevésbé hajlandók megjelenni szűrővizsgálatokon. Meghatározó tényező a területi szociogazdasági helyzet is. A szegényebb területeken egész Európában alacsonyabb a részvételi arány. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a szociodemográfiai tényezők hatása önmagában csak korlátozottan magyarázza meg a különböző csoportok szűrési hajlandóságát.

• *Kognitív tényezők:* A kutatások itt az emlőrákkal és az emlőszűréssel kapcsolatos ismereteket, hiteket és attitűdöket vizsgálják. A szerzők általánosságban megállapítják, hogy minél többet tud valaki az emlőszűrésről, a rákról és a kezelési lehetőségekről, annál valószínűbb, hogy részt vesz

szűrésen. Az érintettség érzése is pozitívan függ össze a részvételi hajlandósággal. Szintén nagyobb a szűrési hajlandósága azoknak, akik egészségtudatosabbak, mivel nagyobb arányban hisznek a megelőzésben, és az egészség értéket jelent az életükben.

• *Szocioemocionális tényezők:* Az alacsony társas támogatottság negatívan befolyásolja a szűrési hajlandóságot. A szerzők megállapítják azonban, hogy a társas támogatottság jelentősége nem minden etnikai csoportban ugyanolyan.

Fontos az érzelmek szerepe is. Azok, akik félnek a ráktól, és gyógyíthatatlannak tartják, vonakodnak szűrésre menni. Több tanulmány alátámasztja a mammográfiai vizsgálat intimitásával kapcsolatos szégyenérzet negatív szerepét is.

Összefoglalva: a mammográfiás szűrésen való részvételt befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos feltáró kutatások a szociodemográfiai faktorok mellett az érzelmek és a társas támogatottság szerepére, valamint a mammográfiás szűréssel kapcsolatos ismeretek, attitűdök és hitek jelentőségére is felhívják a figyelmet.

Részvételi adatok

Egy hazai kutatás szerint (Boncz és mtsai 2013), amely az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adataira épült, a 45–65 éves nők átszűrtsége (azoké, akik a behívóra megjelentek a szűrésen) a 2002–2003-as kétéves szűrési ciklusban elért 34,7 százalékról a következő három ciklusban valamelyest csökkent. A diagnosztikus átvizsgáltság – részt vettek mammográfiás vizsgálaton a kétéves ciklusban, de nem a népegészségügyi szűrés keretein belül, hanem orvosi beutalóval – a 2002–2003-as 22,6 százalékról a következő három ciklusban alig változott (20,4–23,6%). A lefedettség (átszűrtség és átvizsgáltság) csökkenő tendenciát mutatott (2002–2003: 54,6%, 2004–2005: 50,8%, 2006–2007: 49,3%, 2008–2009: 50,1%). Az 50 százalék körüli lefedettség megfelel az OECD-átlagnak, de nagyon elmarad a svédországi 95 százaléktól, a dán 83 százaléktól, de akár a szlovén 77 százaléktól is (OECD 2021).

A 2019-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés (Boros, Gárdos és Kovács 2021) önbevallásos adatai szerint Magyarországon az 50–69 éves nők 60 százaléka vett részt két éven belül mellrákszűrésen, azoknak az

aránya viszont, akik úgy nyilatkoztak, hogy még soha nem vettek részt szűrésen, 8 százalék volt. A felmérés azért ezt a korcsoportot vizsgálta, mert a legtöbb európai országban 50–70 évesek kapnak meghívót.

A 2021-es Health at a Glance szerint 2009 és 2019 között az 50–69 éves korosztályban Magyarországon 47 százalékról 39 százalékra csökkent azok aránya, akik az elmúlt egy-két évben szűrésen vettek részt. Ezalatt az EU-átlag 55 százalékról 59 százalékra emelkedett (OECD 2021).

Kik vesznek részt a szűrésben? Magyar szakirodalmi áttekintés

Egy 2003-ban készült véletlenszerű, nagymintás felmérés arra kereste a választ, hogy kik és miért vesznek, illetve nem vesznek részt mammográfiás szűrésen (László 2003). A kutatás szerint a részvételi hajlandóság összefügg a szociodemográfiai faktorokkal. Az inaktívak, egyedül élők, alacsony jövedelműek, alacsony iskolai végzettségűek, hatvan év felettiek részvételi hajlandósága alacsonyabb az átlagnál.

Ezekben a társadalmi csoportokban gyakoribbak a tévhitek a vizsgálatok menetéről, jelentőségéről, jóval szkeptikusabbak az egészségügyi ellátórendszer működésével, a betegség gyógyíthatóságával kapcsolatban, inkább félnek a diagnózistól, és szégyellik magukat egy ilyen vizsgálaton.

Egy 2013-as nem reprezentatív kvantitatív kutatás Kecskeméten és környékén mérte fel száz 35–65 éves nő emlőszűrés-jellemzőit (Pakai és mtsai 2013). A szűrésen részt vevők átlagéletkora 49,96 ± 8,91 év. A megkérdezettek 71 százaléka soha nem vett részt szűrésen. Szignifikáns összefüggést találtak a „Nem vesz részt időhiány miatt” válasz és a végzettség között ($p < 0,05$), és gyenge összefüggést a „Jár emlőszűrésre, mert törődik az egészségével” válasz és az életkor között.

Egy 2015-ös kvantitatív, nem reprezentatív, keresztmetszeti felmérés a szűrésen megjelent 45–65 évesek csoportját vizsgálta Komárom-Esztergom megyében (Kisalföldi és mtsai 2015). Százhetvennégyen vettek részt a felmérésben, az átlagéletkoruk ötvennégy év volt. A legtöbben befejezték a középiskolát. 77,6 százalékuk a meghívólevél hatására vett részt a szűrésen. A legfőbb motiváció az volt, hogy fontosnak tartják az emlőszűrést. Jól tájékozottak voltak a szűrés folyamatáról. Az eredmények felhívják a figyelmet a meghívólevél jelentőségére. Az nemcsak

önmagában jelent lényeges ösztönzést, hanem a megfelelő tartalom segítségével tájékoztat is.

Egy 2018-as keresztmetszeti felmérés a 45–65 éves nők mammográfiás szűrési szokásait vizsgálta (Újhelyi és mtsai 2018). A kérdőívet az AVON-levelezőlistán, Facebookon, valamint rendezvényeken juttatták el a válaszadókhoz (n = 3313). A minta nem volt reprezentatív. Szignifikáns összefüggést találtak a részvétel és a családi állapot között (p = 0,029). A házas nők szűrési hajlandósága magasabb volt, mint a nem házasoké. Szintén szignifikáns volt az összefüggés (p = 0,038) a lakóhely településtípusa és a részvétel között. A fővárosban és a megyeszékhelyen élők nagyobb valószínűséggel vettek részt szűrésen, mint a falun élők. A leggyakrabban megadott ok, amely miatt nem mentek el, a munkahelyi hiányzás (18,9%), a fájdalomtól való félelem (18,4%) és a szűrési ismeretek hiánya (14,9%) volt. Egy 2018-as kutatás a „Nyíregyháza város életminősége – Háztartáspanel" felmérés adataiból az emlőszűrésen való részvétel gyakoriságát vizsgálta (Gyulai és mtsai 2019). A két éven belül részt vevők átlagéletkora négy évvel alacsonyabb volt, mint a többieké. Szignifikánsan magasabb átszűrtségük volt a legalább középfokú végzettséggel rendelkezőknek, mint a legfeljebb alapfokú végzettségű válaszadóknak. A kutatók megállapítása szerint Nyíregyházán nem sikerült az alacsonyabb társadalmi státuszú, idősebb nőket megfelelően bevonni a szűrésbe.

Egy 2018-as leíró keresztmetszeti kutatás kérdőívvel vizsgálta 151 Szekszárdon és környékén élő 45–65 éves nő szűrővizsgálatokhoz való viszonyulását és részvételi hajlandóságát szociodemográfiai faktoraik összefüggésében (Debreczeni 2018). A mintavétel nem véletlenszerű volt. A mammográfiás vizsgálaton való részvétel életprevalenciája 89,4 százalék volt, az elmúlt két évben pedig a válaszadók 60,3 százaléka vett részt mammográfiás vizsgálaton. Az adatok szerint a családi állapot és az iskolai végzettség befolyásolta a szűrésen való részvétel gyakoriságát ($p < 0,05$). A gyermektelenség negatívan hatott a szűrésen való részvételre (p = 0,05).

Boros és munkatársai a 2019-es Európai Lakossági Egészségfelmérés adatait elemezték. Eszerint a „szabályszerűen", azaz a kérdezést megelőző egy-két év során szűrésen részt vevők aránya az iskolai végzettséggel párhuzamosan emelkedett (Boros, Gárdos és Kovács 2021). A részvételi arányok leginkább a legkevésbé képzettek, illetve a legrosszabb anyagi

helyzetben lévők között csökkentek. A legjobb anyagi helyzetben lévők 68 százaléka, míg a legszegényebb ötödbe tartozók 52 százaléka tudott „szabályszerűen” részt venni az emlőrákszűrésben. A még soha részt nem vettek aránya 2019-ben a jövedelemmel fordított arányban növekedve 6 és 11 százalék között változott.

Módszertan

Elemzésünket a Hungarostudy 2021 kutatás adatain végeztük. A teljes mintából a 45–65 éves nők almintáját (n = 1364) használtuk, mivel ők ma Magyarországon a népegészségügyi mammográfiás emlőszűrés célcsoportja. Kimeneti változóként a női kérdőív „Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?” kérdését használtuk.

Befolyásoló tényezőként a szakirodalmi ajánlások alapján a szociodemográfiai tényezők közül az iskolai végzettséget, a családi állapotot, a lakóhely településtípusát és a jövedelmi helyzetet vizsgáltuk.

Releváns kognitív tényezőként az egészséggel kapcsolatos internetes információszerzési szokásokat vizsgáltuk. Az általános egészségtudatosságot a dohányzási szokásokra és a rendszeres testedzésre vonatkozó kérdésekkel mértük.

A szocioemocionális tényezőkhöz a családi állapotra, a vér szerinti gyermekek számára, az élettel való elégedettségre, a vallásgyakorlásra és a boldogságérzésre vonatkozó kérdéseket használtuk.

Kereszttáblás elemzéseket alkalmaztunk khi-négyzet-próbával, az átlagértékek összehasonlításánál pedig egyváltozós varianciaanalízist (ANOVA) használtunk. Több változó együttes hatását bináris logisztikus regressziós modellel vizsgáltuk. Az adatok elemzését IBM Statistics (SPSS) 28.0 szoftverrel végeztük.

Eredmények

Az *1. táblázat*ban bemutatjuk a 45–65 éves női alminta (n = 1364) szociodemográfiai jellemzőit. A válaszadók mintegy kétharmada (68%) párkapcsolatban él, míg egyharmaduk (32%) egyedülálló. A válaszadók 43 százaléka alapfokú iskolai végzettségű, 36 százalékuk középfokú, míg 21 százalék felsőfokú végzettséggel rendelkezik. Valamivel több mint 70 százalékuk városban lakik (Budapesten 18 százalék, megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban 20,4 százalék és egyéb városban 32,2 százalék), a többiek pedig községben. Háztartása anyagi helyzetét negyedük (24%) jónak, közel egyharmaduk (29,5%) tűrhetőnek ítélte, míg majdnem a felük (46%) anyagi problémákról számolt be.

	Kategóriák	n	%
Családi állapot (n = 1344)	Egyedülálló	433	32,2
	Párkapcsolatban él	911	67,8
Iskolai végzettség (n = 1346)	Alapfok	582	43,2
	Középfok	483	35,9
	Felsőfok	281	20,9
Lakóhely (n = 1345)	Budapest	241	18,0
	Megyeszékhely, megyei jogú város	275	20,4
	Város	433	32,2
	Község, nagyközség	396	29,4
A háztartás szubjektív anyagi helyzete (n = 1318)	Nagyon nehéz	67	5,0
	Nehéz	538	40,9
	Tűrhető	389	29,5
	Jó	324	24,6

1. táblázat: A 45–65 éves női alminta szociodemográfiai jellemzői

Markáns eredményt mutatott a szűrési részvétel korcsoportok szerinti elemzése *(2. táblázat).* A 18–44 évesek 35,7 százaléka vett részt szűrésen az elmúlt egy vagy két évben. Ez közel 10 százalékponttal kevesebb, mint a meghívót kapó 45–65 éves korcsoport esetében. A negyvenöt év alattiak vagy beutalót kérnek a háziorvosuktól vagy egy szakorvostól, vagy mammográfiai magánszolgáltatóhoz fordulnak. Hatvanöt éves kor után, a meghívók megszűntével, erősen csökken a szűrési hajlandóság.

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				Összesen
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	
Kor	18–44	524	169	83	693	1469
		35,7%	11,5%	5,7%	47,2%	100%
	45–65	608	321	237	181	1347
		45,1%	23,8%	17,6%	13,4%	100%
	66–	203	171	384	105	863
		23,5%	19,8%	44,5%	12,2%	100%
Összesen		1335	661	704	979	3679
		36,3%	18%	19,1%	26,6%	100%

Khi-négyzet = 949,831; df = 15; p = 0,000

2. táblázat: Szűrési részvétel korcsoportok szerint

A 45–65 éves nők közel fele (45%) egy-két éven belül, negyedük (24%) három-négy éve, körülbelül egyötödük (18%) négy évnél régebben, a többiek (13%) pedig soha nem vettek részt szűrővizsgálaton.

A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a válaszadók szociodemográfiai jellemzői szerint van-e eltérés a szűrővizsgálaton való részvétel legutóbbi időpontjának megnevezésében. Az alapfokú végzettségűek szignifikánsan régebben voltak legutóbb szűrővizsgálaton, mint a középfokú és felsőfokú végzettségűek, valamint körükben a legmagasabb azoknak az aránya, akik egyáltalán nem voltak még ilyen vizsgálaton *(3. táblázat)*.

Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?	Iskolai végzettség			
	Alapfok	Középfok	Felsőfok	Összesen
Egy-két éve	237	234	137	608
	40,7%	48,4%	48,8%	45,2%
Három-négy éve	133	110	78	321
	22,9%	22,8%	27,8%	23,8%
Négy évnél régebben	124	75	38	237
	21,3%	15,5%	13,5%	17,6%
Soha	88	64	28	180
	15,1%	13,3%	10%	13,4%

Khi-négyzet = 18,92; df = 6; p = 0,004

3. táblázat: Szűrési részvétel iskolai végzettség szerint

Lakóhely szerint a kisebb, nem megyei jogú városban élő nők között gyakoribb, hogy a javasolt két évnél régebben voltak szűrővizsgálaton (47%), mint a megyeszékhelyen (37%) vagy községben (36%) élők között. Legnagyobb arányban (17%) a budapesti lakosok között fordul elő, hogy soha nem voltak még ilyen szűrésen *(4. táblázat)*.

		Településtípus				
		Budapest	Megyeszék-hely, megyei jogú város	Város	Község, nagyközség	Összesen
Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?	Egy-két éve	93	143	182	189	607
		38,6%	52%	42%	47,7%	45,1%
	Három-négy éve	70	70	111	70	321
		29%	25,5%	25,6%	17,7%	23,9%
	Négy évnél régebben	37	32	94	74	237
		15,4%	11,6%	21,7%	18,7%	17,6%
	Soha	41	30	46	63	180
		17%	10,9%	10,6%	15,9%	13,4%
Összesen		241	275	433	396	1345
		100%	100%	100%	100%	100%

Khi-négyzet = 35,23; df = 9; p = 0,000

4. táblázat: Szűrési részvétel a lakóhely településtípusa szerint

A háztartás szubjektív anyagi helyzetének megítélése szerint minél jobbnak ítéli valaki a helyzetét, annál valószínűbb, hogy az ajánlott időben részt vett a szűrővizsgálaton *(5. táblázat)*. Míg a nagyon nehéz anyagi helyzetben élők 40 százaléka, addig a jó anyagi helyzetben élők 55 százaléka volt egy-két éven belül szűrővizsgálaton. Ugyanakkor a nehéz anyagi helyzetben élőknek majdnem a fele (42%), míg a jó anyagi helyzetben élőknek alig több mint az egyötöde (22%) volt négy évnél régebben szűrésen, vagy még soha.

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				Összesen
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	
A háztartás szubjektív anyagi helyzete	Nagyon nehéz	27	12	17	11	67
		40,3%	17,9%	25,4%	16,4%	100%
	Nehéz	207	122	126	83	538
		38,5%	22,7%	23,4%	15,4%	100%
	Tűrhető	186	105	61	37	389
		47,8%	27%	15,7%	9,5%	100%
	Jó	177	75	25	47	324
		54,6%	23,1%	7,7%	14,5%	100%
Összesen		597	314	229	178	1318
		45,3%	23,8%	17,4%	13,5%	100%

Khi-négyzet = 54,20; df = 9; p = 0,000

5. táblázat: Szűrésen való részvétel a háztartás szubjektív anyagi helyzete szerint

Ha a vér szerinti gyermekek számát vizsgáljuk, a legmagasabb arányban a vér szerinti gyermekkel nem rendelkezők vettek részt egy-két éven belül szűrővizsgálaton (53%). A gyermekek számának növekedésével csökkent ennek esélye, a legalacsonyabb arányban (38%) a három vagy több vér szerinti gyermekkel rendelkező nők voltak legutóbb egy-két éven belül mammográfiás emlőszűrésen. Ugyanakkor azok aránya, akik még sohasem voltak ilyen vizsgálaton, szintén a vér szerinti gyermekkel nem rendelkezők (22%), illetve a három- vagy több gyermekesek (18%) körében a legmagasabb *(6. táblázat).*

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				Összesen
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	
Vér szerinti gyermekeinek száma	0	109	31	19	45	204
		53,4%	15,2%	9,3%	22,1%	100%
	1	150	80	55	41	326
		46%	24,5%	16,9%	12,6%	100%
	2	252	153	106	49	560
		45%	27,3%	18,9%	8,8%	100%
	3 vagy több	95	55	57	44	251
		37,8%	21,9%	22,7%	17,5%	100%
Összesen		606	319	237	179	1341
		45,2%	23,8%	17,7%	13,3%	100%

Khi-négyzet = 52,02; df = 9; p = 0,000

6. táblázat: Szűrésen való részvétel a vér szerinti gyermekek száma szerint

Az, hogy valaki egyedülálló vagy párkapcsolatban él, eredményeink szerint nem függ össze szignifikánsan azzal, hogy mikor vett részt legutóbb emlőszűrésen.

Mivel feltételezéseink szerint a szűrővizsgálaton való részvétel egészségtudatosságra, annak hiánya pedig kockázati magatartásra utal, megvizsgáltuk, hogy a szűrővizsgálati hajlandóság milyen összefüggést mutat kockázati magatartásokkal. A testmozgással kapcsolatban elmondhatjuk, hogy a 45–65 éves korú nők 65 százaléka nem végez rendszeres aktív testmozgást (egyáltalán nem, vagy ritkábban, mint heti egyszer). Akik soha nem sportolnak, nagyobb valószínűséggel voltak négy évnél régebben, vagy soha nem voltak szűrésen (35%), mint azok, akik hetente többször sportolnak (22%). Azok, akik legalább hetente egyszer aktív testmozgást végeznek, jelentősen nagyobb arányban (54–56%) voltak egy-két éven belül mammográfiás szűrésen *(7. táblázat).*

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	Összesen
Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)?	Soha	299	181	146	112	738
		40,5%	24,5%	19,8%	15,2%	100%
	Ritkábban, mint heti egyszer	56	40	27	10	133
		42,1%	30,1%	20,3%	7,5%	100%
	Hetente egyszer	101	33	26	26	186
		54,3%	17,7%	14%	14%	100%
	Hetente többször	104	51	22	21	198
		52,5%	25,8%	11,1%	10,6%	100%
	Naponta egyszer	29	9	8	6	52
		55,8%	17,3%	15,4%	11,5%	100%
	Naponta többször	17	6	8	6	37
		45,9%	16,2%	21,6%	16,2%	100%
Összesen		606	320	237	181	1344
		45,1%	23,8%	17,6%	13,5%	100%

Khi-négyzet = 34,13; df = 15; p = 0,003

7. táblázat: Szűrésen való részvétel testmozgás szerint

A dohányzás tekintetében egyértelműen láthatjuk, hogy azok a nők, akik sosem dohányoztak, vagy leszoktak a dohányzásról, sokkal nagyobb arányban vettek részt a szűrővizsgálaton egy-két éven belül *(8. táblázat).*

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	Összesen
Dohányzik-e?	Dohányzik	165	129	76	80	450
		36,70%	28,70%	16,90%	17,80%	100%
	Dohányzott, de leszokott	76	36	37	24	173
		43,90%	20,80%	21,40%	13,90%	100%
	Soha nem dohányzott	365	154	125	76	720
		50,70%	21,40%	17,40%	10,60%	100%
Összesen		606	319	238	180	1343
		45,10%	23,80%	17,70%	13,40%	100%

Khi-négyzet = 31,39; df = 6; p = 0,000

8. táblázat: Szűrésen való részvétel dohányzási státusz szerint

Az egészségtudatosságnak része az is, hogy valaki keres-e, és ha igen, hol és hogyan keres információt egészségügyi kérdésekben. Megnéztük, összefügg-e a szűrővizsgálaton való részvétel azzal, hogy valaki használja-e az internetet egészséggel-betegséggel kapcsolatos információk gyűjtésére. Az adatokból azt láthatjuk, hogy a legalább havi rendszerességű internethasználók között az internettel nem rendelkezőkhöz képest 14 százalékponttal magasabb a javasolt egy-két éves intervallumban emlőszűrő vizsgálaton részt vevők aránya (49,5%, illetve 35,3%). Továbbá az internettel nem rendelkezők között a legnagyobb (31,4%) azok aránya, akik még sosem vettek részt szűrésen *(9. táblázat).*

		Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?				Összesen
		Egy-két éve	Három-négy éve	Négy évnél régebben	Soha	
Milyen gyakran használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére?	Legalább havonta	159	68	52	42	321
		49,5%	21,2%	16,2%	13,1%	100%
	Csak szükség esetén	311	205	114	71	701
		44,4%	29,2%	16,3%	10,1%	100%
	Soha	118	42	58	51	269
		43,9%	15,6%	21,6%	19%	100%
	Nincs internetem	18	6	11	16	51
		35,3%	11,8%	21,6%	31,4%	100%
Összesen		606	321	235	180	1342
		45,2%	23,9%	17,5%	13,4%	100%

Khi-négyzet = 50,91; df = 9; p = 0,000

9. táblázat: Szűrésen való részvétel egészséggel-betegséggel kapcsolatos internetes információszerzési szokás szerint

A fentiek alapján tehát elmondhatjuk, hogy akik egészségtudatosan élnek, nem dohányoznak, gyakrabban mozognak, interneten is keresnek egészséggel-betegséggel kapcsolatos információkat, azok jelentősen nagyobb arányban voltak a szakmai javaslatoknak megfelelően két éven belül mammográfiás emlőszűrő vizsgálaton is, prevenciós jelleggel.

Az emocionális tényezők közül az élettel való elégedettséget, a boldogságot, valamint a vallásgyakorlás módját vizsgáltuk. Az élettel való elégedettségre és a boldogságra vonatkozó kérdéseknél a válaszadók tízfokú

Likert-skálán válaszoltak arra, hogy mennyire elégedettek mostanában az életükkel (1 = teljesen elégedetlen; 10 = teljesen elégedett), és hogy mennyire tartják boldognak magukat (1 = teljesen boldogtalan; 10 = teljesen boldog). Az eredményeknél a skálaátlagokat vettük figyelembe. Azt láthatjuk, hogy akik sohasem vettek még részt mammográfiás emlőszűrésen, a legkevésbé elégedettek az életükkel (6,71 SD = 2,143), és a legkevésbé boldogok (6,84 SD = 2,085), míg azok, akik egy-két (7,2 SD = 2,03; 7,45 SD = 1,93) vagy három-négy (7,33 SD = 1,91; 7,55 SD = 1,78) éven belül voltak szűrővizsgálaton, azok jelentősen elégedettebbek és boldogabbak voltak *(10. táblázat)*.

Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?		Egészében véve mennyire elégedett mostanában az életével?	Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?
Egy-két éve	Átlag	7,20	7,45
	n	608	606
	SD	2,026	1,934
Három-négy éve	Átlag	7,33	7,55
	n	320	321
	SD	1,914	1,779
Négy évnél régebben	Átlag	6,74	6,90
	n	237	237
	SD	2,114	2,064
Soha	Átlag	6,71	6,84
	n	181	181
	SD	2,143	2,085
Összesen	Átlag	7,09	7,29
	n	1345	1345
	SD	2,044	1,962

10. táblázat: Szűrési részvétel az élettel való elégedettség és a boldogság szerint

A vallásgyakorlás módja szerint is összefüggést láthatunk a mammográfiás emlőszűrésen való részvétellel. A legkisebb arányban a vallásukat nem gyakorlók (40%) vagy a maguk módján gyakorlók (41%) vettek részt az ajánlás szerinti egy-két éven belül a szűrésben, míg a nem hívők és a vallásukat ritkán vagy rendszeresen az egyházukban gyakorlók több mint feléről (52%, 51%, 51%) mondhatjuk el ugyanezt *(11. táblázat)*.

		Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?					Összesen
		Nem hívő	Nem gyakorolja a vallását	A maga módján gyakorolja	Ritkán, az egy-házában	Rendsze-resen, az egy-házában gyakorolja a vallását	
Mikor vett részt utoljára mammográfiás emlőszűrésen?	Egy-két éve	212	118	193	42	39	604
		51,5%	39,6%	40,9%	50,6%	50,6%	45%
	Három-négy éve	81	96	110	18	16	321
		19,7%	32,2%	23,3%	21,7%	20,8%	23,9%
	Négy évnél régebben	54	40	117	15	11	237
		13,1%	13,4%	24,8%	18,1%	14,3%	17,7%
	Soha	65	44	52	8	11	180
		15,8%	14,8%	11%	9,6%	14,3%	13,4%
Összesen		412	298	472	83	77	1342
		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Khi-négyzet = 47,93; df = 12; p = 0,000

11. táblázat: Szűrésen való részvétel a vallásgyakorlás módja szerint

Végül logisztikus regressziós elemzéssel megnéztük, hogy a fent bemutatott tényezők közül melyeknek van számottevő szerepük abban, hogy egy 45–65 éves nő az ajánlásnak megfelelően egy-két éven belül részt vett mammográfiás emlőszűrésen *(12. táblázat).*

A modellben függő változó az, hogy volt-e az elmúlt egy-két évben mammográfiai szűrővizsgálaton. Itt a 0 érték jelentése az, hogy nem, az 1 érték pedig az igen. A modellbe a kor, az élettel való elégedettség, a szubjektív boldogság (a magasabb értékek jelentenek magasabb elégedettséget, illetve boldogságot) és a vér szerinti gyermekek száma folytonos változóként került be, további változók pedig kategoriálisként (zárójelben a kategóriák, *szubjektív boldogság* a referenciakategóriák):

- Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)? (*1 = soha;* 2 = ritkábban, mint heti egyszer; 3 = hetente egyszer; 4 = hetente többször; 5 = naponta egyszer; 6 = naponta többször)
- Használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére? (Itt is szükség volt a változók

kevesebb kategóriára kódolására: 1 = legalább havonta; 2 = csak szükség esetén; 3 = soha; *4 = nincs internetem*)

- A háztartás szubjektív anyagi helyzete (*1 = nagyon nehéz;* 2 = nehéz; 3 = tűrhető; 4 jó)
- Településtípus (*1 = Budapest;* 2 = megyeszékhely, megyei jogú város; 3 = város; 4 = község, nagyközség)
- Iskolai végzettség (*1 = alapfok;* 2 = középfok; 3 = felsőfok)
- Dohányzás (*1 = dohányzik, elektromos cigarettát használ;* 2 = dohányzott, de leszokott; 3 = soha nem dohányzott)
- Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon? (*1 = nem hívő;* 2 = nem gyakorolja a vallását; 3 = a maga módján gyakorolja; 4 = ritkán, az egyházában vagy...; 5 = rendszeresen az egyházában gyakorolja a vallását)

A lefuttatott modellnek szignifikáns magyarázóereje van. A Nagelkerke R-négyzet értéke alapján a megmagyarázott hányad 0,097, s az alábbi változók és kategóriák magyaráznak szignifikáns részt a függő változó heterogenitásából.

A lakóhely településtípusa esetében a megyeszékhelyen, megyei jogú városban és a községben élők esélyhányadosa szignifikáns és 1 feletti, tehát a budapestieknél többen voltak az elmúlt egy-két évben mammográfiás szűrésen. A dohányzás esetében akik soha nem dohányoztak, inkább voltak szűrésen, esélyhányadosuk 1,668. A fizikai aktivitás esetében a „heti egyszer" (OR = 1,556) és a „hetente többször" kategóriát választóknál (OR = 1,415), illetve a „naponta egyszer" (OR = 1,873) választ megjelölőknél szignifikánsan magasabb a szűrésen való részvétel, mint azoknál, akik soha nem végeznek ilyen aktivitást. A vallásgyakorlás esetében a „nem gyakorolja a vallását" (OR = 0,722) és „a maga módján gyakorolja a vallását" (OR = 0,728) kategóriák hatása szignifikáns. Szintén szignifikáns hatása van a vér szerinti gyermekek számának, itt az esélyhányados 0,870, tehát a nagyobb gyerekszám inkább csökkenti a szűrésen való részvétel valószínűségét.

Ezenfelül sem az egészségügyi célú internethasználat, sem az iskolai végzettség, sem az elégedettség vagy boldogság változók, sem a háztartás szubjektív anyagi helyzete változó hatása nem szignifikáns.

	Szignifikancia	Esélyhányados
Kor	0,701	0,996
Településtípus (referencia: Budapest)	0,000	
Megyeszékhely, megyei jogú város	0,000	1,979
Város	0,039	1,455
Község, nagyközség	0,000	2,083
Iskolai végzettség (referencia: alapfok)	0,529	
Középfok	0,272	1,165
Felsőfok	0,777	1,050
A háztartás szubjektív anyagi helyzete (referencia: nagyon rossz)	0,006	
Nehéz	0,555	0,847
Tűrhető	0,570	1,182
Jó	0,185	1,493
Dohányzás (referencia: dohányzik, elektromos cigarettát használ)	0,000	
Dohányzott, de leszokott	0,248	1,252
Soha nem dohányzott	0,000	1,668
Hetente átlagosan hány alkalommal végez legalább harminc perc intenzív (pulzusemelkedéssel járó) testmozgást (például gyors gyaloglás, futás, tenisz, erőnléti edzés)? (referencia: soha)	0,046	
Ritkábban, mint heti egyszer	0,724	1,075
Hetente egyszer	0,015	1,556
Hetente többször	0,044	1,415
Naponta egyszer	0,038	1,873
Naponta többször	0,924	0,966
Milyen gyakran használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére? (referencia: nincs internetem)	0,683	
Legalább havonta	0,337	1,385
Csak szükség esetén	0,578	1,202
Soha	0,461	1,282
Egészében véve mennyire elégedett mostanában az életével?	0,205	0,937
Egészében véve mennyire tartja boldognak magát?	0,120	1,085
Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon? (referencia: nem hívő)	0,058	
Nem gyakorolja a vallását	0,049	0,722
A maga módján gyakorolja	0,033	0,728
Ritkán, az egyházában, vagy...	0,351	1,280
Rendszeresen az egyházában gyakorolja a vallását	0,564	0,857
Vér szerinti gyermekeinek száma	0,006	0,870
Konstans	0,187	0,367

12. táblázat: Logisztikus regressziós modell

Megbeszélés

Adataink szerint a 45–65 éves nők 45 százaléka vett részt mammográfiai szűrésen az ajánlásoknak megfelelő két éven belül. Ez 5 százalékponttal alacsonyabb érték, mint a Boncz és munkatársai által a 2008/2009-es szűrési ciklusban az Országos Egészségbiztosítási Pénztár adatainak elemzése alapján megállapított részvételi arány, illetve 15 százalékponttal kevesebb a 2019-es Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményénél. Ez utóbbi esetében meg kell jegyeznünk, hogy a két felmérés eredményeinek eltérését részben magyarázhatja a vizsgált korcsoportok különbsége is. A Hungarostudy 2021 eredménye ugyanakkor 6 százalékponttal magasabb, mint a Health at a Glance 2019-ben mért Magyarországra vonatkozó adata, bár ez utóbbi kizárólag a hivatalos szűrővizsgálaton részt vevőket veszi figyelembe, illetve az eltérő korcsoportok ebben az esetben is megnehezítik az összehasonlítást, hiszen az OECD az 50–69 éves korcsoportot mérte, tehát olyanokat is, akik nem kaptak meghívót.

Nem hagyható figyelmen kívül, hogy az említett régebbi vizsgálatok még a COVID–19-járvány előtt zajlottak, a Hungarostudy 2021 adatfelvétele pedig a pandémia által érintett időszakban. A COVID–19-járvány első hullámában, 2020. március 15. és június 1. között a 10/2020. (III. 14.) EMMI-rendelet alapján szüneteltek a népegészségügyi szűrések, de a járvány későbbi időszakában sem volt akadálymentes a szűréseken való részvétel, így a Hungarostudy 2021-es adatfelvételében részt vevők válaszait ez a tény befolyásolhatta.

Vizsgálatunk alátámasztja a szakirodalom azon megállapításait, melyek szerint a szociodemográfiai tényezők jelentősen befolyásolják a szűrési hajlandóságot. Ugyan a logisztikus regressziós elemzésben nem szignifikáns az iskolázottság hatása, a kétváltozós elemzések szerint az alacsony iskolai végzettség erős prediktora annak, hogy valaki kevésbé hajlandó részt venni az ajánlások szerinti gyakorisággal a mammográfiás szűrésen. Ebből a szempontból az érettségi jelent egyfajta választóvonalat: a közép- és felsőfokú végzettségűek között nincs jelentős különbség a két éven belüli részvételben.

A rosszabb anyagi helyzet szintén hátrányt jelent ebből a szempontból. A magukat jó anyagi helyzetűnek tekintők az átlagot csaknem 10 százalékponttal meghaladó mértékben vették igénybe ezt a szolgáltatást.

Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a szűrőprogram tervezésénél figyelembe kell venni az anyagi korlátokat is.

A területi egyenlőtlenségekkel kapcsolatban elmondhatjuk, hogy a fővárosban élők hajlamosak a legkevésbé részt venni a szűrésen. A nagyobb városokban élők mellett a községekben és falvakban élők tartoznak a legygyakoribb résztvevők közé. A kisebb városokban lakók körében szintén aránylag alacsony a részvétel. A kistelepülések viszonylag magas részvételi hajlandóságát magyarázhatja, hogy sok esetben növeli a motivációt, ha a szűrést „házhoz viszik": mobil szűrőbuszokkal kiszállnak a településre, megkönnyítve a részvételt. A program működtetői közösségi figyelemfelhívó munkát végeznek, és motiválnak a szűrés igénybevételére, az adott közösséget jól ismerve, elfogadott és ismert üzenetközvetítőket használva, olyan helyszíneken, ahol a célközönség elérhető. A szűrés itt tehát kampányszerű közösségi esemény.

A kognitív befolyásoló tényezőkkel kapcsolatban azt láthatjuk, hogy az egészségtudatosabb életmódot folytatók (azok, akik nem dohányoznak, illetve fizikailag aktívabbak) az emlőrákszűrés fontosságára is jobban odafigyelnek. A digitális egészségügyi megoldások használói szintén a gyakoribb szűrési résztvevők közé tartoznak, bár ez utóbbi tényező a logisztikus regresszióban már nem mutatott szignifikáns hatást. Elmondhatjuk, hogy az egészségtudatosság növelésével a szűrési hajlandóság is növekedne – ez természetesen az iskolázottság általános hatásától sem független. Éppen ezért a szűrés megfelelő kommunikációja is segíthetne a részvételi arányok növelésében. Fontos a tömegtájékoztatás. Motiváló és tájékoztató eszköz a meghívólevél, illetve a családorvosi ajánlás is.

A szociodemográfiai tényezők közül a családi állapot (egyedülálló vagy párkapcsolatban él) nem mutatott szignifikáns hatást. A vér szerinti gyermekek számának növekedésével viszont szignifikánsan csökken a szűrési részvétel. Ennek oka lehet az, hogy a többgyerekes édesanyák elfoglaltabbak, és így nehezebb megfelelő szűrési időpontot találniuk. Az elfoglaltság több kutatás szerint is csökkenti a részvételi hajlandóságot (László 2003; Újhelyi és mtsai 2018). További elemzést érdemel a vallásgyakorlás módjának és a szűrési részvételnek a kapcsolata. Az, hogy a vallásukat egyáltalán nem vagy a maguk módján gyakorlók szignifikánsan ritkábban vesznek részt szűrésen egy-két éven belül, mint a vallásukat

ritkán vagy rendszeresen az egyházukban gyakorlók, mutathat a gyülekezetbe tartozás közösségi támogató szerepére.

A szocioemocionális tényezők közül az élettel való elégedettség, illetve a szubjektív boldogság mértékét vizsgáltuk. A kétváltozós elemzések szerint elégedetlenebbek, illetve boldogtalanabbak voltak azok, akik soha nem vagy csak nagyon régen vettek részt szűrésen, de ezt az összefüggést a logisztikus regresszió nem igazolta.

Elemzéseink alapján a mammográfiás szűrésre meghívott korosztály részvételi aránya e vizsgálaton összességében alacsony. Ez veszélyezteti a szervezett népegészségügyi szűrés költséghatékonyságát (Winter 2008), amellett, hogy egyéni szinten is növeli a kockázatot. Különösen a nagyobb kockázatú csoportokra célzott egészségpolitikai intézkedések növelhetik a szűrésen való részvételi motivációt.

Felhasznált irodalom

Basu, Partha, Antonio Ponti, Ahti Anttila, Guglielmo Ronco, Carlo Senore, Diama Bhadra Vale, Nereo Segnan et al. (2018) Status of implementation and organization of cancer screening in The European Union Member States. Summary results from the second European screening report. *International Journal of Cancer.* Vol. 142. (1): 44–56.

Boncz Imre, Döbrössy Lajos, Péntek Zoltán, Kovács Attila, Budai András, Imre László, Vajda Réka, és Sebestyén Andor (2013) A szervezett országos emlőszűrési program negyedik (2008–2009) szűrési körének részvételi arányai. *Orvosi Hetilap.* 154. évf. 50. sz. 1975–1983.

Boros Julianna, Gárdos Éva, Kovács Katalin (2021) Egészségi állapot. In: Monostori Judit, Őri Péter, Spéder Zsolt (szerk.) *Demográfiai portré 2021.* Budapest: KSH NKI.

Debreczeni-Máté Zsanett (2018) Az emlőrák-szűrővizsgálaton való részvételi viszonyulás és befolyásoló tényezők vizsgálata a 45–65 éves nők körében. *Egészség-Akadémia.* 9. évf. 4. sz. 182–189.

Döbrössy, Bence, Edmond Girasek, Anna Susánszky, Zsuzsa Koncz, Zsuzsa Győrffy and Virág Katalin Bognár (2020) Clicks, likes, shares and comments. A systematic review of breast cancer screening discourse in social media. *PloS One,* Vol. 15. (4): e0231422.

Gyulai Anikó, Sárváry Attila, Rákóczi Ildikó, Takács Péter és Jávorné Erdei Renáta (2019) A női lakosság szervezett méhnyak- és emlőszűrésen való részvétele Nyíregyházán. *Egészségfejlesztés.* 60. évf. 5. sz. 57–66.

Kisalföldi, B., Imre Boncz, Réka Vajda, Dóra Elmer, István Ágoston, Zsuzsa Kívés (2016) Factors Influencing The Participation Rate on Organized Breast Bancer Screening Programme in Hungary. *Value in Health.* Vol. 19. (3): A306.

László Miklós (2003) A lakossági emlőszűrésen való részvétel motivációi. Kutatási jelentés összefoglaló prezentációja. Budapest: ÁNTSZ.

Magai, Carol, Nathan Consedine, Alfred I. Neugu, Dawn L. Hershman (2007) Common psychosocial factors underlying breast cancer screening and breast cancer treatment adherence. A conceptual review and synthesis. *Journal of Women's Health*. Vol. 16. (1): 11–23.

OECD (2021) *Health at a Glance* 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en.2021

Pakai Annamária, Farkasné Buzánczky Gabriella, dr. Brantmüller Éva, dr. Karácsony Ilona Hajnalka (2013) Az emlőszűréssel szembeni attitűd vizsgálat Bács-Kiskun megyében élő nők körében. Poszter. http://www.etk.pte.hu/szn/poszterek/pakai.pdf (Letöltés: 2022. augusztus 11.)

Újhelyi, Mihály, Dávid Pukancsik, Péter Kelemen, Eszter Kovács, István Kenessey, Mihály Bak, Miklós Kásler, Zoltán Mátrai (2018) Barriers to organized mammography screening programs in Hungary. A Questionnaire-based study of 3,313 Women. *Anticancer Research*. Vol. 38. (3): 1727–1734.

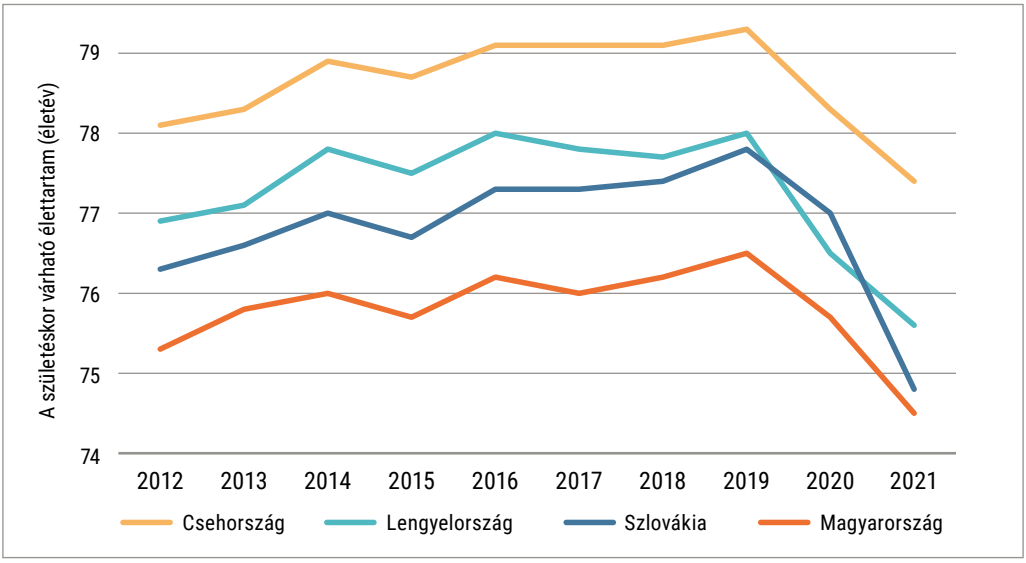
Winter Zsuzsa (2008) Jelentés az egyes onkológiai szűrési programokra fordított pénzeszközök hasznosulásának ellenőrzéséről. Állami Számvevőszék 0805. https://docplayer.hu/2236627-Jelentes-az-egyes-onkologiai-szuresi-programokra-forditott-penzeszkozok-hasznosulasanak-ellenorzeserol-0805-2008-majus.html (Letöltés: 2022. augusztus 11.).

Brys Zoltán, Susánszky Éva, Székely András

Dohányzás és alkoholfogyasztás a Hungarostudy 2002 és 2021 adatfelvételei alapján

Bevezetés

Az Eurostat halálozási adatai alapján (Eurostat 2022) Magyarországon a születéskor várható (becsült) élettartam 2021-ben 74,5 év (férfiak: 71,1 év; nők: 79,0 év) volt. A visegrádi országok közül hazánkban tartósan a legalacsonyabb ezen egészségmutató (Eurostat 2022; *1. ábra*). A rossz magyar egészségállapot egyik meghatározó oka az egészségkárosító magatartásformák magas prevalenciája. A dohányzás, az alkoholfogyasztás, a helytelen táplálkozás és a mozgáshiány okozzák a hazai egészséges életévveszteségek többségét (Vitrai, Bakacs és Varsányi 2017).



1. ábra: A születéskor várható élettartam alakulása a visegrádi országokban az Eurostat becslése alapján, pontbecslés (Eurostat 2022)

Az *egészségkárosító magatartásforma* kifejezés gyűjtőfogalomnak tekinthető, számos eltérő jellegű viselkedés tartozik ide: az alkoholfogyasztás, a dohányzás, a fizikai aktivitás alacsony szintje, az egészségtelen táplálkozás, a közlekedéssel kapcsolatos kockázatos viselkedés,

a nem biztonságos szexuális élet, a drogfogyasztás, a rossz alváshigiéné, az oltások visszautasítása, az orvosi utasítások megtagadása vagy az azoktól való eltérés stb. (Conner és Norman 2017; Urbán 2017). A felsorolt problémák egy része addiktológiai kérdés, és addiktológiai ellátást tesz szükségessé. Kiemelt figyelmet igényel a 17–22 éves korosztály, mivel az egészségkárosító magatartások „halmozódása" erre az életkorra jellemző (Bak 2007; Susánszky és Székely 2021).

Az egészségkárosító magatartásformák nem függetlenek egymástól (Conner és Norman 2017), ám együtt járásuk foka jelenleg még nem tisztázott, ennek megállapítása kiemelt kutatási feladat, és az sem ismert, hogy pontosan milyen mértékben befolyásolják a különböző egészségmagatartásokat (és ezek együtt járásait) a társas-ökológiai hatások. A különböző egészségkárosító magatartásformák komplex módon, egymással (illetve környezeti és genetikai tényezőkkel is) interakcióban hatnak az egészségállapotra, emiatt a hatásmechanizmusok feltárása módszertanilag bonyolult. Részben e problémák miatt került előtérbe az egészséges életmód egészségszociológiában használt fogalma, amely már nemcsak a viselkedést, hanem az értékrendet is magában foglalja (Urbán 2017). A különböző társadalmi csoportokban folyamatosan változik, hogy mit tartanak az egészségre károsnak, és mit nem. Az egészségkárosító magatartásformákra nagy hatása van a biológiai tényezőknek, a kultúrának, a fizikai (zöldfelületek, tér stb.), társadalmi és gazdasági környezetnek is (Urbán 2017).

A komplex és még alig feltárt összefüggésrendszer ellenére kijelenthető, hogy hazánkban az egészségkárosító magatartásformák közül régóta az alkoholfogyasztás és a dohányzás jelenti a legnagyobb terhet a lakosság és az egészségügyi ellátórendszer számára. Magyarországon a dohányzás és az alkoholfogyasztás a nők esetében az első hat, a férfiak esetében pedig az első három egészségkockázatot jelentő tényező között található (Vitrai, Bakacs és Varsányi 2017). A fentiek miatt az általános magyar egészségállapot javításához a dohányzás és az alkoholfogyasztás epidemiológiájának jobb megértése kiemelt jelentőségű (WHO 2012; 2018; Brys és mtsai 2022).

Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztásnak az európai kultúrkörben nagyfokú az elfogadottsága, több ezer éves hagyománya van, és ez az összetett történelmi hatás nehezen ragadható meg kérdőíves vizsgálatokkal. A nagyfokú elfogadottság miatt az alkoholfogyasztási szokásokat csak lassan és szisztematikus beavatkozásokkal lehetne megváltoztatni. Elekes Zsuzsanna kutatása szerint az eddigi beavatkozási kísérletek nem jártak eredménnyel: Magyarországon 1960 és 2008 között az alkoholfogyasztásra kizárólag a városiasodás és a társadalom elöregedése volt hatással (Elekes 2014). Az alkoholfogyasztás óriási terhet ró a magyar társadalomra, általánosságban kijelenthető, hogy nincs olyan család Magyarországon, amelyet valamilyen módon ne érintenének az alkohol okozta terhek, károk, következmények és problémák.

A jelenlegi nemzetközi javaslatok értelmében nincs biztonságos mértékű alkoholfogyasztás: a kismértékű alkoholfogyasztás karcinogén kockázatai is jelentősen magasabbak a kardiovaszkuláris előnyeinél (Burton és Sheron 2018). Az alkalmi intenzív nagyivás *(binge-drinking)* káros következményei is ismertek: sérülések, balesetek, emésztőrendszeri betegségek, hepatopathia, kardiovaszkuláris betegségek, fertőzéses megbetegedések, rákbetegségek, közlekedési balesetek stb. (WHO 2018).

Az alkoholizmus stigmatizáló hatása csökkenti az önbevalláson alapuló alkoholfogyasztási adat megbízhatóságát; az adatok torzulása különösen a kérdezőbiztossal zajló kérdezésnél jelentkezik (WHO 2018). Az alkoholfogyasztást biológiai (genetikai tényezők, különösen az ADH1B, ALDH2 gének), környezeti tényezők (az egyént ért kora gyermekkori traumák, társadalmi elvárások, az alkoholfogyasztás kulturális elfogadottsága stb.), valamint a személyiség jellemzői (szorongás, impulzivitás, újdonságkeresés stb.) befolyásolják (Urbán 2017). A KSH 2019-re vonatkozó (a 2019-es Európai Lakossági Egészségfelmérés adatai alapján számolt) pontbecsléses eredményei szerint Magyarországon a tizenöt éven felüli lakosságban a férfiak 18,6 százaléka, míg a nők 38,5 százaléka nem fogyaszt alkoholt (KSH 2019). Egy 2012-es vizsgálat pontbecsléses eredményei alapján Magyarországon a felnőtt nők körében 10,0 százalék a kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája, míg a felnőtt férfiak körében 32,9 százalék (Gerevich, Bácskai és Rózsa 2012).

Dohányzás

A dohányzás viszonylag új keletű szokás az alkoholfogyasztás több ezer éves hagyományához képest (az európai kultúrában széles körben az első világháború után terjedt el), ennek ellenére a leggyakoribb megelőzhető halálok Európában és Magyarországon is (WHO 2012; Urbán 2017). A dohányzás minden szervet károsít az emberi szervezetben.

A dohányzókarrier fontos jellemzője, hogy a dohányosok több mint 95 százaléka huszonegy éves kora előtt kezd dohányozni, ez hazánkban is kimutatható (Cselkó, Kovács és Horváth 2018). A felnövekedés során a szülőkkel való jó kapcsolat, különösen az érzelmi és instrumentális támogatás, a családi biztonság és a reálisan magas szülői elvárások védőfaktort jelentenek a dohányzással szemben (WHO 2012; Urbán 2017). Kockázati tényező a dohánytermékek otthoni elérhetősége vagy könnyű hozzáférhetősége, valamint a társak jóváhagyása és dohányzása (Urbán 2017). Viselkedéses szempontból a dohányzás is „öröklődik"; azon serdülők között, akiknek legalább az egyik szülőjük dohányzik, nagyobb lesz a dohányzás valószínűsége, mint azok között, akiknél egyik szülő sem dohányzik. Magyarországon is igaz, hogy a dohányzás a magasabb gazdasági-társadalmi státuszú csoportok tagjai között szignifikánsan alacsonyabb arányban fordul elő (Tombor és mtsai 2010; WHO 2012; Cselkó, Kovács és Horváth 2018; Brys és mtsai 2022).

Az egyre inkább terjedő elektronikus cigaretta vagy e-cigaretta használata dohányzásnak minősül, ahogy a hevített dohánytermékek használata is. Az elektronikus dohánytermékek akkumulátorral működő elektromos fűtőszálat (vagy fűtőszálakat) tartalmazó eszközök, amelyek (jellemzően) nikotinos folyadékot – úgynevezett liquidet – porlasztanak, ezt pedig a fogyasztó beszívja a bekapcsolt készülékből. A hevített dohánytermékek esetében a hevítő hőmérséklet általában 350 °C alatt marad, és így képez aeroszolt az eszköz. Mind az elektronikus cigaretta, mind a hevített dohánytermékek károsak az egészségre. Az elektronikus cigaretta használata 2017 körül érhette el az egyszázalékos prevalenciaértéket a magyar társadalomban; 2018-ban a használók aránya 1,7 százalék volt (95% MT: 1,1–2,5%) (Brys és mtsai 2022).

Magyarországon a hagyományos szociodemográfiai hatásmodellek befolyásoló tényezői közül az iskolai végzettség, az anyagi helyzet,

a korcsoport és a nem a négy leginkább vizsgált dohányzást befolyásoló tényező (Tombor és mtsai 2010; Cselkó Kovács és Horváth 2018; Vitrai és Tóth 2014; Brys és mtsai 2022). Egyes vizsgálatok területi és etnikai csoportok szerint fennálló különbségeket is feltártak hazánkban (Paulik és mtsai 2011). Nemzetközi és hazai kutatások is megerősítik, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek, a rosszabb anyagi körülmények között élők, illetve a férfiak között is magasabb a dohányzók aránya (Tombor és mtsai 2010; Cselkó, Kovács és Horváth 2018). Az iskolai végzettség befolyásoló szerepe korcsoportonként változónak tűnik: a hatvanöt éves és annál idősebb korosztályban nem volt befolyásoló szerepe, míg a 18–64 éves korosztályban viszonylag erős befolyásoló tényező. Ebben a korosztályban az érettségivel nem rendelkezők több mint háromszor (3,3 95% MT 2,5–4,3) nagyobb eséllyel dohányoznak az érettségivel rendelkezőkhöz képest (Brys és mtsai 2022).

A dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás együttes előfordulása kiemelt jelentőségű rizikótényező többféle légúti rákbetegségben, számos más krónikus betegségben pedig független rizikótényezők, ezért az együttes használat (dohányzás és rendszeres alkoholfogyasztás) kutatása is kiemelt népegészségügyi jelentőségű feladat (WHO 2012; 2018).

Célkitűzés

A dohányzás és az alkoholfogyasztás főbb populációs értékeinek és változásának becslése a Hungarostudy 2002-es, 2005–2006-os, 2013-as és 2021-es adatai alapján, valamint a Hungarostudy 2021-es adatfelvétel alapján a dohányzás és a kockázatos alkoholfogyasztás szociodemográfiai háttértényezőinek vizsgálata.

Módszerek

Adatok

A Hungarostudy 2002 országos kutatás célja a lakosság életminőségének, testi és mentális egészségi állapotának felmérése volt. A felmérés kétlépcsős mintavételi designt alkalmazott, a megvalósult minta 12 570 főből állt, a részvételt elutasítók mértéke 17,6 százalék volt. Az adatfelvétel

a tizennyolc éven felüli magyar lakosságra nem, életkor, valamint (megyei szintű) lakóhely szerint reprezentatívnak tekinthető.

A Hungarostudy 2005–2006 országos egészségfelmérés a Hungarostudy 2002 következő hullámának tekinthető (származtatott követéses vizsgálat második hulláma, longitudinális panel). Azon személyeket keresték meg, akik a Hungarostudy 2002 adatfelvételében hozzájárultak a követéshez (8008 fő), és közülük 4524 főt kérdeztek le.

A Hungarostudy 2013 (ismételt) keresztmetszeti adatfelvétel a 2002-es adatfelvételhez hasonlóan kétlépcsős mintavételi designt alkalmazott, s a településméret, a nem és a korcsoport dimenziói tekintetében reprezentatívnak tekinthető a megvalósult kétezer fős minta.

A Hungarostudy 2021 kutatás ismét keresztmetszeti adatfelvétel, a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, illetve a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet együttműködésében valósult meg 2021-ben (n = 7000). Kutatásvezetők: Purebl György, Engler Ágnes. (Etikai engedély száma: ETT-TUKEB IV/5663-1/2021/EKU).

A Hungarostudy-adatfelvétel és a súlyozás további módszertani részleteit ezen kötet „A Hungarostudy 2021 felmérés módszertana és a vizsgálati minta bemutatása” című fejezete tartalmazza részletesen. A jelen tanulmányban bemutatott elemzés a súlyváltozók alkalmazásával készült.

Fogalmak és mérőeszközök

Jelen kutatásban *dohányzáson* bármilyen dohánytermék használatát értjük, azaz mind a hagyományos dohányzást, mind az elektronikus eszközök (e-cigaretta, hevített dohánytermék) használatát. (Egyes elemzésekben a hagyományos dohányterméket használókat, az elektronikus eszközt használókat és a vegyes használatot bontásban is közöljük.) Dohányzónak – ennek megfelelően – azt tekintettük, aki a 2002-es kérdőívben a „Jelenleg dohányzik?” kérdésre az „Igen” választ adta, vagy a 2005–2006-os és a 2013-as felmérésben a „Melyik állítás igaz Önre?” kérdésre a „Most is dohányzik” választ adta, illetve azt, aki a 2021-es kérdőívben a „Melyik állítás illik Önre legjobban a dohányzással kapcsolatban?” kérdésre a „Dohányzom, de elektronikus eszközt nem használok”, a „Dohányzom, és elektronikus eszközt is használok” vagy a „Csak elektronikus eszközt használok” választ adta. A 2021-es adatok elemzése során

vegyes használónak azokat tekintettük, akik a „Dohányzom, és elektronikus eszközt is használok" választ adták, *leszokottnak* azokat, akik a „Már leszoktam a dohányzásról, és/vagy az elektronikus eszköz használatáról" választ jelölte meg, *sohasem dohányzónak* pedig azokat, akik a „Sohasem dohányoztam, és elektronikus eszközt sem használtam" választ adták *(1. táblázat)*.

Az alkoholfogyasztás elemzése során elsőként az alkoholfogyasztás gyakoriságát vizsgáltuk: a KSH által használt kategóriákkal összhangban *alkoholt nem fogyasztónak* tekintettük azokat, akik a „Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?" (mind a négy kérdőívben azonos módon szereplő) kérdésre a „Soha" választ adták, és *alkoholt ritkán fogyasztónak* tekintettük azokat, akik a „Havonta vagy kevesebbszer", illetve a „Havonta kétszer-négyszer" választ adták meg. *Alkoholt legalább hetente fogyasztónak* tekintettük azon válaszadókat, akik a „Hetente kétszer-háromszor" vagy a „Hetente négyszer vagy többször" választ adták. Rendszeres *együttes használónak* tekintettük azokat, akik úgy nyilatkoztak, hogy dohányoznak, és legalább hetente fogyasztanak alkoholt is.

A kétváltozós és a többváltozós elemzésekbe hét magyarázó változót vontunk be: nem (bináris), életkor (folytonos), iskolai végzettség (háromkategóriás), szubjektív jövedelmi helyzet (négykategóriás), településtípus (négykategóriás), családi állapot együttélés alapján (háromkategóriás), illetve azt, hogy a válaszadó a roma etnikumba tartozónak vallja-e magát (bináris). A szubjektív jövedelmi helyzetre „A következő állítások melyike írja le leginkább az Ön háztartásának jelenlegi helyzetét?" kérdésre adott válaszok alapján képeztünk rá: *nagyon nehéz* helyzetben lévőnek tekintettük azokat, akik az „Eladósodtunk, kölcsönökből vagy külső segítségből élünk", illetve a „Tartalékainkat, korábbi megtakarításainkat éljük fel" választ adták; *nehéz* helyzetben lévőnek tekintettük azokat, akik az „Éppenhogy kijövünk a jövedelmünkből" választ adták; *tűrhető* helyzetben lévőnek azokat, akik a „Gond nélkül megélünk, de félretenni nem tudunk", és végül *jó* helyzetben lévőnek tekintettük azokat, akik a „Gond nélkül megélünk, és kisebb összeget tartalékolni is tudunk" választ vagy a „Gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk" választ jelölték meg a zárt válaszos lehetőségek közül. A „Melyik nemzetiségi, etnikai csoportba tartozónak vallja magát?" kérdésre adott válasz

alapján határoztuk meg azt, hogy a válaszadó a roma etnikumba tartozónak vallja-e magát (a „Cigány, roma” válasz bejelölése alapján).

A 2021-es adatok elemzésekor a kockázatos alkoholivást az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje háromkérdéses változatával, az AUDIT-C-vel vizsgáltuk (Gerevich, Bácskai és Rózsa 2012). Az AUDIT-C-pontszámot sztenderd módon képeztük a „Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?”; az „Egyegységnyi alkohol van: 2 cl égetett szeszes italban, 1 dl borban, 1 pohár sörben, 1 koktélban. Hány egységnyi italt fogyaszt egy tipikus napon, amikor iszik?” és a „Milyen gyakran iszik hat vagy több egységnyi italt egy alkalommal?” kérdések alkalmazásával, a sztenderd válaszlehetőségek feltüntetésével (Gerevich, Bácskai és Rózsa 2012). A teljes mintára számolt AUDIT-C-érték Chronbach-alfa-értéke 0,75 ($\alpha_{nők} = 0{,}67$; $\alpha_{férfiak} = 0{,}74$). A WHO ajánlásának megfelelően nőknél a kettő feletti érték (azaz 3–12 pontérték) esetén tekintettük kockázatos alkoholivónak a válaszadót, míg férfiaknál hármas pontérték felett (azaz 4–12 pontérték esetén).

Vizsgálati év	A dohányzásra vonatkozó kérdés	Válaszlehetőségek
2002	Jelenleg dohányzik?	1. Nem, soha nem dohányzott. 2. Nem, de korábban dohányzott. 3. Igen.
2005–2006	Melyik állítás igaz Önre?	1. Soha nem dohányzott. 2. Korábban dohányzott, de már nem. 3. Most is dohányzik.
2013	Melyik állítás igaz Önre?	1. Soha nem dohányzott. 2. Korábban dohányzott, de már nem. 3. Most is dohányzik.
2021	Melyik állítás illik Önre legjobban a dohányzással kapcsolatban?	1. Dohányzom, de elektronikus eszközt nem használok. 2. Dohányzom, és elektronikus eszközt is használok. 3. Csak elektronikus eszközt használok. 4. Már leszoktam a dohányzásról, és/vagy az elektronikuseszköz-használatról. 5. Sohasem dohányoztam, és elektronikus eszközt sem használtam.

1. táblázat: Az elemzésbe bevont dohányzásra vonatkozó kérdések pontos szövegezése és válaszlehetőségei a Hungarostudy vizsgálatok különböző éveiben

Statisztikai eszközök és összehasonlítások

Az elemzések során – az összehasonlíthatóság érdekében – hagyományos, frekventista statisztikai eszközöket alkalmaztunk 95 százalékos megbízhatósági tartománnyal (MT). Az elemzések során az adatokat a súlyváltozó segítségével súlyoztuk. A 2021-es súlyváltozó mediánértéke

0,91, interkvartilis tartománya (IQR) 0,73–1,19 volt. Az egészségkárosító magatartásformák populációs aránybecslésére a Z-becslőfüggvényt választottuk. A különféle társadalmi csoportok, illetve a különböző vizsgálati időpontok közötti előfordulási arányok összehasonlításra többszörös Z-próbát, illetve kétváltozós béta-regressziót alkalmaztunk. A többszörös arány-összehasonlításokat Bonferroni-módszerrel penalizáltuk. Két dichotóm változó esetén kereszttábla χ^2-értéket és esélyhányadost (EH) számoltunk. A többkategóriás iskolai végzettség és a dohányzás összefüggésének vizsgálatára a Somers-féle egyirányú monotonitási δ-együttható számítását és χ^2-számítást végeztük el. A többváltozós elemzéshez bináris logisztikus regressziós modelleket (dohányzó és kockázatos alkoholfogyasztó) alkalmaztunk. Az elemzések elvégzése előtt varianciainflációs faktort (VIF) számoltunk, viszont a viszonylag magas elemszámok miatt a Box–Tidwell-próbától eltekintettünk. A modellek teljesítményét ROC-AUC-érték (vevő működési karakterisztika görbe alatti terület) számításával, valamint a Nagelkerke-féle pszeudo-R-négyzet számításával értékeltük. A számításokat R4.0.2 (Bécs, Ausztria) és IBM SPSS 25.0 (New York, Egyesült Államok) szoftverek felhasználásával végeztük el.

Eredmények

Leíró statisztikák

A dohányzók aránya 2002 és 2021 között trendszerűen emelkedett a magyar társadalomban (z=22,18(3), p< E-15), miközben a dohányzásról leszokottak aránya csökkent (z=-2,22(3), p=0,03), a soha-nem-dohányzók aránya pedig nem változott (z=0,34(3), p=0,73) (*2. táblázat*). A továbbiakban kizárólag a dohányzókkal kapcsolatos adatok elemzésére kerül sor.

A dohányzók aránya 2002-ben mért 28,2 százalékról (95% MT; 27,4–29,0%) 2021-ben 34,1 százalékra (95% MT; 33,0–35,2%) változott. A dohányzók aránya tehát 5,9 (95% MT; 4–7,8) százalékponttal emelkedett, ez rendkívül magas, 20,9 százalékos (95% MT; 13,0–28,5%) emelkedést jelent. Az emelkedés mindkét nem esetében kimutatható.

A férfiak 1,8-szer nagyobb eséllyel (95% MT; 1,5–2,1) dohányoznak a nőkhöz képest, ezen esélyérték-hányados nem változott 2002 és 2021 között *(2. táblázat).*

Vizsgálati év	Dohányzók aránya (95% MT)	Leszokottak aránya	Soha nem dohányzók aránya	Dohányzók aránya a férfiak körében (95% MT)	Dohányzók aránya a nők körében (95% MT)	Férfi/női dohányzás EH (95% MT)
2002	28,2% (27,4–29,0%)	17,2% (16,5–17,9%)	54,5% (53,5–55,3%)	34,7% (33,4–35,9%)	22,9% (21,9–23,9%)	1,79 (1,65–1,94)
2005–2006	29,3% (28,0–30,6%)	22,2% (21,0–23,4%)	48,5% (47,1–49,9%)	37,0% (34,8–39,2%)	24,3% (22,6–25,9%)	1,83 (1,61–2,09)
2013	32,0% (30,0–34,0%)	16,4% (14,8–18,0%)	51,6% (49,4–53,8%)	38,6% (35,5–41,7%)	26,2% (23,5–28,8%)	1,77 (1,46–2,14)
2021	34,1% (33,0–35,2%)	12,2% (10,8–13,6%)	53,7% (51,5–55,9%)	41,4% (39,7–43,0%)	27,7% (26,2–29,1%)	1,84 (1,67–2,03)

2. táblázat: A soha nem dohányzók, a leszokottak és a dohányzók aránya összességében és a dohányzók nemenkénti bontásban, valamint a férfiak dohányzási esélyhányados-értéke (EH) a nőkhöz képest a magyar társadalomban, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

Tekintettel arra, hogy az elektronikus eszközök használata 2017 óta van jelen mérhetően a magyar társadalomban, a 2021-es kérdőívben specifikusan lekérdeztük. 2021-ben a kizárólag elektronikus eszközt használók aránya 3,2 százalék (95% MT; 2,8–3,6%), a vegyes használók (hagyományos cigarettát és elektronikus cigarettát is használók) aránya pedig 2,2 százalék (95% MT; 1,9–2,6%) volt a magyar társadalomban. 2021-ben a soha nem dohányzók aránya 53,7 százalék (95% MT; 52,5–54,8%), a dohányzásról leszokottak aránya pedig 12,2 százalék volt (95% MT; 11,5–13,0%).

Az alkoholfogyasztás gyakorisága tekintetében az alkoholt legalább hetente fogyasztók aránya csökkeni látszik a magyar társadalomban: a 2002-ben mért 17,1 százalékról (95% MT; 16,5–17,8%) 2021-ben 13,8 százalékra (95% MT; 13,0–14,0%) *(3. táblázat).*

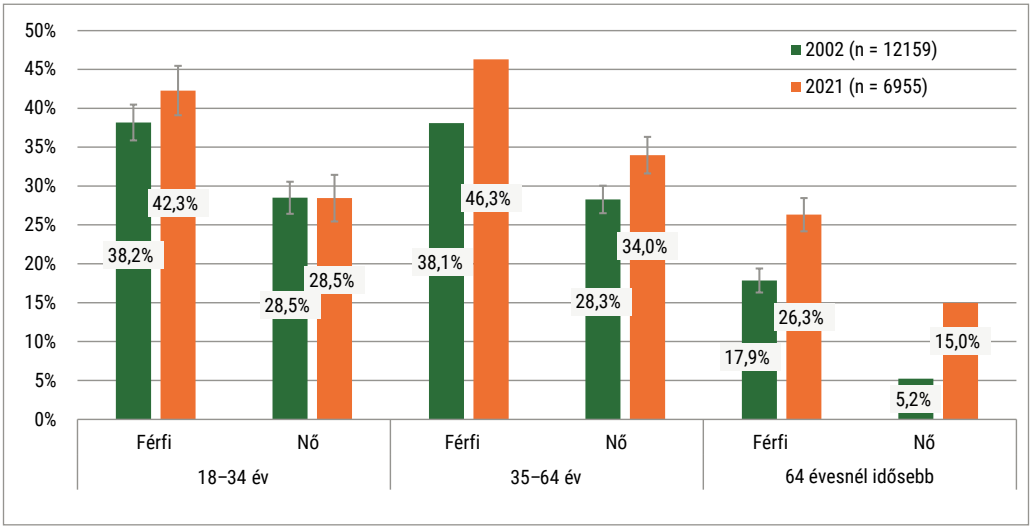
Vizsgálati év	Alkoholt nem fogyasztók aránya	Alkoholt ritkán fogyasztók aránya	Alkoholt legalább hetente fogyasztók aránya
2002	40,6% (39,7–41,5%)	42,3% (41,4–43,2%)	17,1% (16,5–17,8%)
2005–2006	45,2% (43,8–46,6%)	37,0% (35,6–38,3%)	17,9% (16,8–18,9%)
2013	39,9% (37,8–42,1%)	44,6% (42,4–46,8%)	15,5% (13,9–17,1%)
2021	44,7% (43,6–45,9%)	41,5% (40,3–42,6%)	13,8% (13,0–14,6%)

3. táblázat: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának megoszlása a magyar társadalomban

A 2002–2021-es adatok összehasonlítása társadalmi csoportonként

Mivel mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás tekintetében a nem, a korcsoport és az iskolai végzettség befolyásoló tényező, elsősorban e három változó mentén készítettük el a leíró elemzéseket.

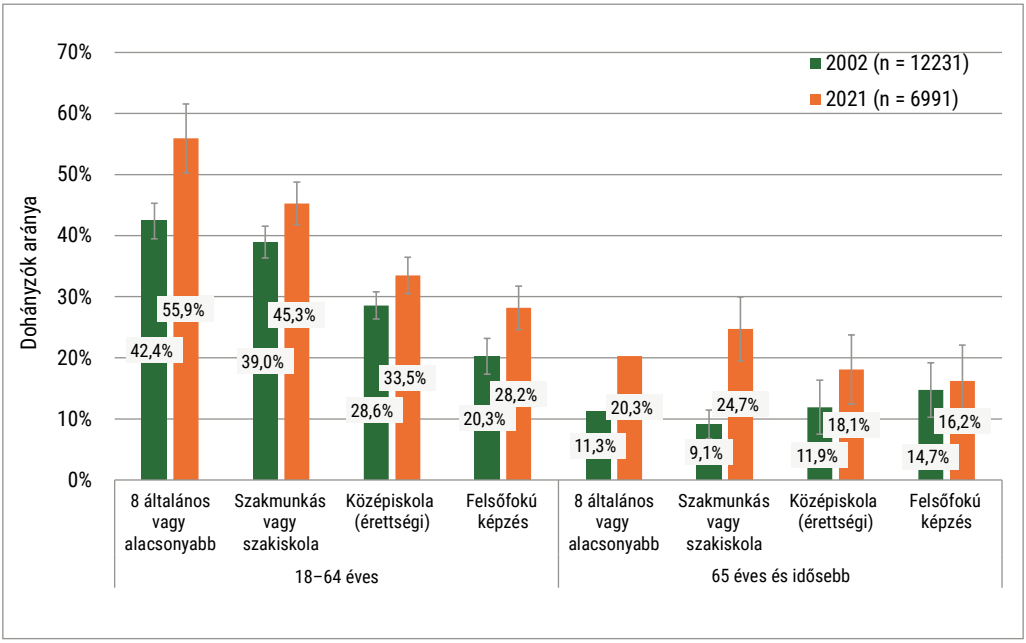
2002-ről 2021-re a 18–34 éves korcsoportban nem történt változás a dohányzók aránya tekintetében, viszont a 35–64 éves korcsoportban és a hatvannégy év felettiek körében is szignifikáns emelkedés ($\forall p < 0{,}001$) volt kimutatható *(2. ábra)*. A legnagyobb mértékű emelkedés a hatvannégy éven felüli nők körében volt becsülhető: 2002-ben 5,2 százalék (95% MT; 4,1–6,4%), 2021-ben 15,0 százalék (95% MT; 12,7–17,3%).



2. ábra: A dohányzás gyakorisága Magyarországon 2002-ben (zöld) és 2021-ben (narancssárga) korcsoportok és nemek szerint, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

Iskolai végzettség és korcsoport (18–64 évesek, illetve 65 évesek és idősebbek) szerinti bontásban 2002-ről 2021-re az érettségivel nem rendelkezők körében történt szignifikáns emelkedés a dohányzás terén *(3. ábra)*. Az ábrán is jól látható, hogy míg a 18–64 éveseknél a növekvő iskolai végzettség monoton csökkenő tendenciát mutat a dohányzók arányával ($\delta_{2002} = -0{,}11$ $p_{2002d} < 0{,}001$ és $\chi^2(3)_{2021} = 256{,}5$ $p_{2002chi2} < 0{,}001$, $\delta_{2021} = -0{,}15$ $p_{2021d} < 0{,}001$ és $\chi^2(3)_{2021} = 212{,}0$ $p_{2021chi2} < 0{,}001$), addig a hatvanöt éves és annál idősebb korcsoportban ez már nem áll fenn sem 2002-ben

(δ_{2002} = 0,036 p_{2002d} < 0,001 és $\chi^2(3)_{2002}$ = 14,6 $p_{2002chi2}$ = 0,002),) sem 2021-ben (δ_{2021} = 0,00 p_{2021d} = 0,56 és $\chi^2(3)_{2021}$ = 11,8 $p_{2021chi2}$ = 0,01).



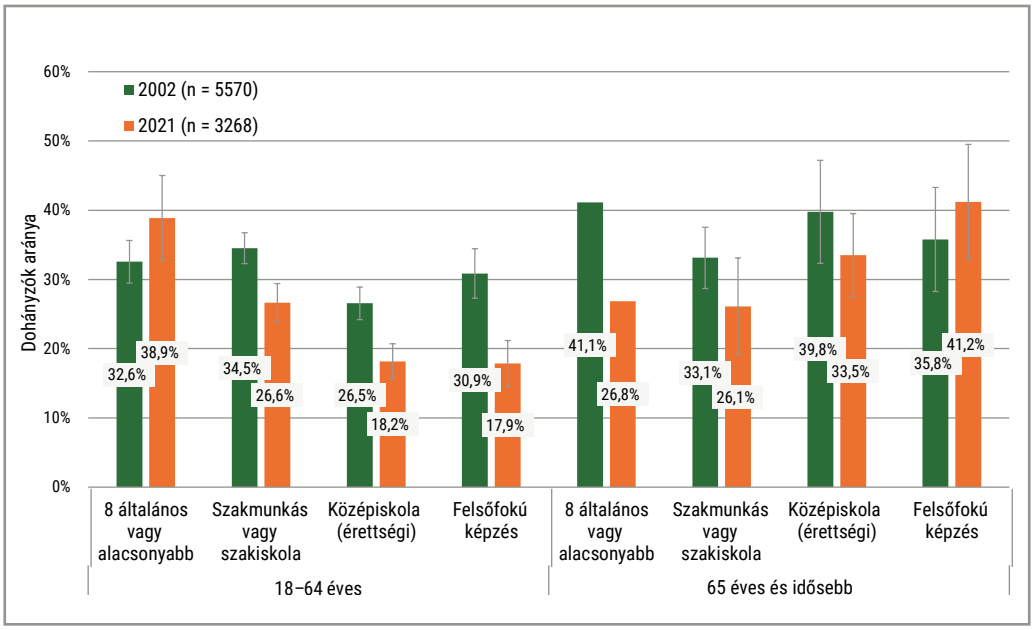
3. ábra: A dohányzás gyakorisága Magyarországon 2002-ben (zöld) és 2021-ben (narancssárga) iskolai végzettség és korcsoportok szerint, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

A legalább hetente előforduló alkoholfogyasztás tekintetében 2002-ről 2021-re a nők körében nem történt változás, míg a férfiaknál mérsékelt, de szignifikáns csökkenés volt kimutatható. Ennek megfelelően a férfiak nőkhöz mért esélyérték-hányadosa is csökkent, de még így is 2021-ben egy férfi 7,4-szeres (95% MT; 6,1–8,8) eséllyel fogyasztott legalább hetente alkoholt egy nőhöz képest *(4. táblázat).*

Vizsgálati év	A férfiak körében (95% MT)	A nők körében (95% MT)	Férfi/nő EH (95% MT)
2002	32,6% (31,3–33,8%)	4,4% (3,9–4,9%)	10,5 (9,3–11,9)
2021	24,6% (23,1–26,1%)	4,3% (3,6–4,9%)	7,4 (6,1–8,8)

4. táblázat: A legalább hetente alkoholt fogyasztók aránya nemenkénti bontásban, valamint a férfiak esélyérték-hányadosa a nőkhöz képest a magyar társadalomban 95% MT alkalmazásával

A legalább hetente előforduló alkoholfogyasztást – az érintettség miatt – a férfiak esetében vizsgáltuk. 2002-ről 2021-re a 18–64 éves, szakiskolai és annál magasabb iskolai végzettségű férfiak körében történt csökkenés (∀p < 0,001), a 18–64 éves, nyolc általánossal vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőknél nem lehetett kimutatni szignifikáns változást *(4. ábra)*. A legnagyobb mértékű csökkenést a 18–64 éves, felsőfokú iskolai végzettségű férfiak körében találtuk: a 2002-es 30,9 százalékból (95% MT; 27,3–34,4%) 2021-re 17,9 százalék lett (95% MT; 14,6–21,2%).

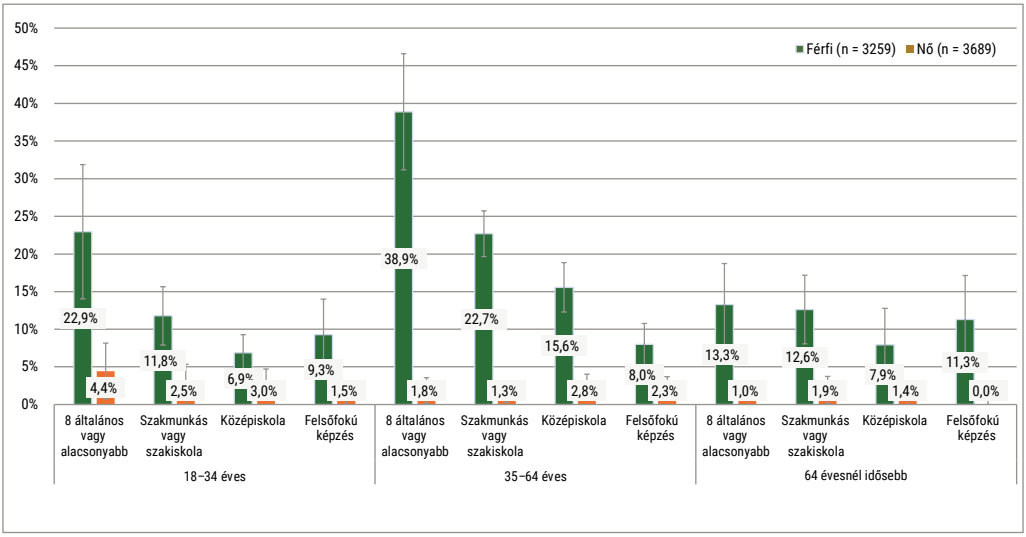


4. ábra: A legalább hetente előforduló alkoholfogyasztás gyakorisága Magyarországon a férfiak körében 2002-ben (zöld) és 2021-ben (narancssárga), iskolai végzettség és korcsoportok szerint, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

A dohányzás és a rendszeres alkoholfogyasztás együttes előfordulása 2021-ben

2021-ben a dohányzók és legalább hetente alkoholt fogyasztók (együttes használat) aránya a magyar társadalomban 8,1 százalék volt (95% MT; 7,5–8,8%). E tekintetben is jelentős különbség van a nemek között: a nők körében az együttes használat előfordulása 2,0 százalék (95% MT; 1,5–2,5%), míg a férfiak esetében 15,1 százalék volt (95% MT; 13,9–16,3%).

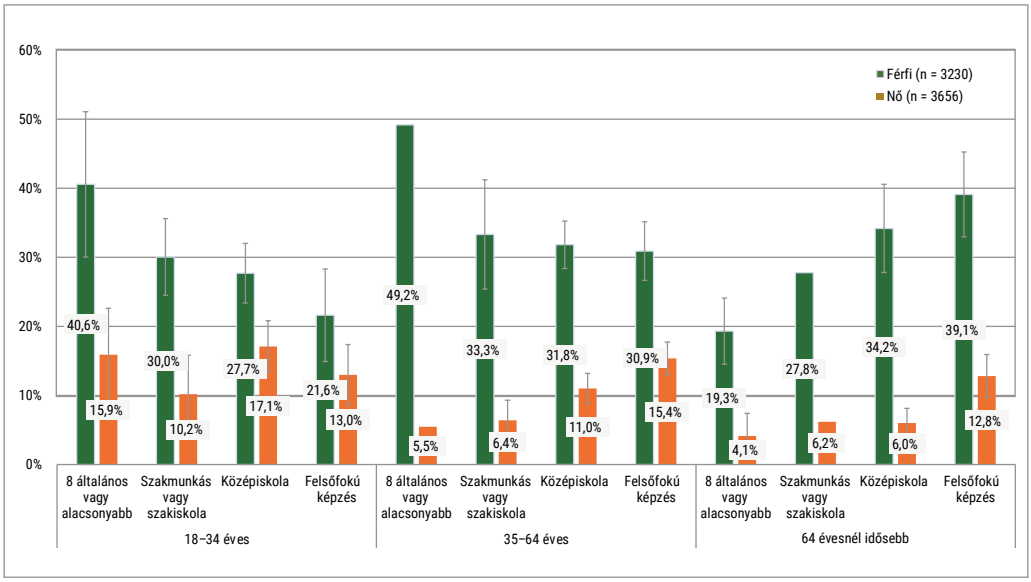
Különösen aggasztó a 18–34 éves férfiaknál az együttes használat rendkívül magas előfordulása, ez a körükben 19,1 százalék (95% MT; 17,2–20,1%). Az együttes használat a legmagasabb arányban a 35–64 éves, nyolc általánossal vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiaknál volt kimutatható, ez esetükben 38,9 százalék (95% MT; 31,2–46,6%) *(5. ábra).*



5. ábra: A dohányzás és a legalább hetente előforduló alkoholfogyasztás együttes előfordulása Magyarországon 2021-ben nem, iskolai végzettség és korcsoportok szerint, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

Kockázatos alkoholfogyasztás 2021-ben

2021-ben a kockázatos alkoholfogyasztók (férfiaknál az AUDIT-C-pontszám háromnál magasabb, nők esetében kettőnél magasabb) aránya a magyar társadalomban 20,1 százalék (95% MT; 19,2–21,1%) volt. E tekintetben is jelentős különbség volt a nemek között: a nők körében a kockázatos alkoholfogyasztás előfordulása 10,2 százalék (95% MT; 9,2–11,2%), míg a férfiak esetében 31,4 százalék (95% MT; 29,8–33,0%). A kockázatos alkoholfogyasztás a nyolc általánossal vagy annál alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak körében fordul elő a legmagasabb arányban (35,7%; 95% MT; 31,0–40,4%), ebben a csoportban a 35–64 évesek között kiemelkedően magas: 49,2 százalék (95% MT; 47,2–52,1%) *(6. ábra).*



6. ábra: A kockázatos alkoholfogyasztás előfordulása Magyarországon 2021-ben nem, iskolai végzettség és korcsoportok szerint, aránybecslés 95% MT alkalmazásával

A 2021-es adatfelvétel többváltozós regressziós elemzései

Tekintettel arra, hogy korábbi kutatás (Brys és mtsai. 2022) és a leíró elemzés is rávilágított, hogy a 18–64 évesek és a hatvannégy évnél idősebbek körében az iskolai végzettség másképpen állítható (asszociatív) összefüggésbe a dohányzással és az alkoholfogyasztással, ezt a két korcsoportot külön modellekben vizsgáltuk. A bemutatott frekventista bináris logisztikus regressziós modellekben a függő változók a dohányzási állapot (jelenleg dohányzik) és a kockázatos alkoholfogyasztás (kockázatos alkoholfogyasztó) voltak (két külön modell). A többváltozós modellekbe bevont változók eloszlását az *5. táblázat* ismerteti.

	Hiányzó értékek n (%)	A válaszadók körében n (%) vagy medián (IQR)
Függő változók		
Dohányzik (igen)	8 (0,1%)	2383 (34,1%)
Kockázatos alkoholfogyasztó (igen)	75 (1,1%)	1395 (20,1%)
Független (magyarázó) változók		
Nem (férfi)	0 (0%)	3279 (46,8%)
Életkor	0 (0%)	48 (34–63)
Iskolai végzettség (alapfok)	0 (0%)	3184 (45,5%)
Iskolai végzettség (középfok)	0 (0%)	2340 (33,4%)
Iskolai végzettség (felsőfok)	0 (0%)	1476 (21,1%)
Szubjektív jövedelmi helyzet (nagyon nehéz)	174 (2,5%)	317 (4,5%)
Szubjektív jövedelmi helyzet (nehéz)	174 (2,5%)	2640 (37,7%)
Szubjektív jövedelmi helyzet (tűrhető)	174 (2,5%)	1973 (28,2%)
Szubjektív jövedelmi helyzet (jó)	174 (2,5%)	1896 (27,1%)
Településtípus (Budapest)	0 (0%)	1288 (18,4%)
Településtípus (megyeszékhely, megyei jogú város)	0 (0%)	1432 (20,5%)
Településtípus (város)	0 (0%)	2259 (32,3%)
Településtípus (község, nagyközség)	0 (0%)	2020 (28,9%)
Családi állapot együttélés alapján (egyedülálló)	4 (0,1%)	2706 (38,7%)
Családi állapot együttélés alapján (házastársával él)	4 (0,1%)	2966 (42,4%)
Családi állapot együttélés alapján (élettárssal él)	4 (0,1%)	1324 (18,9%)
Roma etnikum (igen)	0 (0%)	359 (5,1%)

5. táblázat: A többváltozós regressziós modellekben használt változók alapparaméterei (súlyozott értékek) (IQR = interkvartilis tartomány)

Tényező	18–64 évesek (n = 5384)		65 évesek és idősebbek (n = 1436)	
	p érték	EH (95% MT)	p érték	EH (95% MT)
Nem				
Férfi	< 0,001	1,7 (1,5–1,9)	< 0,001	2,1(1,6–2,7)
Nő	Referenciacsoport			
Életkor (életévben)	0,05	–	< E-07	0,9 (0,86–0,91)
A háztartás szubjektív anyagi helyzete				
Nagyon nehéz	0,32	–	0,03	1,9 (1,1–3,6)
Nehéz	0,18	–	0,39	–
Tűrhető	0,74	–	0,64	–
Jó	Referenciacsoport			
Iskolai végzettség				
Alapfokú	< 0,001	2,2 (1,9–2,6)	0,05	–
Középfokú	< 0,001	1,4 (1,2–1,6)	0,79	–
Felsőfokú	Referenciacsoport			
Településtípus				
Község, nagyközség	0,11	–	0,76	–
Város	0,01	0,8 (0,7–0,95)	0,99	–
Megyeszékhely, megyei jogú város	0,54	–	0,46	–
Budapest	Referenciacsoport			
Családi állapot (együttélés alapján)				
Egyedülálló	0,16	–	0,80	–
Élettársával él	< 0,001	1,4 (1,2–1,6)	0,02	1,7 (1,1–2,7)
Házastársával él	Referenciacsoport			
Etnikum				
A roma etnikumba tartozónak vallja magát	< E-14	2,8 (2,1–3,6)	< E-06	4,9 (2,6–9,5)
Nem tartja magát a roma etnikumba tartozónak	Referenciacsoport			
	∀VIF < 1,3 Likelihood ratio χ2-teszt: χ2(13) = 375,1; p < 0,001 Nagelkerke-féle R^2: 0,09 ROC-AUC = 0,65 (95% MT 0,63–0,66)		∀VIF < 1,3 Likelihood ratio χ2-teszt: χ2(13) = 151,9; p < 0,001 Nagelkerke-féle R^2: 0,15 ROC-AUC = 0,72 (95% MT 0,69–0,75)	

6. táblázat: A dohányzás és a szociodemográfiai változók szerinti bináris logisztikus regressziós modellek a hatvannégy éves és annál idősebb, illetve a hatvanöt évesnél fiatalabb korcsoportokban a Hungarostudy 2021-es adatfelvételén

A dohányzás vonatkozásában a magyarázó változók közötti multikollinearitás értéke mind a két korcsoport esetében elfogadható volt (∀VIF < 1,3) bináris logisztikus regressziós modell alkalmazásához. Elfogadható teljesítményű modellt kaptunk mind a két korcsoportban: a Likelihood ratio $\chi 2$ teszt eredményei szerint a modellek jobban becsültek, mint az üresmodell (∀p < 0,001), a Nagelkerke-féle pszeudo-R^2 értékei 0,07 felett voltak, és a modellek asszociatív előrejelző teljesítménye is elfogadható volt (∀ROC-AUC > 0,6). A modellek részletei a *6. táblázat*ban láthatók. A két életkori csoportban nem teljesen azonosak a befolyásoló tényezők: míg a nem, a családi állapot és a roma etnikumba tartozás mindkét korcsoportban szignifikáns hatású, addig az iskolai végzettség és a településtípus csak a hatvanöt évnél fiatalabb korcsoportban, az életkor pedig csak a hatvanöt év feletti korcsoportban. A roma etnikumhoz tartozással való erős kapcsolat mindkét csoportban kiugrik *(6. táblázat).*

A kockázatos alkoholfogyasztók tekintetében is mindkét korcsoportban alkalmazható volt a bináris logisztikus regressziós modell (∀VIF < 1,3), a modellek teljesítményei elfogadhatók voltak az elemzéshez (∀Nagelkerke-féle pszeudo-R^2 > 0,1 és ∀ROC-AUC ≥ 0,7). A modellek részletei a *7. táblázat*ban találhatók. A kockázatos alkoholfogyasztás területén is megfigyelhető, hogy a két életkori korcsoportban nem teljesen azonosak a befolyásoló tényezők: míg a nem, a településtípus és a roma etnikumba tartozás mindkét korcsoportban szignifikáns hatású, addig a háztartás szubjektív anyagi helyzete és a családi állapot csak a 18–64 éveseknél, az életkor és az iskolai végzettség pedig csak a hatvanöt évesek és annál idősebbek körében. A településtípust tekintve a budapesti lakhely mindkét korcsoportban kockázati tényezőként mutatkozik meg, a hatvanöt évnél fiatalabbak körében pedig – meglepő módon – a jó anyagi helyzet is. A hatvanöt évesek és annál idősebbek körében – a leíró statisztikákkal összhangban – a felsőfokú iskolai végzettség kockázati tényezőnek látszik. A nem és a roma etnikumhoz tartozás itt is megjelenik befolyásoló tényezőként: a férfiak és a roma etnikumba tartozók magasabb eséllyel kockázatos alkoholfogyasztók.

Tényező	18–64 évesek (n = 5333)		65 évesek és annál idősebbek (n = 1428)	
	p érték	EH (95% MT)	p érték	EH (95% MT)
Nem				
Férfi	< 0,001	3,5 (3,1–4,2)	< 0,001	6,4 (4,5–9,0)
Nő	Referenciacsoport			
Életkor (életévben)	0,71	–	0,01	0,96 (0,94–0,99)
A háztartás szubjektív anyagi helyzete				
Nagyon nehéz (1)	0,96	–	0,45	–
Nehéz (2)	< 0,001	0,7 (0,6–0,8)	0,55	–
Tűrhető (3)	< 0,001	0,7 (0,6–0,9)	0,44	–
Jó	Referenciacsoport			
Iskolai végzettség				
Alapfokú	0,07	–	0,005	0,5 (0,35–0,83)
Középfokú	0,24	–	0,10	–
Felsőfokú	Referenciacsoport			
Településtípus				
Község, nagyközség	< 0,001	0,56 (0,46–0,69)	0,03	0,59 (0,37–0,95)
Város	< 0,001	0,47 (0,39–0,58)	0,16	–
Megyeszékhely, megyei jogú város	< 0,001	0,54 (0,43–0,67)	0,002	0,46 (0,28–0,74)
Budapest	Referenciacsoport			
Családi állapot (együttélés alapján)				
Egyedülálló	< 0,001	1,4 (1,2–1,7)	0,97	–
Élettársával él	< 0,001	1,5 (1,2–1,8)	0,86	–
Házastársával él	Referenciacsoport			
Etnikum				
A roma etnikumba tartozónak vallja magát	0,001	1,6 (1,2–2,2)	0,03	2,3 (1,1–4,9)
Nem tartja magát a roma etnikumba tartozónak	Referenciacsoport			
	∀VIF < 1,3 Likelihood ratio χ2-teszt: χ2(13) = 455,2; p < 0,001 Nagelkerke-féle R^2: 0,13 ROC-AUC = 0,70 (95% MT 0,68–0,72)		∀VIF < 1,3 Likelihood ratio χ2-teszt: χ2(13) = 195,5; p < 0,001 Nagelkerke-féle R^2: 0,21 ROC-AUC = 0,76 (95% MT 0,73–0,79)	

7. táblázat: A kockázatos alkoholfogyasztás és a szociodemográfiai változók szerinti bináris logisztikus regressziós modellek a hatvanöt éves és annál idősebb, illetve a hatvanöt évesnél fiatalabb korcsoportokban a Hungarostudy 2021-es adatfelvételén

Megbeszélés

Korábbi kutatásokkal összhangban (Tombor és mtsai 2010; Paulik és mtsai 2011; Cselkó, Kovács és Horváth 2018; WHO 2012; 2018; Brys és mtsai 2022) – többváltozós regressziós modellek segítségével – megerősítést nyert, hogy a nem, az iskolai végzettség, az anyagi helyzet, a településtípus, az életkor, a családi állapot és az etnikai hovatartozás összefüggésbe állítható mind a dohányzással, mind a kockázatos alkoholfogyasztással. Ugyanakkor jelen elemzés megerősítette azt is, hogy a 18 és 64 év közötti korcsoportban, valamint a hatvanöt évesek és annál idősebbek körében részben eltérően hatnak e befolyásoló szociodemográfiai háttértényezők.

Kiemelhető, hogy korcsoporttól függetlenül mind a dohányzás, mind a kockázatos alkoholfogyasztás nagyobb eséllyel fordul elő a férfiak és a roma etnikumba tartozók körében. A 18–64 évesek esetében a magasabb iskolai végzettség alacsonyabb dohányzási valószínűséggel állítható összefüggésbe. Minden csoportban veszélyeztetettek a legfeljebb általános iskolai végzettséggel rendelkezők.

Összefoglalás

Leíró és feltáró jellegű kutatásunkban az alkoholfogyasztás és a dohányzás főbb prevalenciaértékeinek időbeli változását, valamint a dohányzást és az alkoholfogyasztást befolyásoló szociodemográfiai tényezőket vizsgáltuk a magyar felnőtt népesség körében a Hungarostudy adatfelvételei alapján.

A magyar felnőtt populációban a dohányzók aránya rendkívüli mértékben emelkedett 2002-ről 2021-re: a dohányzók esetében 20,9%-kal (95% MT; 13,0–28,5). A drasztikus emelkedésnek csak egy kis részéért felelős az elektronikus cigaretta megjelenése, hiszen 2021-ben a csak elektronikus eszközt használó dohányzók aránya mindössze 3,2% (95% MT; 2,8–3,6%) volt. A dohányzók arányának növekedése a harmincnégy év feletti korosztályban, különösen a hatvanöt éves és annál idősebb nők körében kiugró. Iskolai végzettség szerint az érettségivel nem rendelkezők körében volt kimutatható emelkedés 2002-ről 2021-re. Eredményeink alapján valószínűsíthető, hogy az 2009–2017 közötti Eurobarometer adatfelvételek alapján felsejlő csökkenő tendencia (Brys és mtsai 2022) a kismintás adatfelvételből adódó pontbecsléses torzítás

eredménye. Az alkoholfogyasztás gyakorisága tekintetében a hatvanöt évnél fiatalabb, szakiskolai vagy annál magasabb iskolai végzettségű férfiak körében 2002-ről 2021-re csökkenés volt becsülhető. Ugyanakkor a kockázatos alkoholfogyasztás továbbra is a férfiak körében jellemző és jelentős probléma a 2021-es adatok alapján. A 18 és 64 év közötti, legfeljebb általános iskolai végzettségű férfiak körében aggasztóan magas a kockázatos alkoholfogyasztók aránya.

Tanulmányunknak három fő korlátja van: (1) az időbeni összehasonlító összpopulációs aránybecslésnél nem vette figyelembe a lakosságiösszetétel-változás hatását, ugyanakkor a társadalmi csoportonkénti összehasonlítást is elvégeztük, ahol ez a hatás már nem játszik szerepet; (2) a regressziós modellbe elméletileg átfedő információtartalmú változókat vontunk be, ennek ellenére nem penalizált regressziós modelleket alkalmaztunk, tekintettel arra, hogy a VIF-elemzés ezt megengedte; valószínűleg ez sem jelentett lényeges torzítást; (3) az eredmények értelmezéséből nem lehetséges kiszűrni a COVID–19-pandémia dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó hatását, ez olyan általános kohorszhatás, amely nem szűrhető ki.

Javaslatok

A limitációk ellenére eredményeink a dohányzás területén további beavatkozást sürgetnek. A dohányzók aránya további növekedésének megállítása érdekében integrált szemléletű, hatékony népegészségügyi intézkedéscsomag szükséges: országos megelőző és leszokástámogató programok, amelyek az alacsony iskolai végzettségűekre és a roma populációra külön hangsúlyt fektetnek. A dohányzás területén ismételten megállapítható, hogy sérülékeny csoportok (alacsony iskolai végzettségűek, roma populáció stb.) körében magasabb a dohányzás esélye és ezáltal a krónikus betegségek kialakulásának kockázata is. Javasolható, hogy Magyarországon a WHO MPOWER csomagját ne csak részlegesen, hanem teljes egészében adaptálják. A dohányzásellenes jogszabályokon túl a dohányzás denormalizálására is nagy szükség lenne: egyrészt a dohánytermékek direkt reklámozásának tiltása mellett az indirekt reklámozásának további szigorítására, másrészt széles körű és rendszeres lakossági tájékoztatásra, illetve bizonyítottan hatékony leszokástámogató programok széles körű bevezetésére. A kockázatos alkoholfogyasztók arányának visszaszorítása

érdekében hasonló program javasolható: a megelőzés, a leszokástámogatás, a professzionális támogatás, az addiktológiai ellátás fejlesztése mellett az önsegítő csoportok támogatása is. A kockázatos alkoholfogyasztás területén is külön figyelmet igényelnek az alacsony iskolai végzettségűek és a roma populáció.

Az együttes használat kiemelkedően magas hazai aránya, valamint a dohányzás és a kockázatos alkoholfogyasztás részben átfedő társadalmi háttértényezői felvetik azt is, hogy a dohányzás és az alkoholfogyasztás elleni szükséges intervenciókat részben össze lehetne hangolni.

Felhasznált irodalom

Bak Judit (2007) Egészségtudatosság és káros szenvedélyek reprezentációi gyermekkorban. In: Pikó Bettina (szerk.) *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban.* Budapest: L'Harmattan. 168–183.

Brys Zoltán, Tóth Gergely, Urbán Róbert, Vitrai József, Magyar Gábor, Bakacs Márta, Berezvai Zombor, Ambrus Csaba és Pénzes Melinda (2022) A dohányzás és az e-cigaretta-használat epidemiológiája a felnőtt magyar népesség körében 2018-ban. *Orvosi Hetilap.* 163. évf. 1. sz. 31–38.

Burton, Robyn and Nick Sheron (2018) No level of alcohol consumption improves health. *The Lancet.* Vol. 392. (10152): 987–988.

Conner, Mark and Paul Norman (2017) Health behaviour. Current issues and challenges. *Psychology & Health.* Vol. 32. (8): 895–906.

Cselkó Zsuzsanna, Kovács Gábor és Horváth Ildikó (2018) A dohányzás helyzete Magyarországon. In: Tokaji Károlyné (szerk.) *Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014. Műhelytanulmányok 2.* Budapest: KSH. 85–111.

Elekes Zsuzsanna (2014) Hungary s Neglected „Alcohol Problem". Alcohol Drinking in a Heavy Consumer Country. *Substance Use & Misuse.* Vol. 49. (12): 1611–1618.

Eurostat (2022) Life expectancy by age and sex (Population and social conditions Demography, population stock and balance Mortality (national level). https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpec/default/table?lang=en (Letöltés: 2022. július 7.)

Gerevich József, Bácskai Erika és Rózsa Sándor (2012) Az Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT). In: Gerevich József, Bácskai Erika (szerk.) *Korszerű addiktológiai mérőeszközök.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 66–77.

Paulik, Edit, Nagymajtényi László, Douglas Easterling and Todd Rogers (2011) Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. *International Journal of Public Health.* Vol. 56 (5): 485–491.

Susánszky Éva, Székely András (2021) Egészségmagatartás és -megőrzés a fiatalok körében. In: Székely Levente (szerk.) *Magyar fiatalok a koronavírus-járvány idején.* Budapest: Enigma 2001. 161–188.

Tombor Ildikó, Paksi Borbála, Urbán Róbert, Kun Bernadette, Arnold Petra, Rózsa Sándor és Demetrovics Zsolt (2010) A dohányzás epidemiológiája a magyar népesség körében országos reprezentatív adatok alapján. *Orvosi Hetilap.* 151. évf. 9. sz. 330–337.

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

Vitrai József, Bakacs Mária és Varsányi Péter (2017) Hazai egészség-pillanatkép, 2017. *Egészségfejlesztés*. 58. évf. 4. sz. 59–75.

Vitrai József, Tóth Gergely (2014) A dohányzást befolyásoló tényezők szerepének nemek közötti különbsége és időbeli változása. *Európai lakossági egészségfelmérés, 2014 Műhelytanulmányok 2.* https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2014_muhelytan.pdf (Letöltés: 2022. szeptember 26.)

WHO (2012) *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. New York: WHO.

WHO (2018) *Global status report on alcohol and health*. New York: WHO.

Zana Ágnes, Bódi Bernadett, Balog Piroska

A pandémiát követő poszttraumás növekedés pszichoszociális összefüggései

Bevezetés

Kutatásunk a COVID–19-pandémia magyar lakosságra gyakorolt hatásait vizsgálta, a Hungarostudy 2021-es felmérés adatbázisának elemzése alapján. Az elemzés szűkebb keresztmetszete a pandémia negatív mentális hatásain túl a lehetséges pozitív változások feltérképezése volt. A témában végzett kutatások egy része nemcsak a traumákra válaszul adott maladaptív megküzdési mechanizmusok és negatív érzelmi reakciók vizsgálatával foglalkozik, hanem az adaptív megküzdési technikák és pozitív pszichés változások felmérésével és értelmezésével is. A különböző traumatikus (élet) eseményekre adott pszichés reakciók – például a depresszió, a szorongás, a stressz és a poszttraumás stressz szindróma (PTSD) – a szakirodalomban jó ideje ismert és tárgyalt területek, míg a traumával kapcsolatos pozitív reakciók, mint a reziliencia és a poszttraumás növekedés, az utóbbi években kezdtek a kutatások középpontjába kerülni. A COVID–19 világjárvány elhúzódó traumatikus esemény vagy éppen események sorozata, amelyben egyéni és társadalmi szintű változások és traumák egyaránt megjelennek. Ilyen a szociális beszűkülés, a szocioökonómiai státusz részleges vagy teljes megváltozása, illetve a negatív életesemények: a megbetegedés, a halál és a gyász. Az utóbbi életesemények többféle módon jelentettek megterhelést a COVID–19 okozta megbetegedés és halálozás, a fertőzésveszély miatt a búcsúzás lehetőségének beszűkülése, a gyászmunka nehezítettsége, illetve az egyéb betegségekből adódó ellátási nehézségek szintjén. A járvány speciális velejárója volt, hogy a megszokott és adaptív megküzdési technikák, így például kiemelten a sport vagy a társas támogatás kevésbé voltak elérhetők éppen a társadalmi izoláció miatt. Ez megnehezítette a pozitív megküzdést, és új kihívások elé állította mind a lakosságot, mind a pszichés segítségnyújtást végző szakembereket.

A poszttraumás növekedés vizsgálata a kutatók és klinikusok számára egyre érdekesebbé vált a traumára adott jótékony válasz megértéséhez. A poszttraumás növekedés összefüggésbe hozható a mentális egészséggel

és a jobb szubjektív fizikai egészséggel, illetve az általános jólléttel. Ezért kutatásunk fókuszába a posztttraumás növekedés magyar lakosságra jellemző mutatói kerültek, különös tekintettel a lehetséges összefüggésekre a demográfiai változókkal, így a családi állapottal, a szocioökonómiai státusszal és a vallásossággal, illetve a mentális egészség mutatóival, például a depresszióval és az észlelt stresszel. Az elmúlt két év során a nemzetközi szakirodalomban is hangsúlyossá vált a mentális és fizikai egészségi állapot, illetve a megküzdési potenciál témája. A különböző traumatikus életeseményeket átélt emberek körében korábban is vizsgálták a posztttraumás növekedést, és a legjelentősebb pozitív változást a gyászolóknál, a sztómával, illetve daganatos megbetegedéssel élő résztvevőknél találtak (Kadri, Gracey és Leddy 2022). Tanulmányunkban a COVID–19-világjárvány és a posztttraumás növekedés összefüggéseit elemezzük. Reményeink szerint az itt közölt adatok segítséget nyújthatnak a traumatikus események egészségünkre gyakorolt hatásainak szélesebb körű értelmezésében és ennek megfelelően a rezilienciát támogató jövőbeli intervenciók kidolgozásában.

Szakirodalmi áttekintés

Az a COVID–19-járványt megelőzően született, a posztttraumás növekedés előfordulását vizsgáló szisztematikus áttekintő tanulmány (Wu és mtsai 2019), amely 10 181 fő részvételével, huszonhat közlemény alapján készült, a posztttraumás növekedés prevalenciáját 52,58 százaléknak (95% CI = 48,66–56,48%) mérte. A posztttraumás növekedés előfordulása 10 és 77 százalék között változott, és magas heterogenitást (I^2 = 92,3%, 95% CI = 90,1–94,0%, $p < 0,01$) mutatott. Az elszenvedett traumát követő első hat hónap során hatvan évnél fiatalabb életkor, egyes speciális hivatások (például tűzoltók, intenzív osztályok személyzete) és közvetlen trauma átélése esetén nagyobb arányban számoltak be közepes-magas posztttraumás növekedésről.

A COVID–19-járvány nyomán számos vizsgálat indult a pandémia kiváltotta posztttraumás növekedés felmérése céljából, így a nemzetközi szakirodalom megfelelő hátteret nyújt az eredmények összehasonlíthatósága szempontjából. A járvány első hulláma által jelentősen érintett Olaszországban a lakosság körében végeztek keresztmetszeti felmérést az első lezárás idején (Menculini és mtsai 2021). A kutatásban megkérdezett 20 720

résztvevő mindössze 4 százalékát jellemezte posztttraumás növekedés az összpontszámok alapján. A legnagyobb mértékű növekedés az „élet értékelése" dimenzióban (2,3 +/–4), míg a legalacsonyabb a „spirituális változás" alskálán (1,2 +/–1,2) volt mérhető. A nők a „személyes erő" ($p < 0,002$) és az „élet értékelése" ($p < 0,007$) területén nagyobb posztttraumás növekedésről számoltak be, mint a férfiak. Az egészségügyi szakemberek, a COVID–19 által fertőzöttek és a mentális betegségben szenvedők körében nem találtak szignifikáns különbséget a posztttraumás növekedés mértékében az általános népességhez képest. Az életkorral sem találtak szignifikáns összefüggést.

Görögországban ugyancsak 2020 tavaszán, az első Covid-hullám idején, 1661 fő bevonásával zajlott a posztttraumás növekedést felmérő kutatás (Kalaitzaki 2021). A nőket szignifikánsan jelentősebb posztttraumás növekedés jellemezte, minden alskálán szignifikánsan nagyobb pontszámot értek el a férfiaknál. A fiatalabb korosztály az „új lehetőségek" alskálán ért el magasabb eredményt. A magasabban képzettek körében alacsonyabb posztttraumás növekedést észleltek, a „személyes erő" és a „spirituális változás" dimenziókban szignifikánsan alacsonyabb értékekkel.

Kutatási hipotéziseink a következők voltak:

- Feltételezzük, hogy a posztttraumás növekedés megjelent a magyar lakosság körében a koronavírus-járvány időszakában.
- A posztttraumás növekedés a nők körében nagyobb mértékben jelenik meg.
- A magasabb iskolai végzettség pozitívan korrelál a posztttraumás növekedéssel.
- A magasabb jövedelem pozitív korrelációt mutat a posztttraumás növekedéssel.
- A házasságban élők körében nagyobb posztttraumás növekedés figyelhető meg.
- A posztttraumás növekedés pozitívan korrelál a jólléttel, míg negatívan korrelál a depresszióval.

Módszerek

Elemzéseinket a Hungarostudy 2021 reprezentatív magyar kutatás adatain végeztük.

Alkalmazott mérőeszközök

A *Rövidített Poszttraumás Növekedés Kérdőív* magyar változata. Korábban az eredeti, huszonegy tételes kérdőívet használták Magyarországon, validálási adatait publikálták (a rövid változatot ismereteink szerint még nem alkalmazták). A huszonegy tételes validált magyar változatból választottuk ki azt a tíz tételt, amelyet Cann és munkatársai (2010) javasolnak, akik a tíz tételt megfelelőnek találták a poszttraumás növekedés mérésére (Cronbach-alfa = 0,93). Mintánkon is megfelelő a rövid kérdőív reliabilitása (Cronbach-alfa = 0,96). A szerzők öt alskálát is elkülönítettek, két-két tétellel, az alskálák a következők: másokhoz kapcsolódás („Közelebb érzem magam másokhoz"); új lehetőségek („Jobb dolgokra vagyok képes az életemben"); személyes erő („Rájöttem, hogy erősebb vagyok, mint gondoltam"); spirituális változás („Megerősödött a vallásos hitem"); az élet értékelése („Ez az esemény megváltoztatta a véleményemet arról, hogy mi fontos igazán az életben"). A szerzők az alskálák reliabilitását megfelelőnek találták, a Cronbach-alfa-értékek a következők voltak: másokhoz kapcsolódás: 0,86; új lehetőségek: 0,82; személyes erő: 0,78; spirituális változás: 0,80; az élet értékelése: 0,77. Mintánkon a reliabilitásértékek a következőképpen alakultak: másokhoz kapcsolódás: 0,89; új lehetőségek: 0,86; személyes erő: 0,89; spirituális változás: 0,79; az élet értékelése: 0,89.

A *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* a depresszió tüneteinek és súlyosságuknak a felmérését teszi lehetővé. Kérdései a huszonegy tételes teljes kérdőív összpontszámával legszorosabb kapcsolatban álló kilenc változót mérik. Ezek a következők: szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya és önvádlás. E kilenctételes változat (Rózsa, Szádóczky és Füredi 2001) jó belső megbízhatóságú, a Cronbach-alfa-értéke 0,83, a mintánkon 0,94. A skála összpontszáma 0–27. A nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében, az eredeti kérdőívnek megfelelően 2,22-vel megszorozva átszámoltuk az összpontszámot, így az 0 és 60 között van.

A *Rövid WHO Jóllét Kérdőív* a pszichés jóllét önértékelésen alapuló mérésére szolgál. Az eredeti kérdőív huszonnyolc tételből állt, több rövidítésen esett át, majd a rutinszerű használat igényére válaszolva megszületett az öttételes változata is. Ez négyfokú skálán (0 = nem jellemző; 1 = alig jellemző; 2 = jellemző; 3 = teljesen jellemző) olyan pozitív aspektusokat mér, mint a vidámság és jókedv, a pihenten ébredés vagy az élénkség. A kérdőív összpontszáma 0–15. A magyar változat belső megbízhatósága igen jónak bizonyult, Cronbach-alfa-értéke 0,85, a mintánkon 0,91. A depresszió szűrésére a korábbi vizsgálatok során az elérhető pontszám 50 százaléka volt alkalmazható cut-off pontként, vagyis aki csak ezt a pontszámot vagy alacsonyabbat ér el, annál szükséges a depresszió meglétének további vizsgálata a megfelelő diagnosztikai módszerekkel. A 8 alatti értékek tartoznak a kockázati kategóriába, míg a többi a normál zónába. A Topp és munkatársai (2015) által áttekintett szakirodalmi hivatkozásokban ezt a cut-off pontot alkalmazva a WHO-5-skála szenzitivitása átlagosan 0,86 volt a DSM-IV major depresszióhoz viszonyítva, a specificitás értéke pedig 0,81. Így ez a cut-off pont javasolt a klinikai depresszió szűrésére.

Mértünk szociodemográfiai változókat is: nem (férfi, nő), életkor, végzettség (itt a végzettségi kategóriákat összevonva három kategóriával dolgoztunk: alapfokú, középfokú, felsőfokú), havi nettó személyes jövedelem (összevont kategóriák: 150 ezer forint és alatta, 151–300 ezer forint, 301 ezer forint és több), családi állapot (három kategória: egyedülálló, élettársi kapcsolatban, házasságban). Továbbá mértük azt is, hogy ki nevelte a válaszadót tizennégy éves koráig (1 = házasságban élő vér szerinti szülei; 2 = nem házasságban együtt élő vér szerinti szülei; egyik vér szerinti szülő egyedül; egyik vér szerinti szülő és az ő új társa; nagyszülő vagy más rokon; gyám; hivatásos nevelőszülő vagy állami gondozás).

A minta jellemzői

A hétezer fős, korra, nemre és a lakóhely típusára nézve reprezentatív mintából a vizsgálat időpontjában 6879 (98,3%) személy válaszolt a posztttraumás növekedést mérő kérdőív kérdéseire, elemzéseinket tehát ezen az elemszámon végeztük. A válaszadók 53 százaléka nő, 17 százaléka huszonkilenc évesnél fiatalabb, 17 százaléka 30–39 éves, 19 százaléka 40–49 éves, 15 százaléka 50–59 éves, 31 százaléka pedig hatvanévesnél idősebb. A családi állapotot illetően mintánk 39 százaléka a vizsgálat időpontjában egyedülálló

volt, 19 százaléka élettársi kapcsolatban élt, 42 százaléka pedig házastársi kapcsolatban. A jövedelem kérdéseire csak 4705 személy (68%) válaszolt, közülük 29 százalék személyes havi nettó jövedelme 150 ezer forint alatti, 60 százalékuknak 151 ezer és 300 ezer forint közötti, és 11 százalékuké 301 ezer forint feletti. A mintánkban lévő személyek 88 százaléka vallotta azt, hogy tizennégy éves koráig házasságban élő vér szerinti szülei nevelték.

Statisztikai elemzések

A poszttraumás növekedés, az életkor és a depressziós tünetek együtt járását a Spearman-féle rangkorrelációs együttható számításával vizsgáltuk.

A poszttraumás növekedés, valamint az alskálák (másokhoz kapcsolódás, új lehetőségek, személyes erő, spirituális változás, az élet értékelése) és a demográfiai változók összehasonlításánál két csoport esetén (mivel a vizsgált folytonos változók nem voltak normális eloszlásúak) Mann–Whitney-próbát, három csoportnál Kruskal–Wallis-próbát használtunk.

A poszttraumás növekedés és a mentális egészség mutatóinak (depresszió, WHO Jóllét) összehasonlításánál többváltozós elemzéseket, egyszempontos varianciaanalízist végeztünk General Linear Modelben, 95 százalékos konfidencia-intervallummal. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, nemre, végzettségre és családi állapotra.

Eredmények

A Rövidített Poszttraumás Növekedés Kérdőív és alskáláinak leíró adatai (*1. táblázat*).

	Poszttraumás növekedés (0–50)	Másokhoz kapcsolódás (0–10)	Új lehetőségek (0–10)	Személyes erő (0–10)	Spirituális változás (0–10)	Az élet értékelése (0–10)
Átlag (SD)	18,12 (13,95)	3,66 (3,04)	3,58 (2,99)	4,05 (3,17)	2,87 (2,85)	4,02 (3,18)

1. táblázat: A poszttraumás növekedés és alskáláinak leíró adatai

Elsőként a poszttraumás növekedés, valamint alskáláinak összefüggéseit vizsgáltuk a szociodemográfiai változókkal *(2., 3., 4. táblázat).*

		Poszttraumás növekedés		Másokhoz kapcsolódás	
		Átlag (SD, 95%-os CI)		Átlag (SD, 95%-os CI)	
Életkor	18–29	17,65 (16,91–18,39)	H = 17,840 p = 0,001	3,53 (3,73–3,69)	H = 16,839 p = 0,002
	30–39	18,90 (18,13–19,68)		3,83 (3,66–4,00)	
	40–49	18,65 (17,90–19,41)		3,77 (3,60–3,93)	
	50–59	18,48 (17,65–19,32)		3,71 (3,53–3,89)	
	> 60	17,17 (16,60–17,74)		3,47 (3,35–3,59)	
Nem	Férfi	17,10 (13,82)	U = 6127787,500 p < 0,001	3,47 (2,98)	U = 6400907,500 p < 0,001
	Nő	19,02 (14,01)		3,84 (3,07)	
Végzettség	Alapfok	17,26 (16,79–17,73)	H = 24,966 p < 0,001	3,45 (3,35–3,56)	H = 31,379 p < 0,001
	Középfok	18,30 (17,74–18,85)		3,68 (3,56–3,79)	
	felsőfok	19,39 (18,66–20,12)		3,99 (3,83–4,15)	
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)	≤ 150	18,66 (17,96–19,36)	H = 1,293 p = 0,524	3,69 (3,53–3,84)	H = 2,264 p = 3,22
	150–300	18,56 (18,06–19,05)		3,76 (3,65–386)	
	≥ 301	17,81 (16,62–19,01)		3,57 (3,31–3,82)	
Családi állapot	Egyedül-álló	17,41 (16,89–17,92)	H = 12,412 p = 0,002	3,51 (3,40–3,62)	H = 13,342 p = 0,001
	Élettárs	17,95 (17,20–18,69)		3,56 (3,40–3,72)	
	Házas	18,63 (18,13–19,12)		3,78 (3,67–3,89)	
Ki nevelte?	Házas szülők	18,23 (13,96)	U = 2700632,000 p = 0,033	3,69 (3,03)	U = 2775002,000 p = 0,034
	Egyéb	17,23 (13,97)		3,46 (3,06)	

Jelölés: U = Mann–Whitney U próba; H = Kruskal–Wallis H próba

2. táblázat: A poszttraumatikus növekedés és a másokhoz kapcsolódás összefüggései a szociodemográfiai változókkal

Az eredmények azt mutatják, hogy a nők, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők és a házasok körében, valamint azon személyek között, akiket tizennégy éves korukig a házasságban élő vér szerinti szüleik neveltek, szignifikánsan gyakoribb a poszttraumás növekedés. Életkor tekintetében a 40–49 évesek körében a legmagasabb a poszttraumás növekedés, és a legkisebb a hatvan évnél idősebbek esetében. A személyes nettó jövedelem és a poszttraumás növekedés nem mutatott szignifikáns összefüggést.

A „másokhoz kapcsolódás" alskálán a nők, a felsőfokú végzettségűek, a házasságban élők és a házas szülők által nevelt személyek értek el szignifikánsan magasabb pontszámot. Az „új lehetőségek" alskálán a nők, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők és a kapcsolatban élők mutattak szignifikánsan magasabb értékeket, illetve a 30 és 39 év közötti korosztály tagjai is magasabb pontszámot értek el. A „személyes erő" szignifikáns növekedése figyelhető meg a 30–39 évesek korcsoportjában, a nők, a felsőfokú végzettségűek, a házasok és a házas szülők által neveltek körében. A „spirituális változás" a nők körében szignifikánsan magasabb a férfiakkal összevetve. A házas szülők által neveltek között is megfigyelhető kisebb mértékű, de szignifikáns különbség, magasabb értékek megléte a többi csoporttal szemben. A nők, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők mellett a házasságban élők is magasabb pontszámot értek el „az élet értékelése" alskálán. Figyelemre méltó tendencia, hogy az „új lehetőségek" kivételével minden alskálán a legalacsonyabb pontszámot érték el a legmagasabb jövedelmi kategória, vagyis az átlagjövedelem felett keresők képviselői. A „személyes erőt" leszámítva az alskálákon az egyedülállók minden esetben alacsonyabb pontszámot értek el, mint az élettársi kapcsolatban vagy házasságban élők.

A mentális egészség mutatóival való összefüggéseket első körben korrelációs együttható számításával vizsgáltuk *(5. táblázat).* A poszttraumás növekedés gyenge, de fordított együtt járást mutat az életkorral, tehát minél idősebb valaki, annál kisebb az esélye arra, hogy egy olyan traumát követően, mint egy pandémia, poszttraumás növekedés jellemezze. Itt egy érdekes összefüggést is láthatunk: amellett, hogy a depresszió és a WHO Jóllét közepes erősségű fordított korrelációt mutat (–0,460) – ez elvárt összefüggés –, meglepő, hogy mind a jóllét, mind a depressziós tünetek gyenge, de pozitív együtt járást mutatnak a poszttraumás növekedéssel.

		Új lehetőségek		Személyes erő	
		Átlag (SD, 95%-os CI)		Átlag (SD, 95%-os CI)	
Életkor	18–29 30–39 40–49 50–59 > 60	3,56 (3,41–3,72) 3,79 (3,62–3,95) 3,74 (3,58–3,90) 3,62 (3,45–3,80) 3,28 (3,16–3,40)	H = 33,316 p < 0,001	4,00 (3,84–4,17) 4,22 (4,04–4,39) 4,13 (3,96–4,30) 4,13 (3,94–4,32) 3,78 (3,66–3,92)	H = 19,366 p < 0,001
Nem	Férfi Nő	3,40 (2,95) 3,74 (3,01)	U = 6375588,000 p < 0,001	3,84 (3,16) 4,23 (3,17)	U = 6342638,500 p < 0,001
Végzettség	Alapfok Középfok Felsőfok	3,37 (3,27–3,47) 3,62 (3,50–3,74) 3,88 (3,72–4,03)	H = 28,770 p < 0,001	3,79 (3,69–3,90) 4,11(3,98–4,23) 4,40 (4,23–4,56)	H = 39,572 p < 0,001
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)	≤ 150 150–300 ≥ 301	3,54 (3,39–3,69) 3,65 (3,55–3,75) 3,65 (3,40–3,91)	H = 2,403 p = 0,301	4,13(3,97–4,29) 4,11 (3,99–4,22) 3,98(3,71–4,25)	H = 0,562 p = 0,755
Családi állapot	Egyedülálló Élettárs Házas	3,42 (3,31–3,53) 3,64 (3,49–3,80) 3,64 (3,53–3,74)	H = 10,458 p = 0,005	3,91 (3,79–4,02) 3,91 (3,74–4,07) 4,16 (4,53–4,38)	H = 12,173 p = 0,002
Ki nevelte?	Házas szülők Egyéb	3,58 (2,99) 3,51 (3,04)	U = 2848995,000 p = 0,385	4,09 (3,17) 3,76 (3,14)	U = 2742804,500 p = 0,005

Jelölés: U = Mann–Whitney U próba; H = Kruskal–Wallis H próba

3. táblázat: Az „új lehetőségek” és a „személyes erő” összefüggései a szociodemográfiai változókkal

		Spirituális változás		Az élet értékelése	
		Átlag (SD, 95%-os CI)		Átlag (SD, 95%-os CI)	
Életkor	18–29 30–39 40–49 50–59 > 60	2,76 (2,61–2,91) 2,95 (2,80–3,11) 2,93 (2,77–3,08) 2,92 (2,74–3,09) 2,85 (2,73–2,96)	H = 2,534 p = 0,639	3,86 (3,70–4,03) 4,14 (3,96–4,31) 4,13 (3,96–4,30) 4,15 (3,96–4,33) 3,84 (3,71–3,97)	H = 16,838 p = 0,002
Nem	Férfi Nő	2,26 (2,78) 3,04 (2,91)	U = 6239825,000 p < 0,001	3,79 (3,16) 4,21 (3,18)	U = 6326620,000 p < 0,001
Végzettség	Alapfok Középfok Felsőfok	2,84(2,75–2,94) 2,90(2,78–3,01) 2,90 (2,75–3,04)	H = 1,310 p = 0,519	3,81 (3,70–3,91) 4,05 (3,92–4,17) 4,35 (4,18–4,51)	H = 29,237 p < 0,001
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)	≤ 150 150–300 ≥ 301	3,16 (3,02–3,31) 3,02 (2,92–3,12) 2,84 (2,59–3,08)	H = 4,661 p = 0,097	4,07 (3,92–4,23) 4,06 (3,95–4,17) 3,78 (3,51–4,04)	H = 3,792 p = 0,150
Családi állapot	Egyedülálló Élettárs Házas	2,77 (2,67–2,88) 2,94 (2,79–3,10) 2,94 (2,84–3,04)	H = 5,800 p = 0,055	3,85 (3,74–3,97) 3,93 (3,76–4,10) 4,15 (4,04–4,26)	H = 15,084 p < 0,001
Ki nevelte?	Házas Szülők Egyéb	2,88 (2,86) 2,70 (2,82)	U = 2742057,500 p = 0,042	4,04 (3,18) 3,83 (3,17)	U = 2809112,500 p = 0,064

Jelölés: U = Mann–Whitney U próba; H = Kruskal–Wallis H próba

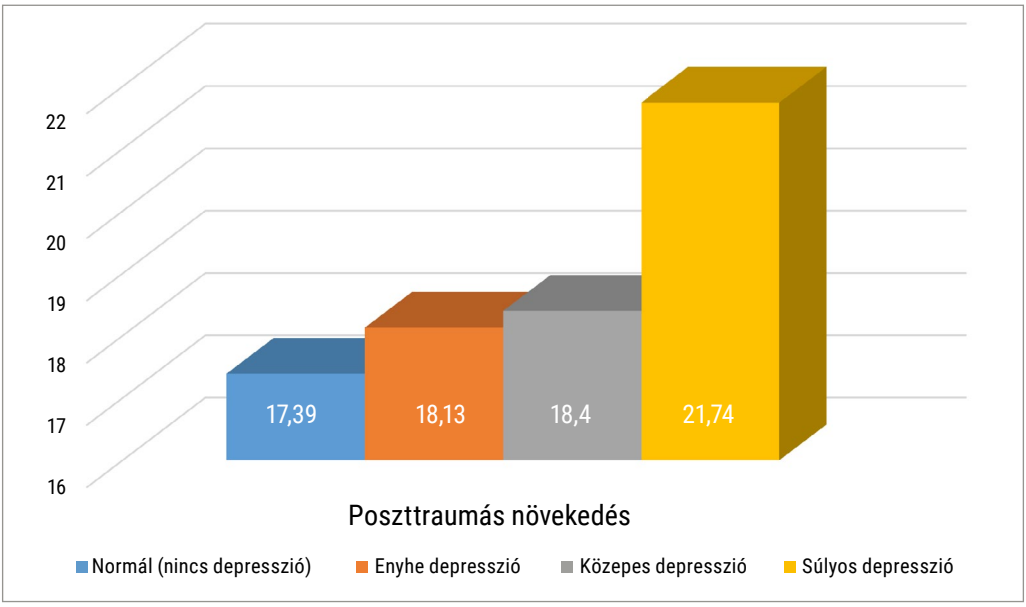
4. táblázat: A „spirituális változás” és „az élet értékelése” összefüggései a szociodemográfiai változókkal

Skála	Posztttraumás növekedés	Életkor	Beck Depresszió Kérdőív	WHO Jóllét
Posztttraumás növekedés	1	−0,027*	0,063**	0,099**
Életkor	−0,027*	1	0,175**	−0,270**
Beck Depresszió Kérdőív	0,063**	0,175**	1	−0,460**
WHO Jóllét	0,099**	−0,270**	−0,460**	1

*Jelölés: **: p < 0,01, *:p<0,05*

5. táblázat: A posztttraumás növekedés együtt járása az életkorral és a Beck Depresszió Kérdőívvel (Spearman-féle korrelációs együtthatók; n = 7292)

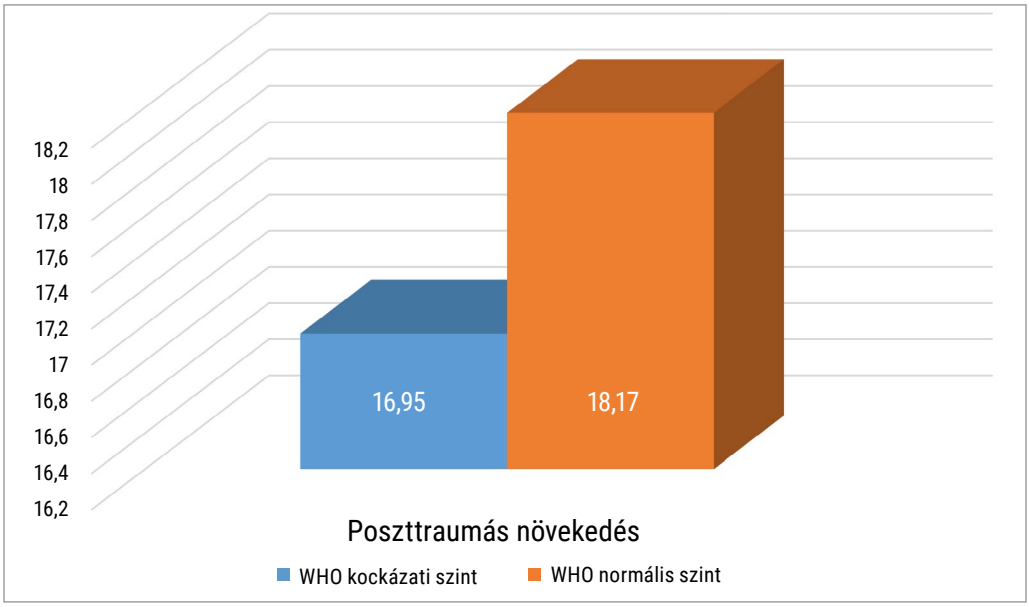
A továbbiakban többváltozós elemzésekkel, General Linear Modelben, 95 százalékos konfidencia-intervallummal vizsgáltuk a posztttraumatikus növekedés, illetve a mentális egészség mutatói közötti összefüggéseket – adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, nemre, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra.



1. ábra: A posztttraumás növekedés és a depressziós tünetek összefüggése

Eredményeink szerint életkortól, nemtől, végzettségtől, családi állapottól függetlenül azok körében magasabb a posztttraumás növekedés, akik a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív alapján a súlyos depresszió kategóriájába esnek.

A posztttraumás növekedés WHO Jólléttel való összefüggése éppen fordítva, vagy mondhatjuk úgy is, hogy az elvárásaink szerint alakul: életkortól, nemtől, végzettségtől, családi állapottól függetlenül azok körében alacsonyabb a posztttraumás növekedés, akik a Rövidített WHO Jóllét kérdőív alapján a jóllét szempontjából a kockázati zónába sorolódnak.



2. ábra: A posztttraumás növekedés és a WHO Jóllét összefüggése

Megbeszélés

Kutatásunk középpontjában a COVID–19-világjárvány mentális egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata állt. Ennek során kiemelten az észlelt stressz, a posztttraumás növekedés, a jóllét és a depresszió alakulását, illetve lehetséges összefüggéseit vettük górcső alá. Az eredmények értelmezésekor szociodemográfiai változókat is figyelembe vettünk: nem, életkor, családi állapot, jövedelem és családban nevelkedés. Hipotéziseink a következők voltak: (1) Feltételeztük, hogy a posztttraumatikus növekedés megjelent a magyar lakosság körében a koronavírus-járvány időszakában. (2) A posztttraumatikus növekedés a nők körében nagyobb mértékben jelenik meg. (3) A magasabb iskolai végzettség pozitívan korrelál a posztttraumatikus növekedéssel. (4) A magasabb jövedelem pozitív korrelációt mutat a posztttraumatikus növekedéssel. (5) A házasságban élők körében jelentősebb posztttraumatikus növekedés figyelhető meg. (6) A posztttraumás növekedés pozitívan korrelál a jólléttel, míg negatívan korrelál a depresszióval.

Az első hipotézisünk beigazolódott: a COVID–19-járvánnyal való megküzdés során a magyar lakosság körében is megfigyelhető volt a posztttraumás növekedés. A nemzetközi szakirodalom szintén leír posztttraumás

növekedést a járványt követően (Matos és mtsai 2021). Az eredményekből arra következtethetünk, hogy bár a járvány jelentős krízishelyzetet okozott, a válaszadók egy része a megtapasztalt nehézségeket képes volt a saját személyes fejlődése érdekében, erőforrásokat alkalmazva alakítani; elsősorban a „személyes erő" és „az élet értékelése" alskálákon láthattunk jelentősebb növekedést.

A második és ötödik hipotézisben megfogalmazott felvetések is beigazolódtak: a nők és a házasságban élők körében nagyobb posztttraumás növekedés volt megfigyelhető. Ez az eredmény több korábbi kutatás eredményével is korrelál (Kalaitzaki, 2021; Ulset és Soest, 2022; Menculini és mtsai 2021).

Figyelemre méltó a nők körében szignifikánsan magasabb eredményt mutató „spirituális fejlődés" alskála; ennek értéke a nők – szakirodalomban leírt és jól ismert – spiritualitásra való nagyobb nyitottságát látszik alátámasztani.

A harmadik hipotézis úgyszintén beigazolódott: a magasabb iskolai végzettség pozitívan korrelál a posztttraumás növekedéssel. Itt feltételezhető, hogy a magabiztosabb médiahasználat és a járvánnyal kapcsolatos tudnivalók szélesebb körű értelmezése támogatást jelenthetett a helyzettel való megküzdés során (Kalaitzaki 2021; Menculini és mtsai 2021).

Érdekes eredmény, hogy a negyedik hipotézisünkkel szemben a legmagasabb jövedelmi kategóriába tartozók esetében, vagyis ott, ahol az egy főre jutó havi átlagjövedelem meghaladta a 301 ezer forintot, alacsonyabb posztttraumás növekedést lehetett megfigyelni, így ez a hipotézisünk nem igazolódott be. Ez azért is figyelemre méltó, mert vélhető volt, hogy a biztos egzisztencia védőfaktorként jelenik meg a járvány várható negatív hatásaival való megküzdésben.

A hatodik hipotézisünkkel részben megegyezően a posztttraumás növekedés pozitívan korrelált a jólléttel, ugyanakkor a depresszióval is, ami a nemzetközi szakirodalomban közölt tendenciáknak is részben ellentmond (Long és mtsai 2021).

Ennek oka lehet többek között, hogy a mintavételre a 2021-es negyedik hullám lezajlása után került sor, amikor már kevésbé volt stresszkeltő maga a járvány, inkább az egyéb, egzisztenciális és mentális hozadékai váltak dominánssá. Így ebben az esetben nem magát a krízist, hanem a krízis

hatását tudjuk vizsgálni. A kutatás folytatását indokolják az első körben kinyert nyers adatok, amelyek meglepő eredményeket hoztak: például azt, hogy a jobb anyagi helyzet nem járt együtt poszttraumás növekedéssel, pedig azt feltételeznénk, hogy a biztos szocioökonómiai státusz védőfaktorként jelenik meg a járvány és az azt követő válság időszakában. További vizsgálat tárgyát képezheti, hogy a legmagasabb jövedelmi kategóriába eső válaszadók alacsonyabb értékű poszttraumás növekedése milyen egyéb változókkal mutat összefüggést, például fizikai és mentális betegségekkel, illetve személyes tapasztalatokkal a COVID–19-cel kapcsolatban, akár saját élmény során, akár hozzátartozói szinten.

A nemzetközi szakirodalomnak ellentmondó eredmény, hogy a komolyabb, klinikai szintű depressziós tüneteket átélő személyek számoltak be a legjelentősebb poszttraumás növekedésről. Itt a lehetséges mögöttes okok feltárása mindenképpen további többváltozós elemzéseket igényel. E részeredmények vizsgálata során derülhet ki többek közt, hogy milyen változók hatottak a várakozásunkkal ellentétes eredményekre, azok milyen egyéb, egészségi állapotot meghatározó tényezőkkel mutatnak összefüggést, továbbá hogy lehet-e súlyos depresszió esetén facilitáló hatása az értelemkeresésnek.

Várakozásainknak megfelelően a WHO Jóllét Skála pozitívan korrelált a poszttraumás növekedéssel, tehát azok a személyek számoltak be nagyobb jóllétről, akik ugyancsak jelentősebb poszttraumás növekedésről adtak számot. A többváltozós elemzések során is azt láttuk, hogy azok, akik a WHO Jóllét Skálán alacsonyabb pontszámot értek el, vagyis a jóllét skála alapján kockázati csoportba tartozó személyek életkortól, nemtől, végzettségtől és családi állapottól függetlenül kisebb poszttraumás növekedésről számoltak be.

Elemzéseink tehát részben igazolták hipotéziseinket, részben pedig azoknak ellentmondó eredményeket találtunk, amelyek magyarázata további vizsgálódásokra ad okot, de reményeink szerint tanulmányunk jó kiindulópontként szolgálhat a COVID–19-járvány okozta krízishelyzet mint trauma alaposabb megértéséhez, a traumához való alkalmazkodás, így többek között a reziliencia elősegítéséhez, végezetül pedig a poszttraumás növekedés egyes elemeinek – az adaptív copingtechnikák védőfaktorként való megjelenésével – a mentálhigiénés ellátásban való felhasználásához.

Felhasznált irodalom

Kadri, Adam, Fergus Gracey and Adrian Leddy (2022) What Factors are Associated with Posttraumatic Growth in Older Adults? A Systematic Review. *Clinical Gerontologist.* 1–18. https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2034200

Kalaitzaki, Anastasia (2021) Posttraumatic symptoms, posttraumatic growth, and internal resources among the general population in Greece. A nation-wide survey amid the first COVID–19 lockdown. *International Journal of Psychology.* Vol. 56. (5): 766–771.

Long, Laura J., Colleen A. Phillips, Nina Glover, Angela L. Richardson, Johann M. D'Souza, Pelin Cunningham-Erdogdu and Matthew M. Gallagher (2021) A Meta-analytic Review of the Relationship Between Posttraumatic Growth, Anxiety, and Depression. *Journal of Happiness Studies.* Vol. 22. (8): 3703–3728.

Matos, Marcella, Kirsten McEwan, Martin Kanovský, Júlia Halamová, Stanley R. Steindl, Nuno Ferreira, Mariana Linharelhos et al. (2021) The role of social connection on the experience of COVID–19 related post-traumatic growth and stress. *PloS One.* Vol. 16. (12): e0261384. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261384

Menculini Giulia, Umberto Albert, Valeria Bianchini, Claudia Carmassi, Giuseppe Carrà, Francesca Cirulli, Bernardo Dell'Osso et al. (2021) Did we learn something positive out of the COVID–19 pandemic? Post-traumatic growth and mental health in the general population. *European Psychiatry.* Vol. 64. (1). https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2263

Rózsa Sándor, Szádóczky Erika és Füredi János (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica.* Vol. 16. (4). https://psycnet.apa.org/record/2001-05913-002

Topp, Christian Winther, Søren Dinesen Østergaard, Susan Søndergaard, Per Bech (2015) The WHO-5 Well-Being Index. A Systematic Review of the Literature. *Psychotherapy and Psychosomatics.* Vol. 84 (3): 167–176.

Ulset, Vidar Sandsaunet, Tillman von Soest (2022) Posttraumatic growth during the COVID–19 lockdown. A large-scale population-based study among Norwegian adolescents. *Journal of Traumatic Stress.* Vol. 35. (3): 941–954.

Wu, Xiaoli, Atipatsa C. Kaminga, Wenjie Dai, Jing Deng, Zhipeng Wang, Xiongfeng Pan and Aizhong Liu (2019) The prevalence of moderate-to-high posttraumatic growth. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders.* Vol. 243: 408–415.

Közösség

Székely András, Kovács Katalin Tünde, Székely B. András

A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása a Hungarostudy kutatások tükrében

Bevezetés

A vallásosság definíciója

Az embert a transzcendencia iránti igénye teszi spirituális lénnyé. Ez az igény az egészség holisztikus szemléletében szerves részét képezi az ezzel kapcsolatos kutatásoknak (Kopp, Székely és Skrabski 2006). Ez az igény, nyitottság számos formában megragadható mind egyéni, mind társadalmi szinten. Lehet pusztán személyes hit, mely nem feltétlenül kötődik egy istenképhez, de közösségi formát is ölthet. Kapcsolódhat ideológiákhoz, amelyek előírják, hogy kinek hogyan kell gondolkodnia, cselekednie, mely értékrendhez kell igazodnia, ugyanakkor intézményes formát is ölthet egyházakban, szervezetekben. E közösségi kifejeződést szokták vallás szóval illetni, de ma már a vallási gyakorlat is oly mértékben ölt individuális formát, hogy a „vallásos" szó nem csak a vallásgyakorlás közösségi dimenzióit hordozza magában (Székely 2008).

A vallásosság vizsgálatának számos megközelítése lehetséges, sok kutató csoportosította e fogalmat különböző dimenziói alapján (vallási hovatartozás, vallásgyakorlás, vallási közösséghez tartozás, vallásosság mint gondolkodásmód, spiritualitás, vallási ismeretek, vallási élmény, életmódbeli, erkölcsi megvalósítás, vallási hittételek, rítusok vagy beállítódás stb.), és bár nem lehet minden szempontot egyszerre érvényesíteni egy kutatás során, valamennyi csoportosítás tartalmaz olyan lényegi elemeket, amelyek által lehetővé válik a vallásosság és a testi-lelki egészség összefüggésének vizsgálata (Székely 2008).

A vallásosság időbeli alakulása

A vallásosság kutatásának egyik kiemelt területe a vallásosság időbeli változásának vizsgálata. Az idő mint olyan magában foglalja a történelmi korszakokat, ezen belül hatással van a vallásosságra egy adott régió,

ország politikai berendezkedése és ennek a vallással való viszonya. Ebből a szempontból Magyarországon a vallásosság alakulásának több szakaszát figyelhetjük meg: a második világháborúig tartó egyházbarát időszakban magas vallásosságot, amely a háború utáni ellenállás idején is erősödött körülbelül az ötvenes évek derekáig; az ezt követő rejtett vallásüldözés idején lassú csökkenés, stagnálás tapasztalható a hatvanas évek elejéig, majd gyors csökkenés egészen a hetvenes évek végéig; ekkor kezdtek láthatóvá válni a falak mögött működő vallási mozgalmak, nőtt a vallás iránti érdeklődés és a magukat vallásosnak mondók száma is (Hegedűs 2000). A rendszerváltást követően nagymértékű növekedésnek indult a vallásosság, amely Tomka (2009) szerint csak részben volt valódi vallásra találás, sokkal inkább az addig rejtve működő egyházi és vallásos élet láthatóvá válását, az egyház szerepének felértékelését és közszereplővé válását tükrözte. Ez a növekedés a 2000-es évek elején lassult, majd meg is fordult, amint azt az előző Hungarostudy kutatások is alátámasztják (Székely és Lázár 2013).

Az idő egyéni síkon az élettartamban mérhető. Az ember élete során az idő elteltével nemcsak öregszik, hanem változik is, és ez a változás elvezethet oda, hogy időskorban a vallásosság fontosabbá válik. Ugyanakkor a különböző időszakokban születetteket más-más hatások érik, így a fiatalok vallásosságának csökkenését e tényező is magyarázhatja. Az elsőt életkori hatásnak, a másodikat kohorszhatásnak nevezik (Bengtson és mtsai 2015). Egy másik megközelítés a szociális, családi szerepek alakulásának hatását vizsgálja a vallásossággal kapcsolatban (Argue, Johnson és White 1999).

A kérdés, hogy e négy közül (történelmi, életkor, kohorsz, szociális szerepek) melyiknek van a legerősebb hatása a vallásosság alakulására nézve, a mai napig nem eldöntött (Shulgin, Zinkina és Korotayev 2019).

A kohorszok létrehozásában több megközelítés lehetséges, melyek közül az egyik az úgynevezett generációs csoportosítás. Ennek számos változata és elnevezése ismert, annak függvényében, hogy a születési év mellett milyen más jellemzőket vesznek figyelembe. Az első csoport általában a „nagy generáció" nevet viseli (1900-tól a húszas évek közepéig, végéig) (Brokaw 1998), ezt követi a „csendes" generáció (a húszas évek közepe után és a második világháború előtt vagy alatt születettek), majd a „Boom"

vagy „Baby Boomer” generáció a hatvanas évek közepéig születettekkel, a „13-ik” vagy X (a hatvanas évek végétől a hetvenes évek végéig), az Y vagy „évezred” (a nyolcvanas évek elejétől a kilencvenes évek közepéig vagy 2000-ig), és végül a Z generáció, általában a 2010-es évek elején születettekkel bezárólag (Pál és Törőcsik 2013). A Hungarostudy 2013 eredményei arra utalnak (Szántó és Susánszky 2013), hogy a globális generációs bontás jól írja le a magyar generációs struktúrát is.

Vallásosság a Hungarostudy kutatásokban

A Hungarostudy kutatások két kérdés mentén vizsgálják a vallásosságot mint a lelki egészség egyik meghatározó mutatóját: a vallásgyakorlás és a vallás fontossága mentén, azaz hogy valaki hívőnek tartja-e magát, vagy sem, illetve ha igen, milyen módon vallásgyakorló (1995 óta része a kérdőívnek), mely kérdés a Tomka Miklós kutatásaiban használt mérőeszköz kismértékben módosított változata. A spiritualitásra vonatkozó kérdés, azaz hogy milyen szerepet játszik a válaszadó értékrendjében, mennyire fontos számára a vallás, 2002 óta része a Hungarostudy-lekérdezéseknek (Kopp és Skrabski 2003; Tomka 2009).

Vallásgyakorlás					
	1995	2002	2006	2013	2021
Nem hívő	31%	25%	26%	32%	37%
Nem gyakorolja a vallását	19%	18%	16%	23%	21%
A maga módján gyakorolja	18%	27%	32%	30%	32%
Ritkán, az egyházában gyakorolja	16%	17%	14%	8%	5%
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	16%	13%	12%	7%	5%
A vallás fontossága					
	1995	**2002**	**2006**	**2013**	**2021**
Egyáltalán nem fontos	n/a	35%	35%	47%	40%
Kissé fontos	n/a	39%	39%	37%	42%
Nagyon fontos	n/a	20%	21%	13%	16%
Minden cselekedetét befolyásolja	n/a	6%	5%	3%	2%

1. táblázat: A vallásosság alakulása a vallásgyakorlás módja és a vallás fontossága kategóriái szerint a Hungarostudy-felmérések alapján 1995 és 2021 között

A vallásgyakorlást nézve 1995-től az egyháztól távolodó „maga módján vallásosság" térnyerése figyelhető meg, egészen 2006-ig, majd e csoport növekedése stagnálni kezd *(1. táblázat)*. Az egyházukban vallásgyakorlók aránya enyhén, majd 2006 után erősebben csökken, míg a nem hívőké ez évtől meredeken nő. Emellett hullámzó tendenciát láthatunk a vallás iránti igény, a spirituális dimenzió esetében: 2002-ben és 2006-ban szinte azonosak az arányok, 2013-tól erős csökkenés figyelhető meg a vallást valamennyire fontosnak tartók számában, majd ez 2021-re ismét növekedni kezd. Összességében nézve viszont általánosan a spiritualitás iránti igény, a vallás iránti érdektelenség növekedése rajzolódik ki (Székely és Kovács 2022).

A vallásosság és a testi-lelki egészség kapcsolata a Hungarostudy kutatások alapján 2002 és 2013 között

A Hungarostudy kutatások a vallásosság egészségvédő hatásait vizsgálják, vagyis arra keresik a választ, hogy a vallásgyakorlás, a spiritualitásra való igény hozzájárul-e az emberek jobb életminőségéhez, védőfaktor-e a testi-lelki betegségek ellen (Kopp, Székely és Skrabski 2006). Ezt az összefüggést már a társadalomkutatások kezdete óta vizsgálják. Durkheim kimutatta az öngyilkosság és a felekezethez tartozás összefüggését (Durkheim 2003 [1912]), és a korábbi Hungarostudy kutatások is sorra igazolták a vallásosság kapcsolatát a testi-lelki egészség mutatóival (Kopp és Skrabski 2003; Kopp, Székely és Skrabski 2006; Székely 2008; Székely és Lázár 2013).

A 2002-es adatfelvétel az általános egészségi mutatók (a munkaképesség csökkenése, az utolsó évben kiesett betegnapok száma és az egészségi állapot önbecslése), a lelkiegészség-mutatók (depresszió, szorongás, reménytelenség, WHO jóllét), a társadalmi támogatás, társadalmi kohézió, anómia, értékvesztés, tolerancia, koherencia vagy egységes világkép, kooperativitás és az egészségkárosító magatartások (dohányzás, alkohol) tekintetében elemezte a vallásosságot. A vallásgyakorlás mind a testi, mind a lelki mutatók esetében egészségvédőnek bizonyult, vagy nem mutatott szignifikáns kapcsolatot, míg a vallást fontosnak ítélők esetében magas depressziós és szorongásos értékeket találtunk (Kopp és Skrabski 2003). Több mutató esetében a maguk módján vallásosak értékei voltak a legrosszabbak, vagyis ők képezték

a leginkább veszélyeztetett csoportot (például depresszió, WHO jóllét) (Kopp, Székely és Skrabski 2006). A társas támogatás, társadalmi kohézió esetében is védőfaktornak bizonyult a vallásgyakorlás, és az látszott, hogy akik számára fontos a vallás, azok toleránsabbak, kooperatívabbak, és nagyobb koherenciaértékkel rendelkeznek (Kopp, Székely és Skrabski 2006). Az önkárosító magatartásmódok esetében mind a dohányzás, mind a töményalkohol-fogyasztás ritkábban fordul elő a vallásukat inkább gyakorlók és a vallást fontosnak tartók körében (Kopp és Skrabski 2003).

A következő évek Hungarostudy kutatásai tovább vizsgálták a vallásosság e két dimenziójának kapcsolatát a testi-lelki egészségmutatókkal.[1] A 2006-os eredmények megerősítik a vallásosság egészségvédő szerepével kapcsolatos korábbi összefüggéseket. A két vallásosság változót együtt vizsgálva elsősorban a ritkán vagy maguk módján vallásgyakorlók rendelkeznek magas depressziós értékekkel. A szabálysértő és az egészségkárosító magatartásmód esetében továbbra is minden tekintetben egészségvédő a vallásosság (Székely 2008). A koherencia mutató esetében továbbra is lineáris a kapcsolat: a nem hívőket jellemzi a legalacsonyabb érték, míg a rendszeresen gyakorlókat a legmagasabb. A WHO jóllét mutató értéke ismét csak az idősek és a vallást minden esetben meghatározónak tekintők esetében jelentősen magas, a vallást fontosnak tartóknál a legkedvezőtlenebb ez a mutató. A depresszió csak a fiatalok esetében mutat összefüggést a vallásgyakorlással (a nem hívőké a legmagasabb, a maguk módján vallásosaké és a rendszeres vallásgyakorlóké a legalacsonyabb érték), a spiritualitás esetében pedig csak az idősek körében (a legmagasabb a pontszáma azoknak, akik számára fontos a vallás, a legalacsonyabb azoké, akiknek minden cselekedetét meghatározza (Székely és Lázár 2013).

1 A Hungarostudy-felmérések a kezdetektől e két dimenziót vizsgálták. A vallásosságra vonatkozó további kérdések nem kerültek bele a kutatásba, mivel a vizsgálatoknak a vallás csak az egyik szempontja volt, és a vallásosságra vonatkozó kérdések számának emelése jelentősen növelheti a visszautasítási arányt.

Módszerek

Az elemzés során használt mutatók

Jelen kutatásunkban az időnek két aspektusa mentén vizsgáljuk a vallásosság és a lelki egészség kapcsolatának alakulását a Hungarostudy kutatásokban. A különböző időpontokban megvalósult adatfelvételeket (2002, 2021, a társas támogatás, boldogság és elégedettség esetén 2006 és 2021) vetjük össze, ezen belül pedig generációs kohorszokat képezve az időbeli és generációk közti különbségeket vizsgáljuk annak érdekében, hogy a vallásosság és a testi-lelki egészség hátterében álló generációs tényezők megjelenjenek. Elemzésünkben nem a történelmi idő során bekövetkezett változásokat akarjuk bemutatni, hanem azt, hogy egyrészt az azonos generációk (vagyis az ugyanabban az időszakban születettek) attitűdjében következett-e be változás, valamint hogy egy időszakban a különböző születési csoportokon belül milyen változások lehetnek. Ehhez az amerikai generációs csoportosítás egy magyar adaptációja (KSH 2018) szerint hoztunk létre kohorszokat: az 1900 és 1939 között születettek a csendes generáció összevont csoportja (az elemzéshez összevontuk a nagy [2002: 1071 fő, 2006: 251 fő, 2021: 7 fő] és a csendes [2002: 1840 fő, 2006: 678 fő, 2021: 110 fő] generációt, a továbbiakban: csendes generáció); az 1940 és 1959 között születettek a Baby Boomer generáció; az 1960 és 1979 között születettek az X generáció; az 1980 és 1995 között születettek az Y generáció; az 1996 és 2007 között születettek pedig a Z generáció.

Az elemzések során a csendes generáció eredményeit 2021-ben a kis elemszám miatt (117 fő) nem vettük figyelembe, mivel arányuk 2 százalékra csökkent *(2. és 3. táblázat).* A Z generáció a 2002-es és 2006-os felmérésekben még nem szerepelt.

	Csendes generáció	Baby Boomer	X generáció	Y generáció	Z generáció	Összesen
2002	2911 (23%)	4432 (35%)	4502 (36%)	805 (6%)	n/a	12 650 (100%)
2006	929 (19%)	1673 (35%)	1762 (36%)	477 (10%)	n/a	4841 (100%)
2021	117 (2%)	1767 (25%)	2484 (35%)	1835 (26%)	797 (11%)	7000 (100%)

2. táblázat: Generációk százalékos megoszlása a 2002-es, 2006-os és 2021-es Hungarostudy-felmérésekben

		Vallásgyakorlás	Nem hívő	Nem gyakorolja a vallását	A maga módján gyakorolja a vallását	Ritkán, az egyházában gyakorolja a vallását	Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	N	A vallás fontossága	Nem fontos a vallás	Fontos a vallás	N
Csendes generáció	2002		12%	13%	32%	17%	26%	2887		19%	81%	2859
	2006		14%	11%	39%	14%	22%	866		20%	80%	862
	2021		15%	9%	47%	10%	19%	116		12%	88%	116
Baby Boomer	2002		24%	18%	27%	20%	11%	4376		35%	65%	4327
	2006		24%	17%	34%	13%	11%	1549		32%	68%	1531
	2021		25%	16%	42%	7%	9%	1762		27%	73%	1741
X generáció	2002		33%	20%	24%	15%	7%	4455		43%	57%	4393
	2006		30%	22%	28%	13%	7%	1567		43%	57%	1549
	2021		37%	25%	30%	5%	3%	2473		41%	59%	2458
Y generáció	2002		37%	17%	23%	14%	8%	796		47%	53%	786
	2006		35%	16%	29%	12%	8%	458		43%	57%	453
	2021		43%	22%	26%	3%	5%	1829		47%	54%	1800
Z generáció	2002		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a	n/a
	2006		n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a		n/a	n/a	n/a
	2021		52%	22%	21%	4%	2%	794		52%	48%	782
Összesen	2002		25%	18%	27%	17%	13%	12514		35%	65%	12365
	2006		25%	17%	32%	13%	11%	4440		34%	66%	4395
	2021		37%	21%	31%	5%	5%	6974		39%	61%	6897

3. táblázat: A különböző generációkba tartozó válaszadók száma a vallásgyakorlás módja és a vallás fontossága szerint a 2002-es, 2006-os és 2021-es Hungarostudy-felmérésekben

Statisztikai próbák és mérőeszközök

Az elemzés során 2002 (a társas támogatás, boldogság és elégedettség esetén 2006) és 2021 között a vallásosság változása és a generációk függvényében vizsgáltuk a különböző pszichológiai mutatókat. A statisztikai próbák elvégzéséhez az IBM SPSS Statistics programot használtuk az eredeti adatbázisokon (2002, 2006, 2021). A generációkon és az egész mintán belüli különbségek vizsgálatára minden esetben egyszermpontos ANOVA próbát alkalmaztunk, a táblákban az oszlopok alján feltüntetjük a szignifikanciaszintet, és jelezzük, ahol a különbségek szignifikánsak (Sig. < 0,05), illetve a táblákban az átlagnál magasabb értékeket is külön színnel jelöljük.

A depresszió mértékének megállapításához a Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatát (BDI-9), a szubjektív jóllét esetében a WHO 5 tételes Jóllét Indexet (WBI-5), a koherenciaérzés vizsgálatára a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív egyik megküzdési kapacitás alskáláját, a társas támogatás esetében pedig a Multidimenzionális társas támogatás skálát (MSPSS-10) használtuk, amely az észlelt társas támogatás mérésére szolgál. Az elégedettség és boldogság mértékének meghatározásához a kérdőívben szereplő erre vonatkozó kérdéseket vettük figyelembe (mindkettő esetében egy-egy kérdés vonatkozott rájuk). A Hungarostudy-adatfelvétel és a súlyozás további módszertani részleteit ezen kötet „A Hungarostudy 2021 felmérés módszertana és a vizsgálati minta bemutatása” című fejezete tartalmazza részletesen.

Eredmények

A vallásosság összefüggése a depresszióval

A vallásgyakorlás módja szerint 2002-ben a maguk módján vallásosak csoportja a vizsgált lelkiegészség-mutatók, így a depresszió esetén is rosszabb eredményeket mutatott, mint a többi kategóriába tartozók. Ez a helyzet azonban 2021-re megváltozott, és habár még mindig átlag feletti depressziópontszámot mértünk a körükben, már nem köztük a legmagasabb ez az érték, hanem a vallásgyakorlók, különösen a vallásukat ritkán gyakorlók közt. Ugyanakkor az Y generációban a vallásukat rendszeresen az egyházban gyakorlók között a legalacsonyabb a depresszió pontszáma *(4. táblázat).*

Vallásgyakorlás												
Beck depresszió pontszám	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	6,67	7,37	10,47	n/a	7,96	11,45	5,24	7,20	4,97	7,02	n/a	4,01
Nem gyakorolja a vallását	7,12	6,02	12,03	n/a	7,97	9,03	4,80	5,79	4,38	4,75	n/a	4,94
A maga módján gyakorolja	9,20	7,29	13,97	n/a	9,70	7,89	5,51	7,27	4,92	6,70	n/a	6,46
Ritkán, az egyházában gyakorolja	8,18	10,64	11,80	n/a	8,84	11,50	5,43	9,92	4,74	11,92	n/a	7,12
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	8,30	8,46	10,59	n/a	7,99	10,82	4,44	8,70	3,79	4,69	n/a	2,44
Mind	7,90	7,27	12,04	n/a	8,62	9,52	5,19	7,05	4,72	6,49	n/a	4,81
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,000	0,066	0,002	0,693	0,000	n/a	0,055
A vallás fontossága												
Beck depresszió pontszám	Ösz-szes	Ösz-szes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	6,74	6,99	10,80	n/a	7,85	10,38	5,11	7,01	4,66	6,88	n/a	3,29
Fontos a vallás	8,55	7,52	12,35	n/a	9,01	9,27	5,30	7,14	4,75	6,17	n/a	6,54
Mind	7,92	7,31	12,04	n/a	8,61	9,57	5,22	7,09	4,71	6,50	n/a	4,86
Sig.	0,000	0,075	0,011	n/a	0,001	0,110	0,390	0,783	0,844	0,195	n/a	0,000

4. táblázat: Depressziópontszámok (BDI-9) 2002-ben és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben[2]

A vallás fontossága szerint gyakorlatilag eltűnt a különbség, csupán a Z generáció esetén mutatható ki kapcsolat, náluk a vallás fontossága magasabb depressziópontszámmal jár együtt.

A depresszió szintjének emelkedésével a súlyos depresszió (BDI-9 > 25) előfordulásának aránya is jelentősen növekedett. A maguk módján vallásosak közt azonban csökkenést mértünk, és nagymértékben nőtt a nem hívők és a vallásukat ritkán gyakorlók körében. Jelentősek a generációs különbségek, míg a maguk módján vallásosak a Baby Boomer generáció esetén mutatnak sokkal kevesebb tünetet 2021-ben; az X generáció esetén ez a csoport is sokat romlott.

2 Ahol szignifikáns különbséget találtunk, ott az átlagnál magasabb értékeket más színnel jelöltük.

Vallásgyakorlás												
Beck depresszió, súlyos (%)	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	4,99	12,03	9,29	n/a	7,14	18,78	2,80	11,21	3,52	12,36	n/a	5,90
Nem gyakorolja a vallását	6,06	8,49	15,19	n/a	7,76	14,18	1,50	7,70	1,49	5,64	n/a	8,14
A maga módján gyakorolja	10,70	9,83	20,30	n/a	11,98	9,90	3,05	10,44	1,65	8,37	n/a	10,49
Ritkán, az egyházában gyakorolja	7,76	18,71	17,21	n/a	7,54	20,00	2,71	16,38	0,88	21,88	n/a	16,13
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	8,47	12,50	12,76	n/a	7,57	18,63	1,26	11,84	1,54	2,38	n/a	0,00
Mind	7,65	10,94	15,81	n/a	8,71	14,41	2,48	10,37	2,18	9,68	n/a	7,63
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,000	0,111	0,040	0,000	0,000	n/a	0,091
A vallás fontossága												
Beck depresszió, súlyos (%)	Ösz-szes	Ösz-szes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	5,19	10,90	11,11	n/a	7,18	16,41	2,35	10,69	2,82	11,19	n/a	4,73
Fontos a vallás	9,03	10,98	17,08	n/a	9,51	13,77	2,59	10,26	1,69	8,43	n/a	10,72
Mind	7,69	10,95	15,92	n/a	8,71	14,49	2,48	10,43	2,21	9,71	n/a	7,61
Sig.	0,000	0,920	0,001	n/a	0,011	0,168	0,627	0,736	0,290	0,049	n/a	0,002

5. táblázat: A súlyos depressziós pontszámok aránya (BDI-9) 2002-ben és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

A vallás fontossága alapján a depresszióponszámok a legfiatalabbak közt különböznek 2021-ben, a Z generációnál azok közt fordul elő kétszer több súlyos depressziós tünetegyüttes, akiknek fontos a vallás, míg az Y generáció esetében fordítva, azok között, akiknek nem fontos *(5. táblázat)*.

A vallásosság összefüggése a szubjektív jólléttel

	Vallásgyakorlás											
WBI-5 pontszám	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	8,02	11,04	6,82	n/a	7,56	9,69	8,48	10,75	8,74	11,36	n/a	12,58
Nem gyakorolja a vallását	7,94	11,54	6,80	n/a	7,61	10,65	8,59	11,48	8,60	11,93	n/a	12,30
A maga módján gyakorolja	7,30	10,71	6,12	n/a	7,13	9,55	8,26	10,96	8,75	11,45	n/a	12,66
Ritkán, az egyházában gyakorolja	7,86	10,60	6,99	n/a	7,70	9,62	8,48	11,29	8,95	10,67	n/a	12,01
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	7,68	10,51	6,93	n/a	7,53	9,46	9,17	11,04	9,89	11,58	n/a	13,49
Mind	7,74	11,00	6,65	n/a	7,47	9,76	8,50	11,03	8,85	11,50	n/a	12,53
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,009	0,000	0,002	0,000	0,084	0,009	n/a	0,409

6. táblázat: A WBI-5 jóllétpontszámok 2002-ben
és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

A WHO által létrehozott, a jóllétet mérő Well-Being Index (WBI-5) öt tétele hatékonyan méri a mentális szubjektív jóllétet. Míg 2002-ben a maguk módján vallásosak számoltak be a legalacsonyabb értékekről, legjobbról pedig a nem hívők, 2021-re a vallásgyakorlók értékeit mértük a legalacsonyabbnak. A jóllétet mérő mutató értéke általában minden generációnál emelkedett 2021-re, legnagyobb mértékben a maguk módján vallásosok esetében. A Baby Boomer, az X és Y generáció esetében a vallásukat nem gyakorlók körében is növekedés tapasztalható *(6. táblázat)*.

A vallásosság összefüggése a koherenciaérzéssel

Vallásgyakorlás												
Koherencia	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	9,28	9,48	8,85	n/a	9,20	9,16	9,42	9,29	9,32	9,65	n/a	9,93
Nem gyakorolja a vallását	9,53	9,75	9,38	n/a	9,54	9,45	9,58	9,61	9,49	10,08	n/a	9,97
A maga módján gyakorolja	9,80	9,74	9,61	n/a	9,72	9,49	9,99	9,73	9,90	9,99	n/a	10,11
Ritkán, az egyházában gyakorolja	10,13	9,54	10,21	n/a	10,08	9,02	10,14	9,59	10,14	9,75	n/a	11,04
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	10,84	10,65	10,64	n/a	10,65	10,19	11,48	10,56	10,93	11,46	n/a	11,54
Mind	9,80	9,68	9,86	n/a	9,73	9,43	9,85	9,56	9,75	9,92	n/a	10,05
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000	n/a	0,047
A vallás fontossága												
Koherencia	Összes	Összes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	9,26	9,58	8,97	n/a	9,23	9,28	9,35	9,40	9,26	9,74	n/a	10,05
Fontos a vallás	10,10	9,75	10,09	n/a	10,00	9,49	10,21	9,67	10,14	10,09	n/a	10,01
Mind	9,80	9,68	9,87	n/a	9,74	9,44	9,84	9,56	9,74	9,93	n/a	10,03
Sig.	0,000	0,020	0,000	n/a	0,000	0,184	0,000	0,017	0,000	0,009	n/a	0,837

7. táblázat: A koherencia mutató pontszámai 2002-ben és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

A koherencia vagy leegyszerűsítve a belső harmóniának, az élet értelmének mutatója azt méri, hogy a személy mennyire érzi a helyét a világban, képesnek érzi-e magát a kihívások, nehézségek megoldására (Skrabski és mtsai 2004). A koherencia pozitív kapcsolata a vallásgyakorlással a Hungarostudy-felmérések eredményeiből is látszik a teljes népességet nézve, itt is láthatunk azonban jelentős generációs különbségeket. A vallásukat ritkán gyakorlók a Baby Boomer és az Y generáció körében az átlag alá kerültek, a vallásukat nem gyakorlók vagy maguk módján gyakorlók pedig az átlag fölé. Leginkább koherensnek a rendszeres vallásgyakorlók érzik magukat minden generációban. A vallás fontossága 2021-re azonban már csak az X és Y generáció körében jár együtt magasabb koherenciaérzéssel *(7. táblázat)*.

Vallásgyakorlás												
Magas koherencia előfordulása (%)	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	10,33	13,55	6,02	n/a	9,24	12,98	12,25	10,64	8,20	15,16	n/a	17,77
Nem gyakorolja a vallását	13,30	15,64	8,76	n/a	12,69	13,83	15,39	13,57	13,45	18,93	n/a	17,54
A maga módján gyakorolja	15,46	16,74	13,30	n/a	15,28	14,37	17,19	16,35	15,15	19,83	n/a	20,37
Ritkán, az egyházában gyakorolja	18,33	14,33	17,53	n/a	16,88	11,02	20,00	10,43	21,30	19,35	n/a	29,03
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	27,53	35,22	21,84	n/a	27,02	30,67	39,15	34,25	29,51	42,50	n/a	46,15
Mind	15,73	16,09	14,83	n/a	14,93	15,17	17,18	13,82	14,53	18,64	n/a	19,20
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	n/a	0,061
A vallás fontossága												
Magas koherencia előfordulása (%)	Összes	Összes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	10,79	13,54	6,24	n/a	10,31	13,08	12,66	10,70	8,63	15,17	n/a	17,60
Fontos a vallás	18,53	17,79	17,09	n/a	17,47	15,93	20,56	15,97	19,74	21,71	n/a	21,02
Mind	15,81	16,10	14,94	n/a	15,02	15,18	17,20	13,86	14,76	18,67	n/a	19,27
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,160	0,000	0,000	0,000	0,001	n/a	0,231

8. táblázat: A magas koherencia előfordulása 2002-ben és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

Magas koherenciaszint (a 14 pontos koherencia skálán a 13 vagy 14 pontot elért válaszadók) vallásgyakorlás alapján a rendszeres vallásgyakorlók körében fordul elő a legnagyobb arányban, a Baby Boomer és X generáció körében a vallásukat ritkán gyakorlók közt átlag alatti az arányuk, a fiataloknál nem találtunk kapcsolatot. 2021-ben az X és Y generáció körében látunk jelentősen magas koherenciaszintet azok közt, akik számára valamennyire fontos a vallás *(8. táblázat)*.

A vallásosság összefüggése a társas támogatással

Vallásgyakorlás					
Társas támogatás (MSPSS-10 pontszám)	Összes	Baby Boomer	X generáció	Y generáció	Z generáció
	2021	2021	2021	2021	2021
Nem hívő	42,98	41,96	43,02	43,01	43,94
Nem gyakorolja a vallását	42,73	41,93	42,67	43,83	41,68
A maga módján gyakorolja	43,08	42,95	42,85	43,48	43,49
Ritkán, az egyházában gyakorolja	41,23	40,60	42,61	39,17	43,14
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	44,06	42,26	44,71	46,36	46,98
Mind	42,92	42,29	42,91	43,33	43,38
Sig.	0,000	0,015	0,316	0,000	0,010
A vallás fontossága					
Társas támogatás	Összes	Baby Boomer	X generáció	Y generáció	Z generáció
Nem fontos a vallás	43,33	42,33	43,15	43,38	44,81
Fontos a vallás	42,59	42,22	42,72	43,23	41,70
Mind	42,89	42,25	42,89	43,30	43,32
Sig.	0,000	0,800	0,180	0,700	0,000

9. táblázat: A társas támogatás értékei 2021-ben a Hungarostudy-felmérésben

Mivel az előző Hungarostudy-felmérésekben az MSPSS-10 skála nem szerepelt, az értékek összehasonlítására nem volt mód, azonban az összefüggést – miszerint a társas támogatás szorosan összefügg a vallásgyakorlással (Kopp és Skrabski 2003) – ezzel a skálával is mérni tudtuk.

Összességében a rendszeres vallásgyakorlóknál találjuk a társas támogatás legmagasabb értékét, ez azonban generációnként jelentősen eltér. A Baby Boomer generáció esetén leginkább a maguk módján vallásosak közt volt jellemző, az X generációnál nem is találtunk különbséget, ellenben a legfiatalabb, az Y és Z generáció válaszadói közül a rendszeres vallásgyakorlók számoltak be jelentősen magasabb társas támogatásról, szemben a többi kategóriával. A vallás fontossága szerint csak a Z generáció esetén volt különbség, ott pedig érdekes módon azok jeleztek magasabb támogatottságot, akiknek nem fontos a vallás *(9. táblázat)*.

A vallásosság összefüggése az elégedettséggel és a boldogsággal

Vallásgyakorlás												
Elégedettség	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021
Nem hívő	6,79	7,42	6,74	n/a	6,39	6,82	6,85	7,32	7,64	7,65	n/a	7,87
Nem gyakorolja a vallását	6,61	7,02	6,09	n/a	5,99	6,35	7,02	6,94	7,93	7,56	n/a	7,15
A maga módján gyakorolja	6,53	7,01	5,96	n/a	6,10	6,63	7,18	7,01	7,54	7,39	n/a	7,65
Ritkán, az egyházában gyakorolja	6,70	6,99	6,35	n/a	6,04	6,46	7,21	7,33	7,49	6,77	n/a	8,32
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	6,78	7,57	6,33	n/a	6,51	7,07	7,41	7,61	8,13	8,35	n/a	8,46
Mind	6,66	7,19	6,22	n/a	6,19	6,66	7,06	7,14	7,67	7,57	n/a	7,70
Sig.	0,014	0.000	0,013	n/a	0,025	0,001	0,015	0,000	0,307	0,000	n/a	0,001
A vallás fontossága												
Elégedettség	Ösz-szes	Ösz-szes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	6,73	7,44	6,57	n/a	6,33	6,83	6,87	7,37	7,61	7,60	n/a	8,00
Fontos a vallás	6,62	7,03	6,13	n/a	6,13	6,61	7,18	6,98	7,70	7,54	n/a	7,33
Mind	6,66	7,19	6,22	n/a	6,19	6,67	7,05	7,14	7,67	7,57	n/a	7,68
Sig.	0,094	0,000	0,023	n/a	0,091	0,044	0,002	0,000	0,589	0,503	n/a	0,000

10. táblázat: Az elégedettség értékeinek alakulása
2006-ban és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

A teljes népességben mindkét felmérés (2006 és 2021) során a nem hívők és a vallásgyakorlók (2021-ben csak a rendszeres vallásgyakorlók) voltak a legelégedettebbek az életükkel. A generációk körében itt is jelentősek a különbségek, az X generáció esetén a nem hívők elégedettsége nőtt, a maguk módján vallásosoké pedig csökkent a többi csoporthoz képest, az Y generációnál csak 2021-ben

jelent meg a két végpont esetén a magasabb elégedettség. A Z generáció elégedettségi különbségei a teljes népességhez hasonlóan alakultak.

A vallás fontosságának megítélése szerint 2021-re a vallást fontosnak nem tartók elégedettsége szignifikánsan magasabb lett, míg 2006-ban nem volt kimutatható különbség a két csoport közt, kivéve az X generációt, amely esetében a vallást fontosnak tartók voltak elégedettebbek *(10. táblázat)*.

Vallásgyakorlás												
Boldogság	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021	2006	2021
Nem hívő	7,10	7,59	6,86	n/a	6,78	6,87	7,14	7,51	7,79	7,83	n/a	8,10
Nem gyakorolja a vallását	7,11	7,27	6,57	n/a	6,66	6,56	7,35	7,21	8,42	7,82	n/a	7,32
A maga módján gyakorolja	6,92	7,22	6,14	n/a	6,66	6,71	7,67	7,24	7,85	7,77	n/a	7,85
Ritkán, az egyházában gyakorolja	7,17	7,17	6,41	n/a	6,60	6,42	7,77	7,68	8,13	7,22	n/a	8,36
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	7,11	7,67	6,44	n/a	6,97	7,14	7,71	7,95	8,64	8,25	n/a	8,86
Mind	7,05	7,39	6,39	n/a	6,71	6,75	7,45	7,37	8,01	7,81	n/a	7,90
Sig.	0,059	0,000	0,040	n/a	0,437	0,005	0,000	0,000	0,008	0,017	n/a	0,000
A vallás fontossága												
Boldogság	Ösz-szes	Ösz-szes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	7,12	7,64	6,88	n/a	6,73	6,90	7,21	7,56	7,96	7,87	n/a	8,21
Fontos a vallás	7,01	7,23	6,27	n/a	6,70	6,70	7,60	7,25	8,08	7,77	n/a	7,54
Mind	7,05	7,39	6,39	n/a	6,71	6,75	7,44	7,37	8,03	7,82	n/a	7,89
Sig.	0,114	0,000	0,002	n/a	0,757	0,061	0,000	0,000	0,425	0,256	n/a	0,000

11. táblázat: A boldogság értékeinek alakulása 2006-ban és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

2006-ban a teljes népességben a boldogság megítélése terén nem volt jelentős különbség a vallásgyakorlás kategóriái szerint, de 2021-re a boldogság is a két végponton jellemzőbb minden generációban. A vallás fontosságát tekintve az elégedettséghez hasonlóan alakultak a mért értékek, ideértve, hogy az X generáció esetén ugyanúgy megfordult a sorrend, azaz 2021-ben már boldogabbnak érezték magukat azok, akiknek nem fontos a vallás *(11. táblázat)*.

A vallásosság összefüggése a dohányzással

Vallásgyakorlás												
A dohányzás előfordulása (%)	Összes		Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021	2002	2021
Nem hívő	36,2	36,8	22,5	n/a	39,1	23,7	42,0	40,8	42,7	41,6	n/a	34,0
Nem gyakorolja a vallását	34,1	36,8	15,9	n/a	32,3	26,9	44,2	43,6	33,3	38,6	n/a	27,1
A maga módján gyakorolja	28,2	32,4	8,1	n/a	32,6	21,2	38,1	40,2	35,2	41,8	n/a	29,0
Ritkán, az egyházában gyakorolja	24,4	32,3	10,6	n/a	28,6	21,3	31,1	43,9	27,3	45,1	n/a	19,5
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	9,4	15,9	4,0	n/a	13,0	11,8	20,6	22,5	8,7	17,1	n/a	33,4
Mind	28,2	34,1	9,7	n/a	30,5	21,9	37,3	40,9	33,8	40,0	n/a	30,9
Sig.	0,000	0,000	0,000	n/a	0,000	0,005	0,000	0,011	0,032	0,000	n/a	0,267
A vallás fontossága												
A dohányzás előfordulása (%)	Ösz-szes	Ösz-szes	Csendes generáció		Baby Boomer		X generáció		Y generáció		Z generáció	
Nem fontos a vallás	36,4	38,2	16,8	n/a	38,8	25,2	44,2	43,1	37,6	42,9	n/a	32,6
Fontos a vallás	23,7	31,2	8,2	n/a	27,3	20,4	33,3	39,2	30,1	37,2	n/a	28,8
Mind	28,1	34,0	9,7	n/a	30,6	21,7	37,4	40,8	33,3	39,9	n/a	30,8
Sig.	0,000	0,000	0,001	n/a	0,000	0,030	0,000	0,058	0,194	0,014	n/a	0,244

12. táblázat: A dohányzás előfordulása 2002-ben és 2021-ben a Hungarostudy-felmérésekben

A dohányzás mint az egyik legjellemzőbb önkárosító magatartásforma esetén egyértelműen látszik a vallásosság védőszerepe: a teljes népességben és generációnként is a rendszeres vallásgyakorlók dohányoznak a legkevesebbet, bár a Z generáció, azaz a legfiatalabbak esetén nincs különbség a kategóriák közt. Érdemes megemlíteni, hogy a Baby Boomer generáció esetén csökkent a dohányzás szintje, ami összefügghet a dohányosok magasabb halálozási arányával *(12. táblázat)*.

Megbeszélés

Elemzésünkben áttekintettük a vallásossággal összefüggő pszichológiai jellemzőket, összehasonlítva a 2002-es (a boldogság és az elégedettség esetében a 2006-os) és a 2021-es Hungarostudy-adatfelvételek eredményeit. Továbbá kitértünk arra is, hogy a különböző generációk esetében (1900–1939: csendes [összevont] generáció; 1940–1959: Baby Boomer generáció; 1960–1979: X generáció; 1980–1995: Y generáció; 1996–2007: Z generáció) milyen sajátos jellemzőket találunk a lelki egészség és a vallásosság kapcsolatában.

Eredményeink arra engednek következtetni, hogy a vallásosság korábban egészségvédő hatása változni látszik. Míg 2002-ben a maguk módján vallásosaknak – és egyes esetekben a nem hívőknek – voltak rosszabb mutatóik, addig 2021-re sok esetben a vallásgyakorlók értékei mutatnak nagyobb kockázatot. A súlyos depresszió előfordulása köztük és a nem hívők közt emelkedett a többi kategóriához képest, míg a maguk módján vallásosak közt jelentősen csökkent. A WBI-5 (WHO Jóllét) esetén is a 2002-es adatokhoz képest jelentősen javult a relatív jólléte a maguk módján vallásosak csoportjának.

A koherencia esetén a teljes népességet tekintve a rendszeres vallásgyakorlók számoltak be a legmagasabb értékekről, ők azok, akik leginkább úgy érzik, hogy életüknek van értelme, és meg tudnak birkózni a nehézségekkel.

A vallásgyakorlás pozitív kapcsolatát a társas támogatottsággal Kopp Mária és Skrabski Árpád (2003) a korábbi adatfelvételek alapján már kimutatta. A 2021-es felmérésben új eszközzel vizsgáltuk a társas támogatást, ezzel a legmagasabb értéket a rendszeres vallásgyakorlók, illetve a maguk

módján vallásosak közt mutattuk ki – a Baby Boomer generáció esetén utóbbi csoportban számoltak be leginkább a társas támogatás meglétéről.

Az elégedettséget és a boldogságot a 2006-os felmérés eredményéhez tudtuk hasonlítani. Az elégedettség esetén a teljes népességben és az egyes generációkban is a két szélső csoport, a nem hívők és a rendszeres vallásgyakorlók a legelégedettebbek és a legboldogabbak. Az elégedettség, de még inkább a boldogság esetében a nem hívők közt többnyire nagyobb volt a relatív pontszámemelkedés 2006-hoz képest. Az X generáció esetében 2021-ben a korábbiaktól eltérően magasabb volt azoknak a boldogságmutatója, akik nem tartják fontosnak a vallást.

A dohányzás az egyetlen olyan mutató, ahol a 2002-es vizsgálathoz hasonló eredményeket kaptunk. A Z generáció kivételével minden kategóriában a legkevésbé vallásosak dohányoznak a legtöbbet, a vallásgyakorlók pedig kevesebbet.

Összefoglalás

A korábbi Hungarostudy kutatásokkal összhangban jelen elemzésünk is a vallásosság és a lelkiegészség-mutatók összefüggését erősítette meg (Kopp és Skrabski 2003; Kopp, Székely és Skrabski 2006; Székely 2008; Székely és Lázár 2013). Az előző eredményekkel ellentétben a vallásgyakorlás immár nem bizonyult minden esetben egészségvédőnek, a depresszsiós tünetek és a súlyos depresszió prevalenciája 2021-ben a vallásgyakorlóknál is magas volt. Sok tekintetben megfordult a kapcsolat a vallás fontosságának megítélése és a szubjektív jóllét, boldogság és elégedettség megítélésében: a korábbiakhoz képest nagyobb mértékű jóllétről, elégedettségről és boldogságról számoltak be azok, akik a vallást kevésbé tartják fontosnak, ugyanakkor legmagasabb értékekkel a rendszeres vallásgyakorlók rendelkeznek.

A társas támogatás egészségvédő szerepe esetén különösen látszik a vallásosság két dimenziójának különbsége, akárcsak a Kopp Mária és Skrabski Árpád (2003) által végzett elemzésben. Míg a vallásgyakorlás inkább a közösség védőhatását fejezi ki, addig a vallás fontossága a spiritualitásra való igényt, a transzcendensre való nyitottságot. Ez utóbbi nem feltétlenül kötődik közösséghez, és ez jól látszik a társas támogatás megléténél, hiszen az a legtöbb generáció esetében nem kapcsolódott a vallás fontosságának

megítéléséhez, a Z generáció kivételével. Ugyanakkor minél inkább gyakorolja valaki a vallását, annál erősebb társas támogatásról számolt be.

A generációs kohorszok lehetővé tették a vallásosság és a pszichológiai tényezők kapcsolatának árnyaltabb vizsgálatát és a fontosabb változások részleteinek a megvilágítását. Ahhoz viszont, hogy e változások mélységei feltáruljanak, további kutatásokra van szükség. Érdemes kiemelni, hogy a Baby Boomer generációban a társas támogatás mértéke nem a rendszeres vallásgyakorlóknál, hanem a maguk módján vallásosak körében a legmagasabb, így ebben jelentős eltérést találhatunk a többi generációval összehasonlítva. Az X generáció esetében nagy változás volt tapasztalható mind az elégedettség, mind a boldogság mértékében, mivel a 2006-os eredményekkel szemben nőtt a boldogabbak és elégedettebbek aránya azok között, akik a vallást kevésbé tartják fontosnak. Az Y generáció esetében is hasonló tendenciát figyelhettünk meg, ami megerősíti, hogy érdemes a kohorszok mentén is vizsgálódni, annál is inkább, mivel e két generáció teszi ki a mai munkaképes, családos lakosság nagy részét.

Összefoglalva elmondható, hogy a 2002-es és 2006-os helyzethez képest a vallásgyakorlás és a vallás fontossága már nem jelent kedvezőbb testi-lelki egészség mutatókat (kivéve a dohányzás és a koherencia esetében), vagyis a vallásosság egészségvédő szerepét 2021-ben már nem lehet kimutatni.

Felhasznált irodalom

Argue, Amy, David R. Johnson and Lynn K. White (1999) Age and Religiosity. Evidence from a Three-Wave Panel Analysis. *Journal for the Scientific Study of Religion*. Vol. 38. (3): 423–435. https://doi.org/10.2307/1387762

Bengtson, Vern L., Merril Silverstein, Norella M. Putney and Susan C. Harris (2015) Does Religiousness Increase with Age? Age Changes and Generational Differences Over 35 Years. *Journal for the Scientific Study of Religion*, Vol. 54. (2): 363–379. https://doi.org/10.1111/jssr.12183

Brokaw, Tom (1998) *The Greatest Generation*. New York: Random House.

Durkheim, Émile (2003) *A vallási élet elemi formái*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.

Hegedűs Rita (2000) *A vallásosság alakulása Magyarországon a kilencvenes évek kutatásainak tükrében*. PhD-értekezés. Budapest: Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem. http://phd.lib.uni-corvinus.hu/81/1/hegedus_rita.pdf (Letöltés: 2022. január 31.)

Kopp Mária és Skrabski Árpád (2003) Vallásosság és lelki egészség. *Távlatok*. 59. évf. 1. sz. 8–17.

Kopp Mária, Székely András és Skrabski Árpád (2006) Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 156–166.

KSH (2018) Internethasználati szokások. Infografika. https://www.ksh.hu/infografika/2018/internet-hasznalat.pdf (Letöltés: 2022. június 15.)

Pál Eszter és Törőcsik Mária (2013) *Irodalmi áttekintés a Z generációról.* Tudománykommunikáció a Z generációnak. TÁMOP-4.2.3-12/1/KONV-2012-0016. Pécs: Pécsi Tudományegyetem.

Shulgin, Sergey, Julia Zinkina and Andrey Korotayev (2019) Religiosity and Aging. Age and Cohort Effects and Their Implications for the Future of Religious Values in High-Income OECD Countries. *Journal for the Scientific Study of Religion.* Vol. 58. (3): 591–603. https://doi.org/10.1111/jssr.12613

Skrabski Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor and Réthelyi János (2004) A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban = Sense of coherence as an important determinant of mental and physical health. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, Vol. 5. (1): 7–25. https://doi.org/10.1556/Mental.5.2004.1.1

Szántó Zsuzsa és Susánszky Éva (2013) A magyar generációk közérzeti jellemzői**.** In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2013.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 43–50.

Székely András (2008) A vallásosság alakulása Magyarországon 1995–2006 között. A vallásosság összefüggései a gyermekszámmal. Vallásosság és lelki-egészségi állapot. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 373–381.

Székely András és Kovács Katalin Tünde (2022) Vallásosság, boldogság, elégedettség, anómia alakulása a magyar népesség körében. *KAPOCS folyóirat*, 2022/1. sz. 93–102.

Székely András és Lázár Imre (2013) Vallásosság és kötődés**.** In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2013.* Budapest: Semmelweis Kiadó. 63–76.

Tomka Miklós (2009) Vallásosság Kelet-Közép-Európában. Tények és értelmezések. *Szociológiai Szemle.* 19. évf. 3. sz. 64–79.

Susánszky Éva, Susánszky Pál, Kisfalusi Dorottya

A társas kapcsolatok szerepe a szubjektív jóllét és az egészségi állapot alakulásában

Bevezetés

A személyes kapcsolatok, a kapcsolathálózat kiterjedtsége és a társas támogatottság mértéke fontos prediktorai az egészségi állapot olyan jellemzőinek, mint az egészséggel kapcsolatos jóllét vagy az egészségi állapot szubjektív megítélése, de szoros összefüggést mutatnak többek között a szív- és érrendszeri megbetegedések (Lett és mtsai 2005; Ocsovszky és mtsai 2020), valamint a magas vérnyomás kialakulásával (Creaven, Howard és Hughes 2013), az elhízással (Boros 2019) vagy a várható élettartammal (Vila 2021). Az egyén mortalitási kockázatát nemcsak szocioökonómiai státusza, egészség-magatartása vagy az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférési esélye befolyásolja, hanem társadalmi integráltsága is (Albert és Dávid 2016). A társas integráció leírható a kapcsolatok számával, az érintkezések gyakoriságával, a társas támogatottság pedig az érzelmi és anyagi biztonság megélésével. Ez utóbbi elsősorban az egyén szoros kapcsolataiból (család, barátok) származik, a társadalomban való eligazodását, informáltságát, az információk széles köréhez való hozzájutását pedig főleg a gyenge vagy gyengébb kapcsolatai, a személyes kapcsolathálózata biztosítja.

Bizonyított, hogy az erős társas kapcsolatokkal rendelkező személyek életben maradási esélye lényegesen nagyobb azokhoz képest, akik gyengébb társas kapcsolatokkal rendelkeznek (Kopp, Skrabski és Szedmák 2000; Tay és mtsai 2013).

A kutatás célja

Jelen tanulmányunk célja, hogy vizsgáljuk a szoros kapcsolatokra utaló társas támogatottság és a kapcsolathálózati beágyazottság szubjektív jóléttel és az egészségi állapottal való összefüggését. Kutatási kérdésünk, hogy a társadalmi integráció általunk vizsgált fenti két mutatója közül melyik befolyásolja jelentősebben a szubjektív jóllét és az egészségi állapot alakulását. A szubjektív jóllét kognitív komponensét az élettel való elégedettség mutatójával, affektív komponensét (Kahneman és mtsai

2010) pedig az elmúlt két hét érzelmi tapasztalatát leíró WBI-5-kérdőívvel vizsgáltuk. A fizikai és a lelki egészségi állapot jellemzésére az egészségi állapot önbecslését *(self rated health),* az elhízást, valamint a depresszió és az észlelt stressz mértékét használtuk. A kapcsolathálózatokat a méretgenerátorral (NSUM), a társas támogatottságot pedig a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőívvel vizsgáltuk.

Jelen munkánk témáját tekintve hagyománykövető, mivel folytatja a Hungarostudy kutatások azon vonulatát, amely a társadalmi integráció, a társadalmi tőke és az egészséggel kapcsolatos jóllét összefüggéseit vizsgálja (például Kopp és Martos 2011), de újító szemléletű is, mivel a társadalmi integráció leírására két új, az előző Hungarostudy felmérésekben használt mérőeszközöknél korszerűbb vizsgálati eszközt használ.

Módszertan

Adatok

Vizsgálatunk a Hungarostudy 2021 országos reprezentatív felmérés súlyozott adatain (n = 7000) alapul. Az elemzések során a válaszadási hiányosságok és az elemzési módszerek miatt az elemszám változó, és elmaradhat a teljes minta elemszámától. A tényleges elemszámokat az eredményeket bemutató táblázatokban közöljük. A kutatás részletes módszertani leírását jelen kötet módszertani fejezete tartalmazza.

Fogalmak és mérőeszközök

Társas támogatottság: azon személyes kapcsolatok, amelyek az egyén értékelése szerint érzelmi és anyagi segítséget nyújtanak, törődést, szeretetet, megbecsülést biztosítanak számára (Cobb 1976).

Multidimenzionális Társas Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Percieved Social Support, MSPSS): A tíztételes kérdőív az észlelt társas támogatás, ezen belül a család, a barátok és a jelentős mások (például egyéb ismerős, tanár, tanácsadó) támogatásának mérésére szolgál. A válaszadók hétfokú Likert-skálán jelölhették az egyes állításokkal való egyetértésük mértékét (1 = nagyon nem értek egyet; 7 = nagyon egyetértek). A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz, a magasabb pontszámok magasabb

észlelt társas támogatást jelentenek. A skála átlaga 42,92 (SD = 7,96), Cronbach-alfa = 0,95.

Kapcsolathálózat: társadalmi csoportokhoz köthető nexusok, a nagyobb kapcsolati háló a társadalmi integráció egyfajta fokmérője.

Méretgenerátor: A társas kapcsolatháló méretének becslésére a méretgenerátoros módszert alkalmaztuk. A válaszadóknak meg kellett adniuk, hogy hány olyan embert ismernek, akinek a keresztneve szerepel a kérdőíven. Ennek alapján egy meghatározott algoritmus[1] segítségével hoztuk létre a kapcsolati mérőszámot, majd a változó megoszlása szerint három kategóriát alakítottunk ki: kapcsolatszegény (< 75), átlagos kapcsolathálójú (75–199), kapcsolatgazdag (≥ 200).

Az *élettel való elégedettséget* a survey típusú kutatásokban gyakran alkalmazott egytételes globális mutatóval vizsgáltuk, arra kérve a válaszadókat, hogy tízfokú skálán (10 = teljesen elégedett; 1 = teljesen elégedetlen) értékeljék, mennyire elégedettek mostanában az életükkel („Egészében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével?"). A teljes mintában a mutató átlaga 7,18 (SD = 2,03), az eloszlása pedig jelentősen balra ferde (skewness = –0,66). Mivel a skála tízfokú, középső értékeknek az 5 és 6 válaszokat tekintjük, a magas élettel való elégedettséget pedig a 7-es és nagyobb pontszámmal azonosítottuk. A mutatót dichotomizáltuk: 1-es értékkel kódoltuk a magas élettel való elégedettséget (7-es vagy magasabb pontszám), és 0-val az alacsony elégedettséget.

WBI-5 Kérdőív: A kérdőív rövidített, öttételes magyar verziója a válaszadók általános közérzetét vizsgálja az előző két hét vonatkozásában. Minden állítást 0 és 3 pont között lehet értékelni (0 = egyáltalán nem volt jellemző; 3 = teljesen jellemző volt), az életminőséget az összpontszámmal (0–15 pont) jellemezzük. A teljes mintában a mutató átlaga 10,97 (SD = 3,40), az eloszlása jelentősen balra ferde (skewness = –0,67), Cronbach-alfa = 0,91. A 7 vagy annál kevesebb pontot elérőket a kockázati tartományba soroltuk, mivel ebben a csoportban fennáll a depresszió veszélye, a többiek (8–15 pont) a normál tartományba kerültek.

---

1 $\hat{d}_i = \frac{N * \sum_{k=1}^{L} y_{ik}}{\sum_{k=1}^{L} N_k}$ ahol N a magyarországi lakosság létszáma, N_k a k alpopuláció (például a Sándor nevű emberek) létszáma, y_{ik} az i egyén által ismert emberek száma k alpopulációból, L az ismert létszámú alpopulációk száma és d_i az i egyén kapcsolathálójának mérete.

Szubjektív egészségi állapot (Self Rated Health, SRH): Az egészségi állapot szubjektív értékelését egy kérdés alapján („Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?") vettük fel. Az öt válaszlehetőség a nagyon rossztól a kiválóig terjedt. A skála átlaga 3,80 (SD = 0,87), ferdeségmutató = –0,53. A skálát dichotomizáltuk, az egyik csoportba azok tartoznak, akik egészségüket közepesnek vagy annál rosszabbnak értékelték, a másik csoportba pedig azok, akik jónak vagy kiválónak.

Tápláltsági állapot: A tápláltsági állapot kategóriáinak meghatározása a testtömegindex *(body mass index, BMI)* alapján történt, amelynek átlagos értéke a mintában 25,94 (SD = 4,45), az eloszlás jobbra ferde (skewness = 1,14). Elhízottnak tekintettük azokat a személyeket, akiknek a BMI-értéke egyenlő vagy nagyobb volt 30,0-nál.

Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-9): A felmérésben a kérdőív rövidített, kilenctételes változata szerepelt. A magasabb pontszám fokozottabb depresszív tünetekre utal. A skála átlaga a teljes mintában 7,34 (SD = 11,83), az eloszlás jobbra ferde (skewness = 1,84), Cronbach-alfa = 0,94. A súlyos depressziós állapot határát 25 pontnál húztuk meg (≥ 25 pont).

Észlelt Stressz Kérdőív (PSS10): Az Észlelt Stressz Kérdőív rövidített, tíztételes változata alapján számított összpontszám az észlelt stressz globális mutatója. A pontozás ötfokú Likert-skálán történik (1 = soha; 5 = nagyon gyakran). A magasabb pontszámok egyrészt a stresszhelyzetek gyakoribb előfordulását, másrészt a sikeresebb megküzdést jelzik. A skála átlaga 14,00 (SD = 6,76), az eloszlás balra ferde (skewness = 0,06), Cronbach-alfa = 0,74. Az elért pontszámok alapján három kategóriát hoztunk létre: alacsony stressz (az átlagnál több mint egy szórással alacsonyabb pontérték; ≤ 7 pont), mérsékelt stressz (az átlagtól legfeljebb egy szórással eltérő pontérték; 8–20 pont), magas stressz (az átlagnál több mint egy szórással magasabb pontérték; ≥ 21 pont).

Háttérváltozók: A válaszadók szociodemográfiai jellemzőinek leírására a nem (férfi, nő), az életkor (18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60– évesek), az iskolai végzettség (alapfok, középfok, felsőfok), a háztartás jelenlegi anyagi helyzete (éppenhogy kijönnek a jövedelmükből vagy ennél roszszabbul élnek; gondok nélkül élnek, de félretenni nem tudnak; gondok nélkül élnek kisebb-nagyobb megtakarításokkal) és a lakóhely jellege (főváros, megyei jogú város, város, község) elnevezésű kategoriális

változókat használtuk. Nemzetközi adatokon végzett kutatások szerint a szubjektív jóllét erősen összefügg mind a különböző politikai attitűdökkel, mind a kisebbségi csoporttagsággal (például Sengupta és Sibley 2019). Elemzésünkben a politikai dimenziót a kormány munkájával való elégedettséggel fedtük le, továbbá beemeltük a roma etnikumhoz tartozást, hiszen a romák a mai Magyarországon az egyik legjelentősebb kisebbségi csoportot képviselik. Szintén a nemzetközi szakirodalomra támaszkodva (például Villani és mtsai 2019) vontuk be magyarázó változóként a statisztikai modellekbe a vallást (nem vallásos; a maga módján vallásos; az egyház tanításai szerint), mivel a spiritualitás és a vallásosság a szubjektív jóllét pozitív előrejelzőjének tekinthető.

Statisztikai módszerek

A szubjektív jóllét és az egészségi állapot társas támogatással való kétváltozós összefüggését Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk. A függő változók és a kapcsolathálózati méret változói függetlenségének vizsgálatához Khí-négyzet próbát, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatánál varianciaanalízist alkalmaztunk. Kutatási kérdésünk megválaszolásához binomiális logisztikus regressziós modelleket használtunk. Minden elemzést és a modelleket R környezetben futtattuk.[2]

Eredmények

Mintánkban a kapcsolathálózatok kiterjedtségét figyelembe véve a kapcsolatszegény és a kapcsolatgazdag személyek aránya gyakorlatilag megegyezik (31%, illetve 32%), míg az átlagos kapcsolatsűrűséggel rendelkezők aránya megközelíti a 40 százalékot (37%). A kapcsolathálózat kiterjedtsége a nem változót kivéve minden vizsgált háttérváltozó mentén szignifikáns eltérést mutat *(1. táblázat).* A kapcsolatszegények átlagéletkora szignifikánsan magasabb másfél-két évvel (49,7 év), mint a másik két csoportba tartozóké. A kapcsolatgazdagok aránya az alapfokú végzettséggel rendelkezőkhöz képest a középfokú végzettséggel rendelkezők körében 3, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében pedig 8 százalékponttal magasabb. A kapcsolathálózat kiterjedtsége és

2 R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/

a háztartás szubjektív anyagi helyzete között is összefüggés mutatkozott. A szegényebb háztartásokban élőknek a kapcsolathálózata is szegényesebb. A küszködő háztartásoknak, akik épphogy kijönnek a jövedelmükből, vagy ennél rosszabbul élnek, közel 40 százalékára (37,2%) jellemző a kapcsolatszegénység, míg a jó helyzetben lévőknek (gondok nélkül élnek, kisebb-nagyobb megtakarításokkal) alig egynegyedére (23,5%). A kapcsolatgazdagságban a legnagyobb különbséget a településtípusok mentén mértük. Míg a fővárosiaknak alig egynegyede (23,2%), addig a községben élőknek több mint egyharmada (35,2%) tartozik a kapcsolatgazdagok csoportjába. Mind a maga módján vallásos, mind az egyház tanításait követő személyekre nagyobb arányban jellemző a kapcsolatgazdagság, mint a nem vallásosokra (35-34%, illetve 30%). A kormány politikájával elégedettek körében 5 százalékponttal magasabb a kapcsolatgazdagok aránya, mint az elégedetlenek körében (34,1%, illetve 29,2%).

Térjünk rá a társas támogatottsággal kapcsolatos eredmények ismertetésére. A társas támogatottság szubjektív megélése arra utal, hogy az egyén milyen erősnek érzi közvetlen környezetének (család, barátok, jelentős mások) törődését, érzelmi támogatását. Az elemzésbe bevont háttérváltozók mentén vizsgáltuk, hogy a támogatottság mértéke eltér-e a változók egyes kategóriái között. *2. táblázat*unkban a MSPSS-skála átlagértékeit és az átlagok alsó és felső konfidenciaértékeit tüntettük fel, a változó megnevezése mellett csillaggal jelezve a szignifikanciát mutató p értékek nagyságát.

A nők és az ötvenévesnél fiatalabbak nagyobb mértékű támogatottságot jeleztek, mint a férfiak és az ötvenévesnél idősebbek. Az iskolai végzettség emelkedésével a támogatottság érzete is erősödik, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők pontszámátlaga szignifikánsan magasabb, mint az alapfokú végzettségűeké (44,03, illetve 42,16). A háztartások helyzete szerint is azt látjuk, hogy a kedvező anyagi körülmények közt élők magasabb társas támogatottságot élveznek, mint a nehéz helyzetűek, gondokkal küszködők (44,26, illetve 41,44).

	A kapcsolathálózat kiterjedtsége			
	Kapcsolat-szegény	Átlagos	Kapcsolatgazdag	Khí-négyzet
Nem (n = 6053)				
Férfi	30,6%	36,0%	33,3%	5,6 (p = 0,059)
Nő	31,3%	38,1%	30,6%	
Életkor (átlag, 95% CI) n = 6053	49,7 (48,9–50,6)	48,3 (47,6–49,0)	47,5 (46,8–48,2)	F = 8,32; p = 0,000
Iskolai végzettség (N = 6052)				
Alapfok	34,3%	36,7%	29,0%	43,1 (p = 0,000)
Középfok	30,4%	37,2%	32,4%	
Felsőfok	24,9%	38,1%	37,0%	
A háztartás helyzete (n = 5910)				
Épphogy kijönnek	37,2%	36,8%	26,0%	116,6 (p = 0,000)
Gondok nélkül élnek	29,2%	35,8%	35,0%	
Megtakarítani is tudnak	23,5%	38,8%	37,7%	
Településtípus (n = 6052)				
Főváros	31,2%	45,6%	23,2%	116,9 (p = 0,000)
Megyei jogú város	38,5%	28,6%	32,9%	
Város	31,1%	35,6%	33,3%	
Község	25,8%	38,9%	35,2%	
Vallás (n = 6039)				
Nem vallásos	31,5%	38,5%	30,0%	16,1 (p = 0,003)
A maga módján	31,0%	34,4%	34,6%	
Az egyház tanításai szerint	28,7%	37,8%	33,6%	
Elégedettség a kormány politikájával (n = 5670)				
Nem elégedett	31,5%	39,3%	29,2%	15,4 (p = 0,000)
Elégedett	30,4%	35,5%	34,1%	

1. táblázat: A kapcsolathálózat kategóriamegoszlása a vizsgált háttérváltozók mentén

A lakóhely típusa is összefüggést mutat a szoros kapcsolatokból eredő támogatottság mértékével. A települések közigazgatási státuszát figyelembe véve elmondható, hogy a városban élők erősebb támogatottságról számoltak be, mint a többi településen élők. A vallásosság és a támogatottság megélése között jelentős összefüggést nem találtunk, ugyanakkor akik a kormány politikájával elégedettek, kisebb mértékű társas támogatottságot jeleztek, mint az elégedetlenek (42,67, illetve 43,09).

Társas támogatottság (MSPSS)			
	Átlag	95% CI	
		Alsó	Felső
Nem* (n = 6883)**			
Férfi	42,42	42,13	42,70
Nő	43,38	43,13	43,63
Korcsoportok* (n = 6883)**			
18–29	43,44	43,00	43,88
30–39	43,35	42,88	43,83
40–49	43,39	42,97	43,80
50–59	42,62	42,13	43,11
60–	42,26	41,93	42,60
Iskolai végzettség* (n = 6883)**			
Alapfok	42,16	41,87	42,44
Középfok	43,26	42,94	43,59
Felsőfok	44,03	43,64	44,42
A háztartás helyzete* (n = 6709)**			
Épphogy kijönnek	41,44	41,14	41,74
Gondok nélkül élnek	43,89	43,56	44,23
Megtakarítani is tudnak	44,26	43,93	44,60
Településtípus* (n = 6883)**			
Főváros	42,22	41,71	42,74
Megyeszékhely, megyei jogú város	42,78	42,38	43,18
Város	43,59	43,28	43,90
Község, nagyközség	42,73	42,38	43,07
Vallás (n = 6862)			
Nem vallásos	42,88	42,62	43,13
A maga módján	43,08	42,76	43,40
Egyházában	42,69	42,10	43,28
Elégedettség a kormány politikájával* (n = 6476)			
Nem elégedett	43,09	42,76	43,42
Elégedett	42,67	42,43	42,91

*$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$

2. táblázat: A társas támogatottság (MSPSS) skála átlagai és konfidenciaintervalluma (95% CI) a háttérváltozók kategóriái szerint

Vizsgáltuk, hogy a kapcsolathálózat kiterjedtsége mutat-e összefüggést a társas támogatottság típusaival és mértékével *(3. táblázat)*. A támogatottság mindhárom típusánál a kapcsolatgazdagok érzékelik a legnagyobb támogatottságot. Minél kiterjedtebb az egyén kapcsolathálózata, annál nagyobb családi, baráti és jelentős másoktól érkező támogatottságot élvez. A legerősebbnek megélt támogatottság a jelentős másoktól származik (átlag = 4,43; CI = 4,41–4,45), a leggyengébb pedig a baráti kapcsolatokból (átlag = 4,18; CI = 4,16–4,21).

A kapcsolathálózat kiterjedtsége	Társas támogatottság (MSPSS)		
		95% CI	
	Átlag	Alsó	Felső
Barátok* (n = 6019)**			
Kapcsolatszegény	3,92	3,87	3,97
Átlagos	4,22	4,19	4,26
Kapcsolatgazdag	4,39	4,35	4,42
Összesen	4,18	4,16	4,21
Család* (n = 6042)**			
Kapcsolatszegény	4,18	4,14	4,22
Átlagos	4,36	4,33	4,40
Kapcsolatgazdag	4,45	4,42	4,49
Összesen	4,33	4,31	4,36
Jelentős mások* (n = 6052)**			
Kapcsolatszegény	4,29	4,25	4,33
Átlagos	4,46	4,43	4,49
Kapcsolatgazdag	4,53	4,49	4,56
Összesen	4,43	4,41	4,45

*$p < 0,05$, **$p < 0,01$, ***$p < 0,001$

3. táblázat: A társas támogatottság (MSPSS) skála átlagai és konfidencia-intervalluma (95% CI) a kapcsolathálózat kiterjedtségének kategóriái szerint

A társadalmi integrációt leíró két változó (a kapcsolathálózat kiterjedtsége, társas támogatottság) elemzése után vizsgáljuk ezek összefüggéseit az egészségi állapot bizonyos jellemzőivel *(4. táblázat)*. A társas támogatottság mindhárom alskálája gyenge pozitív korrelációt mutat a szubjektív jólléttel, az élettel való elégedettséggel és az egészségi állapot pozitív önértékelésével, azaz minél erősebb támogatottságot érez az egyén, annál kedvezőbbnek értékeli ezeket az állapotmutatókat. A gyengébb támogatottság nagyobb

fokú depresszióval és észlelt stresszel társul. A felsorolt változók közötti kapcsolat ugyan szignifikáns, de inkább gyengének, mint közepesnek nevezhető.[3] A társas támogatottság és a BMI között nincs lineáris kapcsolat.

Az MSPSS alskálái	WBI-5	Az élettel való elége-dettség	SRH	BMI	BDI	PSS
	Korrelációs együtthatók					
Család	0,19***	0,37***	0,19***	0,01	−0,41***	−0,41***
Barátok	0,24***	0,32***	0,25***	0,00	−0,36***	−0,31***
Jelentős mások	0,18***	0,31***	0,18***	0,01	−0,41***	−0,40***

Megjegyzés: MSPSS = társas támogatottság; WBI-5 = életminőség; SRH = egészségi állapot önértékelése; BMI = testtömegindex; BDI = depresszió; PSS = észlelt stressz
$*p < 0,05$, $**p < 0,01$, $***p < 0,001$

4. táblázat: A társas támogatottság alskáláinak összefüggése a szubjektív jóllét és az egészségi állapot vizsgált mutatóival (Pearson-féle korrelációs együtthatók)

A kapcsolathálózat kiterjedtsége és az egészségi állapot mutatói között is a fentiekhez hasonló összefüggéseket találtunk *(5. táblázat).* A kapcsolatszegényektől a kapcsolatgazdagok felé haladva az egészségi állapot pozitív önértékelése és az élettel való elégedettség mértéke egyértelműen növekszik, miközben a jóllét megítélésében és a tápláltsági állapotban (BMI) ilyen különbségek nem tapasztalhatók a csoportok között. A depresszsiós tünetek előfordulása és az észlelt stressz mértéke a kapcsolatgazdag személyek körében szignifikánsan alacsonyabb, mint a kapcsolatokban szegényesebb másik két csoportban.

A továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy a szubjektív jóllét kedvező, illetve az élettel való elégedettség magas szintjét miként befolyásolják a társadalmi integrációt leíró változók a háttérváltozók kontrollálása mellett. A *6. táblázat*ban közöljük a magyarázó modellek eredményeit. A családi és a baráti társas támogatás jelentősen növeli a szubjektív jóllét mindkét mutatóját, a családi támogatottság egypontnyi emelkedése közel másfélszeresére (OR = 1,40) növeli a kedvező jóllét és kétszeresére (OR = 2,01) az élettel való nagyfokú elégedettség esélyét. A baráti támogatottság a jóllét esélyét valamivel nagyobb arányban növeli, mint az élettel való elégedettséget (OR = 1,43, illetve OR = 1,23) (Modell I.).

3 Gyenge kapcsolat: r = 0,20–0,39; közepes, jelentős kapcsolat: r = 0,40–0,70

	Átlag	95% CI	
		Alsó	Felső
SRH* (n = 6048)**			
Kapcsolatszegény	3,67	3,63	3,71
Átlagos	3,83	3,79	3,86
Kapcsolatgazdag	3,88	3,84	3,92
WBI5 (n = 6050)			
Kapcsolatszegény	10,72	10,56	10,87
Átlagos	10,74	10,59	10,89
Kapcsolatgazdag	10,85	10,71	10,99
Az élettel való elégedettség* (n = 6050)**			
Kapcsolatszegény	6,96	6,86	7,05
Átlagos	7,42	7,34	7,50
Kapcsolatgazdag	7,58	7,50	7,66
BMI (n = 5766)			
Kapcsolatszegény	26,04	25,82	26,25
Átlagos	25,91	25,72	26,10
Kapcsolatgazdag	25,96	25,76	26,16
BDI* (n = 6011)**			
Kapcsolatszegény	8,51	7,95	9,06
Átlagos	8,06	7,53	8,58
Kapcsolatgazdag	6,79	6,28	7,30
PSS* (n = 6010)			
Kapcsolatszegény	13,99	13,67	14,31
Átlagos	14,04	13,75	14,33
Kapcsolatgazdag	13,54	13,24	13,85

Megjegyzés: WBI-5 = életminőség; SRH = egészségi állapot; BMI = testtömegindex; BDI = depresszió; PSS = észlelt stressz
$*p < 0,05$, $**p < 0,01$, $***p < 0,001$

5. táblázat: A szubjektív jóllét és az egészségi állapot vizsgált mutatóinak átlaga és konfidenciaintervalluma (95% CI) a kapcsolathálózat kiterjedtségének kategóriái szerint

A kapcsolatháló kiterjedtsége csak az élettel való nagyfokú elégedettséget befolyásolja (Modell II.). Az átlagosnál kevesebb társas nexussal rendelkező kapcsolatszegényekhez képest mind az átlagos, mind a gazdag kapcsolathálóval rendelkező személyek nagyobb eséllyel adtak az élettel való elégedettségükre 7 vagy annál magasabb pontot (OR = 1,52, illetve OR = 1,66). A kontrollváltozók hatásait elemezve elmondhatjuk, hogy a legfiatalabb korosztályhoz (18–29 évesek) képest csak az ötvenévesnél

idősebbeknél csökken a jóllét és az elégedettség esélye, ez utóbbi kisebb mértékben. A nők a férfiakhoz képest kevésbé értékelik megfelelőnek a jóllétüket (OR = 0,67, illetve OR = 0,76), az élettel való elégedettségben nemi különbségeket nem tapasztaltunk. Az iskolai végzettség esélynövelő hatása mindkét modellben (Modell I–II.) és mindkét függő változó esetében jelentős, a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők körülbelül másfélszer nagyobb eséllyel jeleznek kedvező jóllétet és nagyfokú élettel való elégedettséget, mint a referenciacsoportnak tekintett alacsony iskolai végzettségűek. A lakóhely jellege a falvak és a főváros vonatkozásában meghatározó. A budapestiek a falusi lakossághoz képest kisebb eséllyel értékelik jóllétüket kedvezőnek, ugyanakkor nagyobb eséllyel elégedettek az életükkel.

A háztartások anyagi helyzete a társas támogatottságot vizsgáló modellben (Modell I.) csak az elégedettségre van hatással, míg a másik modellben (Modell II.), amellyel a kapcsolathálózat kiterjedtségének hatását vizsgáltuk, mindkét célváltozóval pozitív összefüggést mutatott. Ez az a háttérváltozó, amely a legnagyobb mértékben növeli a kedvező jóllétérzés és nagyfokú elégedettség esélyét.

A roma etnikumhoz tartozás mindkét modellben csökkenti a szubjektív jóllétet (OR = 0,47, illetve OR = 0,49), a másodikban az elégedettséget is. A kormánnyal való elégedettség csak a szubjektív jóllét megítélését befolyásolja, az elégedetlenekhez képest az elégedettek között közel kétszer nagyobb eséllyel találunk kedvező jóllétről beszámolókat (OR = 1,96, illetve OR = 1,69). A vallásosság egyik modellben sem mutatott szignifikáns összefüggést a célváltozókkal.

Míg az előző két modellben a szubjektív jóllét és az élettel való elégedettség kedvező kimeneteleit vizsgáltuk a társadalmi integrációt leíró változókkal összefüggésben, addig a következő modellekben *(7. táblázat)* az egészségi állapot negatív jellemzői (rossz egészségi állapot, elhízottság, klinikai szintű depresszió, nagyfokú stressz) kerültek be célváltozóként az elemzésekbe.

A családi, a baráti és a jelentős másoktól érkező támogatásnak protektív hatása van az elhízás kivételével az állapotjellemzőkre, azaz a támogatottságérzés erősségének növekedésével jelentősen csökken annak esélye,

	Modell I.		Modell II.	
	WBI-5 A jóllét normál szintje ≥ 8	Az élettel való elégedettség ≥ 7	WBI-5 A jóllét normál szintje ≥ 8	Az élettel való elégedettség ≥ 7
MV	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
(Intercept)	0,30 *** (0,21–0,44)	0,05 *** (0,03–0,07)	3,19 *** (2,47–4,12)	1,01 (0,78–1,29)
TT: család	1,40 *** (1,25–1,58)	2,01 *** (1,77–2,29)	–	–
TT: barátok	1,43 *** (1,32–1,55)	1,23 *** (1,13–1,33)	–	–
TT: jelentős mások	0,92 (0,81–1,05)	0,88 (0,77–1,00)	–	–
Átlagos kapcsolat Referencia: kapcsolatszegény	–	–	0,89 (0,77–1,03)	1,52 *** (1,31–1,77)
Kapcsolatgazdag Referencia: kapcsolatszegény	–	–	1,06 (0,90–1,24)	1,66 *** (1,42–1,95)
Kor: 30–39 Referencia: 18–29	0,83 (0,66–1,05)	1,07 (0,86–1,33)	0,81 (0,64–1,02)	0,92 (0,72–1,16)
Kor 40–49 Referencia: 18–29	0,88 (0,70–1,10)	0,97 (0,78–1,19)	0,83 (0,66–1,05)	0,92 (0,73–1,16)
Kor 50–59 Referencia: 18–29	0,54 *** (0,43–0,68)	0,86 (0,69–1,06)	0,52 *** (0,41–0,65)	0,76 * (0,60–0,97)
Kor 60– Referencia: 18–29	0,32 *** (0,26–0,39)	0,59 *** (0,48–0,71)	0,32 *** (0,26–0,39)	0,49 *** (0,40–0,60)
Középfokú végzettség Referencia: alapfokú	1,42 *** (1,23–1,65)	1,23 ** (1,07–1,42)	1,52 *** (1,31–1,77)	1,34 *** (1,15–1,56)
Felsőfokú végzettség Referencia: alapfokú	1,44 *** (1,20–1,73)	1,44 *** (1,20–1,74)	1,68 *** (1,40–2,03)	1,44 *** (1,19–1,76)
Nem: nő Referencia: férfi	0,67 *** (0,59–0,76)	1,02 (0,91–1,16)	0,76 *** (0,67–0,86)	1,02 (0,90–1,16)
Budapest Referencia: falu	0,76 ** (0,63–0,92)	1,75 *** (1,43–2,16)	0,75 ** (0,61–0,91)	1,37 ** (1,11–1,70)
MJV Referencia: falu	1,03 (0,86–1,23)	0,90 (0,76–1,07)	0,90 (0,75–1,09)	1,10 (0,90–1,33)
Város Referencia: falu	0,85 * (0,73–0,99)	0,96 (0,83–1,12)	0,90 (0,77–1,05)	1,00 (0,85–1,16)
HJH: gond nélkül él Referencia: épp kijön	1,05 (0,91–1,22)	2,58 *** (2,24–2,97)	1,33 *** (1,14–1,55)	2,91 *** (2,50–3,40)
HJH: gond nélkül, megtakarításokkal Referencia: épp kijön	0,93 (0,79–1,09)	4,99 *** (4,19–5,96)	1,22 * (1,04–1,44)	4,78 *** (3,98–5,76)
A maga módján Referencia: nem vallásos	0,96 (0,83–1,10)	0,88 (0,77–1,01)	0,96 (0,83–1,11)	0,93 (0,80–1,07)
Egyháza tanítása szerint Referencia: nem vallásos	0,92 (0,75–1,13)	0,96 (0,78–1,19)	0,91 (0,74–1,12)	0,89 (0,71–1,10)
Roma Referencia: nem roma	0,47 *** (0,37–0,61)	0,93 (0,72–1,21)	0,49 *** (0,37–0,63)	0,76 * (0,58–0,99)
Elégedett a kormánnyal Referencia: nem elégedett	1,96 *** (1,73–2,22)	1,08 (0,95–1,23)	1,69 *** (1,48–1,92)	1,14 (1,00–1,30)
n	6402	6401	5578	5578
R^2 Tjur	0,136	0,220	0,086	0,154

Megjegyzés: WBI-5 = életminőség; TT = társas támogatottság; MVJ = megyei jogú város; HJH = a háztartás jövedelmi helyzete;
*OR = esélyhányados, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001*

6. táblázat: A társas támogatottság és a kapcsolathálózat változóinak, valamint a kontrollváltozók összefüggéseinek vizsgálata a szubjektív jólléttel és az élettel való elégedettséggel (binomiális logisztikus modellek)

hogy valaki az egészségi állapotát rossznak értékelje, depresszió- és stresszszintje pedig a magas tartományban legyen. A baráti támogatottság protektív hatása mindhárom esetben hasonló mértékű (OR = 0,81–0,89), míg a családi támogatottságé a depresszió (OR = 0,57) és a stresszészlelés (OR = 0,67) esetében jelentősebb. A jelentős mások protektív hatása a depresszióval kapcsolatban a legerőteljesebb (OR = 0,65).

A kapcsolathálózat kiterjedtsége csak a rossz egészségi állapot esélyét csökkenti. A kapcsolatgazdagok kisebb eséllyel értékelik rossznak az állapotukat, mint a kapcsolatszegények (OR = 0,83).

A háttérváltozókat vizsgálva elmondhatjuk, hogy a rossz egészségi állapot előfordulásának legjelentősebb rizikófaktora az életkor, amelynek graduális hatása érvényesül. A 18–29 éves referencia-korosztályhoz képest a legidősebb korosztályban (≤ 60 év) a rossz egészségi állapot esélye körülbelül tizenötszörös (OR = 15,86, illetve OR = 14,64). Az életkor az elhízás esélyét is jelentősen növeli, bár az előzőekhez képest jóval kisebb mértékben, és ötven év felett szerepet játszik a depresszió és a stressz nagyfokú előfordulásában is.

Azokban a modellekben, amelyeknél magyarázó változóként a társas támogatottságot szerepeltettük, az elhízás kivételével minden állapotmutató vonatkozásában kockázati tényezőnek számít a női nemhez és a roma etnikumhoz tartozás, valamint a vallásgyakorlás. A fővárosi és a városi népesség körében a falusiakhoz képest másfél-kétszeres kockázata van a klinikainak minősíthető depresszió (OR = 1,57, illetve OR = 1,92) és a nagyfokú stressz előfordulásának (OR = 1,41, illetve OR = 1,59).

Az iskolai végzettség protektív hatása a rossz egészségi állapot és az elhízás esetében érvényesül, míg a háztartás anyagi helyzete minden célváltozóra jelentős hatással van, azaz a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők és a jobb anyagi helyzetű háztartásokban élők körében kisebb eséllyel találunk rossz állapotjellemzőkkel rendelkező személyeket.

A kormánnyal való elégedettség minden kedvezőtlen állapot előfordulási esélyét csökkenti, kivéve az elhízásét.

Azokban a modellekben, amelyeknél a kapcsolathálózat kiterjedtsége szerepelt magyarázó változóként, a kontrollváltozók hatása tendenciájában alig mutat eltérést az előzőekben leírtaktól.

	Modell III.				Modell IV.			
	Rossz egészségi állapot	Elhízottság (BMI ≥ 30,0)	Depresszió (BDI ≥ 26,0)	Stressz (PSS ≥ 21,0)	Rossz egészségi állapot	Elhízottság (BMI ≥ 30,0)	Depresszió (BDI ≥ 26,0)	Stressz (PSS ≥ 21,0)
MV	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)	OR (CI)
(Intercept)	1,00 (0,66–1,52)	0,09 *** (0,05–0,14)	7,63 *** (4,69–12,42)	2,89 *** (1,88–4,46)	0,17 *** (0,12–0,23)	0,10 *** (0,07–0,14)	0,10 *** (0,07–0,14)	0,19 *** (0,14–0,26)
TT: család	0,86 * (0,76–0,98)	1,03 (0,88–1,20)	0,57 *** (0,49–0,66)	0,67 *** (0,59–0,77)	–	–	–	–
TT: barátok	0,81 *** (0,74–0,89)	1,07 (0,97–1,19)	0,84 ** (0,75–0,95)	0,89 * (0,81–0,99)	–	–	–	–
TT: jelentős mások	0,86 * (0,75–0,99)	0,93 (0,79–1,10)	0,65 *** (0,56–0,77)	0,83 * (0,72–0,96)	–	–	–	–
Átlagos kapcsolat Referencia: szegény	–	–	–	–	0,86 (0,74–1,01)	0,91 (0,76–1,10)	1,13 (0,93–1,38)	1,19 (0,99–1,42)
Kapcsolatgazdag Referencia: szegény	–	–	–	–	0,83 * (0,71–0,98)	0,87 (0,72–1,05)	0,85 (0,68–1,05)	0,89 (0,73–1,08)
Kor: 30–39 Referencia: 18–29	1,93 *** (1,47–2,56)	1,58 ** (1,16–2,16)	1,03 (0,75–1,43)	1,29 (0,99–1,68)	1,90 *** (1,43–2,55)	1,68 ** (1,21–2,33)	1,05 (0,77–1,43)	1,31 (1,00–1,71)
Kor: 40–49 Referencia: 18–29	2,62 *** (2,01–3,43)	2,16 *** (1,62–2,91)	0,87 (0,63–1,21)	0,94 (0,71–1,24)	2,71 *** (2,06–3,59)	2,20 *** (1,61–3,02)	0,88 (0,64–1,21)	0,93 (0,70–1,24)
Kor: 50–59 Referencia: 18–29	5,88 *** (4,55–7,67)	3,14 *** (2,36–4,22)	1,31 (0,96–1,81)	1,38 * (1,06–1,81)	6,01 *** (4,60–7,93)	3,16 *** (2,33–4,33)	1,43 * (1,06–1,94)	1,43 * (1,09–1,88)
Kor 60– Referencia: 18–29	15,86 *** (12,48–20,38)	3,25 *** (2,49–4,28)	1,65 *** (1,25–2,19)	1,55 *** (1,22–1,97)	14,64 *** (11,40–19,00)	3,22 *** (2,43–4,34)	1,46 ** (1,12–1,93)	1,44 ** (1,13–1,84)
Középfokú végzettség Referencia: alapfokú	0,68 *** (0,59–0,79)	0,94 (0,79–1,12)	0,84 (0,67–1,03)	0,85 (0,71–1,02)	0,61 *** (0,52–0,71)	0,93 (0,78–1,12)	0,77 * (0,63–0,94)	0,81 * (0,67–0,97)
Felsőfokú végzettség Referencia: alapfokú	0,77 ** (0,64–0,92)	0,72 ** (0,58–0,90)	0,90 (0,69–1,16)	0,85 (0,68–1,06)	0,70 *** (0,58–0,84)	0,76 * (0,60–0,96)	0,75 * (0,58–0,96)	0,77 * (0,61–0,97)
Nem: nő Referencia: férfi	1,36 *** (1,20–1,55)	1,25 ** (1,08–1,45)	1,55 *** (1,29–1,86)	1,31 *** (1,13–1,53)	1,15 * (1,01–1,31)	1,18 * (1,01–1,38)	1,17 (0,99–1,39)	1,09 (0,93–1,27)
Budapest Referencia: falu	1,05 (0,86–1,28)	0,96 (0,76–1,21)	1,57 ** (1,18–2,07)	1,41 ** (1,11–1,79)	1,08 (0,88–1,33)	0,90 (0,71–1,15)	2,14 *** (1,64–2,80)	1,58 *** (1,24–2,02)
MJV Referencia: falu	1,10 (0,92–1,32)	0,91 (0,74–1,13)	1,10 (0,84–1,45)	1,21 (0,97–1,51)	1,24 * (1,02–1,51)	0,94 (0,75–1,18)	1,41 * (1,07–1,86)	1,50 *** (1,19–1,90)
Város Referencia: falu	1,13 (0,97–1,32)	0,84 (0,71–1,01)	1,92 *** (1,52–2,41)	1,59 *** (1,31–1,92)	1,05 (0,89–1,24)	0,83 * (0,69–1,00)	1,65 *** (1,32–2,07)	1,52 *** (1,25–1,85)
HJH: gond nélkül él Referencia: épp kijön	0,80 ** (0,69–0,93)	0,85 (0,71–1,01)	0,78 * (0,62–0,98)	0,78 ** (0,65–0,94)	0,69 *** (0,59–0,81)	0,83 (0,69–1,00)	0,59 *** (0,48–0,73)	0,64 *** (0,53–0,77)
HJH: gond nélkül, megtakarításokkal Referencia: épp kijön	0,74 *** (0,63–0,87)	0,81 * (0,66–0,98)	1,06 (0,84–1,34)	0,61 *** (0,50–0,76)	0,63 *** (0,53–0,75)	0,80 * (0,65–0,97)	0,71 ** (0,57–0,88)	0,46 *** (0,37–0,57)
A maga módján Referencia: nem vallásos	1,26 ** (1,10–1,45)	1,05 (0,89–1,23)	0,85 (0,69–1,05)	0,99 (0,84–1,18)	1,27 ** (1,09–1,47)	1,09 (0,91–1,29)	0,85 (0,70–1,04)	1,01 (0,85–1,20)
Egyháza tanítása szerint Referencia: nem vallásos	1,74 *** (1,42–2,12)	0,93 (0,73–1,19)	1,43 ** (1,09–1,86)	1,34 * (1,05–1,70)	1,67 *** (1,36–2,06)	0,97 (0,75–1,24)	1,41 ** (1,08–1,82)	1,37 * (1,07–1,74)
Roma Referencia: nem roma	1,90 *** (1,44–2,49)	1,51 ** (1,11–2,02)	1,99 *** (1,40–2,79)	1,54 ** (1,14–2,07)	1,72 *** (1,29–2,27)	1,35 (0,97–1,85)	1,81 *** (1,29–2,49)	1,51 ** (1,11–2,04)
Elégedett a kormánnyal Referencia: nem elégedett	0,60 *** (0,53–0,69)	0,93 (0,80–1,08)	0,82 * (0,68–0,98)	0,54 *** (0,46–0,62)	0,71 *** (0,62–0,81)	0,99 (0,84–1,16)	0,91 (0,76–1,08)	0,64 *** (0,55–0,75)
n	6399	6022	6360	6371	5575	5309	5544	5552
R^2 Tjur	0,254	0,029	0,150	0,088	0,235	0,029	0,029	0,041

*Megjegyzés: WBI-5 = életminőség; TT = társas támogatottság; MVJ = megyei jogú város; HJH = a háztartás jövedelmi helyzete; OR = esélyhányados, *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001*

7. táblázat: A társas támogatottság és a kapcsolathálózat változóinak, valamint a kontrollváltozók összefüggései az egészségi állapot mutatóival (binomiális logisztikus modellek)

Megbeszélés

Vizsgálati eredményeink a lakosság társas támogatottságát illetően összhangban vannak a szakirodalmi eredményekkel, így például az Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) legutóbbi, 2019-es magyar adataival,[4] annak ellenére, hogy az ELEF-kutatás nem az általunk használt mérőeszközzel (MSPSS), hanem mindössze négy kérdéssel[5] mérte a támogatottságot. Mindkét felmérés szerint a nők, a fiatalok és a magasabb iskolai végzettségűek élveznek nagyobb társas támogatottságot, mint a férfiak, az idősebb korosztályok és az alacsony iskolai végzettségűek.

A társadalmi integráció másik pillérének, a kapcsolathálózatnak a vizsgálata során a hazai mintán is bizonyítást nyert, hogy a kapcsolatgazdag személyek nagyobb társas támogatottságot élveznek, mint a kevésbé kiterjedt hálózattal rendelkezők (Lin 1999). Továbbá a mi elemzésünk is megerősíti, hogy „a magasabb társadalmi státusz több kapcsolati erőforrással párosul, azaz az iskolázottabb, jobb anyagi helyzetű embereknek a társas kapcsolatai is kiterjedtebbek" (Albert és mtsai 2017: 308).

Az egyén társadalmi integráltsága, szubjektív jólléte és egészségi állapota szoros kapcsolatot mutat (Diener és Ryan 2009). A hatások irányát azonban értelmezhetjük úgy is, hogy a kiterjedtebb kapcsolathálózattal és jelentős társas támogatottsággal rendelkező, erősebb társadalmi beágyazottságú személyeknek mind fizikailag, mind lelkileg jobb az egészségi állapotuk, illetve hogy a kedvezőbb jóllétről beszámolók kapcsolathálózata gazdagabb, és nagyobb társas támogatottságot élveznek.

Összefoglalás

Kutatásunk során a társadalmi integráltság, a szoros kapcsolatokra utaló társas támogatottság és a kapcsolathálózati beágyazottság szubjektív jólléttel és az egészségi állapottal való összefüggését vizsgáltuk. Megállapítottuk, hogy a felnőtt népesség egyharmada gazdag kapcsolathálózattal rendelkezik, és a kapcsolathálózat kiterjedtsége összefügg a szoros kapcsolatokból eredő társas támogatottság erősségével, azaz minél gazdagabb kapcsolathálózata van valakinek,

4 https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv_jolet_2019/index.html#nttazerstrsastmogatottsgotkapfrfiakarnya (Letöltés: 2022. augusztus 5.)

5 ELEF-kérdőív, társas kapcsolatok blokk, R1–R4 kérdés (https://www.ksh.hu/elef/elef2019_kerdoiv.pdf) (Letöltés: 2022. augusztus 5.)

annál jelentősebb társas támogatottságot élvez. Binomiális regressziós modellek alkalmazásával vizsgáltuk, hogy a társadalmi integrációt leíró változók milyen hatással vannak a szubjektív jóllét és az egészségi állapot fizikai és mentális mutatóinak alakulására a háttérváltozók kontrollálása mellett. A modellezési eljárás eredményei arra utalnak, hogy a társadalmi integrációt mérő két változó közül a társas támogatottság bizonyul nagyobb hatású magyarázó változónak, mivel a szubjektív jóllét kognitív és affektív elemeire, valamint az egészségi állapot fizikai és mentális komponenseinek alakulására is jelentős hatással van. Ezzel szemben a kapcsolathálózat kiterjedtsége csak az élettel való elégedettséget és az egészségi állapot önértékelését befolyásolja.

A háttérváltozók esetében kockázati hatásról beszélhetünk az életkor, a lakóhely jellege, a női nemhez és a roma etnikumhoz tartozás, valamint a vallásgyakorlás esetében. Az életkor előrehaladtával az egészségi állapot mutatói romlanak, azaz nő a rossz egészségi állapot, az elhízás, és ötven év felett a súlyos depresszió, illetve a magas stressz-szint esélye. A férfiakhoz képest a nőknek nagyobb az esélyük lelki és fizikai egészségi állapotuk kedvezőtlen alakulására. A lakóhely jellegét figyelembe véve azt tapasztaljuk, hogy a falvakban lakókhoz képest a városi lakosságnak nagyobb esélye van a súlyos depresszió és a magas stressz-szint kialakulására. A romák egészségi állapotának mutatói is nagyobb eséllyel esnek a kedvezőtlennek minősíthető tartományokba, mint a nem romáké. A nem vallásos személyekhez képest pedig azok, akik a maguk módján vagy egyházuk tanításai szerint gyakorolják a vallásukat, nagyobb eséllyel számolnak be rossz egészségi állapotról.

Protektív hatásról beszélhetünk az iskolai végzettség, a háztartás anyagi helyzete és a kormány politikájával való elégedettség tekintetében. Az iskolázottság protektív hatása szinte minden mért állapotváltozót vizsgálva érvényesül. Minél kedvezőbb anyagi helyzetben van egy háztartás, annál kisebb az esélye a bennük élőknek, hogy egészségi állapotuk kedvezőtlenül alakuljon. Ez mondható el azokról is, akik elégedettek a kormány politikájával.

Felhasznált irodalom

Albert Fruzsina, Dávid Beáta (2016) A magyarországi kapcsolathálózati struktúrák jellemzői 2015-ben. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*. 6. évf. 3. sz. 22–47. https://socio.hu/uploads/files/2016_3/albert_david.pdf (Letöltés: 2022. augusztus 9.)

Albert Fruzsina, Dávid Beáta, Gerő Márton és Hajdu Gábor (2017) Kapcsolathálózati tipológia és társadalmi integráció. In: Kovách Imre (szerk.) *Társadalmi integráció*. Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont. Szeged: Belvedere Meridionale. 307–331.

Boros Julianna (2019) *A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása*. Doktori értekezés. Pécs: Pécsi Tudományegyetem. http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Doktori_Iskola/egeszsegmagatartas_doktoriertekezes_bj_pte.pdf (Letöltés: 2022. augusztus 5.)

Cobb, Sidney (1976) Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 38. (5): 300–314.

Creaven, Ann-Marie, Siobhán Howard and Brian M. Hughes (2013) Social support and trait personality are independently associated with resting cardiovascular function in women. *British Journal of Health Psychology*. Vol. 18. (3): 556–573.

Diener, Ed and Katherine Ryan (2009) Subjective well-being. A general overview. *South African Journal of Psychology*. Vol. 39. (4): 391–406.

Kahneman, Daniel, David A. Schkade, Claude Fischler, Alan B. Krueger and Amy Krilla (2010) The Structure of Well-Being in Two Cities. Life Satisfaction and Experienced Happiness in Columbus, Ohio; and Rennes, France. In: Ed Diener, John F. Helliwell and Daniel Kahneman (Eds.) *International Differencies in Well-Being*. New York: Oxford University Press. 16–33.

Kopp Mária, Martos Tamás (2011) A társadalmi összjóllét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 12. évf. 3. sz. 241–259.

Kopp, Mária, Árpád Skrabski and Sándor Szedmák (2000) Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science & Medicine*. Vol. 51. (9): 1351–1361.

Lett, S. Heather, James A. Blumenthal, Michael A. Babyak, Timothy J. Strauman, Clive Robins and Andrew Sherwood (2005) Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*. Vol. 67. (6): 869–878.

Lin, Nan (1999) Building a Network Theory of Social Capital. *Connections*. Vol. 22. (1): 28–51.

Ocsovszky Zsófia, Rafael Beatrix, Martos Tamás, Csabai Márta, Bagyura Zsolt, Sallay Viola és Merkely Béla (2020) A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései. *Orvosi Hetilap*. 161. évf. 4. sz. 129–138.

Sengupta, Nikhil K. and Chris G. Sibley (2019) The Political Attitudes and Subjective Wellbeing of the One Percent. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 20: 2125–2140.

Tay, Louis L., Kenneth Tan, Ed Diener and Elizabeth Gonzalez (2013) Social relations, health and health outcomes: a survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. Vol. 5. (1): 28–78.

Vila, Jaime (2021) Social Support and Longevity. Meta-Analysis-Based Evidence and Psychobiological Mechanisms. Front Psychology. Vol. 12: 717164.

Villani, Daniela, Angela Sorgente, Paola Iannello and Alessandro Antonietti (2019) The Role of Spirituality and Religiosity in Subjective Well-Being of Individuals With Different Religious Status. *Frontier Psychology, Sec. Psychology for Clinical Settings*. https://www.frontiersin.org/articles/10,3389/fpsyg.2019.01525/full (Letöltés: 2022. augusztus 24.)

Székely András, Gere Dömötör, Fűrész Tünde

Életünk értelme – A koherenciaérzés összefüggése a családi és más szociodemográfiai és lelki mutatókkal

Bevezetés

„A pluralizálódó társadalmakban egyre több értékrendszer közül választhatunk, ugyanakkor megnövekszik azoknak a tereknek és szituációknak a mértéke is, amelyekhez alkalmazkodnunk kell, ami a szocializációra is nagyobb terhet ró, és mindez az egészségi állapotunkra is hat" (Skrabski és mtsai 2004). Az egészséges élet háttértényezői között ezért is egyre nagyobb szerep jut azon hatások vizsgálatának, melyek a szűken vett biológiai, környezeti, táplálkozási adottságokon és magatartásokon túl az egyén társadalmi önreflexiójára és szubjektív megítéléseire vonatkoznak. Ivonyi Éva történeti visszatekintésében úgy fogalmaz, hogy a jóllét mélyrehatóbb vizsgálatában az objektív mutatók mellett a szubjektív indikátorok is megjelentek (Ivonyi 2017). E tényezők egy csoportját összefoglalóan *koherenciá*nak nevezhetjük, amely valójában annak átélése, hogy a személynek van helye és szerepe a társadalomban, a világban, s hogy a velünk történő események értelemmel teliek, életünknek van értelme, és képesek vagyunk a kihívások megoldására (Skrabski és mtsai 2004). A koherencia vizsgálata a maga komplexitásában teret ad az egészség dinamikusabb értelmezésének, amelyre számos modell és módszer nyújt lehetőséget. Aaron Antonovsky szalutogenezis-modelljében, amely az egészség eredetét állítja a középpontba, az ember és környezete közötti harmónia, azaz összhang és koherencia élménye a meghatározó. A szalutogenezis-modell értelmében a koherencia genetikai tényezők, gyermekkori hatások és nevelés alapján alakul ki (Skrabski és mtsai 2004). Antonovsky szerint a koherencia érzésének kutatása azért fontos, mert az egészség teljes spektrumát vizsgálja, nem a kockázati, hanem a védőtényezők szempontjából – és így hatékony eszköze lehet az egészségmegőrzésnek (Antonovsky 1996).

Az egészséggel kapcsolatos életminőség-vizsgálatok egyrészt a szubjektív tapasztalatokra, az önértékelésre alapoznak, másrészt pedig egy többdimenziós megközelítés alapján vizsgálódnak, amely a pszichológiai, fizikai

és szociális aspektusokat is figyelembe veszi (Susánszky és mtsai 2006). Egy orvostudományi kutatás, amelyet különböző fokú depressziós tüneteket hordozó személyek körében végeztek, kimutatta, hogy a koherenciaérzés növekedése összekapcsolódik a jobb életminőséggel, a jobb mentális egészséggel, és mindkettő elengedhetetlen a depresszió tüneteivel való megküzdéshez. Megállapították, hogy a megfelelő koherenciaszint pozitívan jelzi előre a depressziós tüneteket mutatók életminőségét és mentális egészségét, ugyanakkor a koherencia erősebb összefüggést mutat a mentális és pszichológiai egészséggel, mint a fizikai egészséggel. A szerzők szerint a koherenciaérzés pszichológiai védőpajzs, amely növeli az egészséget, és elhárítja a stresszorok negatív hatásait (Akhtar, Riaz és Shaheen 2021).

Larsson és Kallenberg (1996) Svédországban egy országos reprezentatív felmérés során kívánta feltárni a különböző demográfiai és szocioökonómiai csoportokban a koherenciaérzés megoszlását. A tizenöt és hetvenöt év közötti felnőtt lakosságot vizsgálták 1993-ban különböző háttértényezők és szubjektív megítélés alapján. A koherenciaérzés értékeinek eloszlása a különböző társadalmi alcsoportokban részben ellentétes volt a korábbi tanulmányok eredményeivel. Így például eltérést mutattak ki a nemek között: a férfiak magasabb koherenciaértékeket mutattak, az életkort illetően pedig a koherenciaértékek növekedtek a kor előrehaladtával. Larsson és Kallenberg is azt találta, hogy a koherenciaérzés erősebb összefüggést mutat az általános jólléttel és a pszichológiai tünetekkel, mint a fizikai egészséggel és a szomatikus szimptómákkal. A koherencia és mind a fizikai, mind a lelki egészség közti reláció a megkérdezett nők esetében erősebbnek mutatkozott, mint a férfiaknál. Eredményeik azt is alátámasztották, hogy a testi-lelki egészség koherenciával való összefüggése erősebb, mint az életkorral, az iskolai végzettséggel, a jövedelemmel, a háztartás nagyságával vagy a barátok számával való kapcsolata. Mindemellett a kutatók figyelmeztetnek, hogy a koherenciaérzés, valamint az egészség, a jóllét és különösen a pszichológiai tünetek közötti erős kapcsolat részben a különböző vizsgált tényezők átfedésének köszönhető.

Ming-hui Li (2015) vizsgálatának célja az volt, hogy teszteljen egy analitikai modellt a koherenciaérzéssel összefüggésben, a megküzdési stratégiákat és a személyközi viszonyokat (szorongás, zártság, függőség) vizsgálva amerikai és kínai diákok példáján keresztül. Li kiindulópontja, hogy

a koherencia egészségre gyakorolt hatásának háttere kevéssé vizsgált terület, noha azt tudjuk, hogy az egyéni megküzdési stratégiákkal áll összefüggésben. Ezért három fő megküzdési stratégiát vizsgál a koherenciával összefüggésben: a problémamegoldást, a társas támogatást és az elkerülést. Mindkét diákcsoport esetében azon résztvevőknek, akik magasabb koherenciaértéket mutattak, magasabb volt a szociálisszorongás-szintjük, megállapításuk szerint ugyanis a koherenciaérzésnek indirekt hatása van a szorongásra az elkerülés miatt. Az eredmények rávilágítanak tehát, hogy bár az egyéni magas koherenciaérték előrevetíti, hogy a világ megérthető, menedzselhető és értelemmel teli, személyközi viszonyokban hajlamosít szorongást kiváltani, mivel a magasabb koherenciaérték alacsonyabb elkerülést von maga után. Az eredmények azt is felvetik, hogy a szorongás ellensúlyozható a társas támogatással megvalósuló megküzdési stratégiával (Li 2015).

Az Orly Idan, Orna Braun-Lewensohn, Bengt Lindström és Malka Margali (2017) szerzőkvartett összegyűjtött számos nemzetközi koherenciavizsgálatot, és a különböző korosztályokra vonatkozóan elemezték őket. Azt tapasztalták, hogy azon öt-hat éves gyerekek, akiknél tanulási fejlődési zavar kockázatát azonosították, mielőtt diagnosztizálták volna őket, alacsonyabb koherenciaszintet mutattak. Kevesebb barátjuk volt, és kevésbé fogadták el őket kortársaik is. A kamaszkor egyedülálló fejlődési szakasz, számos kihívással, változással, amelyen átmennek a fiatalok ezekben az években. Bizonyos esetekben már hasonlóan működnek, mint a felnőttek, mégis számtalan kognitív, biológiai és viselkedési folyamat van, amely alakítja őket az érettség és a normatív felnőttkor útján. Ezért is izgalmas körükben a koherencia vizsgálata. Kutatásukban a szerzők a különböző faktorok (nem, életkor, szocializációs közeg) hatását vizsgálták a koherenciaérzés fejlődésére. A kérdőíves eredmények megmutatták, hogy a koherenciaérzés védőfaktornak tekinthető a kamaszok számára. A következtetések arra utalnak, hogy a koherenciaérzés fejlődik a teljes élettartam alatt, más szóval a koherenciaszint az életkorral növekszik (Idan és mtsai 2017).

A magyar lakosság körében elvégzett Hungarostudy felmérések lehetőséget nyújtanak a magyar társadalom testi-lelki egészségének mélyebb megértésére. Skrabski és munkatársai a 2002-es felmérés után vizsgálták

mélyebben a koherenciát, azaz hogy a koherenciaérzés egészségre gyakorolt hatása érvényes-e a magyar társadalomban, valamint melyek azok az erőforrások, amelyek az élet értelmébe vetett bizalmat, a koherenciaélményt kialakítják és fenntartják az átalakuló, változó társadalmi feltételek között. Eredményeik szerint az egészségi állapot magyarázó változói közt az életkor és az iskolázottság után a koherenciaérzés következik. Az átlag feletti koherenciával rendelkezők 9,5-szer nagyobb valószínűséggel minősítették az egészségi állapotukat közepesnek, jónak vagy kiválónak, mint rossznak vagy nagyon rossznak. Esetükben az átlag feletti életminőség valószínűsége 4,6-szeres volt. Kimutatták azt is, hogy a koherencia a társadalmi tőke változóival szoros szignifikáns korrelációt mutat, valamint a depresszióval az életkornál és az iskolázottságnál is erősebben függ össze.

Célkitűzés

Jelen kutatásunk célkitűzése annak vizsgálata, hogy miként alakult a koherencia érzése 2021-ben a korábbi évekhez képest. Vizsgálatunk fókuszában a koherencia összefüggése állt a családhoz és a gyermekvállaláshoz fűződő kérdésekre adott válaszokkal. Emellett megvizsgáltuk a koherencia és a mentális egészséggel, illetve az életminőséggel kapcsolatos egyes mutatók összefüggéseit.

Mérőeszközök

A koherenciát a Koherenciaérzés Skálával mértük a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívből (Skrabski és mtsai 2004), amelyet az alábbi hét kérdés alkot:

- Úgy érzem, életem egy nagyobb terv része.
- Az életben sok minden okoz nekem nagy örömöt.
- Képes vagyok megbocsátani magamnak és másoknak.
- Kétlem, hogy életemnek bármilyen jelentősége volna.
- Az értékeim és hitem vezérelnek mindennapjaimban.
- Összhangban vagyok a körülöttem lévő emberekkel.
- Meg vagyok békélve helyemmel az életben.

A kérdésekre adható válaszok: 0 = nem jellemző; 1 = jellemző; 2 = nagyon jellemző. A koherenciaskála értékét a kérdésekre adott válaszok összege képezi.

Szociodemográfiai mutatók

Jelen kutatásban vizsgáltuk a válaszadó nemének, életkorának (korcsoportonként: 18–29 éves, 30–39 éves, 40–49 éves, 50–59 éves, 60 éves vagy több), iskolai végzettségének (alapfokú, középfokú, felsőfokú), lakóhelye típusának (község, város, Budapest) mint alapváltozóknak a kapcsolatát a koherencia érzésével. A családdal való összefüggést a következő kérdésekkel elemeztük: gyermekeinek száma (nincs gyermeke; egy gyereke van; két gyereke van; három vagy több gyereke van); családi állapot (ennek vizsgálatához a kérdőívre adott válaszok alapján létrehoztunk egy változót, amelyben a kérdőív felvétele idején érvényes „együttélési státuszt" tüntetjük fel [egyedülálló; élettársi kapcsolatban él; házastárssal él], amely adott esetben eltérhet a hivatalos családi állapottól). A családdal kapcsolatban a gyerekkori minták meghatározók, ezeknek a koherenciára való hatását a következő kérdésre adott válaszok segítségével mértük: Ki nevelte tizennégy éves kora előtt? A válaszlehetőségek ezek voltak: házasságban élő vér szerinti szülők; együtt élő, de nem házas vér szerinti szülők; az egyik vér szerinti szülő egyedül / új társsal; nagyszülő vagy más rokon; hivatásos nevelőszülő; állami gondozott volt. A válaszadók itt is több választ jelölhettek meg.

Az átlagok számításánál a szignifikanciát egy szempontú ANOVA-elemzéssel ellenőriztük. A logisztikus regresszió számításánál függő változó esetén feltüntettük az esélyhányadost és a hozzá tartozó konfidencia-intervallumot 0,95 százalék valószínűségnél.

Mentális háttértényezők

A mentális háttértényezők közül a következőket használtuk fel (részletes leírásuk a kötet módszertani fejezetében található):

Anómia Skála (AS-4), Beck-féle Depresszió Kérdőív (BDI-9), Észlelt Stressz Skála (Perceived Stress Scale, PSS-10), Multidimenzionális Társas Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS-10), WHO Well-Being Kérdőív (WBI-5).

Az elégedettséget az „Egészében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével?" kérdésre adott válaszokkal mértük, ahol a „Teljesen elégedetlen" és a „Teljesen elégedett" válaszlehetőségek közt egy összesen tízfokú

Likert-skálán válaszolhattak a megkérdezettek. Hasonlóképpen a boldogságot az „Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?" kérdésre adott válaszokkal mértük, ahol a tízfokú skála két végpontja a „Teljesen boldogtalan", illetve a „Teljesen boldog" válasz volt.

Az egészségi állapot önbecslését az „Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?" kérdésre adott válaszokkal mértük. Itt öt válaszlehetőség közül választhattak (nagyon rossz; rossz; közepes; jó; kiváló).

A korrelációkat Spearman-féle korrelációs együtthatóval számoltuk.

Az elemzéseket az IBM SPSS Statistics program 23-as verziójával végeztük.

A koherenciaérzés alakulása a Hungarostudy felmérések során

Az *1–3. táblázat*ban a koherenciaérzés 2002 és 2021 közötti alakulását tekintettük át a Hungarostudy felmérések alapján. A táblázatokban a különböző szociodemográfiai, illetve a családdal, gyerekvállalással kapcsolatos tényezők szerint csoportosítva tüntettük fel a koherenciaátlagokat. Az egyes oszlopokban csak ott jeleztük a szignifikanciaértékeket a csoportok alatt, ahol a csoporton belüli különbségek szignifikánsak, egyébként az NS jelölést használtuk. Az egyes értékeknél 2006-tól feltüntettük, hogy eltérnek-e az előző adatfelvétel során mért értékektől (**< 0,001; *< 0,05), illetve az utolsó oszlopban azt mutatjuk meg, hogy a 2021-es érték szignifikánsan eltér-e a 2002-ben mért koherenciaszinttől. Ha az eltérés szignifikáns, a sor végén a szignifikancia értékét tüntettük fel. Ahol nem találtunk különbséget, ott az NS jelölést alkalmaztuk.

Az *1. táblázat*ban a teljes népességet nézve láthatjuk, hogy 2002-höz képest ugyan kismértékben, de csökkent a koherencia szintje. Jelentős csökkenést 2013-ban mértünk, majd az azt követő nyolc év elteltével az országos átlag ismét nagymértékben megemelkedett. Mivel a koherencia átlagértéke a vizsgált népesség különböző alcsoportjaiban is többnyire ezt a mintát követte (2002 és 2006 között nincs változás, 2013-ra jelentősen csökkent, majd 2021-re jelentősen nőtt, de a 2002-es szintet nem éri el), azt emeljük ki, ahol eltérést találtunk ettől.

A férfiak és nők között 2013 után megszűnt a különbség, a nők körében 2002-ben mért magasabb érték 2021-re lecsökkent, a férfiaké azonban

visszaemelkedett a 2002-es szintre. Végzettség szerint is csökkent kicsit a különbség 2002 óta, de továbbra is a felsőfokú végzettséggel rendelkezők számolnak be a legmagasabb, az alapfokkal rendelkezők pedig a legalacsonyabb koherenciáról, habár utóbbiak körében 2002-höz képest nincs változás.

		2002	2006	2013	2021	Változás 2002/2021 (Sig.)
	Mind	9,80	9,79	9,19**	9,68**	0,004
Nemek	**Férfi**	9,63	9,67	9,11**	9,61**	NS
	Nő	9,94	9,88	9,25**	9,74**	0,001
	Sig.	< 0,001	0,010	NS	NS	
	N	10 557	4572	1859	6666	
Végzettség	**Alapfok**	9,53	9,40	8,71**	9,45**	NS
	Középfok	9,98	10,05	9,64*	9,78	0,006
	Felsőfok	10,44	10,74*	10,21*	10,00	< 0,001
	Sig.	< 0,001	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
	N	10 525	4572	1857	6666	
Településtípus	**Község**	9,62	9,60	8,96**	9,92**	< 0,001
	Város	9,92	9,85	9,18**	9,66**	< 0,001
	Budapest	9,89	9,59*	9,60	9,36	< 0,001
	Sig.	< 0,001	0,026	0,005	< 0,001	
	N	10 571	3648	1859	6666	
Korcsoportok	**0–29 éves**	9,84	10,27**	9,99	10,03	NS
	30–39 éves	9,90	10,03	9,22**	9,93**	NS
	40–49 éves	9,66	9,65	9,34	9,72*	NS
	50–59 éves	9,71	9,68	8,54**	9,53**	NS
	60 + éves	9,87	9,71	8,84**	9,39**	< 0,001
	Sig.	0,015	< 0,001	< 0,001	< 0,001	
	N	10 558	4202	1859	6666	

1. táblázat: A koherenciaskála átlagainak alakulása a Hungarostudy felmérésekben 2002 és 2021 között, nemek, végzettség, településtípus és korcsoportok szerint. A szignifikancia szintjét csillagokkal jelöltük (**< 0,001; *< 0,005).

Jelentős eltérést mértünk az általános mintázattól 2002 óta a lakóhely településtípusa szerint, sőt ez a változás elsősorban 2013 és 2021 között következett be. A községben élők körében jelentősen nőtt a koherencia szintje, magasabbra, mint 2002-ben, és így a 2013-as utolsó helyről az

elsőre kerültek. A városban élők az általános mintát követték, a budapestiek koherenciaértéke pedig az egyetlen, amely nem nőtt 2013 óta, hanem csökkent, így mára a fővárosban élők érzik magukat a legkevésbé koherensnek.

Korcsoportonként nézve nagyon vegyes a kép. 2002-höz képest csak a legidősebbek körében látunk változást. A legjelentősebb különbség, hogy mára a legfiatalabbak érzik magukat a leginkább koherensnek, a legidősebbek pedig a legkevésbé, holott 2002-ben még a legidősebbek is magas értékről számoltak be.

A Hungarostudy kutatások lehetővé teszik, hogy megvizsgáljuk, vajon az egyes kohorszokon, vagyis az ugyanabban az időszakban születettek csoportján belül történt-e változás a felmérések során. A *2. táblázat*ból látható, hogy 2002 után minden kohorszban romlottak az értékek, majd 2013-hoz képest több nemzedék esetében szignifikáns javulást mértünk, kivéve az 1963 és 1972 közt születetteket, valamint a múlt évszázad végének szülötteit, akiknél stagnálás látható. Legnagyobb arányban a mostani nyugdíjasok, a jelenleg hatvan év felettiek koherenciaszintje emelkedett a nyolc évvel ezelőtti szinthez képest, de a hetvenes években születettek esetében is 5 százalékkal nőtt a koherencia mértéke.

		2002	2013	2021	Változás 2002/2021 (Sig.)
Kohorszok születési év szerint	**1985–1995**	n/a	10,08	9,98	n/a
	1973–1984	9,84	9,28**	9,74**	NS
	1963–1972	9,90	9,25**	9,64	0,035
	1953–1962	9,66	8,55**	9,28**	< 0,001
	1952 vagy korábban	9,81	8,68**	9,46**	< 0,001
	Sig.	0,015	< 0,001	< 0,001	
	N	10 558	1859	5893	

2. táblázat: A koherenciaskála átlagainak alakulása a Hungarostudy felmérésekben 2002 és 2021 között, kohorszok (a születési év sávjai) szerint. A szignifikancia szintjét csillagokkal jelöltük (**< 0,001; *< 0,005).

A családi állapot szerint nézve *(3. táblázat)* a házasok koherenciaszintje a 2013-as alacsony értékről jelentősen nőtt, ugyanakkor 2002-höz képest nincs változás. Ugyanezt látjuk az egyedülállók közt, az élettársi

kapcsolatban élők koherenciaszintje pedig semmit nem változott 2002 óta, egyik felmérésben sem.

A gyermekesek körében a 2013-as szinthez képest nagyobb növekedést mértünk, mint a gyermektelenek között, bár mindkét csoportot pozitív változás jellemzi. Részletesebben nézve gyerekszám szerint azt láthatjuk, hogy az egy- és kétgyerekesek körében alacsonyabb az érték 2021-ben, mint 2002-ben, ugyanakkor a mélypontnak tekinthető 2013-hoz képest 2021-re erősen szignifikáns mértékű növekedés látható minden családtípusban, legnagyobb mértékben a három- vagy annál több gyerekesek körében.

		2002	2006	2013	2021	Változás 2002/2021 (Sig.)
Családi állapot	Házas	9,97	10,01	9,39**	9,88**	NS
	Élettárs	9,47	9,50	9,43	9,54	NS
	Egyedülálló	9,59	9,68	8,89**	9,53**	NS
	Sig.	< 0,001	< 0,001	0,001	< 0,001	
	N	10 553	4192	1851	6 662	
Van gyerek, vagy nincs	Nincs gyerek	9,71	9,85	9,31**	9,65*	NS
	Van gyerek	9,83	9,80	9,12**	9,70**	0,017
	Sig.	NS	NS	NS	NS	
	N	10 453	4478	1844	6634	
Gyerekszám	Nincs gyerek	9,71	9,85	9,31**	9,65*	NS
	Egy gyerek	9,76	9,77	9,37*	9,59	NS
	Két gyerek	9,91	9,83	9,13**	9,76**	0,031
	Három vagy több gyerek	9,71	9,75	8,79**	9,74**	NS
	Sig.	0,006	NS	0,040	NS	
	N	10 453	4478	1844	6634	

3. táblázat: A koherenciaskála átlagainak alakulása a Hungarostudy felmérésekben 2002 és 2021 között, családi állapot és gyerekszám szerint. A szignifikancia szintjét csillagokkal jelöltük (**< 0,001; *< 0,005).

A koherenciaérzés összefüggése a szociodemográfiai háttértényezőkkel

A szociodemográfiai tényezők és a koherenciaérzés kapcsolatát a 2021-es adatfelvétel eredményei alapján részletesebben logisztikus regresszióval vizsgáltuk, hogy a kapcsolatok erősségét, hatását pontosabban meg tudjuk határozni. Ehhez a koherenciaskála alapján létrehoztunk egy dichotóm változót, amelyben a magas koherenciaszintet az átlagnál (9,68) magasabb skálaértékek jelentik (Skrabski és mtsai 2004).[1] Ez alapján 2021-ben a válaszadók 44,3 százaléka tartozott az alacsony, 55,7 százaléka pedig a magas koherenciával jellemezhető csoportba *(4. táblázat).*

	2002	2006	2013	2021
Alacsony koherenciaszint (átlag alatt, 0–9 pont)	4530 fő (42,9%)	1993 fő (43,6%)	943 fő (50,7%)	2951 fő (44,3%)
Magas koherenciaszint (átlag felett, 10–14 pont)	6041 fő (57,1%)	2578 fő (56,4%)	917 fő (49,3%)	3713 fő (55,7%)
Összesen	10 571 fő	4571 fő	1860 fő	6664 fő

4. táblázat: Az átlag alatti és átlag feletti koherenciaszint megoszlása a Hungarostudy felmérések válaszai alapján

A logisztikus regresszió modellbe először a nemet, az öt korcsoportot, az iskolai végzettség három csoportját és a településtípust tettük, majd egyenként a családi állapot három kategóriáját, a gyerekszám négy kategóriáját, a „Ki nevelte tizennégy éves koráig?" kérdésekre adott válaszokat, hogy megnézzük, az alapváltozók hatását figyelembe véve a családdal kapcsolatos változók milyen összefüggést mutatnak az átlagosnál magasabb koherencia előfordulásával, valamint azt, hogy az új tényező a modellben megváltoztatja-e az előző esélyhányadosokat (*5. táblázat*). A táblázatban feltüntettük az esélyhányadost, a szignifikancia szintjét pedig csillagokkal jelöltük (** < 0,001; *<0,005). Az esélyhányados mindenhol az adott változó első kategóriájához viszonyít, amit szintén feltüntettünk.

1 A hivatkozott tanulmányban így szerepel a meghatározás, azaz az átlagnál magasabb koherenciaszint a magas, illetve az átlagnál alacsonyabb az alacsony. Jelen tanulmányban is ezt a meghatározást használjuk.

Magas koherencia-esélyhányadosok					
	Kategóriák	Esélyhányados			
		Alapváltozók	Családi állapot	Gyerekszám	Ki nevelte?
Nem	Nő	1,13*	1,14*	1,12*	1,12*
Korcsoport	Referencia: 60 + év				
	18–29 év	1,39**	1,51**	1,78**	1,78**
	30–39 év	1,28*	1,32**	1,45**	1,48**
	40–49 év	1,17*	1,16*	1,22*	1,24*
	50–59 év	1,05	1,03	1,06	1,08
Végzettség	Referencia: alapfok				
	Középfok	1,19*	1,18*	1,19**	1,18*
	Felsőfok	1,46**	1,45**	1,48**	1,44**
Településtípus	Budapest				
	Város	1,33**	1,31**	1,26*	1,25*
	Község	1,63**	1,60**	1,51**	1,49**
Családi állapot	Referencia: egyedülálló				
	Élettárssal él		0,95	0,91	0,92
	Házastárssal él		1,24**	1,15*	1,14*
Gyerekszám	Referencia: nincs gyereke				
	Egy gyereke van			1,19*	1,19*
	Két gyereke van			1,29*	1,28*
	Három gyereke van			1,29*	1,30*
Házasságban élő vér szerinti szülők	Referencia: nem ők (mások) nevelték				
					1,48**

5. táblázat: Magas koherencia-esélyhányadosok
a Hungarostudy 2021 felmérésben

Csak az alapváltozókat nézve nemek szerint a nők kismértékben, 1,13-szoros eséllyel tartoznak a magas koherenciájú csoportba. A legidősebbekhez viszonyítva az esélyhányados az évekkel csökken: a 18–29 évesek közt 39 százalékkal nagyobb az esély, 30 és 39 év közt 28 százalékkal, 40 és 49 év között csak 17 százalékkal, míg az 50–59 évesek közt ugyanakkora az esélye a magas koherencia előfordulásának, mint a referenciacsoportban. A végzettséggel együtt növekszik a magas koherencia esélye, a középfokú végzettségűeknél 19 százalékkal, a felsőfokúaknál csaknem másfélszeresére, 46 százalékkal.

Jelentős a különbség településtípus szerint is: a városiak 33 százalékkal, a községben élők 63 százalékkal nagyobb eséllyel számoltak be magas koherenciáról.

Családi állapot

A családi állapottal bővítve a modellt látható, hogy 24 százalékkal nagyobb eséllyel magas a házasok körében a koherencia az egyedülállókhoz képest. Az alapváltozók esélyhányadosai kismértékben változnak a korcsoportok szerint, a 18–29 évesek körében 51 százalékra nő az esély. A többi csoportban nem látható jelentős változás.

Gyerekszám

A gyerekszámot is a modellbe helyezve azt látjuk, hogy a gyermek megléte növeli a magas koherencia esélyét. A gyermektelenekhez képest egy gyerek esetén 19 százalékkal nagyobb az esély a magas koherenciaszintre, kettő, három vagy több gyereknél pedig 29 százalékkal. A gyerekszám szerint korrigálva a modellt a fiatalok esetében ismét jelentős az esélyhányados növekedése ahhoz képest, mint amikor a gyerekszám nem volt a modellben, de ebben az esetben már a 30–39 évesek közt is jelentős.

Ki nevelte?

Az utolsó modellben a „Ki nevelte tizennégy éves koráig?” kérdésre adott válaszok közül csak egy maradt benn a modellben szignifikáns hatással. Azok, akiket házasságban élő vér szerinti szülők neveltek, másfélszer nagyobb eséllyel tartoznak a magas koherenciájú csoportba. Ennél a modellnél a többi kategória esélyhányadosai gyakorlatilag változatlanok maradtak.

Összességében a családdal kapcsolatos változók modellbe helyezése a nemek közti esélyhányadost nem változtatta, harminckilenc éves életkorig növelte az átlagnál magasabb koherencia esélyét, településtípusok szerint pedig csökkentette a különbségeket.

A koherenciaérzés összefüggése különböző mentális háttértényezőkkel

Elemzésünk elsődleges célja a koherencia és a családdal kapcsolatos egyes változók összefüggéseinek vizsgálata volt. Mindemellett a Hungarostudy 2021 adatfelvétel lehetőséget ad arra is, hogy megvizsgáljuk a koherenciaérzés kapcsolatát a mentális egészséget jellemző különböző mutatókkal az utolsó adatfelvétel idején.

Az *6. táblázat*ban a koherencia és a vizsgált mutatók korrelációs együtthatóit láthatjuk. Az észlelt stressz és a társas támogatás esetén közepesen erős, 0,4 feletti kapcsolatot találtunk, de a depresszió, a mentális jóllét, a boldogság és elégedettség esetén is 0,3 felett van a korreláció. Az anómia és az egészségi állapot önbecslése gyenge, 20-30 százalék közti kapcsolatot mutat.

A korrelációs együttható az észlelt stressz, a depresszió és az anómia esetén negatív, azaz magasabb koherenciával ezeknek a mutatóknak az alacsonyabb értékei járnak együtt.

Habár a felsorolt mutatók kapcsolata legfeljebb közepesen erős, a szignifikancia minden esetben 0,001 alatti értéket mutat.

	Korreláció	N
Észlelt stressz	−0,46**	6628
Társas támogatás (MSPSS)	0,42**	6575
Depresszió (BDI)	−0,38**	6629
WHO Jóllét	0,34**	6665
Boldogság	0,34**	6660
Elégedettség	0,31**	6665
Anómia	−0,28**	6512
Az egészségi állapot önbecslése	0,21**	6662

6. táblázat: A koherencia és különböző tényezők korrelációja a Hungarostudy 2021 felmérésben

Megbeszélés

Jelen tanulmányunkban azt vizsgáltuk, hogy a koherencia érzése a Hungarostudy felmérések alapján 2002 óta hogyan alakult a magyar népesség körében, és hogyan kapcsolódik egyes szociodemográfiai változókhoz, valamint a mentális állapot mérőszámaihoz. A 2002-es adatfelvétel óta a koherencia szintje összességében kismértékben csökkent, a trend azonban nem egyenes vonalú: 2006-ig nem változott, 2013-ra csökkent, majd azóta ismét jelentősen nőtt. Nemek szerint 2002-ben még jelentős volt a nők és férfiak koherenciaszintje közötti különbség, amely 2021-re gyakorlatilag megszűnt, azaz a férfiakra ma már közel ugyananyira jellemző az élet értelmébe vetett bizalom, mint a nőkre. Az alapfokú végzettségűek közt 2002-höz képest nincs változás, viszont 2013-hoz képest nagymértékben nőtt a koherencia érzése a körükben. A magasabb (felsőfokú) végzettségűek körében viszont alacsonyabb lett az érték, ami csökkentette a különbséget a különféle végzettségű csoportok között, bár az olló záródása mellett is elmondható, hogy a magasabb végzettség továbbra is magasabb koherenciaértékekkel jár együtt.

A településtípusok csoportjaiban végbement változások jelentősen eltérnek a teljes mintától. A községben lakók az egyik csoport, akik körében a 2013 óta mért növekedés eredményeképpen a 2002-es szintnél is magasabb lett a koherenciaszint, a városiak körében visszaesett, de leginkább a Budapesten lakók esetében jelentős a csökkenés, oly mértékben, hogy 2021-ben már a fővárosban lakók közt mértük a legalacsonyabb értéket, míg 2002-ben a városiakkal együtt náluk volt a legmagasabb.

A korcsoportok közt is átrendeződés figyelhető meg: ma a legfiatalabbak, vagyis a 18–29 évesek körében a legmagasabb a koherencia szintje, de egyedül a hatvanévesek vagy idősebbek körében csökkent 2002-höz képest. Ebben eredményeink szerint jelentős a kohorszhatás (azaz a generációk hatása), mivel a mai hatvanévesek vagy idősebbek az 1962-ben vagy azelőtt születettek közé tartoznak, az ezredfordulón pedig ugyanennek a generációnak volt a legalacsonyabb a koherenciaszintje, vagyis most is ugyanazon demográfiai csoport körében mértük a legalacsonyabb értéket.

Családi állapot szerint a kategóriák sorrendje nem változott, most is a házasok körében a legmagasabb, míg az egyedülállók, illetve az élettársi kapcsolatban élők közt alacsonyabb a koherenciaérzés. Utóbbi csoportnak

a koherenciaszintje egyik felmérés során sem változott. Aszerint, hogy van-e gyermeke valakinek, nem tapasztaltunk változást az elmúlt húsz év során: korábban és most is magasabb volt a gyermekesek koherenciaszintje. A gyerekek számát is figyelembe véve a három- vagy több gyermekesek vonatkozásában teljesen más képet látunk 2021-ben, mint a korábbi években: az előző adatfelvételek során a családokon belül rájuk voltak jellemzőek a legalacsonyabb értékek, 2021-re azonban felzárkóztak, sőt meg is előzték az egygyermekeseket. Megszűnt tehát a különbség a gyermekes családok között, ami annak köszönhető, hogy a koherencia szintje a nagycsaládosok körében nőtt a legnagyobb mértékben.

Logisztikus regresszióval megvizsgáltuk a magasabb, azaz átlag feletti koherenciaszint előfordulásának esélyét a különböző csoportokban. A nők körében kismértékben, a modelltől függően 12-14 százalékkal nagyobb az esélye az átlagnál magasabb koherenciának a férfiakhoz képest, szemben Larsson eredményeivel, aki a férfiak körében mért magasabb koherenciaszintet (Larsson és Kallenberg 1996). A koherencia a középfokú végzettséggel rendelkezők körében mintegy 20 százalékkal, a felsőfokú végzettségűek közt pedig csaknem 50 százalékkal magasabb az alapfokú végzettségűekhez képest. Budapesthez képest a városokban 33, községekben több mint 60 százalékkal magasabb ugyanennek az esélye. Korcsoport szerint a legidősebbekhez képest a 18–49 évesek között találhatunk nagyobb eséllyel magas koherenciaszintet, mintegy 20-40 százalékkal, korcsoporttól függően. A legmagasabb esély a legfiatalabbak közt van. Ez Idan és munkatársai (2017) következtetéseivel ellentétes: ők úgy találták, hogy a koherencia szintje az életkorral emelkedik.

A családi állapottal együtt vizsgálva az egyedülállókhoz képest a házastárssal élők közt nagyobb az esélye a magasabb koherenciaszintnek 24 százalékkal, míg gyerekszám szerint a két- vagy több gyermekesek körében majdnem 40 százalékkal.

A gyerekszámmal együtt vizsgálva a modellt a gyermekesek körében nő az átlagnál magasabb koherenciaszint esélye, 20-30 százalékkal, gyerekszámtól függően. A családi állapot figyelembevétele csökkentette a településtípusok közti különbséget, ami azt jelzi, hogy jelentős különbségek lehetnek az együttélési mintázatokban a községben, városban, illetve a fővárosban élők közt. A gyerekkorra vonatkozóan azt láthatjuk, hogy

csaknem 50 százalékkal nagyobb az esélye az átlagnál magasabb koherenciának azok közt, akiket házasságban élő vér szerinti szülők neveltek.

Összességében a családdal kapcsolatos változók modellbe helyezése nem változtatta a nemek közti esélyhányadost, harminckilenc éves életkorig növelte az átlagnál magasabb koherencia esélyét, településtípusok szerint pedig csökkentette a különbségeket.

A modellek eredményei arra utalnak, hogy jelentős interakciós hatás van az életkor, a családi állapot és a gyerekszám között. Ennek részletesebb vizsgálatához további elemzések szükségesek.

A mentális jóllétet leíró háttértényezők esetében szoros kapcsolatot találtunk a koherencia érzésével. Eredményeink összhangban vannak a korábbi Hungarostudy felmérések elemzéseivel, miszerint a koherencia érzése összefügg az említett mutatókkal, illetve hogy a társadalmi tőkének jelentős magyarázóereje van (Skrabski és mtsai 2004), annak ellenére, hogy a társas támogatást 2021-ben más mérőeszközzel mértük.

A két legfontosabb tényező, az észlelt stressz és a társas támogatás kimutatott összefüggése alátámasztja Antonovsky eredeti hipotézisét, miszerint a koherenciaérzés magas szintje teszi lehetővé a stresszel való megküzdést.

Habár a mentális egészség és a családdal kapcsolatos mutatók együttes vizsgálata a jövőben további következtetések levonására is alkalmas lehet, jelen tanulmány keretei ezt nem tették lehetővé.

Összefoglalás

Kopp Mária és Skrabski Árpád kutatótársaikkal közösen már az évezred elején kimutatták, hogy a koherencia, az élet értelmébe vetett bizalom alapvető meghatározója a magyar emberek testi és lelki egészségének (Skrabski és mtsai 2004). A koherenciaélmény alapvető egészségvédő tényező, mely az egyén szintjén az ember és környezete közötti harmóniát, összhangot fejezi ki, amely folyamatos kihívások közepette is biztosítja az egyensúlyt. A koherenciaérzés annak átélése, hogy a személynek van helye és szerepe a világban, s hogy a velünk történő eseményeknek van értelmük, még akkor is, ha nehézséget okoznak. Az egyének koherens beállítódása együtt jár a személyes azonosságtudattal, biztonságot nyújt, és segít a kihívások megoldásában.

A kihívásokkal teli mai világban különösen fontos, hogy a koherencia érzése minél több embert jellemezzen, hiszen ez segíti közösségi szinten is a problémákkal való megküzdést. Magyarországon a 2010-es évek elejére minden társadalmi csoportban csökkent a koherencia szintje, ami összefüggésbe hozható a gazdasági válság időszakának nehézségeivel. A 2021-es Hungarostudy-adatfelvétel egy másik típusú krízis, egy világméretű egészségügyi válság által sújtott időszakban, illetve az abból való kilábalás idején zajlott. Annak ellenére, hogy ekkor egy korábban soha nem tapasztalt kihívással kellett megküzdeni, az emberek koherenciaszintje jelentősen javult a 2013-as adatfelvételhez képest.

Különösen szembetűnő, hogy a koherenciaszint tekintetében csökkentek a különbségek az egyes társadalmi csoportok között: a nem és az iskolai végzettség nem választja már el olyan mértékben az embereket, mint korábban. Fordulat egyedül a lakóhely vonatkozásában következett be, hiszen régen a fővárosiak és a városiak, ma viszont már a vidéken, falun élők érzik magukat a leginkább koherensnek.

Bár a családi viszonyok tekintetében 2021-ben általában javult a koherencia szintje, a gyermekesek körében a 2013-as mélyponthoz képest nagyobb növekedést mértünk, mint a gyermektelenek között. Az emelkedés a több gyermeket nevelőknél a legnagyobb, 11 százalék. Párkapcsolat szerint egyedül az élettársi kapcsolatban élők koherenciaszintje nem változott.

A lelki egészséghez kapcsolódó háttértényezők (stressz, társas támogatás, depresszió, mentális jóllét, boldogság, elégedettség, anómia) esetében ugyancsak pozitív kapcsolat áll fenn a koherencia magas szintje és a kedvezőbb lelkiegészség-mutatók között. Azokra az emberekre tehát, akik koherensebbnek tekinthetők, akik úgy gondolják, hogy az életüknek van értelme, képesek a kihívások megoldására, sokkal inkább jellemző a stabilitás, a kiegyensúlyozottság. Megállapításaink szerint a koherenciaszint minden csoport esetében nőtt 2013 és 2021 között, az egyének ezen képességeinek és beállítódásainak összesített eredményeképpen társadalmi szinten is javulás következett be., ami hozzájárulhatott ahhoz, hogy a magyar emberek képesek voltak megküzdeni a pandémia okozta kihívásokkal.

Felhasznált irodalom

Akhtar, Masud, Muhammad Naveed Riaz and Humaira Shaheen (2021) Sense of Coherence, Quality of Life and Mental Health among Adults Identified with Different Levels of Depression. *Global Sociological Review.* Vol. 6. (1): 188–193. https://doi.org/10.31703/gsr.2021(VI-I).22

Antonovsky, Aaron (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. Vol. 11. (1): 11–18.

Ivonyi Éva (2017) Szubjektív életminőség és érzelmi jóllét Magyarországon a gazdasági válság előtt és azt követően, európai kitekintéssel. *Statisztikai Szemle*. 95. évf. 10. sz. 997–1022. http://real.mtak.hu/55606/1/2017_10_997.pdf

Idan, Orly, Orna Braun-Lewensohn, Bengt Lindström and Malka Margalit (2017) *Salutogenesis. Sense of Coherence in Childhood and in Families.* https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590621/

Larsson, Gerry, Kjell O. Kallenberg (1996) Sense of coherence, socioeconomic conditions and health. Interrelationships in a nation-wide Swedish sample. *European Journal of Public Health*. Vol. 6. (3): 175–180. https://academic.oup.com/eurpub/article/6/3/175/660073

Li, Ming-hui (2015) *The Relationship Among Sense of Coherence, Coping Strategies, and Interpersonal Patterns. A Cross-Cultural Study.* https://www.counseling.org/docs/default-source/vistas/article_63875a22f16116603abcacff0000bee5e7.pdf?sfvrsn=4

Skrabski Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor és Réthelyi János (2004) A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 5. évf. 1. sz. 7–25. http://real.mtak.hu/58478/1/mental.5.2004.1.1.pdf

Susánszky Éva, Konkolÿ-Thege Barna, Stauder Adrienne és Kopp Mária (2006) A WHO jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2022 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 7. évf. 3. sz. 247–255. http://real.mtak.hu/58538/1/mental.7.2006.3.8.pdf

Susánszky Pál, Kisfalusi Dorottya, Susánszky Éva

A társadalmi integráltság és a veszélyészlelés összefüggéseinek vizsgálata

Bevezetés

A veszélyek, kockázatok észlelésének szociológiai és antropológiai megközelítése a technikai, közgazdasági vagy pszichológiai megközelítésektől eltérően a társadalmi tényezőkre, interakciókra fókuszál. A kockázatokkal kapcsolatos reakciókat a demográfiai jellemzőkön kívül jelentősen befolyásolja a társadalmi státusz, az egyén társadalmi beágyazottsága, kulturális miliője, hatalomérvényesítési lehetőségei (Douglas és Wildavsky 1982, Sjöberg 2000). Továbbá Hofstede (1984) szerint a kockázatok megítélése kulturális különbségeket mutat, ami a kultúrák bizonytalansághoz való viszonyulásából ered.

A kockázatok észlelésében, veszélyességük megítélésében az egyének informáltsága, kognitív kapacitása is szerepet játszik. A kockázatok értékelésével kapcsolatban Kahneman és Tversky (1998 [1974]) három mentális műveletet azonosított: a szubjektív érzésekre és az előítéletekre való hagyatkozást, valamint a hüvelykujjszabályok alkalmazását (Breakwell 2014: 2. fejezet). A kutatók behatóan foglalkoztak a kockázatként értékelendő probléma megfogalmazásával, azaz a keretezési vagy „framing"-hatással (Tversky és Kahneman 1985), és rámutattak, hogy az információk közlésének módja, keretezése hat a kockázatészlelésre.

A társadalmi integráció fogalmát jelen tanulmányunkban a személyközi kapcsolatok oldaláról közelítjük meg, amelyek biztosítják az egyén számára az együttműködést és a biztonságot, növelik az összetartozás érzését és a társadalmi stabilitást (Albert és mtsai 2017). Az egyén és a társadalom között a személyes kapcsolatok közvetítőként működnek, hozzáférést biztosítva a társadalmi intézményekhez és csoportokhoz. A személyes kapcsolathálózat, a támogató családi, baráti kapcsolatok jelentik azt az erőforrást, amely segítheti az egyént a stresszorokkal való megküzdésben, és amelyre nehéz élet- vagy akár veszélyhelyzetekben támaszkodhat.

A vizsgálat célja

Jelen tanulmányunkban arra keressük a választ, hogy a kockázatokra vonatkozó veszélyészlelésben milyen szerepet játszik az egyén demográfiai helyzete, társadalmi státusza és társadalmi integráltsága. A kockázatészlelést a társadalmi és környezeti problémák vonatkozásában, a társadalmi integráltságot pedig a társas támogatottság és az egyéni kapcsolathálózat kiterjedtségével mértük, olyan nemzetközileg használt mérőeszközök alkalmazásával, mint a Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív és a Méretgenerátor. A felsorolt mérőeszközök és témák a Hungarostudy kutatás kérdőívfejlesztése során kerültek be a vizsgálatba, és először 2021-ben lettek felvéve.

Módszerek

Mérőeszközök

Veszélyészlelés skála

A kutatásban részt vevő személyek tizenhat különböző társadalmi, illetve természeti jelenséget értékeltek egy tízfokú skálán abból a szempontból, hogy azok mekkora veszélyt, fenyegetettséget jelentenek az ország számára („Véleménye szerint az alábbi tényezők mennyire jelentenek veszélyt, fenyegetettséget az ország számára?"). A skála 1-es értéke azt jelentette, hogy az adott tényező egyáltalán nem jelent veszélyt, a 10-es érték pedig, hogy nagyon nagy veszélyt jelent.

A nemzetközi irodalomnak megfelelően (például Räsänen, Näsi és Sarpila 2012) az egyes tételeket az alábbi típusokba soroltuk:

(1) gazdasági veszélyek (gazdasági csőd, nagy arányú munkanélküliség);

(2) egészségügyi és társadalmi veszélyek (világjárványok, összeomló egészségügyi rendszer, a magyar népesség fogyása, a társadalom elöregedése, kivándorlás);

(3) környezeti veszélyek (klímaváltozás, természeti katasztrófák, környezetszennyeződés, élőhelyek eltűnése);

(4) politikai veszélyek (politikai szélsőségek előretörése, terrorizmus, bevándorlás, világháború).

A skálák belső megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa-mutató értéke mind a négy alskála esetében megfelelőnek bizonyult (0,895; 0,916; 0,951; 0,884 a fenti sorrendben). Függő változóinkat két lépésben alakítottuk ki. Először kiszámítottuk az egyes veszélytípusokhoz tartozó tételek átlagát, majd a változókat dichotomizáltuk, úgy, hogy a 7-nél nagyobb vagy azzal egyenlő értékeket 1-gyel kódoltuk, a 7-nél kisebbeket pedig 0-val. Az 1-gyel kódolt értékek a jelentős észlelt veszélyeket jelentik, míg a nulla a jelentősnél alacsonyabb mértékű észlelt veszélyeket.

Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív (Multidimensional Scale of Percieved Social Support, MSPSS)

A kérdőív az észlelt társas támogatás szubjektív mérésére szolgál, ennek a tíztételes verzióját vettük fel. Az egyes tételeket hétpontos Likert-skálán osztályozták a válaszadók, kifejezve az állításokkal való egyetértésük mértékét (1 = nagyon nem értek egyet; 7 = nagyon egyetértek). A kérdőív három alskálája a család, a barátok és a jelentős mások támogatását jeleníti meg. A jelentős mások lehetnek például barátok, barátnők, tanár, tanácsadó (Canty-Mitchell és Zimet 2000). A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz, minél magasabb pontot ér el a személy egy adott alskálán, annál magasabb az észlelt társas támogatás mértéke. A tételek alapján összpontszám is számolható. A konfirmatív faktoranalízis[1] megerősítette a magyar adatokon a korábbi vizsgálatokban (Papp-Zipernovszky, Kékesi és Jámbori 2017) leírt háromfaktoros szerkezetet. Az első faktor tartalmazza a társas támogatás baráti dimenzióját, a második faktor a család, a harmadik pedig a jelentős mások társas támogatását. Az elemzésekhez a három alskála átlagát használtuk, vagyis kiszámoltuk minden válaszadó mind a három dimenzióban adott válaszainak átlagát. Az alskálák konzisztenciájának vizsgálatához a Cronbach-alfa-mutatót használtuk. A mutató szerint a baráti (alfa = 0,901, átlag = 4,16, szórás = 0,96), illetve a családi társas támogatás (alfa = 0,920, átlag = 4,30, szórás = 0,87) és a jelentős mások (alfa = 0,890, átlag = 4,41, szórás = 0,81) támogatása alskálák egyaránt konzisztensek, és megbízhatónak mondhatók. A skálák populációs átlagai magasak, hiszen az 1-től 5-ig futó skálán 4 feletti értékeket mutatnak.

1 A konfirmatív (megerősítő) elemzés egy előzetes hipotézis, esetünkben egy korábban talált faktor tesztelésére alkalmas eljárás.

Méretgenerátor

A méretgenerátoros módszer alkalmazásakor a kutatásban részt vevő személyektől megkérdezzük, hogy hány embert ismernek bizonyos társadalmi csoportokból. Egy korábbi magyar kutatáshoz hasonlóan (Kmetty 2015) a kérdőívben a válaszadóknak azt kellett megadniuk, hogy hány olyan embert ismernek, akit Juditnak, Milánnak, Krisztiánnak, Barbarának, Júliának, illetve Sándornak hívnak. Mivel a kérdezett társadalmi csoportok létszáma ismert a teljes populáción belül (például tudjuk, hogy Magyarországon hány embert hívnak Sándornak), a válaszok alapján becslést tudunk adni az egyes válaszadók kapcsolathálójának méretére. A technika alapfeltevése, hogy egy társadalmi csoport létszáma úgy aránylik a teljes lakosság létszámához, ahogyan a válaszadók által az adott csoportból ismert emberek száma a válaszadók teljes kapcsolathálójához (Killworth és mtsai 1998). A válaszadók személyes kapcsolathálóját tehát az alábbi egyenlet segítségével becsüljük meg:

$$\hat{d}_i = \frac{N * \sum_{k=1}^{L} y_{ik}}{\sum_{k=1}^{L} N_k}$$

ahol *N* a magyarországi lakosság létszáma, *Nk* a *k* alpopuláció (például a Sándor nevű emberek) összlétszáma a társadalomban, *yik* az *i* egyén által ismert emberek száma *k* alpopulációból (például hány Sándort ismernek), *L* az ismert létszámú alpopulációk száma, *di* pedig az *i* egyén kapcsolathálójának mérete. Az így kapott mérőszámot a változó megoszlása alapján három kategóriába soroltuk: 75 alatt kapcsolatszegény, 75 és 199 között átlagos kapcsolathálójú, 200-nál vagy afelett pedig kapcsolatgazdag személyekről beszélünk.

Szociodemográfiai változók

A válaszadók szociodemográfiai jellemzőinek leírására a nem (férfi, nő), az életkor (18–29; 30–39; 40–49; 50–59; 60–), az iskolai végzettség (alapfok, középfok, felsőfok), a háztartás jelenlegi helyzete (épphogy kijönnek a jövedelmükből, vagy ennél rosszabbul élnek; gondok nélkül élnek, de félretenni nem tudnak; gondok nélkül élnek, kisebb-nagyobb megtakarításokkal) és a lakóhely jellege (főváros, megyei jogú város, város, község) elnevezésű kategoriális változókat használtuk. Magyarázó változóként a statisztikai modellekben a kormány politikájával való elégedettséget

(nem elégedett, néha elégedett, mindig elégedett), az internet-hozzáférést (nincs, van) és a vallást (nem vallásos, a maga módján vallásos, az egyház tanításai szerint vallásos) is szerepeltettük.

Statisztikai módszerek

A társas támogatás alskáláinak meghatározásához konfirmatív faktorelemzést használtunk, melynek célja a MSPSS-kérdőív validált magyar verziójában szereplő faktorstruktúra tesztelése volt a Hungarostudy felmérés adatbázisán. A veszélyészlelés társadalmi tényezőkkel való összefüggését leíró kétváltozós kereszttáblák elemzésénél a változók függetlenségének vizsgálatához khí-négyzet-próbát alkalmaztunk. Az *1. táblázat*ban feltüntettük az adjusztált reziduálisokat is, amelyek megmutatják, hogy az egyes cellákban szereplő esetek száma eltér-e a peremmegoszlások alapján kalkuláltaktól. Statisztikailag szignifikáns eltérésnek tekintjük, ha a reziduális értéke nagyobb, mint 2 (pozitív eltérés), vagy ha kisebb, mint –2 (negatív eltérés). Kutatási kérdésünk megválaszolásához binomiális logisztikus regressziós modelleket használtunk. A modellekben függő változóként a veszélyészlelés különböző típusai szerepeltek (1 = jelentősnek észlelt veszély, 0 = jelentősnél alacsonyabb mértékűnek észlelt veszély). Minden elemzést és a modelleket R környezetben futtattuk.[2]

Eredmények

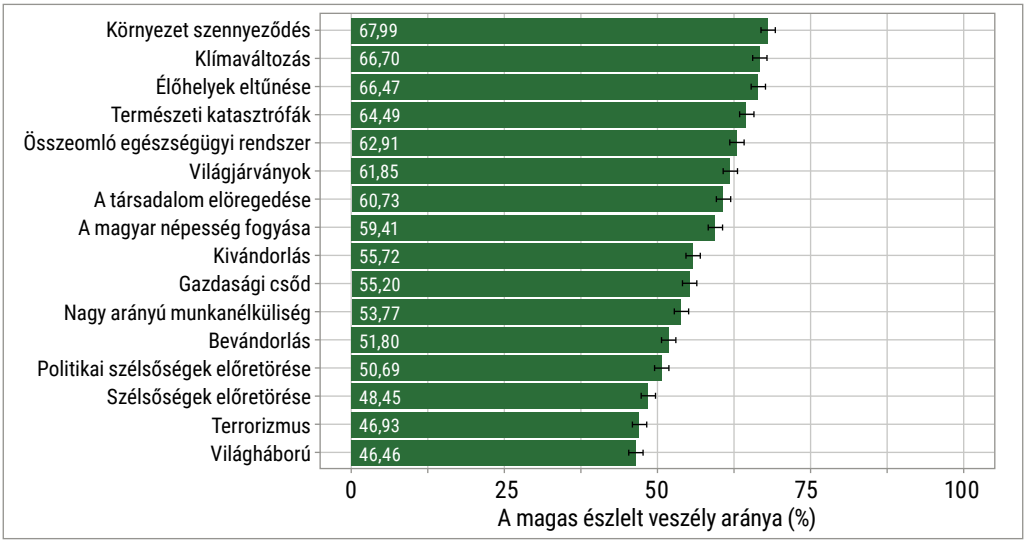
Első lépésben külön-külön vizsgáltuk a kérdőívben felsorolt társadalmi és természeti jelenségekre vonatkozó veszélyészleléseket. Az *1. ábrán* bemutatjuk, hogy az egyes tényezőket a válaszadók milyen arányban értékelték jelentős veszélyként (a tízfokú skálán 7-et vagy magasabb pontszámot adók).

Az adatok szerint 2021. augusztus–szeptemberben a magyar társadalomban a legnagyobb veszélynek a környezetszennyeződést (68%), míg a legkisebbnek a világháborút (46%) tartották az emberek. Összességében elmondható, hogy a legfenyegetőbbnek a környezeti veszélyek minősültek,

2 R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/

ezt követik az egészségügyi és társadalmi, majd a gazdasági és végül, legkevésbé fenyegető veszélyekként a politikai veszélyek.

Érdekes továbbá, hogy a világjárványok jelentette veszélyek csupán a hatodik helyen szerepelnek a listán, egy olyan időszakban, amikor éppen csak lecsengett a COVID–19-világjárvány harmadik hulláma.



1. ábra: A magas észlelt kockázat aránya a teljes populációban, veszélytípusonként, 95%-os konfidenciaintervallumokkal

Következő lépésként a veszélyészlelés és a demográfiai háttér közötti kétváltozós összefüggéseket vizsgáltuk. Az *1. táblázat* a négy legfontosabb társadalmi-demográfiai háttérváltozó szerinti arányokat tartalmazza. A százalékok után zárójelben közöljük az adjusztált reziduálisokat is, amelyek megmutatják, hogy egy adott cellában a várható értékhez képest mekkora eltérések adódnak. Konvencionálisan elfogadott küszöbértéket alkalmazva, ha a mutató értéke nagyobb, mint 2, vagy kisebb, mint –2, akkor az adott cellában az eltérés statisztikailag szignifikáns. A kétváltozós összefüggéseket a khí-négyzet-próba értéke adja meg.

Az észlelt veszélyek és a társadalmi, demográfiai háttér között fontos és statisztikailag szignifikáns összefüggéseket találunk. A nők mind a négy veszélytípust magasabbra értékelik, mint a férfiak. A nők között 6-8 százalékponttal nagyobb arányban vannak azok, akik a veszélyeket magasra értékelték.

Az iskolai végzettség szerint vizsgálva az összefüggéseket szignifikáns különbségek csak a gazdasági és politikai veszélyek esetén adódnak. Az alacsony iskolai végzettségűek között szignifikánsan magasabb, a középfokú végzettségűek között pedig szignifikánsan alacsonyabb arányban vannak jelentős veszélyt, fenyegetettséget észlelő személyek.

A veszélyészleléssel csupán mérsékelt összefüggést mutat a háztartás szubjektív jövedelmi helyzete. Azok, akiknek a háztartása – saját bevallásuk szerint – jómódban (gond nélkül és megtakarításokkal) él, szignifikánsan alacsonyabb arányban érzékelnek gazdasági veszélyeket. Ugyanakkor érdekes módon a viszonylagos jómódban élők körében (gond nélkül élnek, de megtakarítások nélkül) magasabb a komoly gazdasági veszélyek érzékelése. A háztartás helyzete a gazdasági veszélyeken túl csak a környezeti veszélyek észlelésével függ össze. A kedvezőtlen jövedelmi helyzetűek alacsonyabb, míg a legkedvezőbb jövedelmi helyzetűek magasabb arányban észlelnek komoly természeti veszélyeket.

Településtípus szerint egyértelmű minták rajzolódnak ki. A falvakban élők között kisebb arányban találunk jelentős veszélyeket észlelőket, a városokban élők között viszont szignifikánsan magasabb arányban. A megyei jogú, nagyobb városokban a falvakhoz hasonlóan alacsonyabb a jelentős veszélyt észlelők aránya, bár a társadalmi veszélyek esetén nem szignifikáns a különbség. A Budapesten élők kétféle veszélyt észlelnek szignifikánsan magasabb arányban: a gazdasági és a politikai veszélyeket. A jelentős veszélyt észlelők aránya a legalacsonyabb a falvakban, míg a legmagasabb Budapesten (bizonyos esetben a városokban). A települési lejtő két vége közötti különbség azonban veszélytípusonként eltérő. A legkisebb az eltérés a környezeti veszélyek esetén (3%), ezt követik a társadalmi (8%) és a gazdasági veszélyek (11%), és a politikai veszélyek esetén a legnagyobbak a különbségek (17%).

Az életkor szerinti csoportok között alig tapasztalhatók érdemi különbségek. A legfiatalabb korcsoportba tartozók (18–29 évesek) között mind a négy veszélytípus esetén szignifikánsan kisebb arányban, míg a hatvanévesek és idősebbek között a társadalmi és a politikai veszélyek esetén a vártnál szignifikánsan magasabb arányban vannak jelentős veszélyeket észlelők. Tehát a veszélyészlelésben nem találtunk sem lineáris, sem nem lineáris összefüggéseket, egyedül a fiatalok korcsoportja tér el a többitől. Fontos azonban megjegyezni, hogy a jelentős környezeti fenyegetések észlelése a legfiatalabb korosztályban is magasnak (60%) mondható.

	Társadalmi veszélyek (%) (adjusztált reziduális)	Gazdasági veszélyek (%) (adjusztált reziduális)	Környezeti veszélyek (%) (adjusztált reziduális)	Politikai veszélyek (%) (adjusztált reziduális)
Nem				
Férfiak	52,0% (−5,421)	48,0% (−6,302)	59,7% (−6,498)	39,1% (−5,847)
Nők	58,5% (5,421)	55,5% (6,302)	67,2% (6,498)	46,1% (5,847)
Khí-négyzet	29,1 (p < 0,001)	39,4 (p < 0,001)	41,9 (p < 0,001)	33,9 (p < 0,001)
Korcsoportok				
18–29	49,1% (−4,938)	49,3% (−2,106)	59,7% (−3,159)	36,1% (−5,242)
30–39	55,9% (0,292)	54,1% (1,569)	64,0% (0,271)	43,9% (0,841)
40–49	55,7% (0,163)	50,4% (−1,270)	64,0% (0,336)	42,2% (−0,524)
50–59	56,7% (0,861)	53,0% (0,674)	64,0% (0,242)	43,9% (0,746)
60–	58,1% (3,004)	52,9% (0,999)	65,3% (1,894)	45,9% (3,471)
Khí-négyzet	27,0 (p < 0,001)	8,1 (p = 0,089)	10,9 (p < 0,05)	32,2 (p < 0,001)
Iskolai végzettség				
Alapfokú	55,9% (0,614)	54,1% (3,139)	63,8% (0,158)	45,2% (3,674)
Középfokú	54,4% (−1,328)	50,2% (−2,157)	62,5% (−1,488)	40,8% (−2,366)
Felsőfokú	56,4% (0,787)	50,4% (−1,336)	65,4% (1,528)	40,8% (−1,746)
Khí-négyzet	1,86 (p = 0,393)	9,9 (p < 0,01)	3,3 (p = 0,189)	13,5 (p < 0,01)
A háztartás helyzete				
Épp kijön	54,4% (−0,446)	51,5% (0,038)	59,7% (−4,805)	41,8% (−1,162)
Gond nélkül él	56,5% (1,889)	53,6% (2,325)	65,6% (3,143)	44,9% (2,497)
Gond nélkül él, megtakarításokkal	53,2% (−1,475)	48,9% (−2,494)	65,0% (2,192)	41,2% (−1,300)
Khí-négyzet	4,2 (p = 0,12)	8,4 (p < 0,05)	23,2 (p < 0,001)	6,4 (p < 0,05)
Településtípus				
Budapest	57,8% (1,860)	58,4% (5,104)	63,8% (0,132)	54,7% (9,468)
Megyei jogú város	53,7% (−1,500)	46,4% (−4,745)	60,9% (−2,443)	36,9% (−5,097)
Város	60,1% (5,291)	56,3% (4,952)	67,7% (4,840)	44,7% (2,251)
Falu	50,1% (−5,710)	47,1% (−5,236)	61,0% (−2,926)	37,4% (−5,863)
Khí-négyzet	46,8 (p < 0,001)	75,3 (p < 0,001)	26,7 (p < 0,001)	121,7 (p < 0,001)
Összesen	55,5%	52,0%	63,6%	42,8%

1. táblázat: A jelentős veszélyt észlelők százalékos aránya nem, végzettség, lakóhely és korcsoport szerint

A következő részekben túllépünk a kétváltozós összefüggések vizsgálatán, és a jelentős veszélyészlelést logisztikus regressziós modellekkel elemezzük.

A *2. táblázat*ban közöljük a négy különböző típusú veszély értékelését magyarázó modellek eredményeit. A modellekkel azt vizsgáljuk, hogy a jelentős egészségügyi és társadalmi, gazdasági, természeti és politikai veszélyeket milyen mértékben jelzi előre a társas támogatás, a társadalmi integráltság, a kormánnyal való elégedettség, valamint a szociodemográfiai háttér.

A modellekből kiderül, hogy a társas támogatás pozitív összefüggést mutat mind a négyféle veszély észlelésével. Azoknak, akik úgy vélik, jobban számíthatnak a társas közegükre, nagyobb az észlelt társas támogatásuk, szignifikánsan magasabb a veszélyészlelési szintjük. Az egyes veszélytípusok között abban találhatunk eltéréseket, hogy a társas támogatás mely dimenziójával mutatnak összefüggéseket. A közepes kapcsolatnagysággal rendelkezőkhöz képest a kapcsolatszegények veszélyészlelése jelentősen magasabb mind a négy veszélytípus esetén. Ezek az összefüggések a társadalmi háttér kontrollálása mellett is fennállnak.

Tehát a modellek eredményei szerint azok a társadalmi csoportok érzékelnek magasabb kockázatokat, amelyek kevéssé integrálódnak a társadalomba, kevés társas kapcsolatuk van, és azok, amelyek magas társas támogatásra számíthatnak. A két tényező működése ellentmondásosnak tűnhet, de fontos megjegyezni, hogy a társas támogatásnál nem tudjuk, a válaszadónak hány olyan kapcsolata van, akiről úgy véli, számíthat rá. A társas támogatottság magasabb érzékelt szintje származhat kevés valós társas kapcsolatból is.

Térjünk rá a demográfiai és társadalmi háttér szerepének vizsgálatára. Az életkori csoportok között, a kétváltozós összefüggésekhez hasonlóan, nem tapasztalunk nagy különbségeket. A középkorú, azaz 40–49 éves korosztályhoz viszonyítva a fiatalok kisebb eséllyel észlelnek jelentős veszélyeket, de a többi korosztály veszélyészlelése hasonló a referenciakorosztályéhoz.

Az alacsony iskolai végzettségűek szignifikánsan nagyobb eséllyel észlelnek jelentős veszélyeket a magas iskolai végzettségűekhez képest. Másként megfogalmazva az alacsony iskolai végzettségűek komolyabb veszélyeket észlelnek, mint a másik két végzettségi csoporthoz tartozók.

A kétváltozós összefüggésekkel összhangban a nem szerepe a veszélyészlelésben meglehetősen egyértelmű. A nők ugyanis a gazdasági, a társadalmi, politikai és környezeti veszélyeket egyaránt nagyobb eséllyel minősítik fenyegetőnek, mint a férfiak.

Az információkhoz való hozzáférést csak közvetve, az internet-hozzáféréssel tudjuk mérni. A modellek szerint azoknak, akik nem rendelkeznek internetelérésszel, szignifikánsan alacsonyabb a veszélyészlelési szintjük. Minden bizonnyal kevesebb hír jut el hozzájuk a világ eseményeiről, mint azokhoz, akiknek van internet-hozzáférésük. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy az internetkapcsolattal rendelkezők csoportja sem homogén, minden bizonnyal csak kisebb részük használja napi tájékozódásra az internetet.

Az eddig leírt összefüggések mind a négy veszélytípusra igazak voltak. A lakóhely szerinti összefüggésekben azonban már tapasztalhatók különbségek a négyféle veszélyforrás között. A falvakban élőkhöz képest a Budapesten élők szignifikánsan nagyobb eséllyel észlelnek jelentős társadalmi, gazdasági vagy politikai veszélyeket. A megyei jogú városokban magasabb a veszélyészlelés esélye, a városokban élők mind a négy veszélytípus esetén nagyobb eséllyel érzékelnek komoly veszélyeket. Érdekes tehát, hogy a veszélyészlelés tekintetében nem tapasztalható településméret szerinti lejtő. Úgy tűnik, a különböző településeken élők társadalmi-kulturális miliője igen eltérő, mivel más-más típusú veszélyektől tartanak.

A demográfiai tényezőkön túl vizsgáljuk meg a szubjektív jövedelmi helyzet és a vallásosság szerepét is. A háztartásuk anyagi státuszát magasra értékelőknek szignifikánsan alacsonyabb a veszélyészlelési szintjük, mint a közepes anyagi státuszúaknak. Vagyis azok, akik úgy vélik, gond nélkül megélnek a jövedelmükből, és megtakarítani is tudnak belőle, szignifikánsan kisebb mértékű veszélyeket érzékelnek, mint azok, akik gond nélkül megélnek a jövedelmükből, de megtakarítani nem tudnak, illetve azok, akik éppen kijönnek a jövedelmükből, vagy akiknek anyagi nehézségeik vannak.

A veszélyészlelés és a vallásosság összefüggéséről elmondható, hogy a maguk módján vallásos személyek esélye a jelentős veszélyek észlelésére szignifikánsan magasabb, mint azoké, akik nem tartják vallásosnak magukat. Ugyanakkor azok a hívők, akik követik egyházuk tanításait, és azok, akik nem vallásosak, hasonló módon ítélik meg a magyarságot veszélyeztető tényezőket.

	Társadalmi veszélyek		Gazdasági veszélyek		Környezeti veszélyek		Politikai veszélyek	
MV	*OR*	*p*	*OR*	*p*	*OR*	*p*	*OR*	*p*
(Intercept)	0,08 (0,06–0,13)	**< 0,001**	0,08 (0,05–0,12)	**< 0,001**	0,05 (0,03–0,07)	**< 0,001**	0,07 (0,04–0,10)	**< 0,001**
TT* – család	1,04 (0,92–1,18)	0,491	1,04 (0,92–1,18)	0,516	1,34 (1,19–1,51)	**< 0,001**	1,09 (0,96–1,23)	0,181
TT – barátok	1,36 (1,25–1,47)	**< 0,001**	1,28 (1,18–1,38)	**< 0,001**	1,06 (0,97–1,15)	0,195	1,22 (1,12–1,32)	**< 0,001**
TT – jelentős mások	1,27 (1,11–1,44)	**< 0,001**	1,28 (1,13–1,46)	**< 0,001**	1,51 (1,33–1,73)	**< 0,001**	1,09 (0,96–1,24)	0,195
Kapcsolatszegény Referencia: átlagos	1,33 (1,15–1,52)	**< 0,001**	1,38 (1,21–1,59)	**< 0,001**	1,26 (1,09–1,46)	**0,002**	1,52 (1,32–1,74)	**< 0,001**
Kapcsolatgazdag Referencia: átlagos	1,25 (1,09–1,43)	**0,002**	1,16 (1,02–1,33)	**0,027**	1,20 (1,04–1,38)	**0,013**	1,08 (0,94–1,24)	0,257
Kor: 18–29 Referencia: 40–49	0,72 (0,59–0,87)	**0,001**	0,91 (0,76–1,10)	0,350	0,77 (0,63–0,94)	**0,009**	0,72 (0,59–0,87)	**0,001**
Kor: 30–39 Referencia: 40–49	0,99 (0,83–1,20)	0,948	1,22 (1,02–1,47)	**0,031**	0,98 (0,80–1,19)	0,821	1,06 (0,88–1,27)	0,533
Kor: 50–59 Referencia: 40–49	1,14 (0,94–1,38)	0,184	1,15 (0,95–1,40)	0,141	1,03 (0,84–1,26)	0,797	1,08 (0,89–1,30)	0,441
Kor: 60– Referencia: 40–49	1,10 (0,92–1,30)	0,299	1,06 (0,89–1,26)	0,491	1,00 (0,83–1,20)	0,966	1,08 (0,91–1,28)	0,377
Alapfokú végzettség Referencia: felsőfokú	1,19 (1,01–1,41)	**0,040**	1,45 (1,23–1,71)	**< 0,001**	1,18 (0,99–1,41)	0,060	1,66 (1,41–1,96)	**< 0,001**
Középfokú végzettség Referencia: felsőfokú	0,99 (0,84–1,16)	0,903	1,04 (0,89–1,22)	0,629	0,92 (0,78–1,09)	0,357	1,17 (0,99–1,37)	0,059
Budapest Referencia: falu	1,24 (1,04–1,48)	**0,018**	1,60 (1,34–1,91)	**< 0,001**	1,13 (0,94–1,36)	0,202	2,12 (1,77–2,53)	**< 0,001**
MJV** Referencia: falu	1,36 (1,15–1,62)	**< 0,001**	1,14 (0,96–1,35)	0,128	1,11 (0,93–1,33)	0,232	1,11 (0,94–1,32)	0,220
Város Referencia: falu	1,50 (1,30–1,73)	**< 0,001**	1,55 (1,35–1,79)	**< 0,001**	1,38 (1,19–1,60)	**< 0,001**	1,40 (1,21–1,61)	**< 0,001**
Nem: nő Referencia: férfi	1,14 (1,02–1,28)	**0,024**	1,26 (1,13–1,41)	**< 0,001**	1,17 (1,04–1,32)	**0,012**	1,20 (1,07–1,34)	**0,002**
Elégedett a kormánnyal	0,71 (0,63–0,80)	**< 0,001**	0,63 (0,56–0,70)	**< 0,001**	0,91 (0,80–1,03)	0,136	1,18 (1,05–1,32)	**0,006**
HJH*** Gond nélkül él Referencia: épp kijön	0,97 (0,84–1,11)	0,637	1,05 (0,91–1,20)	0,531	1,25 (1,08–1,45)	**0,003**	1,07 (0,93–1,22)	0,368
HJH Gond nélkül él, megtakarításokkal Referencia: épp kijön	0,76 (0,65–0,88)	**< 0,001**	0,76 (0,65–0,88)	**< 0,001**	1,07 (0,92–1,25)	0,387	0,87 (0,75–1,01)	0,062
A maga módján vallásos Referencia: nem vallásos	1,28 (1,12–1,46)	**< 0,001**	1,22 (1,07–1,39)	**0,003**	1,26 (1,10–1,46)	**0,001**	1,29 (1,13–1,46)	**< 0,001**
Egyház tanítása szerint vallásos Referencia: nem vallásos	1,00 (0,83–1,21)	0,992	0,88 (0,73–1,07)	0,202	0,88 (0,72–1,07)	0,193	0,90 (0,75–1,09)	0,295
Internet-hozzáférés Referencia: van	0,66 (0,53–0,83)	**< 0,001**	0,79 (0,63–0,98)	**0,034**	0,69 (0,55–0,86)	**0,001**	0,71 (0,57–0,89)	**0,002**
N	5518		5506		5516		5513	
R^2 Tjur	0,081		0,080		0,103		0,057	

**TT: Társas támogatottság; **MJV: Megyei jogú város; ***HJH: Háztartás jelenlegi helyzete;*

2. táblázat: Logisztikus regressziós modellek: a jelentős veszélyek észlelésével összefüggő társadalmi faktorok vizsgálata

Az utolsó változó, amelyet a modellben vizsgálunk, a kormánnyal való elégedettség. Az egészségi és társadalmi, valamint a gazdasági veszélyek esetén egyértelmű negatív kapcsolat van az elégedettség és a veszélyészlelés között. A kapcsolat szintén negatív, de az összefüggés nem szignifikáns a környezeti veszélyek vonatkozásában. Tehát azok, akik elégedettek a kormány munkájával, kisebb eséllyel érzékelnek jelentős társadalmi, gazdasági, környezeti veszélyeket. Ugyanakkor a politikai veszélyeket magyarázó modell szerint a kormánnyal elégedettek szignifikánsan nagyobb eséllyel érzékelnek jelentős politikai veszélyeket. Jól ismert jelenség a magyar társadalom politikai megosztottsága (polarizáltsága), így nem meglepő, hogy a politikai rendszerhez való viszonyulás fontos szerepet játszik az észlelt veszélyek magyarázatában (Gerő és Szabó 2019).

Megbeszélés

A kétváltozós összefüggések és a logisztikus modellek eredményei nagyrészt összhangban vannak a nyugat-európai vizsgálatok eredményeivel (Sjöberg 2000). Eredményeink szerint a veszélyészlelés jelentősen összefügg az életkorral, a nemmel és az iskolai végzettséggel. A következőkben ezeket az összefüggéseket magyarázzuk a nemzetközi kutatások eredményei fényében.

A legtöbb kutatás szerint a fiatalok és a magasabb jövedelmi csoportokba tartozóknak alacsonyabb a veszélyészlelési szintjük, a nőknek pedig magasabb.

Az egyes társadalmi-demográfiai csoportok közötti eltérések mögött általában tájékozottságot, a veszélyekről való ismereteket és olyan pszichológiai faktorokat vélelmeznek, mint például a hatékonyságérzet. Huddy és munkatársai a 2001. szeptember 11-i terrortámadással összefüggésben vizsgálták az amerikaiak terrorizmussal kapcsolatos veszélyészlelésének és a terrorizmusra adott válaszként elrendelt politikai korlátozások támogatásának összefüggését. Az iskolai végzettség és a veszélyészlelés közötti negatív kapcsolatot a szerzők a következőképpen magyarázzák: a magas iskolai végzettségűek több információval rendelkeznek, ami a kockázatok pontosabb (és alacsonyabb) becslését eredményezi (Huddy és mtsai 2002). Továbbá a magas iskolai végzettségűek jobb készségekkel rendelkeznek

a valószínűségi információk kezelése terén, valamint az alacsonyabb iskolai végzettségűeket alacsonyabb kontrollérzés jellemzi. Tehát az iskolázottabbak több információval rendelkeznek a veszélyek forrásával és természetével kapcsolatban, valamint könnyebben/pontosabban képesek megbecsülni a lehetséges kockázatokat. Az alacsony iskolázottságúak általában kisebb önhatékonysággal rendelkeznek, úgy vélik, kisebb hatással vannak a környezetükre, és a folyamatokat, eseményeket kevésbé tudják kontrollálni.

A veszélyészlelés kutatásának egyik kiemelkedő alakja, Paul Slovic és munkatársai az 1980-as években publikált klasszikus tanulmányukban szakértők (kutatók, civil szervezetek lobbistái) és laikusok kockázatészlelését hasonlította össze (Slovic, Fischhoff és Lichtenstein 1985). Eredményeik szerint a szakértők meglehetősen pontosan meg tudták becsülni az egyes veszélyekből (például balesetekből, betegségekből) fakadó halálozások számát. Ezzel szemben a laikusok bizonyos veszélyeket felülbecsültek (például autóbaleset, tornádó következtében bekövetkezett halálozások), másokat pedig alulbecsültek (például szív- és érrendszeri halálozások). Slovicék magyarázata szerint ez azért van, mert a két csoport (szakértők és laikusok) másként értelmezik és „kalkulálják" a kockázatokat. A szakértők valóban valószínűségekkel és negatív kimenetekkel (például a halálozások számával) *kalkulálnak*. A hétköznapi emberek azonban olyan kevésbé számításigényes „heurisztikákat" használnak, mint például az események felidézhetősége *(availability),* vagyis hogy milyen könnyen tudnak a veszélyhelyzethez kapcsolódó eseményeket felidézni.

A modern világban ez azt jelenti, hogy a hétköznapi emberek, amilyenek minden bizonnyal a Hungarostudy 2021 válaszadói is, jelentős mértékben hagyatkoznak a médiában megjelenő híradásokra. Ha egy veszély gyakran megjelenik a médiában, akkor azt az emberek könnyebben fel tudják idézni, és ezért a veszély kockázatát is magasabbnak fogják értékelni. Slovicék korai amerikai vizsgálatában éppen a médiában gyakran szereplő, nagy hírértékű események kockázatát vélték a valóságosnál magasabbnak. A veszélyészlelésről szóló kutatások tehát az informáltság kettős szerepét írták le: Az első mechanizmus szerint azok, akiknek több információjuk van egy adott veszélytípusról, pontosabban becsülik meg annak kockázatait, valamint több tudásuk lehet a veszély kontrollálhatóságáról. Mindez

pedig az észlelt veszélyek alacsonyabb szintjéhez vezet. A második mechanizmus szerint azonban az informáltság azt is jelenti, hogy az egyének bizonyos magas hírértékű veszélyekkel gyakrabban találkoznak, ami pedig a veszélyek kockázatának túlbecsléséhez vezet. Azok, akik gyakran találkoznak olyan beszámolókkal, amelyek a globális felmelegedésről, egy lehetséges háborús helyzet eszkalálódásáról vagy a bevándorlás veszélyeiről szólnak, ezeket a veszélyeket súlyosnak, sőt akár a valóságos kockázatoknál jóval súlyosabbnak is értékelhetik.

Várakozásunktól eltérően az emberek 2021 nyarán, illetve kora őszén már nem a világjárványt tekintették a legfenyegetőbb veszélynek, hanem a környezetszennyezést. A pszichológiai kutatások szerint a veszélyészlelés egyik meghatározó tényezője a veszély ismerete, valamint a kontrollálhatóságáról való meggyőződés. A fent bemutatott két „heurisztika" tehát együttesen alakítja a veszélyészlelést. Az informáltság, az információk hitelessége és az egyéni kognitív képességek együttesen alakítják a veszélyek kockázatainak értékelését. Ezek a mechanizmusok közösen alakítják ki a különböző (például kapcsolatszegény és kapcsolatgazdag) társadalmi csoportokban a magasabb veszélyészlelési szintet.

Azokat a veszélyeket tartjuk komoly fenyegetésnek, amelyekről csak kevés információval rendelkezünk, és amelyekről úgy gondoljuk, nem vagyunk képesek uralni, kontrollálni őket. Ezek alapján érthető, hogy 2021 nyarától az emberek már nem a világjárványt tekintették a legveszélyesebbnek, mivel a pandémia által generált veszélyekhez már feltehetően alkalmazkodtak vagy hozzászoktak, s egyéni és társadalmi szinten is kezelhetőnek tartották őket.

Összegzés

Kutatásunk a COVID–19-járvány harmadik hullámát követő időszakban vizsgálta a magyar lakosság bizonyos társadalmi és természeti jelenségekkel kapcsolatos veszélyérzékelését. Vizsgálati eredményeink megerősítették azokat a szakirodalmi hivatkozásokat, amelyek a szociodemográfiai háttérváltozóknak a veszélyészlelésben játszott szerepét taglalják. Így a magyar lakosság körében is a nőkre és az alacsony iskolai végzettségűekre jellemző a magas veszélyérzékelés.

A nők minden területen (társadalom, gazdaság, környezet, politika) nagyobb arányban észlelnek jelentős veszélyeket, mint a férfiak. A magasan kvalifikáltakhoz képest az alapfokú végzettségűek veszélyészlelése csak három területen (társadalom, gazdaság, politika) magasabb, a környezeti ártalmak veszélyességét a lakosság iskolázottsági szintjétől függetlenül hasonló módon ítéli meg. Az életkor is jelentősen befolyásolja a veszélyészlelést, a gazdasági jelenségeken kívül minden területen a fiatalok látják kevésbé fenyegetőnek a helyzetet. A gazdasági tényezők megítélésében korosztályok közötti konszenzusról beszélhetünk.

A különböző veszélyhelyzetek megítélésében a lakóhely szerinti elrendeződés, pontosabban a településnagyság is fontos szerepet játszik. A falusi lakossághoz képest a városok lakói, függetlenül azok népességszámától, közel másfélszer nagyobb eséllyel érzékelnek olyan jelentős társadalmi veszélyeket, mint például a társadalom elöregedése vagy a kivándorlás. A gazdasági és politikai tényezőkből eredő kockázatok veszélyességét érdekes módon a községek és a megyei jogú, vagyis a fővárost leszámítva a legnépesebb városok lakói értékelik hasonló módon, hozzájuk képest a többi városi és a fővárosi népesség körében a jelentős fenyegetettséget, veszélyt észlelők aránya jóval nagyobb. A környezeti veszélyek megítélésében a községi lakosság véleménye tér el jelentősen a városban élőkétől, ez utóbbiak közel másfélszer nagyobb eséllyel érzékelnek jelentős környezeti veszélyeket.

A háztartartások szubjektív gazdasági helyzete a politikai jelenségek megítélésében nem játszik jelentős szerepet, azaz a megélhetési nehézségekkel küzdők és a gond nélkül élők hasonlóan értékelik az olyan veszélyeket, mint például a politikai szélsőségek előretörése, a terrorizmus vagy a bevándorlás. Ugyanakkor a társadalmi és a gazdasági jelenségek területén megjelenő veszélyeket a legtehetősebb és a legszegényebb háztartások tagjai már igen eltérően „árazzák be". A jómódban élők az olyan társadalmi vagy gazdasági jelenségeket, mint például az egészségügyi rendszer összeomlása vagy a nagyarányú munkanélküliség, a magyar lakosságra nézve nem tartják olyan jelentős veszélynek, mint a küszködők, a jövedelmükből épphogy kijövő háztartások. A környezeti ártalmak veszélyességét a két szélső helyzetű háztartási csoportba tartozók (épphogy kijönnek, illetve gond nélkül, megtakarításokkal élők) ítélik meg hasonlóan, a talán

átlagosnak mondható csoportba tartozók körében viszont szignifikánsan magasabb a jelentős környezeti veszélyt jelzők aránya.

A nem vallásos személyekhez képest a vallásukat a maguk módján gyakorlók közt találunk nagyobb eséllyel olyanokat, akiknek a társadalmi, gazdasági és politikai élettel, valamint a természeti környezet jelenségeivel kapcsolatos veszélyészlelése erőteljesebb.

Az információhoz való hozzáférés (esetünkben az internetelérés) hiánya minden vizsgált területen szignifikánsan csökkenti a veszélyészlelést. Ehhez hasonló módon a kormány politikájával való elégedettség a környezeti veszélyek kivételével a veszélyészlelés alacsonyabb fokával jár együtt.

A társadalmi integráltság, amelyet a kapcsolati szegénység és gazdagság dimenziójában, valamint a társas támogatottság típusaival mértünk, fontos szerepet játszik a lakosság veszélyészlelésében. Az átlagos kapcsolatmérettel rendelkezőkhöz képest mind a kapcsolatszegények, mind a kapcsolatgazdagok nagyobb arányban észlelnek jelentős veszélyeket a vizsgált területeken. Ettől eltérő mintát mutat a politikai veszélyek területe, ahol az átlagos kapcsolatméretűek és a kapcsolatgazdagok veszélyészlelése nem tér el egymástól.

Felhasznált irodalom

Albert Fruzsina, Dávid Beáta, Gerő Márton, Hajdu Gábor (2017) Kapcsolathálózati tipológia és társadalmi integráció. In: Kovách Imre (szerk.) *Társadalmi integráció.* Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont. Szeged: Belvedere Meridionale. 307–331.

Breakwell, Glynis M. (2014) *The Psychology of Risk*. Cambridge: Cambridge University Press.

Canty-Mitchell, Janie and Gregory D. Zimet (2000) Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology.* Vol. 2. (3): 391–400.

Douglas, Mary and Aaron Wildavsky (1982) *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Gerő Márton, Szabó Andrea (2019) *A magyar társadalom és a politika, 2019. A magyar társadalom politikai gondolkodásmódja, politikai integráltsága és részvétele.* Budapest: MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont.

Hofstede, Geert (1984): Cultural dimensions in management and planning. *Asia Pacific Journal of Management*. Vol. 2. (1): 81–99.

Huddy, Leonie, Stanley Feldman, Theresa Capelos and Colin Provost (2002) The consequences of terrorism. Disentangling the effects of personal and national threat. *Political Psychology.* Vol. 23. (3): 485–509.

Kahneman, Daniel, Amos Tversky (1998): Kilátáselmélet. A kockázatos helyzetekben hozott döntések elemzése. In: Csontos László (szerk.) *A racionális döntések elmélete*. Budapest: Osiris. 82–112.

Killworth, Peter D., Christopher McCarty, H. Russell Bernard, Gene Ann Shelley and Eugene C. Johnsen (1998) Estimation of seroprevalence, rape, and homelessness in the United States using a social network approach. *Evaluation Review.* Vol. 22. (2): 289–308.

Kmetty Zoltán (2015) Ideológiai és kapcsolathálózati törésvonalak a társadalmi-politikai térben a 2014-es országgyűlési választások előtt. In: Szabó Gabriella (szerk.) *Politika az intézményeken túl. Kapcsolatok, interakciók, élmények.* Budapest: MTA TK PTI, 8–34.

Papp-Zipernovszky Orsolya, Kékesi Márk Zoltán, Jámbori Szilvia (2017) A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. Vol. 18. (3): 230–262.

Räsänen, Pekka, Matti Näsi and Outi Sarpila (2012) Old and new sources of risk. A study of societal risk perception in Finland. *Journal of Risk Research*. Vol. 15, (7): 755–769.

Sjöberg, Lennart (2000) Factors in risk perception. *Risk Analysis.* Vol. 20. (1): 1–12.

Slovic, Paul, Baruch Fischhoff and Sarah Lichtenstein (1985) Rating the risks. The structure of expert and lay perceptions. In: Vincent T. Covello, Jeryl L. Mumpower, Pieter J. M. Stallen and V. R. R. Uppuluri (eds.) *Environmental Impact Assessment, Technology Assessment, and Risk Analysis.* Berlin, Heidelberg: Springer. 131–156.

Tversky, Amos and Daniel Kahneman (1985) The framing of decisions and the psychology of choice. In: George Wright (ed.) *Behavioral Decision Making* Boston, MA: Springer. 25–41.

Szabó Zsolt, Balog Piroska

A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a mentális egészségi állapot összefüggései

Bevezetés

A klímaváltozás és a mentális egészség kapcsolatát három kategóriában vizsgálja a szakirodalom (Palinkas és Wong 2020). Az első, legrégebben vizsgált kategória a klímaváltozás okozta szélsőséges időjárási események *(extreme weather events)* és a mentális egészségre gyakorolt hatásaik. A szélsőséges időjárási események hatásainak vizsgálatát megkönnyíti, hogy általában egyedülálló, könnyen elkülöníthető történésekről van szó, melyek drasztikus változást hoznak az emberek életébe. Ebben a kategóriában áll rendelkezésre a legtöbb tudományos ismeret, bizonyíték a klímaváltozás és a mentális egészség összefüggéseit illetően (Chique és mtsai 2021). A második nagy kategória a környezet graduális változásával járó hatások és a mentális egészség kapcsolata. A klímaváltozás előrehaladtával a légszennyezés mértéke, valamint a hőhullámok és aszályok gyakorisága, hossza, intenzitása fokozódik, s ezek befolyásolhatják a pszichés egészséget. Ezen a téren szintén jelentős mennyiségű tudományos bizonyíték áll rendelkezésünkre (Palinkas és Wong 2020). Az első két kategóriáról fontos megemlíteni, hogy a klímaváltozás direkt, már bekövetkezett hatásaira vonatkoznak. A harmadik kategória a legkevésbé jól definiált, az ebbe tartozó kutatások a klímaváltozás indirekt hatásait elemzik, melyek ugyanakkor a legtöbb embert érinthetik. A szakirodalomban több fogalom jelent meg ezek vizsgálatára, a leggyakoribb az éghajlatváltozás-szorongás, a klímaszorongás *(climate change anxiety),* az ökológiai gyász és az ökológiai harag. Az e fogalmak által leírt jelenségek közös jellemzője a klímaváltozás jövőbeli hatásainak anticipációja, illetve hogy e veszély anticipációja milyen pszichés terhet ró az emberek jelenére. Ahogy a klímaváltozás ténye és veszélyei egyre erősebben megjelennek a köztudatban, úgy egyre nagyobb tudományos figyelem irányul e fogalmak, hatások jobb megértésére (Ojala és mtsai 2021).

Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy a magyar felnőttek szerint milyen mértékben jelent veszélyt, fenyegetettséget országunk számára a klímaváltozás, illetve a vele összefüggő társjelenségek: a világjárványok, a természeti katasztrófák, a környezetszennyeződés, az élőhelyek eltűnése. Célunk továbbá annak elemzése, hogy a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés milyen összefüggéseket mutat a mentális egészségi állapottal.

Módszerek

Elemzéseinket a Hungarostudy 2021 reprezentatív magyar kutatás adatain végeztük. A vizsgálatban hétezer tizennyolc éven felüli személy vett részt. Az adatfelvétel során bekövetkezett torzulásokat minden esetben úgynevezett többszempontú, iterációs súlyozási eljárással korrigáltuk, így elmondható, hogy a vizsgált minta a régió, a megye, a településtípus, a nem, az életkor és az iskolai végzettség tekintetében reprezentatív.

Arra, hogy a klímaváltozást, a világjárványokat, a természeti katasztrófákat, a környezetszennyeződést és az élőhelyek eltűnését mennyire észlelik veszélyesnek a vizsgálat résztvevői, az alábbi kérdésekkel kerestük a választ: „Véleménye szerint az alábbi tényezők mennyire jelentenek veszélyt, fenyegetettséget az ország számára? Válaszaihoz, kérem, használjon egy 1-től 10-ig terjedő skálát, ahol az 1-es azt jelenti, hogy egyáltalán nem jelent veszélyt, a 10-es pedig azt, hogy nagyon nagy veszélyt jelent." Vizsgáltuk a „világjárványok", a „klímaváltozás", a „természeti katasztrófák" (áradások, földrengés), a „környezetszennyeződés", valamint az „élőhelyek eltűnése, az élővilág sokszínűségének csökkenése" tételekre adott válaszokat.

Alkalmazott mérőeszközök[1]

A *Rövidített Beck Depresszió Kérdőív* a depresszió tüneteinek és súlyosságuknak a felmérését teszi lehetővé. E kilenctételes változatnak jó a belső megbízhatósága, a Cronbach-alfa értéke 0,83, a mintánkon 0,94. A skála összpontszáma 0 és 27 között lehet, de a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében átszámoltuk az eredeti kérdőívre, így 0 és 60 között van. Ebben

1 A mérőeszközök részletesebb bemutatását a szakirodalmi hivatkozásokkal együtt a kötet módszertani fejezete tartalmazza.

a tanulmányban a folyamatos változó mellett a kategoriális változóval is dolgoztunk: 0–9 pont esetén a depressziós tünetek nem jellemzőek, 10–18 pont enyhe depressziós tüneteket, 19–25 pont közepes depressziót, és a 25 pont feletti érték súlyos depressziós tüneteket jelez.

A *Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív* a váratlan események miatt megtapasztalt izgalomra vagy a nehézségek felhalmozódásának érzésére kérdez rá. Az itt használt rövidített változat tíz tételt tartalmaz, amelyből négy fordított. A kérdőív összpontszáma 0–40. A tíztételes kérdőívnek is jó a belső megbízhatósága, Cronbach-alfa-értéke 0,85, a mintánkon 0,74.

A *Rövid WHO Jóllét Kérdőív* a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló mérésére szolgál. Az eredeti kérdőív huszonnyolc tételből áll, az itt használt öttételes változat négyfokú skálán (0 = nem jellemző; 1 = alig jellemző; 2 = jellemző; 3 = teljesen jellemző) olyan pozitív aspektusokat mér, mint a vidámság és a jókedv, a pihenten ébredés vagy az élénkség. A kérdőív összpontszáma 0–15 lehet. Az öttételes kérdőív belső megbízhatósága is igen jónak bizonyult, Cronbach-alfa-értéke 0,85, a mintánkon 0,91.

Vizsgáltuk az elégedettséget azokon a területeken, melyek kapcsolódnak a családi élethez, illetve a párkapcsolat minőségéhez. Az elégedettséget a családjával, a gyermekével, illetve a szüleivel négyfokú skálán mértük (0 = nem releváns, nem vonatkozik rá; 1 = nem; 2 = igen, néha; 3 = igen, mindig). Az összpontszám ezeknél a kérdéseknél tehát 1–3 lehet. Ezenkívül tízfokú skálán mértük azt, hogy a megkérdezett egészében véve mennyire elégedett az életével (1 = teljesen elégedetlen; 10 = teljesen elégedett), e kérdések összpontszáma tehát 1–10 lehet.

Statisztikai elemzések

A klímaváltozás veszélyészlelésének átlaga 7,42 (SD 2,45). Létrehoztuk az átlagnál kevésbé veszélyészlelők (a klímaváltozás veszélyészlelése ≤ 7,42, azok, akik a klímaváltozást kisebb veszélyként percipiálják), illetve az átlagnál jobban veszélyészlelők (a klímaváltozás veszélyészlelése > 7,42, azok, akik a klímaváltozást nagyobb veszélyként érzékelik) kategóriáit, és összehasonlítottuk e két csoport demográfiai jellemzőit, illetve mentális egészségmutatóit.

A demográfiai mutatók összehasonlításánál a folyamatos változók esetében Mann–Whitney-próbát, a kategoriális változók esetében pedig khi-négyzet-próbát alkalmaztunk.

A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a mentális egészség mutatóinak összehasonlításánál többváltozós elemzéseket végeztünk, kezdetben varianciaanalízist a General Linear Modelben, 95%-os konfidenciaintervallummal. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk az életkorra és a végzettségre, majd bináris logisztikus regresszióval (entermódszer) elemeztük, hogy milyen változók határozzák meg azt, hogy egy személy az átlagnál nagyobb mértékben tekinti veszélynek a klímaváltozást.

Eredmények

A feltett kérdésekre kapott válaszok, illetve a pontszámok gyakoriságát az *1. táblázat* összesíti.

	Világjárványok	Klímaváltozás	Természeti katasztrófák (áradások, földrengés)	Környezet-szennyeződés	Élőhelyek eltűnése, az élővilág sok-színűségének csökkenése
Az érvényes válaszok száma	6954	6939	6934	6934	6911
Átlag (SD)	7,12 (2,56)	7,42 (2,45)	7,31 (2,48)	7,51(2,41)	7,43 (2,44)
Minimum–maximum	1–10	1–10	1–10	1–10	1–10
A pontszámok kumulatív százalékos előfordulása					
25% 50% 75%	5 8 10	6 8 10	5 8 10	6 8 10	6 8 10

1. táblázat: Kérdéseink leíró adatai

Összefoglalva a fenti táblázatot: a válaszadóknak körülbelül a fele vagy több mint a fele 8-ast vagy 8 fölötti pontot jelölt meg a kérdéseinkre válaszolva, vagyis elmondható, hogy a válaszadók fele nagy veszélynek tartja a világjárványokat, a klímaváltozást, a természeti katasztrófákat, a környezetszennyeződést és az élővilág eltűnését is. Az átlagok minden

kérdésnél 7 pont felett voltak. A válaszadók a világjárványokat, az élőhelyek eltűnését, a természeti katasztrófákat és a környezetszennyeződést 25,5–29 százalékban értékelték 10-es osztályzatúra, vagyis több mint a negyedük a világjárványokat, a természeti katasztrófákat, az élőhelyek eltűnését és a környezetszennyeződést a lehetséges legnagyobb veszélynek tartja. A klímaváltozást a lehetséges legnagyobb veszélynek észlelők aránya 28,6 százalék, illetve a válaszadók közel háromnegyede, pontosan 74,3 százaléka közepes vagy annál nagyobb veszélyként értékelte e jelenséget (6-ot vagy afölötti pontszámot adott erre a kérdésre válaszolva).

A továbbiakban arra kerestük a választ, hogy a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés összefüggést mutat-e a szociodemográfiai jellemzőkkel: az életkorral, a nemmel, a végzettséggel, a családi állapottal és azzal, hogy a válaszadónak van-e gyermeke, vagy nincs. A klímaváltozás veszélyészlelésének összefüggéseit a szociodemográfiai jellemzőkkel először egyváltozós elemzésekkel vizsgáltuk, a folyamatos változók összehasonlításánál Mann–Whitney-próbát, a kategoriális változók esetében pedig khi-négyzet-próbát használtunk *(2. táblázat)*.

		Az átlagnál kevésbé észleli veszélynek a klímaváltozást (n = 3018)	Az átlagnál jobban észleli veszélynek a klímaváltozást (n = 3921)	p
Életkor		47,55 (SD = 17,46)	48,97 (SD = 17,28)	U = 6355789,000 < 0,001
Nem	Férfi	1539 (51,0%)	1714 (43,7%)	< 0,001
	Nő	1479 (49,0%)	2207 (56,3%)	
Végzettség	Alapfok	1370 (45,4%)	1773 (45,2%)	NS
	Középfok	1025 (34,0%)	1302 (33,2%)	
	Felsőfok	623 (20,6%)	846 (21,6%)	
Személyes nettó jövedelem (ezer forint)	≤ 150	582 (27,4%)	797 (30,6%)	0,031
	150–300	1301 (61,2%)	1547 (59,4%)	
	≥ 301	242 (11,4%)	260 (10,0%)	
Családi állapot	Egyedülálló	1260 (41,7%)	1411 (36,0%)	< 0,001
	Házastárssal	1252 (41,5%)	1699 (43,4%)	
	Élettárssal	506 (16,8%)	807 (20,6%)	
Van-e gyermeke?	Nincs gyermeke	1125 (37,6%)	1159 (29,6%)	< 0,001
	Van gyermeke	1868 (62,4%)	2753 (70,4%)	

Jelölés: U = Mann–Whitney U-Teszt; khi-négyzet-próba

2. táblázat: A klímaváltozást az átlagnál kisebb, illetve az átlagnál nagyobb mértékben veszélynek észlelők szociodemográfiai adatai (Mann–Whitney-féle U-Teszt és khi-négyzet-próba)

Összességében elmondható, hogy a klímaváltozást nagyobb mértékben veszélynek tartók inkább nők, idősebbek, személyes nettó jövedelmük alacsonyabb, inkább élettársi kapcsolatban/házasságban élnek, és gyakoribb közöttük az, akinek van gyermeke. A végzettség tekintetében nincs különbség a klímaváltozást nagyobb, illetve kisebb mértékben veszélynek észlelő csoportok között.

Vizsgáltuk a klímaváltozást nagyobb, illetve kisebb mértékben veszélynek észlelők mentális egészségének és elégedettségének mutatóit, itt már többváltozós elemzésekkel dolgoztunk *(General Linear Model),* elemzéseinket az életkorra és a végzettségre kontrolláltuk. A mentális egészség mutatóinak a Hungarostudy 2021 adatai közül a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívre, az Észlelt Stressz Kérdőívre és a Rövid WHO Jóllét Kérdőívre adott válaszokat tekintettük. Az eredmények a *3. táblázat*ban láthatók.

Vizsgált pszichológiai változó	Az átlagnál kevésbé észleli veszélynek a klímaváltozást (n = 3018)	Az átlagnál jobban észleli veszélynek a klímaváltozást (n = 3921)	p
	Átlag (95%-os OR)	Átlag (95%-os OR)	
Depressziós tünetek (0–60)	**7,77** (7,37–8,18)	**6,91** (6,56–7,27)	**0,002**
Az észlelt stressz szintje (0–40)	**14,68** (14,44–14,91)	**13,55** (13,35–13,75)	**< 0,001**
Elégedett a családjával (1–3)	**2,62** (2,60–2,64)	**2,78** (2,75–2,78)	**< 0,001**
Elégedett a gyermekével (1–3)	**2,69** (2,67–2,71)	**2,79** (2,77–2,81)	**< 0,001**
Elégedett a szüleivel (1–3)	**2,65** (2,63–2,67)	**2,76** (2,74–2,78)	**< 0,001**
Elégedett összességében az életével (0–10)	**6,95** (6,89–7,02)	**7,34** (7,28–7,40)	**< 0,001**
WHO Jóllét (0–15)	**11,20** (11,09–11,31)	**10,86** (10,76–10,96)	**< 0,001**

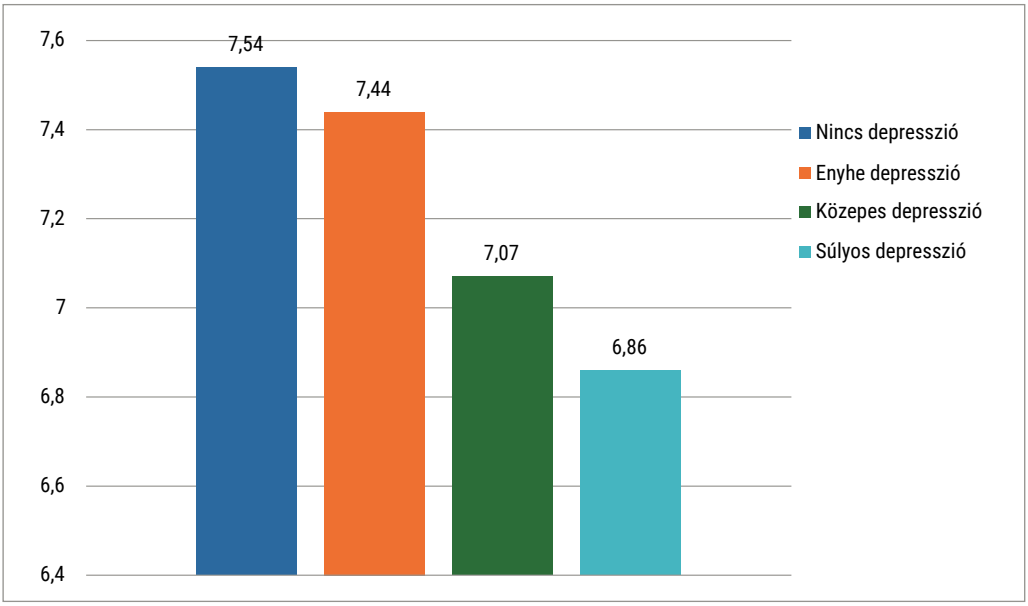
3. táblázat: A klímaváltozást az átlagnál kisebb, illetve az átlagnál nagyobb mértékben veszélynek észlelők mentális egészségének és elégedettségének mutatói (General Linear Model, kontrollváltozók: életkor és végzettség)

Eredményeink szerint azokra, akik a klímaváltozást az átlagnál nagyobb mértékben tartják veszélynek, az jellemző, hogy kevésbé mutatnak depressziós tüneteket, alacsonyabb az észleltstressz-szintjük, elégedettek a családjukkal, a gyermekeikkel, a szüleikkel, és összességében véve elégedettebbek az életükkel, mint azok, akik a klímaváltozást kisebb mértékben tekintik veszélynek. Ugyanakkor a klímaváltozást nagyobb mértékben veszélynek tartókra az is jellemző, hogy a WHO Jóllét-pontszámuk alacsonyabb.

Többváltozós elemzésekkel (életkorra és végzettségre kontrollálva) a klímaváltozás veszélyként észlelését másik modellben is vizsgáltuk: a depressziós

tünetek, a családi állapot, a személyes nettó jövedelem, illetve a szülőség magyarázó változójaként, vagyis azt keresve, hogy hogyan alakul a klímaváltozás veszélyészlelése a különböző depressziókategóriákban, a családi állapot és a jövedelem kategóriáiban, illetve milyen azok körében, akiknek van gyermekük, szemben azokkal, akiknek nincs.

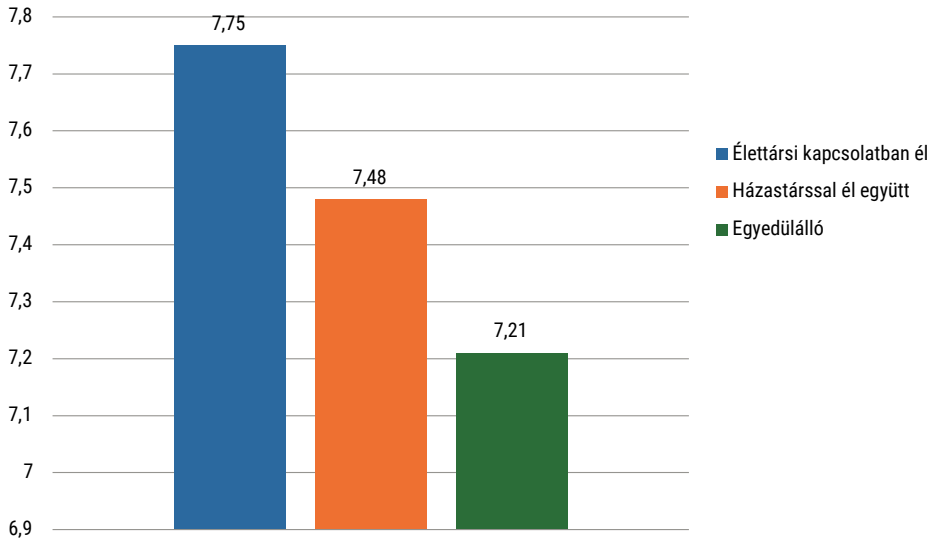
A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a depressziós tünetek összefüggését (életkortól és végzettségtől függetlenül) lásd az *1. ábrán*.



1. ábra: A klímaváltozással kapcsolatos veszély észlelése a depressziókategóriák függvényében (General Linear Model, kontrollváltozók: az életkor és végzettség)

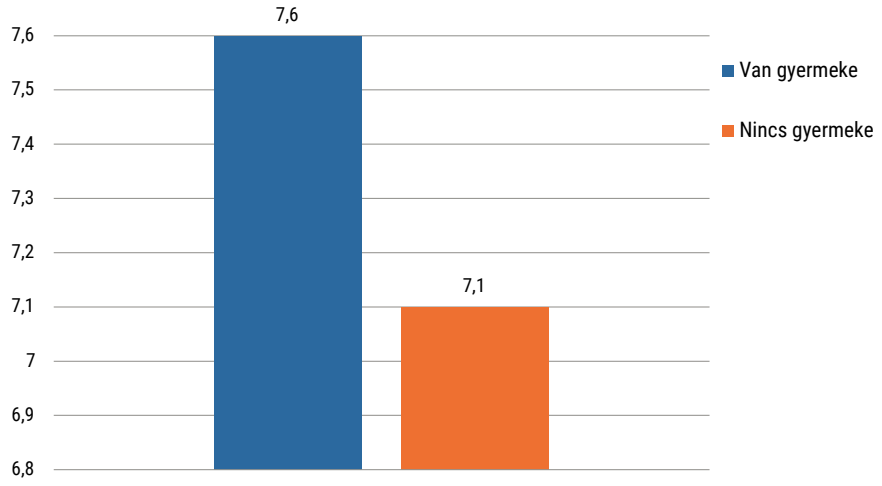
Érdekes eredmény, hogy életkortól és végzettségtől függetlenül azok körében a legmagasabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés, akiknél a legkevesebb a depressziós tünet; szignifikánsan magasabb, mint a közepesen súlyos és a súlyos depressziósok körében, illetve a súlyos depresszióval küzdők körében a legalacsonyabb ez az érték.

Vizsgáltuk a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelést – General Linear Modelben, életkorra és végzettségre kontrollálva – a válaszadó családi állapota *(2. ábra),* valamint annak függvényében, hogy a válaszadónak van-e gyermeke, vagy nincs *(3. ábra),* illetve azzal összefüggésben, hogy mennyi a válaszadó személyes nettó jövedelme *(4. ábra).*



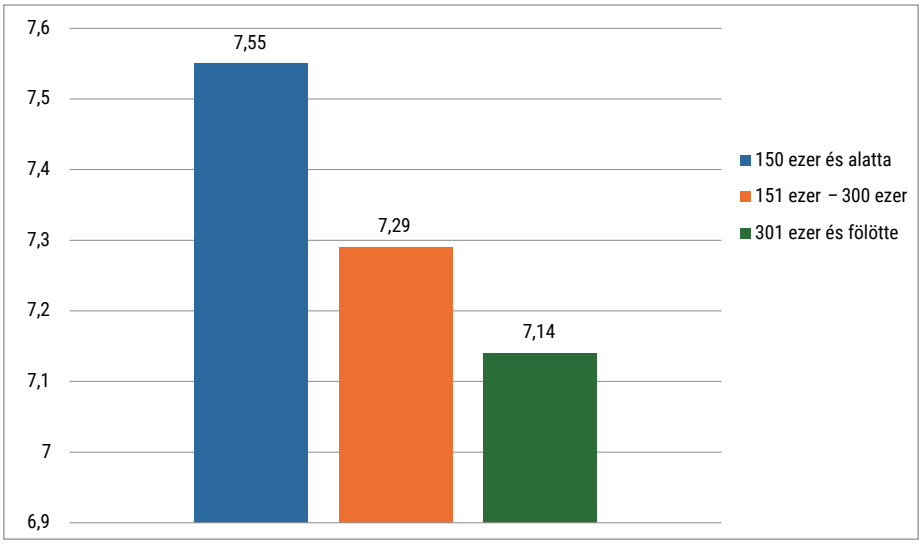
2. ábra: A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés alakulása a családi állapot kategóriáinak függvényében (General Linear Model, kontrollváltozók: az életkor és végzettség)

Életkortól és végzettségtől függetlenül az egyedülállók körében a legalacsonyabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés, szignifikánsan alacsonyabb, mint a házasok vagy az élettársi kapcsolatban élők körében, és a legmagasabb az élettársi kapcsolatban élők körében *(2. ábra)*.



3. ábra: A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés annak függvényében, hogy a válaszadónak van-e gyermeke, vagy nincs (General Linear Model, kontrollváltozók: az életkor és végzettség)

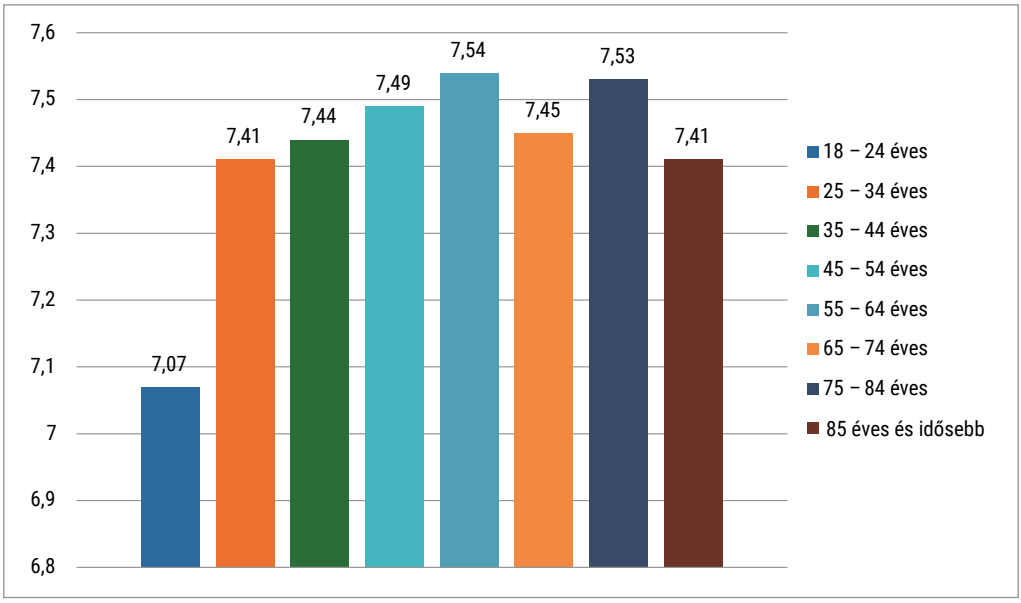
Életkortól és végzettségtől függetlenül azok körében, akiknek van gyermekük, szignifikánsan magasabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés, mint azoknál, akiknek nincs gyermekük *(3. ábra)*.



4. ábra: A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés alakulása a válaszadó személyes nettó jövedelmének függvényében (General Linear Model, kontrollváltozók: az életkor és végzettség)

Az eredmények alapján életkortól és végzettségtől függetlenül a legalacsonyabb jövedelmi kategóriában a legmagasabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés, vagyis azok körében, akiknek 150 ezer forint vagy az alatti a személyes nettó jövedelme (körükben szignifikánsan magasabb a veszélyészlelés, mint a másik két csoportban), és a legalacsonyabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés a legmagasabb jövedelmi kategóriában, vagyis azok esetében, akiknek a személyes nettó jövedelme 301 ezer forint vagy annál magasabb *(4. ábra)*.

Vizsgáltuk a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés alakulását az életkor függvényében *(5. ábra)* is, itt a végzettségre kontrolláltuk az elemzéseinket. Az eredmények azt mutatják, hogy végzettségtől függetlenül a nagyon fiatalok (a huszonnégy évnél fiatalabbak) körében a legalacsonyabb a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés, szignifikánsan alacsonyabb, mint a többi korcsoportban, kivéve a nyolcvanöt évnél idősebbeket, tőlük nem különböznek szignifikáns mértékben (bár ez az alacsony elemszám miatt is lehet, ugyanis mindössze ötven olyan személy van a mintában, aki nyolcvanöt évnél idősebb).



5. ábra: A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés alakulása az életkor függvényében (General Linear Model, kontrollváltozó: végzettség)

A modellben szereplő változók	OR (95% CI)	Szignifikanciap
Életkor	1,00 (0,99–1,00)	NS (0,97)
Végzettség (alapfokú)		0,06
Végzettség (középfokú)	1,03 (0,90–1,18)	NS (0,65)
Végzettség (felsőfokú)	1,22 (1,03–1,44)	0,02
Jövedelem (0–150 ezer forint)		0,03
Jövedelem (151–300 ezer forint)	0,87 (0,76–0,99)	0,04
Jövedelem (301 ezer forint felett)	0,75 (0,60–0,94)	0,01
Családi állapot (egyedüllét)		< 0,001
Családi állapot (élettársi kapcsolat)	1,35 (1,14–1,60)	< 0,001
Családi állapot (házastársi kapcsolat)	1,00 (0,87–1,16)	NS 0,91
Gyermeke van	1,68 (1,43–1,98)	< 0,001
Depressziós tünetek (BDI)	0,99 (0,98–1,00)	0,002

OR = esélyhányados; CI = konfidenciaintervallum

4. táblázat: Elemzés bináris logisztikus regresszióval, output változó: az átlagnál nagyobb mértékben tekinti veszélynek a klímaváltozást; változók a modellben: életkor, végzettség, jövedelem, családi állapot, van gyermeke, depressziós tünetek

A modellben szereplő változók	OR (95% CI)	Szignifikanciap
Életkor	0,99 (0,99–1,00)	NS (0,21)
Nem	1,39 (1,23–1,57)	< 0,001
Végzettség (alapfokú)		NS (0,65)
Végzettség (középfokú)	0,99 (0,86–1,15)	NS (0,94)
Végzettség (felsőfokú)	1,08 (0,91–1,29)	NS (0,38)
Jövedelem (0–150 ezer forint)		NS (0,52)
Jövedelem (151–300 ezer forint)	0,93 (0,80–1,07)	NS (0,29)
Jövedelem (301 ezer forint felett)	0,90 (0,71–1,13)	NS (0,35)
Családi állapot (egyedüllét)		0,002
Családi állapot (élettársi kapcsolat)	1,37 (1,15–1,63)	< 0,001
Családi állapot (házastársi kapcsolat)	1,08 (0,94–1,25)	NS (0,28)
Gyermeke van	1,56 (1,32–1,84)	< 0,001
Depressziós tünetek (BDI)	0,99 (0,98–1,00)	0,001
Észlelt stressz (PSS)	0,97 (0,96–0,98)	< 0,001
WHO Jóllét	0,92 (0,91–0,94)	< 0,001

OR = esélyhányados; CI = konfidenciaintervallum

5. táblázat: Elemzés bináris logisztikus regresszióval, output változó: az átlagnál nagyobb mértékben tekinti veszélynek a klímaváltozást; változók a modellben: életkor, nem, végzettség, jövedelem, családi állapot, van gyermeke, depressziós tünetek, észlelt stressz, WHO Jóllét

És végül a bináris logisztikus regresszió módszerével vizsgáltuk, hogy milyen változók határozzák meg azt, hogy egy személy az átlagnál nagyobb mértékben tartja veszélynek a klímaváltozást; 95%-os konfidenciaintervallummal esélyhányadosokat számoltunk. Az output változónk tehát az a két kategoriális változó volt, hogy az „átlagnál kisebb, illetve az átlagnál nagyobb mértékben tartja veszélynek a klímaváltozást". A modellben szerepelt az életkor, a végzettség, a jövedelem, a családi állapot, az, hogy a megkérdezettnek van-e gyermeke, valamint a mentális egészségmutatók közül első körben a depresszió, második körben pedig beléptettük az észlelt stressz és a WHO Jóllét mutatóit, és ebben a modellben szerepelt a nem is. Az eredmények a *4. és 5. táblázat*ban láthatók:

Az eredmények azt mutatják, hogy ha a nem, az észlelt stressz és a WHO Jóllét nem szerepel a modellben, akkor a végzettség és a jövedelem is meghatározó a klímaváltozás veszélyészlelése tekintetében. Az első modell alapján a felsőfokú végzettségűek, az élettársi kapcsolatban élők és azok

a felnőttek, akiknek van gyermekük, szignifikánsan nagyobb eséllyel tartják a klímaváltozást az átlagnál nagyobb mértékben veszélynek. Viszont a magas jövedelemmel rendelkezők és a több depressziós tünettől szenvedők szignifikánsan nagyobb eséllyel kerülnek abba a csoportba, akik a klímaváltozást az átlagnál kisebb mértékben tartják veszélynek. A második modellünk alapján a nők szignifikánsan gyakrabban tekintik a klímaváltozást nagyobb veszélynek, és egyúttal a végzettség és a jövedelem hatása is eltűnik. A depressziós tünetekhez hasonlóan az észlelt stressz is növeli annak esélyét, hogy valaki a klímaszorongást az átlagnál kisebb mértékben tartsa veszélynek, és nem meglepő módon a WHO Jóllét skáláján magas pontszámot elérők ugyancsak kisebb veszélynek tartják a klímaváltozást.

Megbeszélés

A klímaváltozás előrehaladtával az élőhelyek eltűnése, a világjárványok kitörése és a természeti katasztrófák egyes formái a jövőben valószínűsíthető módon gyakoribbá válnak hazánkban is, ezért fontosnak tartottuk vizsgálni ezeket a kérdéseket. Ugyanakkor elmondható, hogy Magyarországon a klímaváltozás meteorológiai hatásai, az egyre gyakoribbá váló hőhullámokon, illetve aszályokon kívül, csekély mértékben érvényesültek. Emiatt a hipotézisünk az volt, hogy a magyar felnőtt lakosság nem tekinti nagy veszélynek a klímaváltozást és társjelenségeit. A lehetséges veszélyforrásokkal kapcsolatban azokat a kérdéseket válogattuk be, amelyek tágan értelmezve a klímaváltozáshoz köthető jelenségek. Hipotézisünkkel ellentétben a kapott eredmények alapján kimondhatjuk, hogy a magyar társadalom nagy veszélynek tartja a klímaváltozást. A válaszadók több mint negyede mind a klímaváltozást, mind a világjárványokat, a természeti katasztrófákat, az élőhelyek eltűnését és a környezetszennyeződést a lehetséges legnagyobb veszélynek tartja. Az átlagokat nézve Magyarországon a világjárványoktól tartanak a legkevésbé (átlagpontszám: 7,12), és a környezeti szennyeződéstől a leginkább (átlagpontszám: 7,51). Megjegyzendő, hogy minden kérdés esetén az átlagpontszám 7 és 8 között alakult, a válaszadók kevesebb mint 25 százaléka adott 5 vagy annál kevesebb pontot az egyes kérdésekre, továbbá minden kérdés esetén a legtöbbször előforduló pontszám a legmagasabb 10-es érték volt. Így azt lehet mondani, hogy a magyar társadalom veszélyészlelése a klímaváltozás

különböző jelenségeit illetően hasonló más országok állampolgárainak veszélyészleléséhez. A válaszadók 74,3 százaléka tartja legalább közepesen nagy vagy annál nagyobb veszélynek a klímaváltozást, és ez az érték nagyon hasonló a nemzetközi kutatásokban szereplőkhöz (APA 2020; Hickman és mtsai 2021).

A továbbiakban vizsgáltuk a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés összefüggéseit a szociodemográfiai jellemzőkkel. Létrehoztuk a klímaváltozást kisebb veszélyként észlelők, illetve a klímaváltozást nagyobb veszélyként észlelők kategóriáit, és összehasonlítottuk e két csoport szociodemográfiai jellemzőit. Eredményeink alapján a klímaváltozást nagyobb veszélyként észlelők gyakrabban nők, idősebbek, személyes nettó jövedelmük alacsonyabb, inkább házasságban/élettársi kapcsolatban élnek, és gyakoribb körükben az, hogy van gyermekük. Végzettség tekintetében nem találtunk különbséget a klímaváltozást nagyobb, illetve kisebb veszélynek észlelők között. További többváltozós elemzéseket követően, az életkorra és a végzettségre kontrollálva is összefüggést találtunk a jövedelem, a családi állapot, valamint a szülőség és a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés között. Ide kapcsolhatók az elégedettséggel kapcsolatos eredményeink is, miszerint azok, akik elégedettebbek a családjukkal, a szüleikkel, a gyermekeikkel és általában az életükkel, összességében nagyobb veszélynek tartják a klímaváltozást, illetve annak lehetséges hatásait, mint azok, akik nem elégedettek. Bár nem találtunk olyan nemzetközi kutatást, amely kifejezetten azt vizsgálta volna, hogy a családi állapot, illetve a szülőség összefüggést mutat-e a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészleléssel, elmondható, hogy a nemzetközi kutatásokban is vannak olyan eredmények, amelyek egybecsengenek a mi adatainkkal. Egy iskolások és szüleik klímaváltozási aggodalmát vizsgáló ausztrál kutatás konklúziója szerint a szülők aggodalma gyermekeik miatt nagyobb volt a klímaváltozással kapcsolatban, mint a gyermekeké. Egy amerikai kutatás szintén azt hangsúlyozza, hogy a szülők gyermekeik iránt érzett aggodalma nagyobb volt a klímaváltozással kapcsolatban, mint a saját magukkal kapcsolatos klímaszorongás (Schneider-Mayerson és Leong 2020). A családi állapotra és a klímaváltozásra vonatkozó veszélyészlelés összefüggéseit vizsgálva azt találtuk, hogy aki élettársi kapcsolatban vagy házasságban él, nagyobb veszélynek tartja a klímaváltozást, mint az egyedülálló felnőtt válaszadók. Ehhez kötődően is találhatunk

olyan eredményeket a nemzetközi szakirodalomban, amelyek egybecsengenek ezekkel az adatokkal. Egy korábbi vizsgálatban azt találták, hogy azok a személyek, akik úgy érezték, hogy sikerült megvalósítaniuk korábbi céljaikat, például sikerült elköteleződniük, illetve elégedettek a kapcsolataikkal, boldog házasságban és családban élnek, és jobban látják az életük értelmét *(„has a higher degree in meaning of life"),* hajlamosabbak jobban aggódni a globális problémák miatt, mint azok, akik úgy érezték, hogy nem érték el a céljaikat, és kevésbé látják az életük értelmét (Cotton Bronk és mtsai 2009).

Az egyváltozós elemzések során az iskolai végzettséget illetően nem találtunk szignifikáns különbséget a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés tekintetében. Ugyanakkor a többváltozós elemzések során, amikor a mentális egészség mutatói közül csak a depresszió szerepel a modellben, a nemek pedig nem szerepelnek, azt láttuk, hogy a felsőfokú végzettségűek szignifikánsan nagyobb eséllyel kerülnek a klímaváltozást jelentősebb veszélynek tekintők körébe. Az eredmény magyarázatához további elemzésekre lenne szükség, hiszen bár nem sok kutatásban vizsgálták ezt az összefüggést, néhány vizsgálat a hipotézisünkkel megegyező eredményre jutott a kérdéssel kapcsolatban. Egy kenyai kutatásban, amely a klímatudatosságot *(climate change awarness)* és a klímaváltozással kapcsolatos aggodalmat vizsgálta, azt találták, hogy a magasabb végzettség szignifikánsan nagyobb klímatudatossággal, illetve a klímaváltozással kapcsolatosan nagyobb aggodalommal járt. Ugyanakkor azt is érdemes megemlíteni, hogy vizsgálati mintájukban főként alap- és középfokú végzettségű résztvevők voltak, a válaszadóiknak kevesebb mint 5 százaléka rendelkezett középiskolai vagy főiskolai végzettséggel (Ajuang és mtsai 2016). Az anyagi háttér tekintetében vizsgáltuk, hogy a személyes nettó jövedelem összefüggést mutat-e a klímaváltozásra vonatkozó veszélyészleléssel. A hipotézisnek megfelelően azt láttuk, hogy az alacsony (150 ezer forint vagy az alatti) személyes nettó jövedelem jár együtt a legmagasabb klímaváltozás okozta veszélyészleléssel. Ezzel kapcsolatban sem találtunk olyan kutatást, amely kifejezetten a személyes nettó jövedelem és a klímaszorongás összefüggéseit vizsgálná, de számos tanulmány beszámol arról, hogy a hátrányosabb gazdasági helyzet sérülékenyebbé teszi a populációt a klímaváltozás hatásaival szemben (Watts és mtsai 2018).

Érdekes módon mind az egyváltozós, mind a többváltozós elemzések során azt találtuk, hogy a nők körében gyakrabban fordul elő az, hogy a klímaváltozást nagyobb veszélynek tartják, és ha a nemek szerepelnek a regressziós modellben, akkor a végzettség és a jövedelem hatása eltűnik. Korábbi nemzetközi vizsgálatok is hangsúlyozták a nők vulnerabilitását a klímaváltozás egészségi állapotra gyakorolt hatásait illetően, és kiemelték, hogy ebben az összefüggésben éppen a szocioökonómiai tényezőknek lehet mediátorszerepük (Palinkas és Wong 2020; Sorensen és mtsai 2018).

Az életkor tekintetében vizsgáltuk, hogy az egyes korcsoportok között mutatkozik-e eltérés a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés terén, vagy sem. A hipotézissel ellentétben az eredmények azt mutatták, hogy a legfiatalabb felnőtt korosztály (a 18–24 éves korcsoport) tartja a legkisebb veszélynek a klímaváltozást (átlagpontszám: 7,07), szignifikánsan kevésbé, mint a többi korcsoport, melyek átlagpontszámai 7,41 és 7,54 között alakulnak. Nemzetközi kutatások arról számolnak be, hogy a fiatal generációk általában jobban aggódnak a klímaváltozás hatásai miatt. Erre példa az az egyesült államokbeli felmérés, amelynek eredményei szerint a Z generáció (a 18–23 évesek) 67 százaléka, az ezredfordulós generáció (a 24–39 évesek) 63 százaléka, az X generáció (a 40–55 évesek) 58 százaléka, míg a baby boom generációnak (az 56–74 évesek) mindössze a 42 százaléka tartja „valamennyire vagy nagyon" aggasztónak a klímaváltozás hatását a mentális egészségre (APA 2020). Több nemzetközi kutatás középpontjában a serdülők és a fiatal felnőttek állnak, tekintve, hogy ők alkotják azt a generációt, amelynek a klímaváltozás közvetlen és közvetett hatásaival együtt kell élnie (Dooley 2021; Editorial 2021; Wu, Snell és Samji 2020). A leggyakrabban előforduló érzelmek a fiatalok beszámolóiban a klímaváltozással kapcsolatban a szomorúság, a félelem, a szorongás, a düh, a tehetetlenség, az erőtlenség, a bűntudat, a szégyen, az aggodalom, a reménytelenség, a gyász, a depresszió, és csak nagyon kis százalékban fordul elő az optimizmus és az érdektelenség (Dooley 2021). A magyar fiatalok körében ugyan kisebb a klímaváltozás miatt jelentkező veszélyészlelés, mint az idősebb korcsoportokban, de az átlagos veszélyérzékelés ebben a kategóriában is meghaladja a 7 pontot, vagyis összességében a legfiatalabbak is nagy veszélynek tartják a klímaváltozás jelenségét. Hogy miért ők a legkevésbé, annak a legfontosabb indoklása az lehet, ahogy korábban is említettük, hogy Magyarországon a klímaváltozás hatásai közül elsősorban

a graduális változások érvényesülnek, például az aszályok és a hőhullámok (Jacob és mtsai 2014), és elképzelhető, hogy ezeket a jelenségeket a legfiatalabbak egyelőre nem hozzák összefüggésbe a klímaváltozással.

Vizsgáltuk a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a mentális egészség összefüggéseit. Az eredmények azt mutatták, hogy azok körében, akik nagyobb veszélynek tartják a klímaváltozást, kevésbé gyakoriak a depressziós tünetek, illetve életkortól és végzettségtől függetlenül minél súlyosabb fokú a depresszió, a klímaváltozást annál csekélyebb veszélynek tartják. A többváltozós elemzések is ezt az eredményt erősítették meg, vagyis azok, akik körében gyakoribbak a depressziós tünetek, és magasabb az észlelt stressz pontszáma, életkortól, végzettségtől, nemtől, jövedelemtől, családi állapottól, szülőségtől függetlenül kisebb veszélynek tartják a klímaváltozást. Hasonlóan (csak valószínűleg más háttértényezők következtében), mint a magasabb jövedelműek és a WHO Jóllét Indexen magasabb pontszámot elérők, akik ugyancsak kisebb veszélynek tartják a klímaváltozást. Megjegyzendő, hogy korábbi vizsgálatok a mentális betegségben szenvedőket, korábbi traumákat átélő személyeket vulnerábilisabbnak tartják a klímaváltozás hatásait, legalábbis az extrém időjárási jelenségeket illetően, mint azokat, akik nem szenvednek mentális vagy egyéb krónikus betegségben (Dooley 2021). Fontos továbbá kiemelni, hogy a legfrissebb áttekintő tanulmányban a szerzők megjegyzik azt is, hogy a graduális jelenségekhez, az éghajlatváltozás percepciójához kötődő aggodalom, illetve egyéb negatív emóciók nem egyenlők a klinikai szintű pszichés elváltozásokkal. Pontosabban az „ökoszorongás" vagy „klímaszorongás" (és társjelenségei) járhatnak együtt pszichiátriai megbetegedéssel (köztük depresszióval), de arra még nincs elegendő tudományos bizonyíték, hogy milyen gyakran, illetve milyen mértékben (Ojala és mtsai 2021). Ahol bizonyítható az összefüggés a klímaváltozás és a depresszió között, azok a bekövetkezett klímakatasztrófák, az extrém időjárási események, vagyis a klímaváltozásnak való expozíció mértéke egyenes összefüggést mutat a következményes mentális zavar mértékével (Dooley 2021). Egy 2021-ben kiadott metaanalízis összegzi az 1980 és 2020 között a klímakatasztrófákról született tanulmányok eredményeit. Vizsgálatukban ötvennégy cikket elemeztek, melyekben klinikai szempontok szerint vizsgálták az érintett populációk mentális zavarait. Arra jutottak, hogy a klímakatasztrófát átéltek körében a mentális zavarok előfordulásának aránya átlagosan 23,2 százalék. A vizsgált mentális zavarok közül a depresszió volt a leggyakoribb (24%), ezt követte a szorongás, a szerabúzus

és a PTSD előfordulása (17-17%) (Chique és mtsai 2021), de hangsúlyozzuk, hogy az említett kutatás során a klímakatasztrófák következményeit vizsgálták. Egy észak-európai tanulmányban azt a konklúziót vonták le a szerzők, hogy a távoli jövőben bekövetkező globális események miatt azok aggódnak, félnek jobban, akiknek az életében nincs egy akut, a jelen helyzetet meghatározó nagy probléma (Poikolainen, Kanerva és Lönnqvist 1998). Talán összefüggésbe hozható ezzel a konklúzióval a saját eredményünk is, miszerint akik súlyos vagy közepesen súlyos depressziós tünetekkel küzdenek (feltehetően a mindennapi élet egyéb nehézségeivel, problémáival összefüggésben), nem tartják annyira nagy veszélynek a klímaváltozást, mert a mentális kapacitásuk, figyelmük fókuszában más problémák vannak előtérben.

Vizsgáltuk továbbá a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés viszonyát a jólléttel. Hipotézisünknek megfelelően azt találtuk, hogy azok, akik nagyobb veszélynek tartják a klímaváltozást, a WHO Jóllét Kérdőív alapján alacsonyabbra értékelik a szubjektív jóllétüket, illetve a többváltozós elemzéseink alapján is aki magasabb pontszámot ért el a jóllétskálán, életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól, szülőségtől függetlenül is szignifikánsan kisebb mértékű veszélynek tartja a klímaváltozást. Ez az eredmény egybecseng a korábban említett 2021-es szisztematikus review következtetésével is, miszerint az éghajlatváltozással kapcsolatos aggodalom mértéke fordítottan arányos a szubjektív jóllét mértékével (Ojala és mtsai 2021).

Összegzés

Kutatásunk arra irányult, hogy Magyarország felnőtt lakossága milyen mértékben tekinti veszélyesnek a klímaváltozást és az azzal összefüggésbe hozható környezeti jelenségeket. A válaszadók több mint negyede a világjárványokat, az élőhelyek eltűnését, a természeti katasztrófákat és a környezetszennyeződést 10-es osztályzatúra értékelte, vagyis a lehetséges legnagyobb veszélynek tekinti ezeket. A válaszadók háromnegyede tartja legalább közepesen nagy vagy annál nagyobb veszélynek a klímaváltozást, és ez az érték nagyon hasonló a nemzetközi kutatásokban szereplő adatokhoz. A magyar társadalom tehát megközelítően hasonló mértékben fél a klímaváltozás különböző jelenségeitől, mint más országok állampolgárai.

A klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés és a szociodemográfiai jellemzők összefüggéseit, illetve a mentális egészség mutatóival való összefüggéseit is

elemeztük. Az eredmények szerint a vizsgált szociodemográfiai jellemzők közül a női nem, a párkapcsolatban való elköteleződés (élettársi vagy házastársi kapcsolatban élés), a szülőség (akinek gyermeke van), és az alacsony személyes nettó jövedelem mutatott szignifikáns összefüggést a klímaváltozással kapcsolatos nagyobb veszélyészleléssel. Az életkor és a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés között nem várt összefüggést találtunk: a legfiatalabb korcsoport tagjai számoltak be a legalacsonyabb veszélyérzetről. A mentális egészség és a klímaváltozással kapcsolatos veszélyészlelés összefüggéseit vizsgálva ellentmondásos eredmények születtek: egyrészt, a hipotézisünknek megfelelően, a magasabb veszélyészlelés alacsonyabb szubjektív jólléttel járt együtt, másrészt, a hipotézisnek ellentmondva, a klímaváltozás magasabb veszélyészlelése kevesebb depressziós tünettel járt együtt. Életkortól és végzettségtől függetlenül a Beck Depresszió Kérdőív alapján a középsúlyos és súlyos depresszió kategóriájába eső felnőttek tekintik a klímaváltozást a legkisebb veszélynek. Többváltozós elemzéseink is azt mutatták, hogy életkortól, nemtől, végzettségtől, jövedelemtől, családi állapottól, szülőségtől függetlenül minél súlyosabbak a depressziós tünetek, annál kevésbé tartja az illető nagy veszélynek a klímaváltozást. Hasonlóképpen minél magasabb egy személynél az észlelt stressz szintje, annál kevésbé tartja nagy veszélynek a klímaváltozást. Mivel keresztmetszeti a vizsgálatunk, nem tudunk választ adni az összefüggések irányára vonatkozó kérdésekre, eredményeink csak további hipotézisek megfogalmazására sarkallnak, és hangsúlyozzuk, hogy az éghajlatváltozás konkrét, klinikailag releváns pszichés hatásainak bizonyítására további, longitudinális vizsgálatok szükségesek. Továbbá szükséges lenne egy nemzetközileg elfogadott, standardizált vizsgálati szempontrendszerre, melyben a leghangsúlyosabb érzelmi hatások mellett fókuszban lennének az azokra adott viselkedéses válaszok és reakciók is, hiszen tudjuk, hogy ha személyesen, a saját életünkben aktívan teszünk valamit a klímaváltozás hatásainak mérséklése érdekében, máris hozzájárultunk a pszichés következmények csökkentéséhez.

Felhasznált irodalom

Ajuang, Chadwick O., Paul O. Abuom, Esna K. Bosire, Gabriel O. Dida and Douglas N. Anyona (2016) Determinants of climate change awareness level in upper Nyakach Division, Kisumu County, Kenya. *SpringerPlus.* Vol. 5. (1015).

APA (2020) Americans are Increasingly Anxious About Climate Change's Impact on Planet, Mental Health. American Psychiathric Association.

Chique, Carlos, Paul D. Hynds, Marguerite Nyhan, Sharon Lambert, Martin Boudou and Jean O'Dwyer (2021) Psychological impairment and extreme weather event (EWE) exposure, 1980-2020. A global pooled analysis integrating mental health and well-being metrics. *International Journal of Hygiene and Environmental Health.* Vol. 238. (113840).

Cotton Bronk, Kendall, Patrick L. Hill, Daniel K. Lapsley, Tasneem L. Talib and Holmes Finch (2009) Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups. *The Journal of Positive Psychology.* Vol. 4. (6): 500–510.

Dooley, Larissa, Jylana Sheats, Olivia Hamiltom, Dan Chapman and Beth Karlin (2021) Climate Change and Youth Mental Health. Psychological Impacts, Resilience Resources, and Future Directions. Los Angeles, CA: See Change Institute.

Hickman, Caroline, Elizabeth Marks, Panu Pihkala, Susan Clayton, R Eric Lewandowski, Elouise E Mayall, Britt Wray, Catriona Mellor and Lise van Susteren (2021) Climate Anxiety in Children and Young People and Their Beliefs About Government Responses to Climate Change: A Global Survey. *The Lancet Planetary Health.* Vol. 5. (12): e863–e73.

Jacob, Daniela, Juliane Petersen, Bastian Eggert, Antoinette Alias, Ole Bøssing Christensen, Laurens M. Bouwer, Alain Braun et al. (2014) Euro-Cordex: New High-Resolution Climate Change Projections for European Impact Research. *Regional Environmental Change.* Vol. 14. (25): 563–578.

Editorial (2021) A climate of anxiety. *The Lancet Child és Adolescent Health.* Vol. 5. (2): 91.

Ojala, Maria, Ashlee Cunsolo, Charles Ogunbode and Jacqueline Middleton (2021) Anxiety, Worry, and Grief in a Time of Environmental and Climate Crisis: A Narrative Review. *Annual Review of Enviroment and Resources.* Vol. 46. (1): 35–58.

Palinkas, Lawrence A. and Marleen Wong (2020) Global climate change and mental health. *Current Opinion in Psychology.* Vol. 32. 12–16.

Poikolainen, Kari, Riita Kanerva and Jouko Lönnqvist (1998) Increasing fear of nuclear war among adolescents before the outbreak of the Persian Gulf War. *Nordic Journal of Psychiatry.* Vol. 52. (3): 197–202.

Schneider-Mayerson, Matthew and Kit Ling Leong (2020) Eco-reproductive concerns in the age of climate change. *Climatic Change.* Vol. 163. (2): 1007–1023.

Sorensen, Cecilia, Virginia Murray, Jay Lemery, John Balbus (2018) Climate change and women's health: Impacts and policy directions. *PLoS Medicine.* Vol. 15. (7): e1002603.

Watts, Nick, Markus Amann, Sonja Ayeb-Karlsson, Kristine Belesova, Timothy Bouley, Maxwell Boykoff et al. (2018) The Lancet Countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *The Lancet.* Vol. 391. (10120): 581–630.

Wu, Judy, Gaelen Snell and Hasina Samji (2020). Climate anxiety in young people: a call to action. *Lancet Planetary Health.* Vol. 4. (10): e435–e436.

Péter Orsolya Márta, Szántó Zsuzsanna, Susánszky Éva, Csapody Tamás

Szabálykövetési hajlandóság, anómiaérzés és jól-lét Magyarország régióiban a COVID–19-pandémia idején

Bevezetés

A WHO által 2020. március 10-én pandémiává nyilvánított COVID–19-járvány első hulláma több milliárd ember, így a magyar lakosság megszokott életvitelében is hirtelen és gyökeres változásokat okozott. A társadalmi együttélés bevett viselkedési normáit egyik napról a másikra változó, emellett folyamatosan növekvő számú jogszabályok írták felül, amelyek a többség számára eddig még sohasem tapasztalt élethelyzeteket eredményeztek.

A fentieken túl a pandémia fel- és átértékelte a társadalmi, ezen belül pedig a jogszabályokhoz való egyéni viszonyulás kérdését is. Különösen az első hullám idején a védőintézkedésekkel kapcsolatos szabálykövető magatartás legvégső tétje számos ember élete volt – ugyanakkor az intézkedések több állampolgár számára alapjogaik jelentős és közvetlen korlátozását jelentette (Győry és Sebők 2020). Ez is hozzájárulhatott ahhoz, hogy Magyarországon – a világ számos más országához hasonlóan – a lakosság nem mindig fogadta el a védőintézkedéseket minden kételkedés nélkül.

Mivel az első hullámot továbbiak követték, valamint jelenleg is csak találgatás folyik arra vonatkozóan, hogy a pandémia a jövőben mikor fog endémiává alakulni (például Pagel 2022), a szabálykövetési hajlandóság, valamint ehhez kapcsolódóan az anómiaérzés vizsgálata áttételesen hozzájárulhat a COVID–19-pandémia hosszú távú kezelésének javításához, illetve segíthet komplex társadalmi hatásainak értelmezésében.

Szakirodalmi összefoglaló

A szakirodalomban jól ismert és sokat kutatott problémát jelent az, hogy vajon mi készteti a felnőtt egyént a társadalmi s ezen belül kifejezetten a jogi szabályok követésére. A lehetséges értelmezések és magyarázatok köre rendkívül gazdag, a kutatók pedig – változó arányú összetételben – gazdasági, pszichológiai, és szociológiai jellegű indokokat egyaránt kínálnak.

Bizonyos szerzők – Gary S. Becker (1968) nyomán – úgy gondolják, hogy a szabálykövető magatartás egyfajta racionális döntésként rekonstruálható: az egyén mérlegre teszi, hogy a szabályok tiszteletben tartása esetén miféle nyereségre számíthat, a szabályszegés esetén pedig milyen veszteség érheti, majd haszonelvű módon dönt arról, hogy az adott helyzetben mit fog tenni. Ebben a modellben a szabálykövető magatartást alapvetően a szabályszegés esetére megállapított komoly, elsősorban anyagi szankciókkal lehet elérni (Gottfredson 2011; Hirtenlehner 2020).

A pszichológiai, illetve szociológiai fókuszú modellek főként az egyén attitűdjeire, személyiségvonásaira és más egyedi jellemzőire, valamint a társadalmi környezet fontosságára alapoznak. Ennek megfelelően a szabálykövetési hajlandóság legfőbb befolyásoló tényezőiként az egyén bizonyos személyiségvonásait, erkölcsi értékrendjét, ezzel szoros összefüggésben a társadalmi normák szerepét, a társadalmi környezet morális nyomásgyakorló szerepét, valamint azt nevesítik, hogy a kérdéses egyén vajon mennyire tartja legitimnek a megtartandó magatartási szabályt (Bicchieri és Xiao 2009).

A szabályok legitimitása és a szabálykövetési hajlandóság közötti összefüggéseket a jogelmélet területén működő kutatók is vizsgálják. Interpretációjuk szerint legitim jogszabály akkor keletkezhet, ha a társadalom tagjai – többségében az államhatalom által képviselt értékekkel azonosulva – elfogadják azt, hogy a normaalkotó államhatalmi szerv életüket kötelező erővel szabályozhatja, ez a szerv pedig a vonatkozó eljárásnak megfelelően alkotja meg a közös értékrendet tükröző új jogszabályt. Az ilyen módon létrejött norma tartalmát a címzettek többsége méltányosnak és érdekeivel egyezőnek találja, emiatt nem kényszerből, hanem abból a meggyőződésből követi a rendelkezéseket, hogy az ilyen szabályok megtartása erkölcsileg jó és helyes (Tyler 2006). A szabálykövetési és ezen belül kifejezetten a jogszabálykövetési hajlandóságot erősíti továbbá az, ha a jogszabályok világos megfogalmazásúak, mindenki számára megismerhetők, valamint stabilak és kiszámíthatók, tehát új jogszabályokat csak akkor alkotnak, továbbá a létező szabályokat csak akkor változtatják meg, ha mindez társadalmi szempontból elengedhetetlenül szükséges (De Benedetto 2018).

A fentiekben körvonalazott szabálykövetési hajlandósággal szorosan összefügg a társadalmi anómia jelensége. Az anómiaelméletek azt

vizsgálják, hogy a társadalmi körülmények hogyan alakítják, befolyásolják a deviáns viselkedések és a bűnözés kialakulását. Émile Durkheim (1897) leírta az anómiás öngyilkosságot, amely a társadalmi integráció meggyengülésének, a társadalmi normák felbomlásának, illetve a gyors társadalmi változásoknak a következménye. Robert Merton durkheimi alapokon nyugvó strukturálisfeszültség-elmélete (Merton 1968 [1949]) szintén a társadalom anómiás állapotára vezet vissza bizonyos deviáns viselkedésformákat: rendezetlen társadalmi körülmények között az elbizonytalanodott egyén a korábban érvényes magatartási normákhoz képest deviáns magatartással (így például visszahúzódással vagy a korábbi szabályok rituális követésével) reagál a megváltozott helyzetre.

Az anómia deviáns magatartások felől való megközelítése a jogsértésekre fókuszálva is megjelenik a szakirodalomban. A Robert J. Sampson és Dawn J. Bartusch által 1998-ban bevezetett jogi cinizmus *(legal cynicism)* index a törvényekkel kapcsolatos normatív irányultság erejét, a deviáns magatartásmódok, elsősorban a jogsértés elfogadottságát mérte. A jogi cinizmussal szorosan összefügg egy másik fogalom és egyben kutatási irány, a társadalmi dezorganizáltság vizsgálata, amely a lakóközösség bűnözést elősegítő vagy korlátozó ökológiai jellemzőit tekinti alapvetőnek. Eszerint a magas kriminalitású lakónegyedek lakóinak többsége nem támogatja ugyan a jogsértő magatartást, de bizonyos mértékű fatalizmussal, beletörődéssel és „morális cinizmussal" elfogadja (Sampson és Bartusch 1998).

A kutatás célkitűzései

Kutatásunk célja, hogy bemutassuk (1) a felnőtt magyar lakosság szabálykövetési hajlandóságának regionális mintázatát, valamint (2) a szabálykövetési hajlandóság erőssége alapján konstruált területeken élők társadalmi és pszichoszociális jellemzőit, kiemelten vizsgálva az anómiaérzés alakulását.

Módszertan

Kutatásunk során a Hungarostudy 2021 országos reprezentatív lakossági felmérés hétezer fős adatbázisával dolgoztunk. Az adatfelvételre és a súlyozásra vonatkozó módszertani leírást jelen kötet módszertani fejezete tartalmazza.

Fogalom- és mérőeszköz-használat

Szabálykövetési hajlandóság

A 2021-es kérdőívben nóvumként megjelenő szabálykövetéssel kapcsolatos kérdések nem a pandémia során meghozott különleges intézkedések vagy más jogszabályok tényleges betartására vonatkoztak, hanem általában kísérelték meg felmérni a megkérdezettek szabálykövetéssel, ezen belül pedig kifejezetten jogszabálykövetéssel kapcsolatos beállítódását. A kérdések lényegében arra irányultak, hogy a válaszadók miként viszonyulnak a szabálykövető, etikusan viselkedő állampolgár ideálképéhez (van Deth 2017).

A szabálykövetési hajlandóság mérésére használt kérdéseink a European Social Survey (ESS) különböző alap- és változó moduljaiból származnak, amelyek a kérdezett személyek társadalmi szabályokhoz, ezen belül elsősorban törvényekhez/jogszabályokhoz való viszonyulását mérik egy ötfokú Likert-skálán (1 = egyáltalán nem ért egyet; 5 = teljes mértékben egyetért). Az egyes kérdésekre adott pontszámokat összegeztük; a magasabb pontszámok nagyobb szabálykövetési hajlandóságot jeleznek. A négy kérdés felhasználásával kialakított szabálykövetési hajlandóság skála belső megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach-alfa = 0,92).

A kormánnyal való elégedettségre vonatkozó kérdés is most szerepel először a Hungarostudy kérdőívében. A kérdés nem konkrétan a központi kormányzati szervekre és tisztségviselőkre (például minisztériumokra, miniszterekre, kormánybiztosokra) vagy a törvényhozásra (parlament) irányul, hanem általánosan az ország vezetésére; ennek az összetett fogalomnak a köznapi használatában az emberek rendszerint nem különböztetik meg az ország irányításának egyes alkotórészeit (Christensen és Lægreid 2005).

Anómiaérzés

Az anómiaérzés vizsgálat során használt fogalma az egyén saját anomikus helyzetének és a társadalom anomikusságának percepcióját is tartalmazza. Ez a kettősség a Hungarostudy-felmérések során alkalmazott Andorka-féle négytételes anómiaskála rövidített verziójában is tükröződik, amelyben a társadalmi szabályok betarthatatlanságára, vagyis

a társadalom anomikusságára vonatkozó (például „Aki vinni akarja valamire, rákényszerül arra, hogy egyes szabályokat áthágjon”) és az egyén saját helyzetére reflektáló állítások (például „Manapság alig tudok eligazodni az élet dolgaiban”) egyaránt szerepelnek. Az állításokkal kapcsolatos egyetértést, illetve annak mértékét az alábbiak szerint jelölhették a válaszadók: 0 = egyáltalán nem ért egyet; 3 = teljesen egyetért. Fordított tételt a mérőeszköz nem tartalmaz. A skála belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa értéke: 0,78.

A WHO Általános Jóllét Indexének öttételes változata az általános közérzetről nyújt információt az elmúlt két hét vonatkozásában. A válaszadók négyfokú Likert-skálán értékelték, hogy mennyire volt jellemző rájuk az adott érzelmi állapot (0 = egyáltalán nem volt jellemző; 3 = teljesen jellemző volt). A mérőeszköz fordított tételt nem tartalmaz. A mintánkban a skála mért Cronbach-alfa-értéke: 0,91. A skálán elérhető összpontszám 0–15 lehet. A 7 vagy annál kevesebb pontot elérőket a mentális megbetegedések szempontjából veszélyeztetett (kockázati) csoportba soroltuk.

A vizsgálatban továbbá a Beck-féle Depresszió Kérdőív (BDI) rövidített, kilenctételes verzióját használtuk. A skálán elérhető pontszámok 0 és 30 között mozognak. A magasabb pontszámok fokozottabb depresszív tünetekre utalnak. A depresszió súlyossági fokai: normális (≤ 9 pont), enyhe depressziós állapot (10–18 pont), középsúlyos depressziós állapot (19–25 pont), súlyos depressziós állapot (≥ 26 pont).

Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS10) a helyzet minősítését és a megküzdési hatékonyságot méri. A kérdések az elmúlt hónapra vonatkoztak; a válaszokat 0-tól 4-ig terjedő skálán lehetett megadni. Az észlelt stressz globális mutatója a tételek összeadásával keletkezett. Az elért pontszámok alapján három kategóriát hoztunk létre: alacsony stressz (az átlagnál több mint egy szórással alacsonyabb pontérték; ≤ 7 pont), mérsékelt stressz (az átlagtól legfeljebb egy szórással eltérő pontérték; 8-20 pont), magas stressz (az átlagnál több mint egy szórással magasabb pontérték; ≥ 21 pont).

A szubjektív egészségi állapotra vonatkozóan minden válaszadó ötfokú (1 = nagyon rossz; 5 = kiváló) Likert-skálán jelölhette, hogy összességében milyennek értékeli az egészségi állapotát. Az elemzés során a változót dichotomizáltuk: 1 = jól vagy kiválóan van; 0 = közepesen vagy rosszabbul érzi magát.

Az elégedettségre vonatkozó kérdések közül az élettel és a kormány politikájával kapcsolatos kérdéseket használtuk, az alábbi kategóriák szerint: az élettel általában véve 1 = kevésbé elégedett; 2 = elégedett; 3 = meglehetősen elégedett; a kormánnyal 1 = nem; 2 = igen, néha; 3 = igen, mindig.

A szociodemográfiai változók a következő módon lettek bevonva az elemzésekbe:

- Korcsoportok (1 = 18–34 évesek; 2 = 35–64 évesek; 3 = hatvanöt évesek és idősebbek).
- Iskolai végzettség (1 = nyolc általános vagy kevesebb; 2 = szakmunkásképző/szakiskola; 3 = középiskola; 4 = főiskola/egyetem).
- A háztartás szubjektív anyagi helyzete (0 = kedvezőtlen, gondokkal küzd; 1 = kedvező, gondok nélkül megél).
- A vallás szerepe a mindennapi életében (1 = nagyon fontos; 0 = nem vagy kissé fontos).

Statisztikai módszerek

A szabálykövetési hajlandóság és az anómiaérzés vizsgálatánál klaszterelemzést végeztünk, K-Means Cluster eljárással. Így mindkét változó esetén a teljes vizsgálati mintából három csoportot hoztunk létre: a magas, a közepes és az alacsony szabálykövetési hajlandósággal, illetve anómiaérzéssel jellemezhetők csoportját. Összehasonlításuk a kategoriális változók esetében χ^2-próbával történt. Az elemzéseket az SPSS 21.0 statisztikai programcsomagokkal végeztük.

Eredmények

A szabálykövetési hajlandóságot tekintve klaszteranalízis segítségével három csoportot különítettünk el: az erősen szabálykövető attitűdökkel rendelkezők csoportját, a közepesen erős szabálykövető hajlandóságot mutató csoportot, valamint a gyenge szabálykövetési attitűdökkel leírható csoportot. A válaszadók fele (50%) erős, közel 40 százaléka (39%) pedig közepesen erős szabálykövetőnek bizonyult, míg a válaszadók alig több mint egytizede (11%) minősült úgynevezett gyenge szabálykövetőnek *(1. táblázat).*

Ugyancsak három csoportot képeztünk az anómiaérzés erőssége alapján *(2. táblázat):* akik társas környezetükben a többiekhez képest nagyfokú

anómiát érzékelnek (15%), akik alig érzékelnek anómiát (28%), valamint a köztes csoport, akiknek az anómiaérzése a magas és az alacsony közé esik (57%).

	Klaszterközéppontok n (%)		
	Gyenge	Közepesen erős	Erős/nagyfokú
A szabálykövetési hajlandóság mértéke	2,20 773 (11%)	3,58 2666 (39%)	4,77 3492 (50%)
Az anómiaérzés mértéke	0,37 1924 (28%)	1,47 3843 (57%)	2,58 1013 (15%)

1. táblázat: A szabálykövetési hajlandóság és az anómiaérzés változókból képzett klaszterek középpontjai, illetve az egyes klaszterekbe tartozó esetszám és arány (%)

Ezt követően megvizsgáltuk, hogy Magyarország hét régiójában[1] egyenletesen oszlanak-e el a különböző erősségű szabálykövetési attitűdöket mutatók csoportjai *(2. táblázat).*

A *2. táblázat*ban a százalékok alatt közöljük az adjusztált reziduálisokat is, amelyek az egyes cellákban a várható értékektől való eltéréseket mutatják. Ha a mutató értéke nagyobb, mint +2, vagy kisebb, mint –2, akkor az adott cellában az eltérés statisztikailag szignifikáns. E küszöbértékek alapján elmondhatjuk, hogy két régióban (Észak-Magyarország, Észak-Alföld) a statisztikailag várt értéknél szignifikánsan magasabb, két régióban (Nyugat-Dunántúl, Dél-Dunántúl) pedig szignifikánsan alacsonyabb az erős szabálykövetési attitűdökkel jellemezhető népesség aránya.

A fenti eredmények alapján tipizálva a régiókat létrehoztunk három jól elkülöníthető földrajzi egységet[2] *(1. ábra),* ahol a lakosság körében

(1) a vártnál jelentősen kisebb arányban vannak a nagyfokú szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető személyek (Nyugat-Dunántúl, Dél-Dunántúl, n = 1320);

1 A regionális felosztást illetően tudatában voltunk annak, hogy 2018. január 1-jétől Közép-Magyarország már nem NUTS 2, hanem NUTS 1 szintű uniós régióként létezik, mivel gazdaságpolitikai indokokból Magyarország kezdeményezte az Európai Bizottságnál az eredeti NUTS 2 szintű Közép-Magyarország felosztását Pest, valamint Budapest főváros régiókra. Mivel mindez kutatásunk irányát nem befolyásolta jelentősen, Pest és Budapest NUTS 2 szintű régiók helyett jelen tanulmányban továbbra is a „Közép-Magyarország" NUTS 1 szintű elnevezést használjuk.

		A szabálykövetési hajlandóság mértéke % reziduális*		
		Gyenge	Közepesen erős	Erős
Régiók	Észak-Magyarország n = 793	5,3% −5,6	27,1% −7,0	67,6% 10,3
	Észak-Alföld n = 1032	5,2% −6,5	27,2% −8,1	67,5% 12,0
	Dél-Alföld n = 888	11,7% 0,6	40,4% 1,3	47,9% −1,6
	Közép-Magyarország n = 2143	13,8% 4,6	38,0% −0,5	48,2% −2,4
	Közép-Dunántúl n = 755	11,3% 0,1	41,3% 1,7	47,4% −1,7
	Nyugat-Dunántúl n = 680	14,6% 3,0	48,5% 5,7	36,9% −7,4
	Dél-Dunántúl n = 640	14,7% 3,0	55,5% 9,3	29,8% −10,9
Összes n = 6931		**11,2%**	**38,5%**	**50,4%**

** Adjusztált reziduális*

2. táblázat: A szabálykövetési hajlandóság mértéke szerinti csoportok megoszlása (%) a vizsgált régiókban

(2) a várakozásoknak megfelelő, átlagos arányban vannak a nagyfokú szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető személyek (Dél-Alföld, Közép-Magyarország, Közép-Dunántúl, n = 3786);

(3) a vártnál jelentősen nagyobb arányban vannak a nagyfokú szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető személyek (Észak-Magyarország, Észak-Alföld, n = 1825).

A továbbiakban megvizsgáltuk, hogy e három országrész más sajátosságokban is eltér-e egymástól. A *3. táblázat* az országrészek társadalmi-demográfiai jellemzőit mutatja be. A legerősebb szabálykövetési hajlandóságot mutató északkeleti országrészben a vártnál jelentősen magasabb a nők (56,5%), az alacsony iskolai végzettségűek (59,3%), a kedvezőtlen anyagi helyzetű családban élők (51,1%), a romák (10,7%), a hatvanöt év felettiek (30,5%) és a vallást az életük nagyon fontos részének tartók (21%) aránya. A nyugati-délnyugati országrészre – ahol a legkisebb arányban vannak

az erősen szabálykövető válaszadók – jellemző az, hogy a vártnál kisebb arányban vannak a nők (46,3%), és nagyobb arányban a kedvezőtlen helyzetű háztartásokban élők (49,6%). A középső országrészben, ahol az erős szabálykövetési hajlandóságot mutatók aránya átlagosnak tekinthető, a nők arányán kívül minden vizsgált változó értéke jelentősen alacsonyabb a vártnál, azaz kisebb arányban vannak a képzetlenebbek, a kedvezőtlen helyzetű háztatásokban élők, a romák, az idősek és a vallásukat nagyon fontosnak tartó személyek.

1. ábra: Magyarország szabálykövetési hajlandóság mentén elkülönülő három országrésze. Jelmagyarázat: 1 = magas az erősen szabálykövetők aránya; 2 = közepes az erősen szabálykövetők aránya; 3 = alacsony az erősen szabálykövetők aránya.

Ezt követően azt vizsgáltuk, hogy a testi és mentális egészség, az egészséggel kapcsolatos jóllét és az élettel való elégedettség szempontjából vannak-e jelentős eltérések az ország azon földrajzi egységei között, amelyekben a lakosság szabályokhoz, törvényekhez való viszonyulásának mintázata, az állampolgári éthosz erőssége különböző *(4. táblázat).*

A földrajzi egy-ség típusa	A nők aránya	Az alacsony iskolai vég-zettségűek aránya	A kedvezőt-len helyzetű háztartások aránya	A romák aránya	A hatvanöt évesek vagy idősebbek aránya	Nagyon fontos az életükben a vallás
	Az erősen szabálykövetők aránya % (reziduális)					
Alacsony	46,3 (–5,6)	49,0 (2,9)	49,6 (5,1)	4,0 (–2,1)	21,6 (–0,9)	19,6 (1,2)
Közepes	53,9 (1,4)	37,6 (–14,6)	37,3 (–11,0)	2,9 (–9,4)	19,1 (–7,7)	16,8 (–3,9)
Magas	56,5 (3,4)	59,3 (13,9)	51,1 (7,8)	10,7 (12,6)	30,5 (9,5)	21,0 (3,4)
Összesen	53,2	45,5	43,3	5,1	22,6	18,4
Khi-négyzet (p)	34,6***	244,9***	120,9***	160,0***	100,6***	223,3***

** Adjusztált reziduális ***p = 0,000*

3. táblázat: A lakosság szociodemográfiai jellemzői a szabálykövetési hajlandóság mértéke alapján kialakított földrajzi egységek típusai szerint

Az eredmények azt mutatják, hogy az a régiócsoport, amelyben az erős szabálykövetési hajlandóságúak aránya magas, minden vizsgált fizikai és mentális egészségi állapotmutató tekintetében rendre jelentősen eltér azoktól a területektől, ahol az erős szabálykövetési hajlandóságúak aránya alacsonyabb. Vagyis egyrészt a vártnál kisebb a jó/kiváló egészségi állapotról beszámolók (62,1%) és az élettel elégedettek aránya (65,3%), másrészt nagyobb a szubjektív jóllét szempontjából kockázati csoportba tartozók (16,7%) és a magas észleltstressz-mutatóval (15,9%) rendelkezők aránya. Abban az országrészben, ahol az erősen szabálykövetők aránya alacsony, a vártnál magasabb a súlyos depressziósok aránya (15,1%), valamint alacsonyabb a szuicid gondolatok előfordulása és az élettel való nagyfokú elégedettség. A középső országrészben a szuicid gondolatok előfordulása a vártnál valamivel magasabb (4,5%), az élettel nagyfokú elégedettséggel rendelkezők aránya pedig jelentősen magasabb (74,4%).

Megnéztük azt is, hogy a szabálykövetési hajlandóság mértéke alapján konstruált három régiócsoportban hogyan alakul a kérdőívben alkalmazott két társadalmi-közérzeti mutató, a környezet anomikusságának érzete és a kormánnyal való elégedettség *(5. táblázat).*

A földrajzi egy-ség típusa	Jó/kiváló egészségi állapot	WBI kocká-zati szint	PSS10 magas	BDI súlyos	Szuicid gondolat előfordult	Az élettel való nagy-fokú elé-gedettség
	Az erősen szabálykövetők aránya % (reziduális)					
Alacsony	69,7 (2,2)	11,7 (–2,4)	17,0 (–2,6)	15,1 (5,3)	2,3 (–3,1)	54,3 (–12,1)
Közepes	68,7 (3,0)	13,0 (–2,0)	13,6 (–2,9)	10,2 (–2,2)	4,5 (3,6)	74,4 (12,2)
Magas	62,1 (–5,4)	16,7 (4,4)	15,4 (0,9)	9,6 (–2,2)	3,3 (–1,2)	65,3 (–3,0)
Összesen	67,2%	13,7%	14,7%	11,0%	3,8%	68,2%
Khi-négyzet (p)	29,2***	20,4***	195,3***	66,5***	14,8***	446,7***

***$p = 0,000$

4. táblázat: A lakosság egészségi és pszichoszociális állapotának jellemzői a szabálykövetési hajlandóság mértéke alapján kialakított földrajzi egységek típusai szerint

A földrajzi egység típusa	Nagyfokú anómiaérzés	Mindig elégedett a kormánnyal
Az erősen szabálykövetők aránya % (reziduális)		
Alacsony	14,8 (–0,1)	55,3 (3,3)
Közepes	12,2 (–7,0)	57,9 (–8,8)
Magas	20,8 (8,1)	61,2 (7,1)
Összesen	14,9%	58,3%
Khi-négyzet (p)	175,6***	147,3***

***$p = 0,000$

5. táblázat: A lakosság anómiaérzése és a kormánnyal való elégedettsége a szabálykövetési hajlandóság mértéke alapján kialakított földrajzi egységek típusai szerint

A legmagasabb szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető régiócsoport lakóinál a vártnál jelentősebb arányban (20,8%) mértünk nagyfokú anómiaérzést: környezetüket anomikusabbnak érzékelik, mint a másik két területi egység lakossága, itt a legnagyobb az anómiás feszültség. A kormánnyal elégedettek aránya az erős szabálykövetési hajlandóságot mutató területeken a legmagasabb (61,2%), míg a középső országrészben a vártnál

lényegesen alacsonyabb. Megjegyezzük azonban, hogy a lakosságnak több mint a fele minden országrészben azt válaszolta a feltett kérdésre, hogy mindig elégedett a kormánnyal.

Megbeszélés

Az előzőekben bemutatott eredmények értelmezése során első lépésként néhány objektív gazdasági és szociális mutatót vizsgáltunk meg.

A Központi Statisztikai Hivatal honlapján közzétett adatok (KSH 2022) szerint 2021 során a 15–74 éves lakosság körében a munkanélküliségi ráta országos értéke 4,1 százalék volt.[3] Ugyanez a mutató a 15–24 évesek körében 13,5 százalék, a 25–54 évesek körében viszont ennél jóval alacsonyabb, 3,5 százalék volt.[4] Ehhez képest az általunk létrehozott északkeleti régiócsoportban az átlagos munkanélküliségi ráta[5] értéke 6,65, a középső régiócsoportban 3,16, a nyugati-délnyugati régiócsoportban pedig 3,50 volt – az északkeleti országrész e mutatószáma tehát nemcsak a másik két régiócsoporthoz, hanem az országos átlaghoz képest is kedvezőtlenebbnek bizonyult.

Ugyanezen időszakra nézve a KSH adatai alapján az északkeleti régiócsoportban[6] a havi nettó átlagkereset 232 037 forint, a középső régiócsoportban 286 534 forint, a nyugati-délnyugatiban pedig 264 233 forint volt. Ismét kirajzolódott az a mintázat, miszerint a másik két országrészhez mérten az északkeleti régiócsoport helyzete a legkedvezőtlenebb, a középső és nyugati-délnyugati régiócsoportok között pedig mutatkoznak ugyan eltérések, azonban e két országrész összességében véve kedvezőbb helyzetben van, mint az északkeleti.

3 KSH STADAT 20.1.2.8. tábla. https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0083.html (Letöltés: 2022. július 26.)

4 KSH STADAT 20.1.1.5. tábla. https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0005.html (Letöltés: 2022. augusztus 22.)

5 A régiócsoportok ezen mutatószámát úgy hoztuk létre, hogy a KSH által az egyes régiókra nézve közölt munkanélküliségi ráták alapul vételével a régiócsoportokon belül egyszerű átlagszámítást végeztünk.

6 A régiócsoportok ezen mutatószámát úgy hoztuk létre, hogy a KSH által közölt vonatkozó regionális adatokat összesítettük, majd a régiócsoportokon belül egyszerű átlagszámítást végeztünk. KSH STADAT 20.1.2.15. tábla. https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0090.html (Letöltés: 2022. július 26.)

Szintén a KSH adataira alapozva 2021 során az északkeleti régiócsoportban[7] 153 700 fő (a lakosság 0,06 százaléka), a középsőben 127 003 fő (a lakosság 0,023 százaléka), a nyugati-délnyugatiban pedig 53 962 fő (a lakosság 0,028 százaléka) részesült házi segítségnyújtásban, idősek nappali ellátásában és szociális étkeztetésben. Eszerint abszolút értékben véve és lakosságarányosan is az északkeleti régiócsoportban éltek a legtöbben olyanok, akik nélkülözték a mindennapi életvitelük fenntartásához elégséges személyes és családi forrásokat.

Ahogyan ezt a korábbiakban már körvonalaztuk, a szabálykövetési hajlandóságra vonatkozó tudományos értelmezések és magyarázatok köre rendkívül gazdag, így a fenti eredményeket számos megközelítésben interpretálhatjuk. Mivel a Hungarostudy 2021 felmérés a lakosság kormánynyal való elégedettségére vonatkozó egzakt és friss adatokat tartalmaz, interpretációs alapként első helyen a legitimitáselmélet kínálkozik.

Tekintettel arra, hogy a válaszadók 58,3%-a kifejezetten és mindig elégedett volt a kormánnyal, megalapozottan vélhetjük azt, hogy a kormányt a magyar lakosság többsége legitimként fogadja el, társadalmat szabályozó és irányító hatalmát nem kérdőjelezi meg. Feltételezésünk szerint mindebből az is következhet, hogy a címzettek többsége a kormány által alkotott magatartási szabályokat, tehát a jogszabályokat szintén legitimnek tartja – részben azért, mert azokat az állam általuk elismert képviselői alkotják, részben pedig azért, mert a jogszabályokban vélhetőleg saját egyéni és közösségi értékrendjük visszatükröződését is látják.

Ez utóbbi felvetés kapcsán – és különösen az egyes régiócsoportok iskolázottsági adatainak tükrében – felmerül a kérdés, hogy a szabálykövetési hajlandósághoz milyen mértékben szükséges a jogszabályok ismerete. Számos empirikus vizsgálat bizonyította, hogy a laikus népesség, sőt gyakran a szakemberek sem ismerik kellőképpen a jogszabályokat, a normaszöveg ismeretének hiánya mégsem jár együtt a gyengébb szabálykövetéssel (van Rooij 2021). Ez egyrészt azért van így, mert amennyiben az emberek elfogadják, hogy a jogszabályok illeszkednek saját társadalmi

7 A régiócsoportok ezen mutatószámait úgy hoztuk létre, hogy a KSH által az ilyen ellátásban részesülőkre vonatkozóan közölt regionális számadatokat a régiócsoportokon belül összesítettük, majd a KSH által közölt regionális, de általunk régiócsoportonként összesített népességi adatokra vetítettük őket. KSH STADAT 25.1.1.25. tábla. https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0025.html (Letöltés: 2022. július 26.)

normáikhoz és erkölcsi felfogásukhoz, úgy akkor is szabálykövető módon viselkednek, ha csak kevéssé ismerik a jogszabályokat. Másrészt az emberek közösségekhez tartoznak, intézményekkel állnak kapcsolatban, amelyekben végbemegy a szabályok megismerése, feldolgozása, a velük kapcsolatos attitűdök kialakulása, anélkül, hogy minden egyén részt venne ebben a folyamatban. A fentiek magyarázatot nyújthatnak arra is, hogy bár többek között Magyarországon a Hungarostudy első éve (2002) és 2021 között eltelt időszakban az évente alkotott új jogszabályok száma 69 százalékkal növekedett,[8] valamint évek óta több szempontból kritika éri a magyar jogalkotási gyakorlatot (például a jogszabályok szövegének bonyolultsága, a jogszabályok nagy száma, illetve gyakori változása miatt) (Sebők és Molnár 2020), mindez nem gyengítette a lakosság szabálykövetési hajlandóságát, illetve kormánnyal való elégedettségét.

Véleményünk szerint a szabálykövetési hajlandósággal kapcsolatban az előzőek miatt sincs kiemelt jelentősége az iskolázottság szintjének (hiszen nem szükséges hozzá a jogszabályok alapos ismerete), viszont jelentősége van a kormány elfogadottságának. Ebben a megközelítésben jól értelmezhető továbbá az északkeleti régióban feltárt nagyfokú anómiaérzés is: ha az emberek a tágabb környezetüket anomikusnak tartják, ellenben a szűkebb – lokális – környezetben a szabályok elfogadása a norma, akkor az anómiaérzés egyszerre vezethet rossz közérzethez és erős szabálykövetéshez. Minél inkább elfogadja egy társas környezet (például egy lokális közösség vagy egy régió lakossága) a jogalkotó legitimitását, annál magasabbra értékeli saját életkörülményeitől függetlenül a szabálykövető magatartást.

A szabálykövetési hajlandóság és az anómiaérzés kutatásunk során feltárt területi mintázatát természetesen nem kizárólag a legitimitáselmélet alapján magyarázhatjuk. További kutatómunkánk célja az, hogy a területi adatok szintjén túllépve a szabálykövetési hajlandóság egyéni jellemzőit is feltárjuk, figyelembe véve a vonatkoztatási vagy referenciacsoportok szerepét az attitűdök alakulásában.

8 2002-ben 1314, 2021-ben pedig 2215 új jogszabály keletkezett. Forrás: Wolters Kluwer Jogtár® adatbázisa. https://uj.jogtar.hu/%20#center/db/99/id/99center.mn1 (Letöltés: 2022. július 25.)

Összefoglalás

Vizsgálatunk középpontjában a szabálykövetési hajlandóság területi mintázatának, a szabálykövetési hajlandóság erőssége alapján konstruált régiócsoportokban élők társadalmi és pszichoszociális jellemzőinek, valamint anómiaérzésének bemutatása állt. A szabálykövetési hajlandóságot négy kérdésből álló skálával mértük. A kérdések a szabálykövetésre vonatkozó attitűdökre irányultak, a skála tehát nem magát a szabálykövető viselkedést, hanem a törvények, szabályok betartásával kapcsolatos érzéseket, véleményeket, hozzáállást méri – más szóval azt, hogy a megkérdezettek hogyan viszonyulnak a szabálykövető, „jó" állampolgár ideálképéhez. A fentiek a szabálykövető viselkedés fontos tényezői, de természetesen számos más faktornak, így például a munkahelyi morálnak vagy az alá- és fölérendeltségi viszonyoknak is jelentős szerepük van abban, hogy egy egyén – függetlenül attól, hogy erős vagy gyenge szabálykövetési attitűdökkel rendelkezik – a gyakorlatban tényleg betartja-e a szabályokat. Lényegében a magyar lakosság fele kifejezetten erős szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető, és csak valamivel több mint egytizedénél (11%) mértünk gyengének minősíthető szabálykövetési attitűdöket.

Az erős szabálykövetési hajlandóság nem egyenletesen oszlik el az ország területén. Magyarország két északkeleti régiójában a szabálykövetési attitűdök az országos átlagnál erősebbek: itt a válaszadóknak több mint kétharmada (68%) erősen hajlik a szabálykövetésre. Az ország középső régióiban a lakosságnak közel a fele (47, illetve 48%), a nyugati országrészben pedig körülbelül egyharmada (30, illetve 37%) mutat erős szabálykövetési hajlandóságot.

Ezzel egyidejűleg a válaszadóknak valamivel több mint a fele (57%) nem észlelte különösebben anomikusnak a környezetét, több mint egynegyede (28%) pedig kifejezetten alacsony anómiaszintet érzékelt. A válaszadóknak mindössze 15 százaléka jelezte, hogy véleménye szerint a társadalom erősen anomikus.

A fentieken túl a szabálykövetési attitűd erőssége alapján képzett három országrész között azoknak az aránya, akik a társadalmat erősen anomikusnak tartják, szintén nem egyenletesen oszlik el. A magas szabálykövetési hajlandósággal jellemezhető északkeleti országrészben legnagyobb azoknak az aránya (20,85%), akik szerint a társadalom anomikus.

Az alacsonyabb szabálykövetési attitűdöket mutató nyugati és középső országrészben az anómiát érzékelők aránya jóval alacsonyabb (12,2%, illetve 14,8%).

A kormánnyal való elégedettség a társadalmi-politikai környezet minősítésének másik alkalmazott mutatója. A vonatkozó szakirodalmi megállapításoknak megfelelően feltételeztük, hogy a szabálykövetési hajlandóságot többek között befolyásolja az is, hogy az emberek mennyire fogadják vagy utasítják el a társadalmat közvetlenül irányító legfőbb központi államigazgatási szervet, a kormányt. Ahogyan azt a 2022-es országgyűlési választások eredményei,[9] valamint a kérdőívben adott válaszok is mutatják, az emberek többsége kifejezetten és mindig elégedett a kormánnyal (58,3%). Ám a kormánnyal mindig elégedettek aránya sem oszlik el egyenletesen az általunk konstruált három régiócsoportban. Legnagyobb arányban a keleti országrészben vannak jelen, tehát ott, ahol az erős szabálykövetési attitűd dominál (61,2%), míg a nyugati országrészben a válaszadók 55,3 százaléka, a középső országrészben pedig 57,9 százaléka állította azt, hogy mindig elégedett a kormánnyal.

A kérdezetteknek átlagosan a kétharmada (67,2%) minősítette az egészségi állapotát jónak, illetve kiválónak. Azokban a régiókban, ahol a szabálykövetést kevésbé tartják fontosnak, a jó/kiváló egészségi állapot az átlagnál gyakoribb, viszont az északkeleti országrészben, ahol a szabálykövetést az átlagosnál fontosabbnak tartják, az egészségi állapotukat kevesebben (62,1%) minősítették jónak.

A WHO Általános Jóllét Index a kérdezettek jó mentális egészségi állapotát mérte. A válaszadók 13,7 százaléka ért el 7 vagy annál kevesebb pontot ezen a skálán; ők a mentális egészségi állapot tekintetében veszélyeztetettnek tekinthetők. Elemzésünkben a veszélyeztetettek eloszlását is vizsgáltuk. A szabálykövetést nagyon fontos értéknek tartó országrészben a veszélyeztetettek aránya az átlagosnál magasabb (16,7%), miközben ott, ahol a szabálykövetés a legkevésbé fontos, kisebb arányban (11,7%) kerültek a veszélyeztetett kategóriába.

9 A Nemzeti Választási Iroda honlapján 2022. április 16-án közzétett adatok szerint a 199 képviselői helyből 135-öt (67,84%) a Fidesz–KDNP, 57-et (28,64%) a DK–Jobbik–LMP–MSZP–Momentum–Párbeszéd-koalíció, hatot (3,02%) a Mi Hazánk, egy helyet (0,50%) pedig a Magyarországi Németek Országos Önkormányzata szerzett meg. Forrás: https://vtr.valasztas.hu/ogy2022/orszaggyules-osszetetele (Letöltés: 2022. augusztus 23.)

Ugyanakkor nem minden mentálisegészség-mutató szerint van kedvezőtlenebb lelkiállapotban az erős szabálykövető attitűdöket mutató országrész. Öngyilkossági gondolatok a közepesen szabálykövető régiókban jelennek meg a vártnál (3,8%) magasabb arányban (4,5%); ennél alacsonyabb előfordulási gyakoriság jellemzi a magas szabálykövetési hajlandóságú régiók lakosságát (3,3%), és legkevésbé a gyengébben szabálykövető régiókban fordulnak elő szuicid gondolatok (2,3%). A Beck Depresszió Indexszel mért depresszivitásskála szerint azokban a régiókban van a várt felett a súlyos depresszivitás megjelenése, ahol a szabálykövetési attitűd a legkevésbé erős (15,1%). Az élettel való nagyfokú elégedettség viszont a közepesen szabálykövető területen a leggyakoribb (74,4%), és a legkevésbé szabálykövető régiókban a legritkább (54,3%); az erős attitűdökkel jellemzett északkeleti országrészben 65,3 százalék.

A fenti, több szempontból érdekes eredmények okainak komplex és tudományosan megalapozott további feltárása kutatásunk következő lépését jelenti, a szabálykövetési hajlandósággal és az anómiaérzéssel kapcsolatos megállapításaink viszont már most is segíthetik a COVID–19-pandémia sokrétű társadalmi-gazdasági hatásainak értelmezését. Ezen túl a szabálykövetési hajlandóság, az anómiaérzés és a jogalkotás közötti összefüggések is olyan kérdést jelentenek, amely további vizsgálatot igényel, elsősorban más országok ilyen jellegű kutatási eredményeivel való összevetés formájában.

Felhasznált irodalom

Becker, Gary S. (1968) Crime and Punishment. An Economic Approach. *Journal of Political Economy.* Vol. 76. (2): 169–217. http://www.jstor.org/stable/1830482

Bicchieri, Cristina and Erte Xiao (2009) Do The Right Thing. But Only If Others Do So. *Journal of Behavioral Decision Making.* Vol. 22. (2): 191–208.

Christensen, Tom and Per Lægreid (2005) Trust in government. The relative importance of service satisfaction, political factors, and demography. *Public Performance & Management Review.* Vol. 28. (4): 487–511.

De Benedetto, Maria (2018) Effective law from a regulatory and administrative law perspective. *European Journal of Risk Regulation.* Vol. 9. (3): 391–415.

Durkheim, Émile (1897) *Le Suicide. Étude de sociologie.* Paris: Ancienne Librairie Germer Baillière et Cie.

Gottfredson, Michael R. (2011) Sanctions, situations, and agency in control theories of crime. *European Journal of Criminology.* Vol. 8. (2): 128–143.

Győry Csaba, Sebők Miklós (2020) A jogalkotás minősége különleges jogrend idején. In: Sebők Miklós, Gajduschek György, Molnár Csaba (szerk.) *A magyar jogalkotás minősége. Elmélet, mérés, eredmények.* Budapest: Gondolat Kiadó. 19–58.

Hirtenlehner, Helmut (2020) The Interaction Between Self-Control and Perceived Sanction Risk. An Analysis From the Viewpoint of Different Theories. *Criminal Justice Review.* Vol. 45. (1): 104–128.

KSH (2022) *Összefoglaló táblák (STADAT).* https://www.ksh.hu/stadat

Merton, Robert K. (1968 [1949]) *Social Theory and Social Structure.* New York: The Free Press.

Pagel, Christina (2022) The covid waves continue to come. *British Medical Journal* Vol. 377.: 1504.

Sampson, Robert J. and Dawn Jeglum Bartusch (1998) Legal Cynicism and (Subcultural?) Tolerance of Deviance. The Neighborhood Context of Racial Differences. *Law & Society Review.* Vol. 32. (4): 777–804.

Sebők Miklós, Molnár Csaba (2020) A jogalkotás minősége: elméleti alapok és mérési lehetőségek. In: Sebők Miklós, Gajduschek György, Molnár Csaba (szerk.) *A magyar jogalkotás minősége. Elmélet, mérés, eredmények.* Budapest: Gondolat Kiadó. 19–58.

Tyler, Thomas R. (2006) *Why People Obey the Law.* Princeton: Princeton University Press.

Van Deth, Jan W. (2017) Compliance, trust and norms of citizenship. In: Sonja Zmerli, Tom W. G. van der Meer (eds.) *Handbook on political trust.* Cheltenham: Edward Elgar Publishing. 212–227.

Van Rooij, Benjamin (2021) Do People Know the Law? Empirical Evidence about Legal Knowledge and Its Implications for Compliance. In: Benjamin van Rooij and Daniel D. Sokol (Eds.) *The Cambridge Handbook of Compliance.* Cambridge: The Cambridge University Press. 467–488.

Bocz János György, Antal István

Büszkeség, lojalitás és önkritika: a Hungarostudy 2021 adatfelvétel nemzeti identitással kapcsolatos állításainak összehasonlító elemzése

Bevezetés

A nemzeti érzés, a nemzeti identitás interdiszciplináris megközelítést igénylő terület. A kulturális antropológia, a szociológia, a szociálpszichológia, valamint a közgazdaság- és történelemtudomány, a politikatudomány eszközeivel egyaránt vizsgálható, és ennek megfelelően hazai és nemzetközi szakirodalma is igen kiterjedt. A témával összefüggő diszkurzusok a jelenkor individualizált, de egyidejűleg globalizálódó világában különösen fontossá váltak. Az egyes országok regionális pozíciójából adódó, ma is létező strukturális egyenlőtlenségek, az elmúlt évszázadok és évtizedek kulturális és történelmi eseményei (például a balti államok függetlenedése, a délszláv háborúk, az európai kisebbségek jogainak védelme) és napjainkban a migráció, az orosz–ukrán háború, az Európai Unión belül és kívül is létező polémiák egyként jelzik, hogy a nemzeti identitásnak már a polgári nemzetállamok kialakulása előtt is létező eszméje mit sem vesztett érvényességéből, időszerűségéből.

Szakirodalmi áttekintés

Nemzeti identitásról a modern nemzetek kialakulásától beszélhetünk. Modern nemzetek, ahogy ma ismerjük ezeket, nem mindig léteztek. A közösségek az ókorban városállamokban, birodalmi keretek között éltek együtt etnikumként. Ebben az időszakban sok más állam mellett Kínát, Egyiptomot sem nevezhetjük nemzetnek, ugyanis nem rendelkeztek az ehhez szükséges tulajdonságokkal és jellemzőkkel. Az alábbiakban láthatjuk, több szerző is vállalkozott arra, hogy a modern nemzetet és az ehhez kapcsolódó identitásmintákat meghatározza és rendszerezze. Ernest Renan a modern nemzet kialakulásának elégséges feltételeit elemezve bemutat két alapvető tényezőt, mely mindenképp szükséges a nemzet megalkotásához. Úgy vélte, hogy ez a két alkotóelem a lélek és a nemzeti alapelv. A lelket két szimbólum egysége képes egyben tartani, mégpedig a nemzet (h)őseibe vetett hit, és az a szándék, mely arra törekszik,

hogy a kapott örökséget megőrizze és előrébb vigye. A nemzeti alapelv Renan szerint: „A nemzet, akárcsak az egyén, múltbeli erőfeszítések, odaadás, áldozatok hosszú folyamatának eredője [...]. Közös dicsőséggel rendelkezni a múltban, közös akarattal a jelenben; nagy közös tetteket véghez vinni a múltban, azt akarni, hogy a jövőben is nagy cselekedeteket hajtsunk végre" (Renan 1995: 185).

Anthony D. Smith szerint két nemzetdefiníció-megközelítés létezik. Az egyiket konstruktivizmusnak, a másikat primordalizmusnak nevezi. A konstruktivizmus lényege, hogy a nemzet egy nacionalista elit elképzelése, mely e szűk réteg nézetét igazolja. A nemzetek ebben a fogalmi rendszerben nem kézzelfoghatók, csupán szimbólumok és politikai ideálok, illetve érvek rendszerei. A primordialisták ezzel szemben azt hangsúlyozzák, hogy a nemzet kézzelfogható és valóságos, etnikai tartalommal rendelkező, történelmileg kialakult egység. Nem konstrukció, hanem családokat és tömegeket összetartó jelentősége van. Smith szerint a nemzet „ideáltípusának" definíciója a következő: „A nemzet egy saját névvel rendelkező történelmi és kulturális közösség, amely közös területtel, gazdasággal, közoktatási rendszerrel és jogokkal rendelkezik. A meghatározás nacionalisták és követőik generációinak ideáljait és elképzeléseit tükrözi" (Smith 2004: 206).

Áttekintve a modern nemzet kialakulásának folyamatát és a különböző definíciós kísérleteket, a legjobban Csepeli György és Örkény Antal (1998) írásával lehet összefoglalni ezeket. Ők két dimenzióban vizsgálják a nemzet kialakulását: ha a politikai dimenziót nézzük, akkor az állampolgárságot és az ennek jogát körülvevő rendszer elméleti hátterét kell figyelembe venni, ha azonban a kulturális dimenziót választjuk, akkor a nemzetet meghatározó tulajdonságok: a születés, a származás, az anyanyelv, a kulturális normák és értékek közösségi meghatározottsága lesz az elfogadott.

A nemzeti önazonossággal, az identitással kapcsolatos nemzetközi és hazai szakirodalom rendkívül szerteágazó. A kultúrantropológiai, történeti és konstruktivista megközelítések (Hall 1997) mellett politikatudományi (Fukuyama 2018), regionális és globalizációs értelmezések (Koller 2016; Palánkai 2013), valamint empirikus szociológiai vizsgálatok (Székely 2014), illetve szintetizáló jellegű kiadványok és elemzések egyaránt (Szirmai és Újvári 2009; Kollai 2020) megtalálhatók.

Az egyik legfrissebb, a hazai Ifjúságkutató Intézet által idén február–márciusban készített, *Ostromlott értékeink – Values Under Siege 2022* című reprezentatív kutatásban öt európai ország lakosainak értékorientációját vizsgálták országonként ezer ember telefonos megkérdezésével. A felmérésből kiderült, hogy Magyarországhoz hasonlóan a nyugat-európai országok polgárai számára is a család a legfontosabb. Nyugaton ezt a barátok, a szabadidő, a munka, a nemzet, végül a vallás és a politika követi, a magyarok életében viszont a munka, a vallás és a nemzet hármasa volt a legfontosabb érték.

Korábbi hazai empirikus kutatások eredményei is fontosak a téma szempontjából. Simonovits 2014-ben megjelent írása – Csepeli és Örkény idézett publikációjához hasonlóan – az International Social Survey Program (ISSP) adataira épül, és a nemzeti identitás mérését célozza. A szerző megállapítása szerint a nyelvtudás és az önidentifikáció a legmeghatározóbb szempont a nemzetiidentitás-konstrukció folyamatában. A nemzeti büszkeséget vizsgálva kétféle büszkeségkategória elemzését tette lehetővé az ISSP-adatbázis. Az egyik kategóriát a „kemény" elemek alkották, például a demokrácia működése, a politikai befolyás, a gazdasági és társadalombiztosítási rendszerrel kapcsolatos büszkeség, a másik a „lágy" elemeket tartalmazta, ilyenek a tudományban, a művészetekben, az irodalomban és a sportban elért eredmények. A kemény összetevők kevésbé hangsúlyosak, mint a lágy elemek. Leginkább a sporttal kapcsolatos, a tudományos és technikai, a művészeti és irodalmi eredményekre, valamint a történelemre voltak a legbüszkébbek az adatfelvételek idején (Simonovits 2014).

Kutatási célok, módszerek (mérőeszközök, statisztikai módszerek)

Alapvetően három kutatási kérdést, célt vizsgáltunk különböző módszerekkel. Először is kontingenciatáblák elemzésével arra a kérdésre kerestünk választ, hogy a hagyományosan használt társadalomdemográfiai változók mellett új mentális/jólléti változókat is felhasználva utóbbiak meghatározó, szignifikáns szerepet játszanak-e a magyar identitással kapcsolatos válaszok esetében. Másodszor a logisztikus regresszió módszerével azt vizsgáltuk, hogyan alakul a különböző változócsoportok egymás közti relatív súlya és hatása az identitáskérdések esetében. Másképpen fogalmazva: melyek azok a háttérváltozók, változócsoportok, amelyek összefüggtek, és markáns hatást gyakoroltak az

identitáskérdésekkel való egyetértésre, illetve egyet nem értésre? Végül klaszterelemzési eljárással az figyeltük meg, hogy számos magyarázó változót felhasználva melyek a legfontosabb úgynevezett prediktor (előrejelző), homogén csoportképző változók, illetve a létrejött klaszterek esetében megfigyelhető-e valamilyen mintázat, amely összefügg az identitáskérdésekre adott válaszokkal és más csoportképző változókkal. Magyarázó változóinkat az adatbázis adta korlátokat figyelembe véve a korábbi kutatási tapasztalatok, illetve az alapján választottuk ki, hogy melyek befolyásolhatják leginkább az identitáskérdésekre adott válaszokat, illetve az egyes klaszterek kialakulását, összetételét.

A Hungarostudy 2021 adatfelvételben nyolc 1-től 4-ig terjedő, úgynevezett Likert-skálás[1] kérdéssel vizsgáltuk a megkérdezettek Magyarországgal és a magyar identitással kapcsolatos véleményét. A nyolc itemből álló kérdéssorban öt állítás pozitív, három pedig a magyarokkal kapcsolatos negatív tartalmú attitűd mérésére irányult.

Korábbi munkáinkban (Nagy és mtsai 2022; Antal és Bocz 2022) alapstatisztikák segítségével szűkebb kontextusban már vizsgáltuk a témát. Jelen tanulmányunkban magyarázó modelleket felhasználva a Hungarostudy 2021 felvétel nemzeti identitással kapcsolatos eredményeit mutatjuk be, részletesen is kitérve a nemzeti identitást, pontosabban az azzal kapcsolatos attitűdöket befolyásoló társadalomdemográfiai háttértényezőkre és az ezekhez fűződő legfontosabb összefüggésekre. Igyekeztünk új változókat is bevonni az identitáskérdések vizsgálatába (WHO Well-Being Index, egészségi állapot), de a köztük lévő kapcsolatok nem voltak szignifikánsak, nem függtek össze az identitáskérdésekre adott válaszokkal.

A szignifikáns összefüggéseket a szöveges elemző részben utalásszerűen, míg az *1. táblázatban* változószinten is jelezzük. Tanulmányunk eredményei minden említés esetében ($p \leq 0{,}05$) szinten voltak statisztikailag szignifikánsak.

1 A kérdés így hangzott: „Kérem, jelezze, hogy mennyire ért Ön egyet, vagy nem ért egyet a következő állításokkal! Válaszoljon 1-től 4-ig, ahol a 4-es azt jelenti, teljesen egyetért, az 1-es pedig azt, hogy egyáltalán nem ért egyet." A válaszadóknak természetesen lehetőségük volt a „nem tudja, nem válaszol" válaszlehetőségre is. A nyolc állítás a következő volt: 1. Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken. 2. Sokkal szívesebben vagyok magyar állampolgár, semhogy bármely más ország állampolgára legyek. 3. Az embereknek még akkor is támogatniuk kell az országukat, ha az az ország hibát követ el. 4. Jobb hely lenne a világ, ha a magyarok elismernék Magyarország hiányosságait. 5. Általában Magyarország jobb ország, mint a legtöbb más ország. 6. Jobb hely lenne a világ, ha a többi ország lakosai is olyanok lennének, mint a magyarok. 7. Gyakran kevésbé tudok büszke lenni Magyarországra, mint ahogy azt szeretném. 8. Van néhány dolog a mai Magyarországon, ami miatt szégyellem a hazámat.

A társadalomdemográfiai háttérváltozók hatásának mérésére egy- és többszempontos ANOVA (One-Way és Multiway ANOVA), logisztikusregresszió- (Binary Logistic) és úgynevezett kétlépcsős klaszterelemzést (Two-way Cluster) alkalmaztunk. Az ANOVA-modellek tesztelése során kiderült, hogy a szórás-homogenitást mérő – úgynevezett Levene – teszt miatt a változók jelentős része nem használható a varianciaelemzéshez, ezért vizsgálatunk fókuszába a logisztikus regresszió és a kétlépcsős klaszterelemzés került. Előbbi esetében a függő, azaz eredményváltozók az egyes identitáskérdések, míg a függetlenek a különböző társadalomdemográfiai háttérváltozók (nem, életkor, iskolai végzettség, a lakóhely településtípusa, gazdasági aktivitás, hány saját/vér szerinti gyermeke van, mennyire fontos életében a vallás, az élettel való elégedettség) voltak. Az elemzés során használt regressziós módszer érdekében a függő, vagyis identitásváltozókat úgynevezett dummy (dichotóm, bináris) változókká transzformáltuk, amelyeknél az adott állítással egyáltalán nem és/vagy nem egyetértők 0-ás, az inkább és/vagy teljesen egyetértők 1-es értéket kaptak. A logisztikus regresszió előfeltételeit (például a magyarázó változók közötti multikollinearitást, illetve a függő és független változók közötti linearitást) ellenőrizve[2] eredményeinket az *1. táblázat* tartalmazza.

Tanulmányunkban a klaszterelemzési eljárások közül az egyik speciális módszert, az úgynevezett kétlépcsős klaszterelemzést (Two-Step Cluster) alkalmaztuk. A klaszterelemzés célja, hogy az elemzésbe bevont változók alapján a megfigyelési egységeket viszonylag homogén csoportokba rendezze, és akkor eredményes, ha az adott csoportba tartozók hasonlítanak egymáshoz, de különböznek a más csoportba tartozó elemektől.

A módszer használata során számos feltételnek meg kellett felelni,[3] s rendkívül fontos volt a releváns változók kiválasztása. Az identitásra vonatkozó attitűdkérdésekre adott válaszokat számos társadalomdemográfiai, anyagi-egzisztenciális és mentális-pszichológiai tényező egyaránt befolyásolhatja, és ezek egymással is összefüggethetnek. További nehezítő körülmény volt, hogy lehetőleg olyan kategoriális és folytonos változókat

2 A multikollinearitást a korrelációs koefficiensekkel, illetve a VIF-mutatóval, a linearitást pedig a Box–Tidwell-eljárással ellenőriztük.

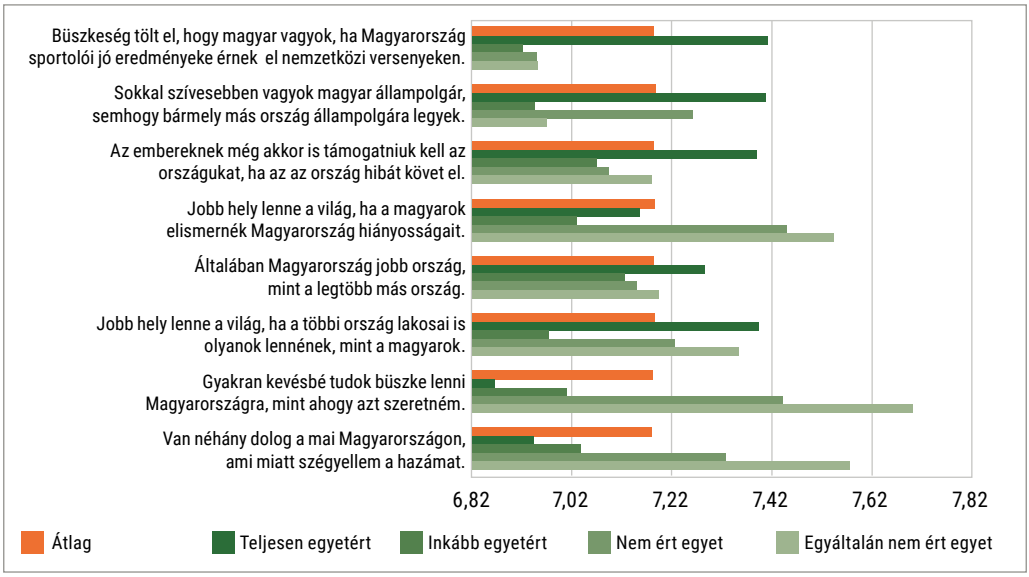
3 Például a folytonos változók normális eloszlása, a modellben szereplő változók függetlensége és a kategoriális változók multinominális eloszlása. A feltételeket korábbi eljárásaink során kereszttábla-elemzéssel, khi-négyzet-teszttel és korrelációs együtthatókkal ellenőriztük.

kellett bevonni a modellekbe, amelyek az identitásra vonatkozó mind a nyolc kérdés esetében relevánsak.

Végül korábbi és jelenlegi eredményeink (például a kontingenciatáblák, illetve a logisztikus regresszió elemzése) alapján a kiválasztási eljárás során olyan egymással kapcsolatban álló, de egymást nem meghatározó változókat vontunk be az elemzésbe, amelyek befolyásolhatták a megkérdezettek csoportba sorolását. Összesen négy folytonos (az adott identitáskérdés, életkor, gyermekszám, az élettel való elégedettség) és hét kategoriális (társadalmi nem, a dummy változóként használt iskolai végzettség, a lakóhely településtípusának három kategóriája, gazdasági aktivitás, a háztartás szubjektív jövedelmi helyzete, családi állapot, és „Mennyire fontos életében a vallás?") változót vontunk be az eljárásba. Eredményeinket a *2. és 3. táblázat* tartalmazza.

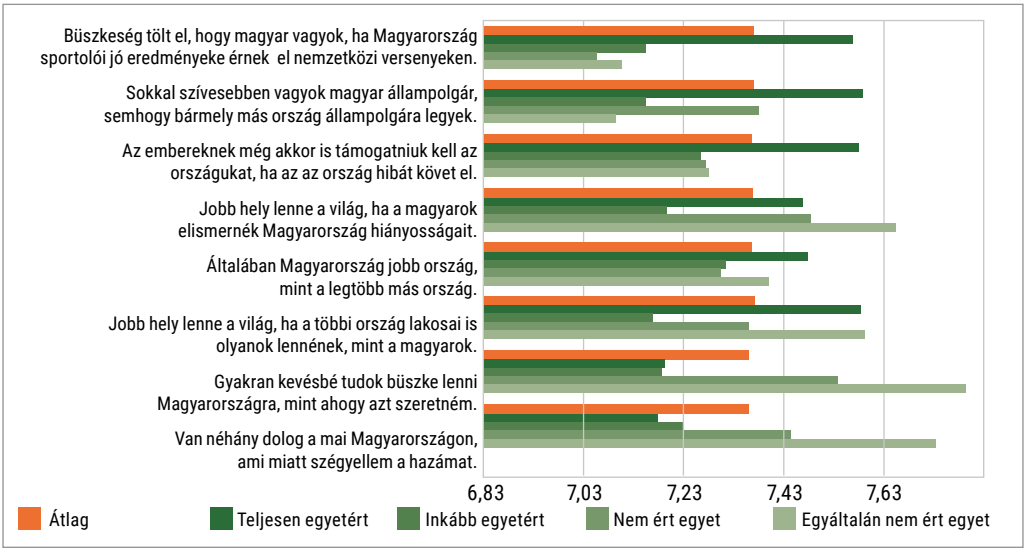
Eredmények

Elemzésünk alapján szignifikáns összefüggéseket találtunk az identitáskérdések és a lelki-mentális jóllétet mérő attitűdváltozók (az élettel való elégedettség, valamint a személyes boldogság) között. Az élettel való elégedettségüket 1-től 10-ig terjedő skálán értékelő megkérdezettek körében például a „Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken" állítással teljes mértékben egyetértők átlagosan 7,41-es értéket értek el/képviseltek, miközben az összes válaszadó átlagos elégedettségi mutatója az adott kérdés esetében ennél kisebb, 7,18 volt. Az országhoz leginkább lojálisak között szintén magasabb volt az életükkel elégedettebbek/boldogabbak mutatója (7,39, illetve 7,59, szemben az átlagot képviselő 7,18-dal, illetve 7,38-dal). Ellentmondásosabb válaszok jellemezték a negatív tartalmú állításokat. Kérdésenként változóan az átlagot meghaladó elégedettségi/boldogsági értékek nem feltétlenül jártak együtt azzal, hogy az adott identitáskérdéssel mennyire értettek egyet a megkérdezettek. Eredményeink mindazonáltal arra utalnak, hogy az elégedettebb és boldogabb megkérdezettek jellemzően nagyobb arányban utasítják el (értsd: nem értenek egyet velük) a Magyarországgal vagy a magyar emberekkel kapcsolatos borúlátó és/vagy kifejezetten negatív állításokat, mint az életükkel nem vagy kevésbé elégedettek/boldogok (*1.* és *2. ábra*).



Megjegyzés: A megkérdezettek 1-től 10-ig terjedő skálán értékelhették, hogy a kérdezés időpontjában mennyire voltak elégedettek az életükkel. Az 1-es azt jelentette, hogy egyáltalán nem voltak elégedettek, míg a 10-es azt, hogy teljes mértékben elégedettek voltak vele.

1. ábra: Az élettel való elégedettség átlagértékei
a magyar identitással kapcsolatos válaszok szerint, 2021



Megjegyzés: A megkérdezettek 1-től 10-ig terjedő skálán értékelhették, hogy a kérdezés időpontjában mennyire tartották boldognak magukat. Az 1-es azt jelentette, hogy egyáltalán nem voltak boldogok, míg a 10-es azt, hogy teljes mértékben boldogok voltak.

2. ábra: A boldogsággal kapcsolatos válaszok átlagértékei
a magyar identitással kapcsolatos válaszok szerint, 2021

A továbbiakban az átlagértékek és a kontingenciatáblák vizsgálatán túllépve a logisztikus regresszió *(1. táblázat)* és az úgynevezett kétlépcsős klaszterelemzés *(2. és 3. táblázat)* eredményeit mutatjuk be.

A logisztikus regressziós módszer eredményei

Logisztikus regressziós eredményeink interpretálása meglehetősen összetett. A különböző független változóknál ugyanis eltérhet a szignifikancia attól függően, hogy egyedi vagy együttes a modellbe bevitt hatás, amelyet vizsgálunk. Annak ellenére, hogy logisztikus modelljeink magyarázóereje nem nagy (2,4 és 9,4 százalék között változik), egyedi mintázatok figyelhetők meg az egyes identitáskérdések esetében.

Leginkább az iskolai végzettség, a lakóhely, a gazdasági aktivitás, valamint az élettel való elégedettség esetében találtunk szignifikáns összefüggéseket. Az egyes identitáskérdéseknél az alábbi mintázatok figyelhetők meg. A pozitív tartalmú identitáskérdéseknél (az *1. táblázat*ban a 01–03. és 05–06. állítás) *a magyar sportolók tevékenységére büszke* válaszadók között a fővárosiakhoz képest 30 százalékkal nagyobb valószínűséggel fordultak elő a megyeszékhelyen (1,3), illetve 70 százalékkal nagyobb valószínűséggel a kisebb városokban élők (1,7) és a tanulói jogviszonyban lévők (1,7), valamint kisebb eséllyel, de az életükkel elégedettebbek is (1,1). A *magyar állampolgárságukra büszkék* között a referenciacsoportokhoz viszonyítva 40 százalékkal nagyobb valószínűséggel fordultak elő a községi lakóhelyűek (1,4) és a vallásosabbak (1,4), valamint az idősebb generációk (1,0). Az *ország iránt kifejezetten lojálisak* esetében a gazdaságilag inaktívak, a gyermeknevelési támogatásokban részesülők (például gyes, gyed, gyet) (1,6) és a vallásosak (1,2) esélyhányados-mutatói emelhetők ki. A *Magyarországot más országokhoz képest többre értékelők* esetében a referenciacsoportokhoz képest 60 százalékkal nagyobb valószínűséggel fordultak elő a kistelepülésen (községben) élők (1,6), és 40 százalékkal nagyobb eséllyel a vallásosabbak (1,4), valamint az idősebbek (1,0).

A negatív tartalmú identitáskérdéseknél (az *1. táblázatban* a 04. és 07–08. állítás) az *önkritikus, a magyarságra kevésbé büszke* állítások esetében a referenciacsoportokhoz képest 50 százalékkal nagyobb valószínűséggel fordultak elő a tanulók (1,5), a férfiak (1,1 és 1,2), és 60 százalékkal nagyobb eséllyel a magasabb iskolai végzettségűek (1,6). A városi lakosoknál (az *1.*

táblázatban a 07. és 08. állítás) szintén nagyobb esélye volt (1,7 és 1,4) annak, hogy egyetértettek az adott válasszal. A nyugdíjasok (0,8), a többgyermekesek (0,9) és az életükkel elégedettebbek között ugyanakkor kisebb volt annak valószínűsége, hogy egyetértenek a kérdésben megfogalmazott állítással.

A klaszterelemzés eredményei

A továbbiakban arra teszünk kísérletet, hogy a „kvázi" magyarázó változók közé az egyes identitáskérdéseket bevonva az úgynevezett kétlépcsős klaszterelemzéssel relatíve homogén csoportokat alkossunk, amelyek megerősítik és/vagy kiegészítik eddigi megállapításainkat.

Összefoglalóan elmondható, hogy a létrejött klasztereknél a demográfiai (életkor, családi állapot, gyermekszám) és az anyagi/jövedelmi státusszal összefüggő tényezők (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, szubjektív anyagi helyzet) voltak a legfontosabb prediktor változók, lényegében a fentiek különféle variációja határozta meg az összes klasztert.

A klaszterközéppontok úgynevezett kombinált átlagértékeihez viszonyítva[4] a pozitív tartalmú identitáskérdések esetében (a táblázat oldalrovatában félkövér betűvel kiemelve) az egyes klaszterek értékei 2,68 és 3,47 között változtak, ami azt jelenti,[5] hogy a klaszterbe sorolástól függetlenül a válaszadók inkább egyetértettek a kérdések tartalmával. A negatív tartalmú identitáskérdések esetében (a táblázat oldalrovatában dőlt betűvel kiemelve) többségében (egy klaszter: a 4. állítás 3. klasztere – kivételével) ezzel éppen ellentétes mintázatok voltak megfigyelhetők, az értékek 2,55 és 2,97 között változtak, vagyis a megkérdezettek kevésbé értettek egyet ezekkel a kérdésekkel.

Meglehetősen „visszafogottan" és a módszer miatt[6] kevésbé általánosíthatóan megfogalmazható, hogy a pozitív tartalmú identitáskérdéseknél nagyobb átlagos értékek voltak megfigyelhetők azokban a klaszterekben,

4 Az öt pozitív tartalmú identitáskérdésnél a létrejött klaszterek átlagát tükröző úgynevezett kombinált átlagértékek sorrendben a következők voltak: 3,38; 3,26; 3,03; 2,80; 2,76. A három negatív tartalmú identitáskérdésnél az úgynevezett kombinált átlagértékek sorrendben a következők voltak: 2,97; 2,69; 2,63.

5 Figyelembe véve, hogy a megkérdezettek 1-től 4-ig terjedő skálán értékelhették az adott kérdéssel való egyetértésüket, illetve egyet nem értésüket.

6 Klaszterelemzésnél az adott mintából csak nagyon korlátozottan vonhatók le következtetések a teljes sokaságra vonatkozóan.

amelyekben idősebbek, nyugdíjasok, házasok és/vagy özvegyek, többgyermekesek és kisebb városokban, községekben élők voltak (például 3,5-ös érték az 1–2. állítás 2. klaszterében, 3,2-es érték a 3. állítás 3. klaszterében). A negatív tartalmú identitáskérdéseknél a korábban már jelzett klaszter kivételével nagyobb átlagos értékek voltak megfigyelhetők azokban, amelyekben fiatalabbak, nagyvárosban élők, kevesebb gyermekkel és magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők voltak (például 3,0-ás érték a 4. állítás 2. klaszterében; 2,7-es érték a 7. állítás 1. klaszterében; 2,6-os érték a 8. állítás 1. klaszterében).

Megbeszélés

A három általunk alkalmazott módszert összehasonlítva elmondható, hogy miközben a kontingenciatábla-elemzéseknél és a logisztikus regresszió esetében a társadalomdemográfiai háttérváltozók (nem, életkor, iskolai végzettség, településtípus, családi állapot, gyermekszám) egyedi hatása szignifikánsnak bizonyult, a logisztikus modellbe bevont együttes hatásuk már nem minden esetben volt az, és a klaszterelemzés során – az életkort, az iskolai végzettséget, illetve a gyermekszámot és a családi állapotot kivéve – az identitáskérdésekhez hasonlóan a csoportképző szerepük sem volt markánsnak nevezhető. Másképpen fogalmazva: az egyes társadalomdemográfiai háttérváltozók és az identitáskérdések között van kapcsolat (a társadalomdemográfiai háttér befolyásolja az utóbbiakra adott válaszokat), ha önállóan vizsgáljuk az előbbieket, de ha több magyarázó háttérváltozót egyidejűleg, egy modellben vizsgálunk, akkor ez a kapcsolat – más változók hatására – statisztikai szempontból már nem minden esetben szignifikáns.

Kontingenciatáblák elemzésén alapuló szignifikáns eredményeink szerint a magyar identitással, illetve az ország iránti lojalitással összefüggtek a megkérdezettek mentális elégedettségével kapcsolatos változók. Azok a válaszadók, akik az életükkel elégedettebbek és boldogabbak, büszkébbek voltak a magyar sportolók teljesítményeire és magyar állampolgárságukra is, lojálisabbak az ország iránt, és elutasítóbbak a Magyarországgal kapcsolatos kritikus véleményeket illetően.

A logisztikus regressziós módszeren alapuló eredményeink esetében a magyar identitással kapcsolatos válaszoknál egyes társadalom demog-

ráfiai háttérváltozók (különösen az iskolai végzettség és a lakóhely), valamint a gazdasági aktivitás között találtunk szoros összefüggést, de ezek mellett és részben ezekkel összefüggően szocioökonómiai dimenziók (például az elégedettség és a vallás fontossága) is szignifikáns szerepet játszottak abban, hogy a megkérdezettek hogyan válaszoltak az egyes identitáskérdésekre. Bár más változók (például a nem, az életkor és a gyermekszám) is befolyásolják az identitáskérdésekre adott válaszokat, ebben a modellben a fentiek nagyobb valószínűséggel vannak kapcsolatban azzal, hogy a megkérdezettek egyetértenek vagy sem az adott állítással.

A klaszterek kialakulása során az identitáskérdések nem voltak meghatározó prediktor változók, ugyanakkor a pozitív jellegű állításoknál (Magyarország iránti büszkeség és lojalitás) a válaszadók az átlagosnál nagyobb mértékben értettek egyet velük, míg a negatív, kritikusabb jellegű állításoknál ezzel ellentétes mutatók voltak megfigyelhetők. Az anyagi/egzisztenciális státusz fontos csoportképző szerepe különösen a klaszterelemzés eredményei alapján vált nyilvánvalóvá. A létrejött klaszterekben az előzetes várakozásokkal ellentétben a nem, a lakóhely településtípusa, a vallásgyakorlás jellege, az élettel való elégedettség, sőt az iskolai végzettség sem bizonyult annyira fontos prediktor változónak, mint a meglévő gyermekszám, az életkor, illetve a gazdasági aktivitás és az ezzel is összefüggő jövedelmi helyzet. Nagyon leegyszerűsítve és meglehetősen idejétmúlt kifejezéssel élve úgy tűnik, hogy leginkább a lét határozza meg a tudatot. Erre utal, hogy a különböző klaszterekben jól elkülöníthetők az idősebb, jellemzően többgyermekes, gazdaságilag már kevésbé aktív, alacsony vagy közepes jövedelmi helyzetben élők, illetve a fiatalabb, kevesebb gyermekkel rendelkező, gazdaságilag aktív és jellemzően közepes vagy annál jobb jövedelmi helyzetű csoportok. Korábbi eredményeinkkel összhangban (Antal és Bocz 2022) az idősebb házas és/vagy már özvegy, a többgyermekes, a nem magas jövedelmű és a kisebb településeken (nem nagyvárosban és/vagy községben) élő megkérdezetteket tartalmazó klaszterekben az átlagosnál nagyobb volt a pozitív tartalmú állításokkal egyetértők aránya, míg a kritikusabb állításokkal egyetértők főleg azokban a klaszterekben fordultak elő, amelyekben fiatalabbak, nem házasok, gyermektelenek és magasabb jövedelmű csoportok voltak.

Összefoglalás

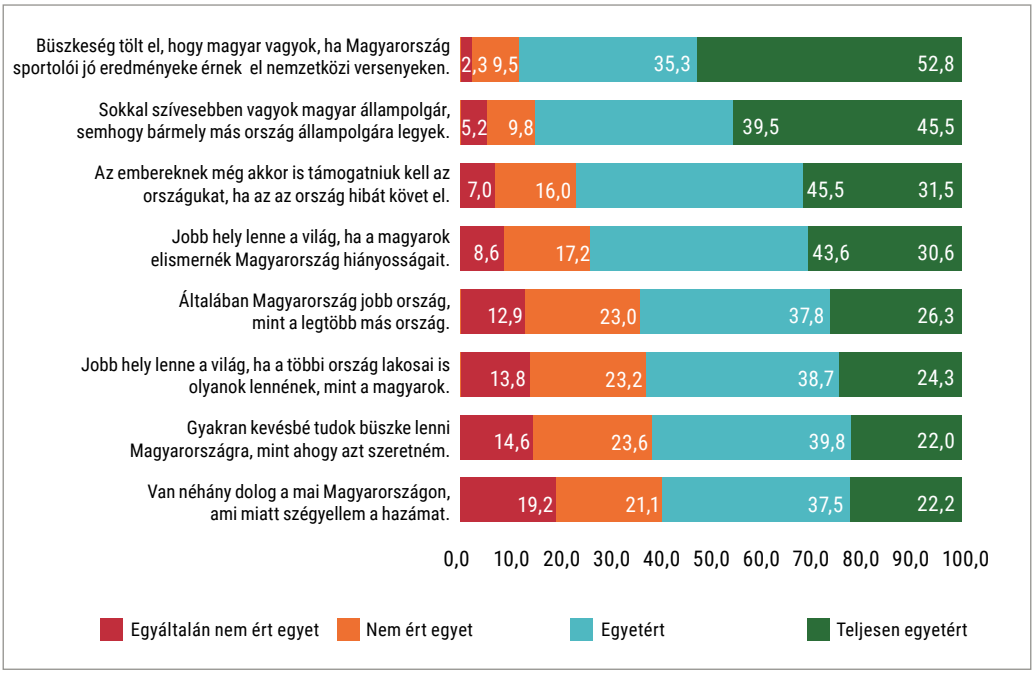
Tanulmányunk célja az volt, hogy összetettebb társadalomstatisztikai módszerek alkalmazásával kiegészítsük, illetve megerősítsük vagy cáfoljuk korábbi elemzésünk eredményeit, tanulságait. Ennek érdekében további változókat vontunk be az identitáskérdések vizsgálatába (személyes elégedettség, boldogság, WHO Well-Being Index), és komplexebb elemző módszereket (ANOVA, logisztikus regresszió, kétlépcsős klaszterelemzés) alkalmaztunk. Eredményeink nem minden esetben voltak szignifikánsak (például WHO-index), vagy módszertani okok miatt alkalmazhatók (például ANOVA), ugyanakkor több esetben megerősítették és alátámasztották korábbi megállapításainkat.

Az identitáskérdésekre adott válaszokat a társadalomdemográfiai és az anyagi/egzisztenciális, illetve a vallásgyakorlással és a mentális jólléttel összefüggő háttértényezők egyaránt befolyásolták. Szerepük és egymáshoz viszonyított relatív súlyuk ugyanakkor eltért attól függően, hogy melyik identitáskérdésről volt szó, és milyen módszerrel, eljárással vizsgáltuk őket.

Korábbi vizsgálatunk (Antal és Bocz 2022) legfontosabb megállapításai közé tartozott, hogy a válaszadók büszkék voltak magyarságukra, lojálisak a hazájukhoz, és egyúttal önkritikusak is vele kapcsolatban. A legnagyobb arányban (88,1%) a magyar sportolók jó teljesítményeire voltak büszkék honfitársaink, ezt szorosan követte a magyar állampolgárságukra büszke válaszadók magas számaránya (85,0%). Figyelemre méltóan magas értékek jellemezték a Magyarország iránti lojalitást is: a válaszadók több mint háromnegyede (77,0%) szerint az országot akkor is támogatni kell, ha az vélt vagy valós hibát követ el. Honfitársainkra ugyanakkor egyfajta önkritikus véleményalkotás is jellemző volt: közel háromnegyedük (74,1%) értett egyet azzal, hogy el kell ismerni hiányosságainkat, és háromötödük nyilatkozott úgy, hogy (61,8%) többször előfordult, hogy kevésbé volt büszke az országra, mint ahogy azt szeretné *(3. ábra)*.

A pozitív jellegű állításoknál – melyek a magyar identitás iránti büszkeséget és a Magyarországgal kapcsolatos lojalitást mérték – az átlagost meghaladó mutatók jellemezték a nőket, az idősebbeket, a kisgyermeket nevelőket, valamint a rendszeres vallásgyakorlókat és a gyermekeseket. A városi és/vagy községi lakóhellyel rendelkezők szintén büszkébbek és lojálisabbak voltak, míg a nagyvárosi válaszadókat átlag alatti

értékek jellemezték. A negatív tartalmú állításoknál a munkanélküliek, a tanulók, a városiak és a nem hívők kritikusabbak voltak, mint más társadalmi csoportok.



Forrás: Kapocs. 21. évf. 1. sz. 84–92.

3. ábra: A magyar identitással kapcsolatos válaszok aránya a teljes sokaságban, 2021

Korábbi és újabb eredményeinket figyelembe véve az egyes identitáskérdések és a különböző háttérváltozók kapcsolata alapján azt találtuk, hogy az idősebb, több gyermekkel rendelkező, városban vagy kisebb településen élő, vallásosabb, az életükkel elégedettebb válaszadók nagyobb valószínűséggel büszkébbek az országra, és lojálisabbak iránta, míg a fiatal, még nem házas, nagyvárosi környezetben élő, és anyagilag jobb helyzetben lévő, kevésbé vallásos válaszadók nagyobb valószínűséggel voltak kritikusabbak a nemzeti identitással kapcsolatos attitűdjeiket illetően. Mindezek jobb megértése érdekében ugyanakkor még további kutatások, elemzések szükségesek, különösen a különböző változócsoportok egymáshoz viszonyított súlya és kapcsolatuk erősségének vizsgálata lenne indokolt.

Táblázatok

Megnevezés	01. Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken.	02. Sokkal szívesebben vagyok magyar állampolgár, semhogy bármely más ország állampolgára legyek.	03. Az embereknek még akkor is támogatniuk kell az országukat, ha az az ország hibát követ el.	04. Jobb hely lenne a világ, ha a magyarok elismernék Magyarország hiányosságait.	05. Általában, Magyarország jobb ország, mint a legtöbb más ország.	06. Jobb hely lenne a világ, ha a többi ország lakosai is olyanok lennének, mint a magyarok.	07. Gyakran kevésbé tudok büszke lenni Magyarországra, mint ahogy azt szeretném.	08. Van néhány dolog a mai Magyarországon, ami miatt szégyellem a hazámat.
Model Sig.	,000	,000	,000	,000	0,000	,000	,000	,000
Nagelkerke R Square	,023	,059	,053	,024	,094	,070	,055	,041
Percentage Correct	88,2	85,0	77,0	74,4	66,3	65,8	62,1	60,8
A modellben szignifikáns (p ≤ 0,05) változók Exp(β) értékei								
Nem (férfi)		0,860			0,879		1,114	1,208
Iskolai végzettség (szakmunkás, szakiskola)		0,632	0,802				1,431	1,337
Iskolai végzettség (érettségi)		0,535	0,724		0,609	0,725	1,458	1,422
Iskolai végzettség (diploma)			0,671		0,508	0,602	1,599	1,565
Lakóhely (megyeszékhely)	1,295		0,659	0,663	0,740	0,640	1,670	1,207
Lakóhely (egyéb város)	1,705				1,303		1,763	1,361
Lakóhely (község)		1,368			1,564	1,263	1,255	

Gazdasági aktivitás (vállalkozó)	0,683	0,560	0,536	0,721	0,619	0,728		
Gazdasági aktivitás (munkanélküli)		0,510			0,695	0,544		
Gazdasági aktivitás (nyugdíjas)						0,779	0,802	0,801
Gazdasági aktivitás (tanuló)	1,678			1,534				
Gazdasági aktivitás (csed, gyed, gyes, gyet)			1,603					
Gazdasági aktivitás (egyéb)						0,551		
Mennyire fontos Önnek mindennapi életvitelében a vallás?		1,359	1,202		1,402	1,457		
Életkor		1,012	1,012		1,013	1,008		
Gyermekszám		0,932					0,926	0,931
Az élettel való elégedettség	1,083	1,055	1,063	0,903	1,060		0,849	0,878

Megjegyzések: A táblázatban félkövér betűvel kiemelve jeleztük a pozitív és dőlt betűvel a negatív tartalmú identitáskérdéseket (függő változók), illetve a modellbe bevont kategoriális és metrikus (független) változókat. Az adatot nem tartalmazó mezőknél az adott eredmények nem voltak szignifikánsak (p > 0,05). A független változók egyedi hozzájárulásának, illetve a hozzájárulás valószínűségének a konfidenciaintervalluma (CI for exp[β]) 95 százalék volt. A referenciacsoportok a kategoriális független változóknál a következők voltak: nem (nő), iskolai végzettség (≤ nyolc általános iskolai osztály), lakóhely (Budapest), gazdasági aktivitás (dolgozik, de nem vállalkozó), vallás (egyáltalán nem fontos számára a vallás).
Nagelkerke R Square: Az adott modell úgynevezett magyarázóereje. Azt jelzi, hogy a független változók kombinációja mekkora részt magyaráz a függő változó varianciájából.
Percentage Correct: Az összes helyesen kategorizált eset aránya. Azt mutatja meg, hogy például a fenti „Általában Magyarország…" kérdés esetében a modell az esetek 66,3 százalékát tudta helyesen kategorizálni a független változó alapján.
Exp(β): *Azt jelzi, hogy az egyes értékek mennyivel javítják a becslést. Például az első oszlopban a 1,295-ös érték a lakóhely (megyeszékhely) esetében azt jelenti, hogy ha tudjuk, hogy megyeszékhelyen van a kérdezett lakóhelye, akkor ez 29 százalékkal javítja annak esélyét, hogy helyesen kategorizáljuk az adott identitáskérdésre adott választ.*

1. táblázat: A logisztikus regressziós modellek eredményei

Megnevezés (a klaszterbe került esetek száma)	Klaszter 01 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Klaszter 02 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Klaszter 03 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Prediktor változók (csökkenő fontossági sorrendben)
1. állítás Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken. (n = 6605)	**(78,8%)** Jellemzők: nők: 52%; átlagéletkor: 43 év; nagyvárosban él: 43%; házas: 48%; gyermekszám: 1,14; iskolai végzettség: 64% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 74% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 34% tűrhető; mennyire elégedett az életével: 7,42; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 45%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,36.	**(21,2%)** Jellemzők: nők: 50%; átlagéletkor: 68 év; egyéb városban él: 40%; házas: 50%; gyermekszám: 2,12; iskolai végzettség: 94% < érettségi; gazdasági aktivitás: 83% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 64% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,21; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 48%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,47.		Életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, iskolai végzettség, gyermekszám, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, a vallás fontossága, településtípus, nem
2. állítás Sokkal szívesebben vagyok magyar állampolgár, semhogy bármely más ország állampolgára legyek. (n = 6532)	**(74,4%)** Jellemzők: nők: 51%; átlagéletkor: 41 év; nagyvárosban él: 41%; házas: 48%; gyermekszám: 1,14; iskolai végzettség: 60% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 80% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,39; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 45%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,18.	**(25,3%)** Jellemzők: nők: 56%; átlagéletkor: 70 év; egyéb városban él: 37%; házas: 50%; gyermekszám: 1,96; iskolai végzettség: 70% < érettségi; gazdasági aktivitás: 93% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 56% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,49; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 48%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,47.		Életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, gyermekszám, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, településtípus, nem
3. állítás Az embereknek még akkor is támogatniuk kell az országukat, ha az az ország hibát követ el. (n = 6490)	**(44,1%)** Jellemzők: nők: 56%; átlagéletkor: 47 év; nagyvárosban él: 41%; házas: 81%; gyermekszám: 1,70; iskolai végzettség: 58% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 86% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% tűrhető; mennyire elégedett az életével: 7,42; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 42%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,02.	**(31,2%)** Jellemzők: férfiak: 56%; átlagéletkor: 33 év; nagyvárosban él: 41%; nőtlen/hajadon: 100%; gyermekszám: 0,36; iskolai végzettség: 61% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 73% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 36% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,34; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 49%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,92.	**(24,7%)** Jellemzők: nők: 55%; átlagéletkor: 70 év; egyéb városban él: 37%; házas: 52%; gyermekszám: 1,95; iskolai végzettség: 70% < érettségi; gazdasági aktivitás: 95% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 56% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,47; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 47%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,18.	Gyermekszám, életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, nem, településtípus
4. állítás Jobb hely lenne a világ, ha a magyarok elismernék Magyarország hiányosságait. (n = 6325)	**(44,6%)** Jellemzők: nők: 56%; átlagéletkor: 47 év; nagyvárosban él: 41%; házas: 81%; gyermekszám: 1,70; iskolai végzettség: 58% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 84% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% tűrhető; mennyire elégedett az életével: 7,45; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 42%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,95.	**(30,8%)** Jellemzők: férfiak: 57%; átlagéletkor: 32 év; nagyvárosban él: 42%; nőtlen/hajadon 100%; gyermekszám: 0,31; iskolai végzettség: 63% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 75% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,33; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 49%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,97.	**(24,6%)** Jellemzők: nők: 54%; átlagéletkor: 70 év; egyéb városban él: 35%; házas: 51%; gyermekszám: 1,95; iskolai végzettség: 70% < érettségi; gazdasági aktivitás: 93% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 54% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,47; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 46%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,00.	Gyermekszám, életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, nem, településtípus

2. táblázat: A kétlépcsős klaszterelemzés eredményei

Megnevezés (a klaszterbe került esetek száma)	Klaszter 01 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Klaszter 02 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Klaszter 03 (a klaszterbe került esetek aránya, %)	Prediktor változók (csökkenő fontosági sorrendben)
5. állítás Általában Magyarország jobb ország, mint a legtöbb más ország. (n = 6399)	**(44,3%)** Jellemzők: nők: 55%; átlagéletkor: 47 év; nagyvárosban él: 41%; házas: 82%; gyermekszám: 1,69; iskolai végzettség: 58% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 85% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% tűrhető; mennyire elégedett az életével: 7,42; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 42%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,76.	**(31,6%)** Jellemzők: férfiak: 56%; átlagéletkor: 33 év; nagyvárosban él: 41%; nőtlen/hajadon: 98%; gyermekszám: 0,36; iskolai végzettség: 61% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 72% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 36% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,30; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 49%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,68.	**(24,1%)** Jellemzők: nők: 55%; átlagéletkor: 70 év; egyéb városban él: 36%; házas: 51%; gyermekszám: 1,97; iskolai végzettség: 70% < érettségi; gazdasági aktivitás: 96% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 55% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,51; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 47%; az identitáskérdés átlagértéke: 3,02.	Gyermekszám, életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, nem, településtípus
6. állítás Jobb hely lenne a világ, ha a többi ország lakosai is olyanok lennének, mint a magyarok. (n = 6374)	**(44,1%)** Jellemzők: nők: 55%; átlagéletkor: 46 év; nagyvárosban él: 41%; házas: 82%; gyermekszám: 1,70; iskolai végzettség: 57% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 84% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% tűrhető; mennyire elégedett az életével: 7,47; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 42%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,71.	**(30,1%)** Jellemzők: férfiak: 57%; átlagéletkor: 33 év; nagyvárosban él: 42%; nőtlen/hajadon: 100%; gyermekszám: 0,26; iskolai végzettség: 64% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 75% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,31; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 50%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,70.	**(25,8%)** Jellemzők: nők: 56%; átlagéletkor: 69 év; egyéb városban él: 36%; házas: 48%; gyermekszám: 1,94; iskolai végzettség: 69% < érettségi; gazdasági aktivitás: 89% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 55% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,47; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 47%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,91.	Gyermekszám, életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, iskolai végzettség, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, a vallás fontossága, az élettel való elégedettség, nem, településtípus
7. állítás Gyakran kevésbé tudok büszke lenni Magyarországra, mint ahogy azt szeretném. (n = 6546)	**(75,7%)** Jellemzők: nők: 51%); átlagéletkor 41 év; nagyvárosban él: 42%; házas 47%; gyermekszám 1,13; iskolai végzettség: 60% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 80% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% nehéz; mennyire elégedett az életével 7,39; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 45%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,72.	**(24,3%)** Jellemzők: nők: 54%; átlagéletkor: 70 év; egyéb városban él: 37%; házas: 52%; gyermekszám: 1,99; iskolai végzettség: 71% < érettségi; gazdasági aktivitás: 95% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 56% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,46; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 47%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,62.		Életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, gyermekszám, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, településtípus, nem
8. állítás Van néhány dolog a mai Magyarországon, ami miatt szégyellem a hazámat. (n = 6582)	**(74,6%)** Jellemzők: nők: 51%; átlagéletkor 41 év; nagyvárosban él: 42%; házas: 48%; gyermekszám: 1,13; iskolai végzettség: 60% ≥ érettségi; gazdasági aktivitás: 81% dolgozik; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 35% nehéz; mennyire elégedett az életével: 7,39; mennyire fontos életében a vallás: nem fontos 45%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,65.	**(25,4%)** Jellemzők: nők: 55%; átlagéletkor: 69 év; egyéb városban él: 37%; házas: 51%; gyermekszám: 1,97; iskolai végzettség: 70% < érettségi; gazdasági aktivitás: 93% nyugdíjas; háztartás szubjektív anyagi helyzete: 56% nehéz; mennyire elégedett az életével: 6,48; mennyire fontos életében a vallás: kissé fontos 47%; az identitáskérdés átlagértéke: 2,55.		Életkor, családi állapot, gazdasági aktivitás, gyermekszám, iskolai végzettség, a vallás fontossága, a háztartás szubjektív anyagi helyzete, az élettel való elégedettség, településtípus, nem

3. táblázat: A kétlépcsős klaszterelemzés eredményei

Felhasznált irodalom

Antal István, Bocz János (2022) Nemzeti identitás: büszkeség, lojalitás, önkritika. *Kapocs.* 21. évf. 1. sz. 84–92.

Csepeli György, Örkény Antal (1998) Nemzetközi összehasonlító szociológiai vizsgálat a nemzeti identitásról. *Szociológiai Szemle.* 3. sz. 3–36.

Fukuyama, Francis (2018) Why National Identity Matters. *Journal of Democracy.* Vol. 29. (4): 5–15.

Hall, Stuart (1997) A kulturális identitásról. In: Feischmidt Margit (szerk.) *Multikulturalizmus.* Budapest: Osiris. 68–75.

Kollai István (2020) Nemzetek létezése. Túl az érdekeken. Érzelmi és értelmi motívumok a nemzeti identitások kialakulásában. *Politikatudományi Szemle.* 29. évf. 3. sz. 31–50.

Koller Boglárka (2016) Identify patterns in East-Central Europe in a comparative perspective. *Journal of Comparative Politics.* Vol. 9. (2): 85–98.

Nagy Tímea, Pári András, Uhljár Péter, Ferkis Anna és Horváth-Varga Anikó (2022) A nemzeti identitást feltáró kutatás. In: Péti Márton, Ress Boglárka (szerk.) *Multidiszciplináris tanulmánykötet a Kárpát-medencei magyarság helyzetéről.* Budapest: Nemzetstratégiai Kutatóintézet. (Megjelenés alatt.)

Palánkai, Tibor (2013) European integration, national and ethnic identities and Central Europe. In: Miszlivetz, Ferenc, Jody Jensen (szerk.) *Global Challenges – European and Local Answers. The rise of glocality in Europe.* Szombathely: Savaria University Press. 115–140.

Renan, Ernest (1995) Mi a nemzet? In: Bretter Zoltán, Deák Ágnes (szerk.) Eszmék a politikában: a nacionalizmus. Pécs: Tanulmány Kiadó. 171–187.

Simonovits Bori (2014) Nemzeti identitás, kisebbségek és társadalmi konfliktusok. A magyar társadalom attitűdjeinek alakulása 1992 és 2014 között. In: Kolosi Tamás, Tóth István György (szerk.) *Társadalmi Riport 2014.* Budapest: Tárki. 404–431.

Smith, Anthony D. (2004) A nemzetek eredete. In: Kántor Zoltán (szerk.) *Nacionalizmuselméletek.* Budapest: Rejtjel Kiadó. 204–229.

Székely Levente (2014) (szerk.) *Magyar identitás határon innen és túl – Új Ifjúsági Szemle.* Budapest: Új Ifjúsági Szemle Alapítvány.

Szirmai Éva, Újvári Edit (2009) (szerk.) *Nemzetiségi – nemzeti – európai identitás.* Szeged: SZTE JGYPK Felnőttképzési Intézet.

Nagy Tímea, Horváth-Varga Anikó

A fiatal felnőttek boldogságának és elégedettségének vizsgálata

Bevezetés

A hétköznapi szóhasználatban a jóllétet sokszor szinonimaként használjuk a boldogságra és az élettel való elégedettségre, illetve egyes felmérések az életminőséggel állítják párhuzamba. Des Gasper (2010) azonban úgy fogalmaz, hogy ezzel a megközelítéssel figyelmen kívül hagyjuk a jóllét sokrétűségét. Az elmúlt század és a jelenkor kutatói sem vélekednek egységesen arról, hogy pontosan milyen tényezők határozzák meg a jóllétet. Azonban ennek mérése, a fogalom konceptualizálása hozzásegítheti a közpolitikát, hogy növelje vagy akár maximalizálja a közösségi jóllétet (Koós 2018).

Elemzésünkben, amely a 18 és 40 év közötti fiatal felnőttekre koncentrál, arra a kérdésre keressük a választ, hogy milyen tényezők befolyásolják a boldogságot és az élettel való elégedettséget. A téma relevanciáját az adja, hogy a legfontosabb értéknek – az 1988-as, 1995-ös, 2002-es és 2006-os Hungarostudy felmérések szerint (Kopp és Skrabski 2020) – a magyar emberek a boldogságot tartják.

Szakirodalmi áttekintés

A jóllét fogalmára, interdiszciplináris jellegéből fakadóan, nehezen adható általános meghatározás. Alapvetően olyan többdimenziós konstrukcióról van szó, amely pszichológiai, fizikai és szociális tényezőket is magában foglal. Nincs konszenzus arra vonatkozóan, hogy a jóllét milyen komponensekből épül fel, s ezek milyen viszonyban vannak egymással (Róbert, Szabó és Széll 2020). Richard M. Ryan és Edward L. Deci szerint a jóllét vizsgálatánál egymástól elkülönülő, ugyanakkor egymást átfedő paradigmákat lehet megkülönböztetni, amelyek a filozófiából erednek. Az egyik a jóllét „hedonisztikus" értelmezése, amelyet az élvezetek, a negatív hangulat hiánya jellemez, és amelynek esetében az egyén személyes jóllétének megélése kerül a középpontba. A másik megközelítés az „eudaimonikus" felfogás, mely szerint a jóllét túlmutat a boldogságon, fontos

része a személyes fejlődés, valamint a teljesség érzése (Ryan és Deci 2001). A társadalmi tőkén alapuló jólléti paradigmák különválasztják ezt a két irányzatot, és az eudaimonikus boldogságra fókuszálnak. Az említett két fogalom szolgál alapul a jóllét szubjektív és pszichológiai megközelítéséhez (Kahneman, Diener és Schwarz 1999), amelyre a jelen tanulmány elméleti kerete is épül. Diener (1984) szerint a szubjektív jóllét a megélt boldogság-, illetve elégedettségérzetre utal, a pszichológiai jóllét fogalma pedig a pozitív pszichológiai irányzathoz tartozik, s magában foglalja a személyes fejlődést, a motivációkat, illetve a másokkal való kapcsolatot.

Feltételezések szerint a jóllétet a legnagyobb mértékben egy ország GDP-je, illetve az egyén anyagi helyzete befolyásolja. A gazdasági fejlődés hatására azonban nem várt ellentmondások kerültek felszínre ezzel kapcsolatban. Az Easterlin-paradoxon volt az egyik első olyan elmélet, amely ezt a kapcsolatot kritizálta. Richard A. Easterlin szerint bár egy adott országban a gazdagabbak általában elégedettebbek az életükkel, s boldogabbnak mondják magukat a szegényebbeknél, a gazdasági növekedés nem vagy nem feltétlenül mutat összefüggést az emberek boldogságérzetével. A paradoxon kimondja, hogy a jólléti államokban élők nem vagy nem feltétlenül boldogabbak, mint a szegényebb országok lakói az alapvető szükségleteik kielégítését követően (Easterlin 1974).

Manapság a nemzetközi és a hazai kutatások is a társas kapcsolatok és a társadalmi tőke fontosságát hangsúlyozzák a jóllétről szólva. A társadalmi tőke mint fogalom az elmúlt néhány évtizedben vált a szociológiai látásmód központi elemévé. Fontos megállapítása a témáról szóló kutatásoknak, hogy a bizalmon és együttműködésen alapuló emberi kapcsolatok hálózata jelentős társadalmi erőforrás és az emberi jóllét, boldogság lényegi összetevője (Skrabski, Kopp és Kawachi 2003).

Kovács Éva és munkatársai (2013) azt vizsgálták, hogy vajon a házasság ténye önmagában védőfaktort jelent-e, vagy esetleg érdemes a házasság minősége szempontjából is vizsgálni az adatokat. Tanulmányukban megkülönböztettek jó és rossz házasságban/párkapcsolatban élőket. Eredményeik alapján elmondható, hogy a jó házasságban vagy jó párkapcsolatban élők egészségesebbek, rossz házasság/párkapcsolat esetén pedig szignifikánsan nagyobb a depresszió és a szorongás esélye. A korábbi Hungarostudy felmérésekben a jó házasságon túl vizsgálták az

anómia, a koherencia, a munka és a család egyensúlya, valamint a társas támogatás szerepét a boldogság és elégedettség viszonylatában. Skrabski és munkatársai (2004) tanulmányukban megemlítik az Antonovsky-féle szalutogenezis-modellt, amely szerint az egészséget csak rendszerszinten értelmezhetjük; meghatározó a koherencia élménye, amely biztosítja a harmóniát és az egyensúlyt. A tanulmány kitér arra is, hogy a koherenciamutató az egészségi állapot fontos előrejelzője: az átlag feletti koherenciával rendelkezők közel tízszer nagyobb eséllyel minősítették az egészségüket jónak vagy kiválónak, mint rossznak vagy nagyon rossznak, illetve 4,6-szer nagyobb az esélye körükben a jó életminőségnek. Az értékvesztést és kilátástalanságot jelző anómiamutatók pedig az életminőség jelentős romlásával járnak együtt (Kopp, Skrabski és Rózsa 2008).

Módszerek

Statisztikai módszerek

Kutatásunk célja annak megállapítása, hogy mely tényezők befolyásolják a boldogságot és az élettel való elégedettséget. Az elemzés során a Hungarostudy 2006-os, 2013-as és 2021-es adatbázisait használtuk fel, közülük is elsősorban a 2021-es adatokra koncentráltunk. Kutatásunk mintáját a 18–40 éves korosztályra szűkítettük le. Az adatelemzést az SPSS 23-as statisztikai csomaggal végeztük, a jóllétmutatók közötti összefüggéseket pedig egy szempontos varianciaanalízissel, illetve stepwise regresszióval mutattuk ki. Az elemzés első részében a három adatfelvételi időpontot hasonlítottuk össze különböző szociodemográfiai változók szerint a boldogság és az élettel való elégedettség mentén. Utána a 2021-es adatbázist használtuk a regressziós modellhez, amelyben a szubjektív jóllét mutatóit hasonlítottuk össze a pszichológiai jólléthez kapcsolódó mutatókkal és a szociodemográfiai változókkal.

Mérőeszközök

Függő változók:

Boldogság: Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát? (1-től 10-ig terjedő skálán)

Az élettel való elégedettség: Egészében véve mennyire elégedett mostanában az életével? (1-től 10-ig terjedő skálán)

A kiinduló modellben szereplő független változók:

- *Szociodemográfiai mutatók:* nem, kor, iskolai végzettség, gyermekszám, anyagi helyzet, családi állapot,[1] munkaerőpiaci helyzet, a kapcsolat minősége.[2]
- *Anómia Skála:* az anómiakérdések a céltalanságot és az értékvesztettséget mérik négytételes, négyfokú Likert-skálán.
- *Beck-féle Depresszió Skála:* a kilenctételes, négyfokú Likert-skálával rendelkező Rövidített Beck Depresszió Kérdőív lehetővé teszi a depressziós tünetek súlyosságának megítélését.
- *Munka–család Konfliktus Kérdőív:* tíz kérdéssel méri a család és a munka egyensúlyát, négyfokú Likert-skálán.
- *Észlelt Stressz Skála:* tíztételes, ötfokú Likert-skála.
- *Házastársi Stressz Skála:* öttételes, kétfokú skála, amely a párkapcsolat minőségét jellemzi.
- *Multidimenzionális Társas Támogatás Kérdőív:* tíztételes, ötfokú Likert-skálán méri a társas kapcsolatok meglétét.
- *Koherenciaérzés Skála:* a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívből; nyolctételes, háromfokú Likert-skálán méri a személy kihívásokkal szemben meglévő válaszképességét, illetve azt, hogy az egyén az életének megfelelő jelentőséget tulajdonít-e.
- *WHO Általános Jóllét Skála:* öttételes, négyfokú Likert-skálán méri a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló jellemzését.

1 A tanulmányban használt családiállapot-változót a kérdőívekben szereplő, a családi állapotra vonatkozó kérdés alapján hoztuk létre olyan módon, hogy az első kategóriába tartoznak azok a válaszadók, akik házasok, és a házastársukkal élnek, illetve azok, akik házasok, de egyedül élnek). A második kategóriába tartozik mindenki, aki élettársi kapcsolatban él (minden olyan hajadon, házas, özvegy és elvált válaszadó, aki az élettársi kapcsolatot jelölte). A harmadik kategóriába azok a hajadonok, özvegyek és elváltak tartoznak, akik nem házasok, és élettársi kapcsolatban sem élnek.

2 A Házastársi Stressz Kérdőívet, a családi állapotot és a „Van-e jelenleg párkapcsolata?" kérdést összevonva született meg a párkapcsolat minőségét mutató változó. A Házastársi Stressz Kérdőívet tekintve azoknak van jó kapcsolatuk, akik összevonva az öt kérdésre összesen legfeljebb 1 pontot adtak; a 2-től 5-ig terjedő érték a rossz párkapcsolatot jelenti. Így három kategória jött létre: a jó párkapcsolatban élők (amely tartalmazza azokat a házasokat, élettársi kapcsolatban, illetve kapcsolatban élőket, akiknek jó a kapcsolatuk a párjukkal), a rossz párkapcsolatban élők (amely tartalmazza azokat a házasokat, élettársi kapcsolatban, illetve kapcsolatban élőket, akiknek rossz a kapcsolatuk a párjukkal) és a nincs kapcsolata (akik arra a kérdésre, hogy van-e párkapcsolata, azt válaszolták, hogy nincs).

Eredmények

Az alminta demográfiai megoszlása

A 2021-es adatbázis almintájának[3] szociodemográfiai összetétele alapján a férfiak (51,2%) és nők (48,8%) aránya azonosnak mondható. Az alminta fele (54,8%) harmincegy év alatti fiatal. A 18–40 évesek 25,3 százaléka házas, további 26,1 százalék pedig élettársi kapcsolatban él. Az almintába tartozó válaszadók kétharmada (65,1%) középfokú végzettséggel rendelkezik, 10,6 százalék az alapfokú és 24,3 százalék a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya. A válaszadók 34,7 százalékának van gyermeke. Az egygyermekesek aránya 14,0 százalék, a kétgyermekeseké 14,9 százalék, a három vagy több gyermekeseké pedig 5,9 százalék. Az almintába tartozó válaszadók 61,9 százaléka inkább jó anyagi helyzetűnek vallotta magát.

Boldogság és az élettel való elégedettség az elmúlt tizenöt év során

2006 és 2021 között mind a boldogság, mind az elégedettség mértéke javult a 18–40 évesek körében *(1. táblázat)*. Az emelkedés nem volt folyamatos, 2006 és 2013 közt csökkenés figyelhető meg, utána 2021-ig jelentős növekedést mértek a Hungarostudy kutatások. Utóbbi időszakban a növekedés olyan mértékű volt, hogy a legfrissebb adatfelvétel alapján a boldogság és az elégedettség meghaladja a 2006-os értéket is. A boldogság szintje 7,60-ról 7,46-ra, majd 7,88-ra változott, míg az elégedettség szintje 7,21-ről 6,97-ra csökkent, majd 7,67-re emelkedett. A változás mind az egymást követő adatfelvételek, mind a 2006 és 2021 közt mért értékek esetén szignifikáns ($p \leq 0{,}01$).

18–40 évesek	2006 (n = 1906)	2013 (n = 831)	2021 (n = 2000)
Boldogság	7,60 (1,90)	7,46 (1,96)	7,88 (1,82)
Elégedettség	7,21 (1,97)	6,97 (2,08)	7,67 (1,97)

1. táblázat: A boldogság és elégedettség átlaga (és szórása) a 18–40 évesek körében

A 2021-es adatok alapján elmondható, hogy a nők szignifikánsan boldogabbak (nők: 8,02; férfiak: 7,74) és elégedettebbek (nők: 7,75; férfiak: 7,52), mint a férfiak. Az iskolai végzettséget vizsgálva azt látjuk, hogy minél

3 A tanulmány azért foglalkozik csak az almintával, mert a Házastársi Stressz Skála csupán a 18–40 évesek körében lett lekérdezve.

magasabb valakinek a végzettsége, annál boldogabb és annál elégedettebb az életével. 2021-ben az alapfokú végzettséggel rendelkezők 7,40-re, a felsőfokúak pedig 7,96-ra értékelték az elégedettségüket. 2006-ban és 2013-ban a fiatalok (18–30 évesek) elégedettebbnek és boldogabbnak mondták magukat, mint a 31 és 40 év közöttiek, 2021-re a különbség már nem szignifikáns a boldogság tekintetében. Az életkor előrehaladtával viszont csökken az elégedettség és a boldogság szintje is *(2. táblázat).*

18–40 évesek	Egészében véve mostanában mennyire elégedett az életével?			Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?		
	2006* (n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)	2006* (n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)
Férfi	7,13 (CI = 6,99–7,27)	6,83 (CI = 6,63–7,03)	7,52 (CI = 7,40–7,65)	7,57 (CI = 7,43–770)	7,29 (CI = 7,10–7,48)	7,74 (CI = 7,63–7,85)
Nő	7,27 (CI = 7,15–7,39)	7,11 (CI = 6,91–7,31)	7,75 (CI = 7,63–7,87)	7,63 (CI = 7,52–7,75)	7,64 (CI = 7,46–7,83)	8,02 (CI = 7,91–8,13)
Szignifikancia-szint	P = 0,136	P = 0,051	P = 0,010*	P = 0,472	P = 0,009**	P = 0,001**
18–30 éves	7,45 (CI = 7,33–7,56)	7,29 (CI = 7,11–7,46)	7,72 (CI = 7,60–7,83)	7,78 (CI = 7,67–7,89)	7,75 (CI = 7,58–7,91)	7,94 (CI = 7,83–8,04)
31–40 éves	6,82 (CI = 6,67–6,96)	6,53 (CI = 6,31–6,75)	7,54 (CI = 7,41–7,66)	7,31 (CI = 7,17–7,46)	7,09 (CI = 6,89–7,29)	7,8 (CI = 7,68–7,92)
Szignifikancia-szint	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,043*	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,100
Alapfokú végzettségű	6,86 (CI = 6,63–7,10)	6,37 (CI = 6,05–6,69)	7,4 (CI = 7,11–7,70)	7,44 (CI = 7,31–7,66)	7,11 (CI = 6,79–7,42)	7,89 (CI = 7,62–8,16)
Középfokú végzettségű	7,26 (CI = 7,15–7,36)	7,05 (CI = 6,87–7,22)	7,56 (CI = 7,45–7,67)	7,63 (CI = 7,52–7,73)	7,5 (CI = 7,34–7,66)	7,8 (CI = 7,70–7,90)
Felsőfokú végzettségű	7,49 (CI = 7,23–7,76)	7,6 (CI = 7,27–7,93)	7,96 (CI = 7,79–8,06)	7,81 (CI = 7,55–8,07)	7,89 (CI = 7,34–7,66)	8,06 (CI = 7,91–8,21)
Szignifikancia-szint	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,083	P = 0,002**	P = 0,027*

*Megjegyzés: $p \leq 0{,}000$; * $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$; *** $p \leq 0{,}001$*

2. táblázat: A boldogság és elégedettség a nem, a korcsoport és iskolai végzettség demográfiai változók mentén[4*]

4 Azokat a változókat, amelyek több kategóriából állnak, post-hoc teszttel is megvizsgáltuk (Games–Howell). A szignifikáns eredmények megállapítása 95 százalékos konfidencia-intervallumon történt.

A családi állapot változókat aszerint hoztuk létre, hogy az adott válaszadó házas, vagy élettársi kapcsolatban él-e. A 2021-es évet vizsgálva az látható, hogy a házasok voltak a legelégedettebbek (8,00) és legboldogabbak (8,32), legkevésbé pedig azok a válaszadók bizonyultak elégedettnek az életükkel, akiknek nincs élettársuk (7,39). Games–Howell post-hoc teszttel is megvizsgáltuk a családi állapotot, és azt látjuk, hogy szignifikáns különbség nem mutatható ki az élettársi kapcsolatban élők és a házasok között, az egyedül élők azonban szignifikánsan különböznek mind a házasoktól, mind az élettársi kapcsolatban élőktől. A 2021-es adatok alapján azok a válaszadók, akik stabil és kiegyensúlyozott kapcsolatban élnek, szignifikánsan boldogabbak (8,44; 7,63; 7,26) és elégedettebbek (8,09; 7,55; 7,12) a rossz kapcsolatban élőkhöz és azokhoz képest is, akik nem élnek együtt a párjukkal *(3. táblázat).*

A kisgyermekek nevelése valódi örömforrást jelent a családok számára. A 2021-es adatok alapján elmondható, hogy a cseden, gyesen, gyeden, gyeten lévő válaszadók (a továbbiakban: kisgyermeket nevelők) rendkívül magasra, 8,44-re értékelték a saját boldogságukat. Ha a gyermekek száma alapján szeretnénk különbséget tenni a válaszadók között, az látható, hogy a kétgyermekes családok tartják magukat összességében a legboldogabbnak (8,09). Továbbá fontos kiemelni, hogy a gyermekesek (függetlenül a gyermekek számától) boldogabbnak vallották magukat, mint azok a 18–40 évesek, akiknek még nincs gyermekük. Az anyagi helyzetet vizsgálva azt láthatjuk, hogy a jó anyagi helyzetben lévők boldogabbak (8,25; 7,19) és elégedettebbek (8,13; 6,77), mint azok, akik negatívan nyilatkoztak az anyagi helyzetükről *(4. táblázat).*

A szubjektív jóllét és a pszichológiai jóllét közötti kapcsolat

A 2021-es adatbázison megvizsgáltuk a szubjektív jóllét változóinak kapcsolatát a pszichológiai jóllétet mérő változókkal, valamint a szubjektív anyagi helyzettel. A kiinduló modellbe bekerült az Anómia Skála, a Beck-féle Depressziós Skála, a Munka–család Konfliktus Kérdőív, az Észlelt Stressz Skála, a Koherenciaérzés Skála, a WHO Általános Jóllét Skála, a Multidimenzionális Társas Támogatás Kérdőív és a szubjektív anyagi helyzet változó.

A boldogság esetében hat változó maradt a végleges modellben. A társas támogatás és az észlelt stressz mutatja a legerősebb összefüggést a boldogsággal, de a szubjektív anyagi helyzet is meghatározó. A WHO Jóllét Index, a koherencia és az anómia, habár hatásuk szignifikáns, kevésbé határozzák meg a boldogságot *(5. táblázat).*

18–40 évesek	Egészében véve mostanában mennyire elégedett az életével?			Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?		
	2006* (n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)	2006* (n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)
Házas	7,17 (CI = 7,03–7,31)	6,92 (CI = 6,65–7,20)	8,00 (CI = 7,85–8,15)	7,7 (CI = 7,57–7,83)	7,56 CI = 7,30–7,82)	8,32 (CI = 8,19–8,46)
Élettársal él	7,03 (CI = 6,71–7,36)	6,8 (CI = 6,50–7,11)	7,73 (CI = 7,58–7,88)	7,81 (CI = 7,51–8,12)	7,78 (CI = 7,52–8,03)	8,04 (CI = 7,90–8,19)
Egyedül élő (lehet párkapcsolata)	7,26 (CI = 7,13–7,39)	7,05 (CI = 6,85–7,25)	7,39 (CI = 7,26–7,53)	7,47 (CI = 7,34–7,60)	7,25 (CI = 7,05–7,44)	7,55 (CI = 7,43–7,67)
Szignifikancia-szint	P = 0,349	P = 0,377	P = 0,000***	P = 0,018*	P = 0,004*	P = 0,000***
Jó kapcsolat	7,23 (CI = 7,08–7,37)	7,18 (CI = 6,96–7,41)	8,09 (CI = 7,95–8,22)	7,8 (CI = 7,66–7,93)	8,00 (CI = 7,80–8,20)	8,44 (CI = 8,31–8,56)
Rossz kapcsolat	6,61 (CI = 6,20–7,02)	6,25 (CI = 5,75–6,74)	7,55 (CI = 7,25–7,85)	6,94 (CI = 6,56–7,32)	6,77 (CI = 6,32–7,23)	7,63 (CI = 7,37–7,90)
Nincs kapcsolata	7,28 (CI = 7,15–7,41)	7,02 (CI = 6,78–7,27)	7,12 (CI = 6,96–7,27)	7,48 (CI = 7,35–7,61)	7,18 (CI = 6,94–7,42)	7,26 (CI = 7,11–7,40)
Szignifikancia-szint	P = 0,003**	P = 0,002**	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***
Nincs gyermek	7,35 (CI = 7,22–7,49)	7,25 (CI = 7,08–7,42)	7,61 (CI = 7,50–7,72)	7,63 (CI = 7,44–7,69)	7,53 (CI = 7,13–7,59)	7,8 (CI = 7,70–7,90)
Egy gyermek	7,14 (CI = 6,91–7,36)	6,87 (CI = 6,51–7,22)	7,83 (CI = 7,59–8,06)	7,67 (CI = 7,45–7,89)	7,54 (CI = 7,18–7,89)	8,06 (CI = 7,84–8,29)
Két gyermek	7,13 (CI = 6,95–7,30)	6,65 (CI = 6,21–7,09)	7,78 (CI = 7,59–7,97)	7,56 (CI = 7,38–7,73)	7,58 (CI = 7,20–7,95)	8,09 (CI = 7,90–8,27)
Három vagy több gyermek	6,83 (CI = 6,50–7,15)	5,7 CI = 5,20–6,20)	7,3 (CI = 6,91–7,69)	7,38 (CI = 7,07–7,69)	6,78 (CI = 6,30–7,26)	7,85 (CI = 7,52–8,19)
Szignifikancia-szint	P = 0,006**	P = 0,000***	P = 0,050*	P = 0,344	P = 0,014*	P = 0,029*

Megjegyzés: $p \leq 0{,}000$; $^{*}p \leq 0{,}05$; $^{**}p \leq 0{,}01$; $^{***}p \leq 0{,}001$

3. táblázat: A boldogság és elégedettség a családi állapot, a párkapcsolat minősége és a gyermekek száma demográfiai változók mentén

18–40 évesek	Egészében véve mostanában mennyire elégedett az életével?			Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?		
	2006* (n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)	2006* n = 1906)	2013 (n = 833)	2021 (n = 2000)
Dolgozik	7,29 (CI = 7,19–7,39)	7,04 (CI = 6,87–7,22)	7,43 (CI = 7,32–7,55)	7,65 (CI = 7,55–7,75)	7,45 (CI = 7,28–7,62)	7,64 (CI = 7,53–7,74)
Munkanélküli	6,27 (CI = 5,94–6,61)	5,37 (CI = 4,94–5,80)	6,40 (CI = 5,76–7,05)	6,96 (CI = 6,65–7,27)	6,31 (CI = 5,84–6,77)	6,92 (CI = 6,30–7,55)
Tanuló	8,19 (CI = 7,88–8,49)	7,89 (CI = 7,66–8,13)	8,14 (CI = 7,90–8,38)	8,48 (CI = 8,16–8,80)	8,07 (CI = 7,83–8,30)	8,29 (CI = 8,07–8,50)
Csed, gyed, gyes, gyet	7,89 (CI = 7,62–8,16)	6,92 (CI = 6,35–7,49)	7,91 (CI = 7,39–8,43)	8,2 (CI = 7,94–8,46)	7,85 (CI = 7,37–8,33)	8,44 (CI = 8,02–8,86)
Egyéb	6,35 (CI = 5,94–6,76)	6,32 (CI = 5,41–7,22)	5,20 (CI = 2,07–8,34)	6,82 (CI = 6,41–7,24)	7,52 (CI = 6,64–8,40)	4,95 (CI = 1,75–8,16)
Szignifikan-ciaszint	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***	P = 0,000***
Rossz anya-gi helyzet	NA	5,71 (CI = 5,59–5,83)	6,77 (CI = 6,61–6,92)	NA	6,28 (CI = 6,16–6,41)	7,19 (CI = 7,04–7,34)
Jó anyagi helyzet	NA	7,35 (CI = 7,22–7,49)	8,13 (CI = 8,03–8,22)	NA	7,62 (CI = 7,49–7,75)	8,25 (CI = 8,16–8,34)
Szignifikan-ciaszint		P = 0,000***	P = 0,000***		P = 0,000***	P = 0,000***

*Megjegyzés: korrigált $R^2 = 0,26$; $p \leq 0,000$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$*

4. táblázat: A boldogság és elégedettség a munkaerőpiaci státusz és az anyagi helyzet demográfiai változók mentén

	Standard hiba	Standardizált Béta együttható	t	Sig.	VIF
(Konstans)	0,344		9,716	0,000	
Multidimenzionális Társas Támogatás	0,005	**0,306**	13,685	0,000	1,319
Észlelt stressz	0,006	**–0,232**	–9,803	0,000	1,480
Szubjektív anyagi helyzet	0,076	**0,190**	9,570	0,000	1,040
WHO Jóllét Index	0,012	**0,098**	4,507	0,000	1,239
Koherencia	0,013	**0,058**	2,784	0,005	1,142
Anómia	0,012	**0,049**	2,374	0,018	1,129

*Megjegyzés: korrigált $R^2 = 0,327$, $p \leq 0,000$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$*
Az együtthatók a végleges modellből származnak.
A korrelációs együttható egyik esetben sem haladja meg a 0,4-es értéket a független változók esetében. A VIF-mutatók alapján elmondható, hogy nem áll fenn komoly kollinearitás-probléma.

5. táblázat: A boldogságot meghatározó tényezők stepwise regresszióval

Az élettel való elégedettség esetében öt változó maradt a végleges modellben. A társas támogatás, az anyagi helyzet és az észlelt stressz mutatja a legerősebb összefüggést az elégedettséggel. A WHO Jóllét Indexnek és a koherenciának kisebb a hatása a függő változóra *(6. táblázat).*

	Standard hiba	Standardizált Béta együttható	t	Sig.	VIF
(Konstans)	0,363		9,799	0,000	
Multidimenzionális Társas Támogatás	0,006	**0,257**	11,380	0,000	1,317
Szubjektív anyagi helyzet	0,082	**0,247**	12,325	0,000	1,034
Észlelt stressz	0,007	**–0,242**	–10,291	0,000	1,421
Koherencia	0,015	**0,046**	2,201	0,028	1,139
WHO Jóllét Index	0,013	**0,046**	2,107	0,035	1,229

Megjegyzés: korrigált $R^2 = 0,31$; $p \leq 0,000$; $^{*}p \leq 0,05$; $^{**}p \leq 0,01$; $^{***}p \leq 0,001$
Az együtthatók a végleges modellből származnak.
A korrelációs együttható egyik esetben sem haladja meg a 0,4-es értéket a független változók esetében. A VIF-mutatók alapján elmondható, hogy nem áll fenn komoly kollinearitás-probléma.

6. táblázat: Az élettel való boldogságot meghatározó tényezők stepwise regresszióval

Megbeszélés

A 18–40 éves korosztály boldogságát és elégedettségét megvizsgálva különböző szociodemográfiai változók mentén a 2006-os, 2013-as és 2021-es Hungarostudy-adatbázisokban azt látjuk, hogy a vizsgált tizenöt év alatt összességében növekedett az elégedettség és a boldogság szintje, a 2013-as visszaesés ellenére. Mindhárom adatfelvétel esetében elmondható, hogy a boldogságot leginkább a munkaerőpiaci státusz, a családi állapot és a kapcsolat minősége határozta meg. Ezek azok a változók, melyek minden évben szignifikáns kapcsolatot mutattak a boldogság változójával. Az élettel való elégedettség esetében az látható, hogy a kapcsolat minősége, a gyermekek száma, az iskolai végzettség és a munkaerőpiaci státusz volt meghatározó. Mivel a post-hoc teszt alapján nem mutatható ki szignifikáns különbség az élettársi kapcsolatban élők és a házasok között, fontosnak éreztük megvizsgálni azt is, hogy a kapcsolat minősége milyen hatással van a 18–40 évesek boldogságára és elégedettségére. Ennek érdekében hoztuk létre a „jó kapcsolat” és „rossz kapcsolat” változókat, melyek azt hivatottak vizsgálni, hogy az adott válaszadó kapcsolata

mennyire mondható stabilnak. Azt találtuk, hogy a párkapcsolat minősége nagyon erős kapcsolatot mutat a boldogság és az elégedettség szintjével. Azok a válaszadók, akik stabil és kiegyensúlyozott kapcsolatban élnek, 2021-ben szignifikánsan boldogabbak (8,44; 7,63) és elégedettebbek (8,09; 7,55), szemben azokkal, akik rossz kapcsolatban élnek. Összességében elmondható, hogy a jó anyagi helyzeten túl a kisgyermeknevelés, valamint a stabil, jó párkapcsolat jelentős mértékben pozitívan hat a megkérdezettek boldogságára és elégedettségére.

A boldogság és az élettel való elégedettség – mint a szubjektív jóllét mutatói – összefüggnek a kutatás során vizsgált valamennyi pszichológiai jólléti mutatóval. A legerősebb összefüggés a társas támogatással, az észlelt stresszel és az anyagi helyzettel látható. Különbséget fedeztünk fel a boldogság és az elégedettség között: egyrészről az anómiaváltozó meghatározza a boldogságot, másrészről a szubjektív anyagi helyzet fontosabb, ha az élettel való elégedettséget vizsgáljuk. Habár a boldogság és az élettel való elégedettség számos pszichológiai jóllétet mérő mutatóval összefügg, látnunk kell azt is, hogy a modellek magyarázóereje nem mondható jelentősnek. Mindebből levonhatjuk azt a következtetést, hogy a boldogságra és az elégedettségre sok tényező hat a pszichológiai jóllét vonatkozásában, de teljesen nem tudják megmagyarázni őket.

Összefoglalás

Mivel a boldogság és elégedettség komplex fogalmak, a pontos meghatározásuk igen nehéz. Bár a Hungarostudy kutatásokban rákérdeztünk a szubjektív boldogságérzetre és elégedettségre, fontos annak vizsgálata, mi áll e mutatók mögött, mivel vannak kapcsolatban, mi alapján és kik érzik magukat boldognak, elégedettnek. Ebben a kutatásban a szubjektív jólléthez kapcsolódó mutatókat (boldogság és elégedettség) vizsgáltuk a szociodemográfiai változók, illetve a pszichológiai jóllét egyes változói mentén a 18–40 éves korosztály körében.

A kutatás során megfigyelhettük, milyen fontos a boldogság és az elégedettség szempontjából a társas támogatottság, amelynek egyik legfontosabb összetevője a párkapcsolat. A jó párkapcsolaton és a társas támogatáson túl a legnagyobb mértékben a kevés stressz és a jó anyagi helyzet befolyásolja a boldogságot, valamint az élettel való elégedettséget. Ezek

a megállapítások összecsengenek korábbi tanulmányokkal, melyek szerint a bizalmon és együttműködésen alapuló emberi kapcsolatok hálózata jelentős társadalmi erőforrást jelent, és az emberi jóllét, boldogság lényegi összetevője (Skrabski, Kopp és Kawachi 2003).

A továbbiakban érdemes lehet a Hungarostudy kutatásokban szereplő boldogság és elégedettség boldogságot mérő más eszközökkel való összevetése (Happy Planet Index, Better Life Index, World Database of Happiness). Ugyancsak érdemes megemlíteni, hogy Kopp Mária és Martos Tamás (2011) szerint hiányzik egy olyan felmérési mód, mely az életminőséget meghatározó egyéni és társas tényezők alakulását rendszeresen, illetve rendszerszemléletben teszi lehetővé. A szerzőpáros egy többdimenziós Nemzeti Összjólléti Index (National Well-being Index) bevezetését javasolta, amely kifejezi az ország lelkiállapotát, a társadalmi tőke változásait, melyek a gazdaság fejlődésének, illetve a népegészségügyi és demográfiai folyamatok trendjeinek is az alapját képezik.

Felhasznált irodalom

Diener, Ed (1984) Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*. Vol. 95. (3): 542–575.

Easterlin, Richard A. (1974) Does Economic Growth Improve the Human Lot? Some Empirical Evidence. In: David Paul A., Melvin W. Reder (eds.) *Nations and Households in Economic Growth. Essays in Honor of Moses Abramovitz.* New York – London: Academic Press. 89–125. http://graphics8.nytimes.com/images/2008/04/16/business/Easterlin1974.pdf (Letöltés: 2022. július 15.)

Gasper, Des (2010) Understanding the diversity of conceptions of well-being and quality of life. *The Journal of Socio-Economics*. Vol. 39. (3): 351–360. https://doi.org/10.1016/j.socec.2009.11.006

Kahneman, Daniel, Ed Diener and Norbert Schwarz (1999) *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology.* New York: Russell Sage Foundation.

Koós Tamás (2018) *A jóllét mérésének lehetőségei és az egészséggel kapcsolatos populációs mérések.* Budapest: KÖFOP. https://joallamjelentes.uni-nke.hu/SpecJelentesek/J%C3%B3ll%C3%A9t_eg%C3%A9szs%C3%A9g%20m%C3%A9r%C3%A9se_Ko%C3%B3s%20Tam%C3%A1s.pdf (Letöltés: 2022. július 15.)

Kopp Mária, Martos Tamás (2011) A társadalmi összjólét jelentősége és vizsgálatának lehetőségei a magyar társadalomban I. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 12. évf. 3. sz. 241–259.

Kopp Mária, Skrabski Árpád (2020) *A boldogságkeresés útjai és útvesztői.* Budapest: L'Harmattan.

Kopp Mária, Skrabski Árpád és Rózsa Sándor (2008) Az esélyerősítés és életminőség mérésére alkalmazott kérdőíves vizsgálati módszerek, a Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat kérdőívei. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot, 2008 esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 34–43.

Kovács Éva, Balog Piroska, Mészáros Eszter és Kopp Mária (2013) A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 14. évf. 3. sz. 205–230.

Pári András (2022) Mit tudunk az ikrekről és testvérkapcsolataikról a Hungarostudy 2021 adatfelvétel alapján? *Kapocs,* 2022/1. sz. 54–63. https://epa.oszk.hu/02900/02943/00088/pdf/EPA02943_kapocs_2022_1_054-062.pdf (Letöltés: 2022. július 20.)

Róbert Péter, Szabó Lilla és Széll Krisztián (2020) A gyermekjóllét aspektusai. Nemzetközi összehasonlítás egy iskolai kutatás alapján. In: Kolosi Tamás, Szelényi Iván, Tóth István György (szerk.) *Társadalmi riport 2020.* Budapest: TÁRKI. 281–293.

Ryan, Richard M., Edward L. Deci (2001) On Happiness and Human Potentials. A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology.* Vol. 52. (1): 141–166.

Skrabski Árpád, Kopp Mária és Kawachi Ichiro (2003) Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *Journal of Epidemiology & Community Health.* Vol. 57. (2): 114–119.

Skrabski Árpád, Kopp Mária, Rózsa Sándor és Réthelyi János (2004) A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 5. évf. 1. sz. 7–25. http://real.mtak.hu/58478/1/mental.5.2004.1.1.pdf (Letöltés: 2022. július 20.)

Győrffy Zsuzsa, Boros Julianna, Döbrössy Bence,
Susánszky Anna, Girasek Edmond

A digitális egészséggel kapcsolatos kérdések és a COVID–19 hatása: új típusú betegség, új típusú megoldásokkal?

Bevezetés

Az egészségügy digitalizációja napjaink egyik legnagyobb kihívása. Már a COVID–19-pandémia előtt fontos kérdés volt az egészségügy digitális átalakulásának szükségessége, hiszen a krónikus betegségek számának nagyarányú növekedése, a várható élettartam és az egészségügyi költségek emelkedése, ehhez kapcsolódóan az egészségügyben világszerte tapasztalható munkaerőhiány óriási kihívás elé állította a világ egészségügyi rendszereit (Meskó és mtsai 2017). Az elmúlt évtizedek fontos változása az is, hogy az uralkodóvá váló krónikus betegségeket sok esetben csak kezelni lehet, véglegesen nem gyógyíthatók, így a kezelés folyamata, az orvos és betege közötti együttműködés sokéves, évtizedes kapcsolattá válik. Ugyancsak fontos változás, hogy a betegségek kezelése mellett a modern medicinában egyre inkább a megelőzésen van a hangsúly. Ennek eredményeként egészséges emberek jelennek meg az egészségügyben, a páciens-orvos kapcsolat nem kizárólagos (Győrffy 2019).

A COVID–19-pandémia ugyanakkor megmutatta, hogy a digitalizáció nem választás kérdése: az információkeresés és -megosztás, a digitális eszközök használata kulcsjelentőségűvé vált az egészségügyben, az ellátórendszer minden szintjén. A járvány világossá tette, hogy a digitális eszközök nélkülözhetetlenek a mindennapi orvosi gyakorlatban – jobb technológiával, jobb tudással jobb egészség érhető el. Ugyanakkor azt is fontos hangsúlyozni, hogy a digitális egészségügy kialakítása nem pusztán technikai vagy informatikai kérdés, sokkal inkább egyfajta kulturális átalakulás (Meskó és mtsai 2017), hiszen mind az ellátóknak, mind a pácienseknek, mind pedig rendszerszinten szükséges adaptálódni a bekövetkező változásokhoz.

A magyarországi digitális egészségügyi átalakulás számos indikátorral mérhető, bemutatható, hozzátéve, hogy a COVID–19-pandémia ezt

a folyamatot jelentősen felgyorsította. A rendelkezésre álló adatok alapján elmondható, hogy hazánk lakossága jelenlegi digitális szokásai alapján készen áll a digitális egészségügyi technológiák használatára. 2021 januárjában a lakosság 83 százaléka internethasználó, 73,5 százalék pedig aktív közösségimédia-használó volt (Kemp 2021). Azt is fontos megemlíteni, hogy az Eurostat 2021-es regionális évkönyve nagy területi megosztottságról számol be a magyarországi internethasználatban: míg a 16–74 évesek napi internethasználata Budapesten 89 százalék, addig az észak-magyarországi régióban 72 százalék. A széles sávú internetelérés tekintetében elmondható, hogy a háztartások 89 százaléka rendelkezik gyors széles sávú internettel, az otthonok 56 százalékában van legalább 100 Mbps vezetékes széles sáv, szemben az EU 34 százalékos átlagával (EC Yearbook 2021).

Az internethasználat, illetve a megfelelő digitális eszközök megléte csak az egyik előfeltétele a digitális egészségügyi megoldások alkalmazásának. A pácienseknek rendelkezniük kell a rendszer működtetéséhez szükséges készségekkel és tudással, azaz szükségük van digitális egészségértésre, jártasságra. Az Európai Bizottság által évente közzétett Digital Economy and Society Index (DESI) bemutatja, hogy a tagállamok hol állnak a digitális fejlettség terén többek között a humántőke területén. A 2021-es adatok azt mutatják, hogy a lakosság 49 százaléka rendelkezik legalább alapszintű digitális készségekkel, szemben az EU 56 százalékos átlagával.

A COVID–19-járvány hatalmas változást hozott a hazai digitális egészségügyi megoldások területén. Kiemelhető például az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) szerepének és volumenének ugrásszerű növekedése. Az EESZT-be a járvány alatt 33–35 ezer állampolgár jelentkezett be naponta. Az orvosok által indított lekérdezések száma 2018-ban 8,6 millió, 2019-ben 17,6 millió és 2020 végére már harmincmillió volt, az elektronikus receptek aránya pedig 95 százalékra emelkedett. Naponta átlagosan nyolcszázezer új eReceptet rendelnek, és a járvány során huszonnégy új funkciót vezettek be az EESZT-be, beleértve a járványhoz kapcsolódó adatok gyűjtését és jelentését, védőanyagok és eszközök megrendelését, valamint a COVID-oltásokra való regisztrációt (Szappanos 2022). Ugyancsak óriási változás az ellátórendszerben a telemedicinális szolgáltatások elterjedése. Bár a magyarországi egészségügyi gyakorlatban a telemedicina bevezetésére már számos területen történtek kísérletek

(Győrffy és mtsai 2020), 2020 és 2021 során három fontos rendelet tette lehetővé a az alkalmazását (Szappanos 2022).

Fontos és szintén jövőbe mutató az 1658/2020. kormányhatározat a nemzeti egészségügyi telefonos ügyfélszolgálati és online információs központ létrehozásáról. Ennek két része van: egy napi huszonnégy órában e-mailen elérhető, illetve telefonon ingyenesen hívható információs központ és az *egeszsegvonal.gov.hu* weboldal. Az információs központban számos témáról lehet személyes tájékoztatást kérni: koronavírus, koronavírus elleni védőoltás, egészségügyi szolgáltatások, az EESZT lakossági felülete, gyógyszerellátás, eReceptek, védőoltások, szűrővizsgálatok, egészségmegőrzés stb.

A COVID–19-járvány jelentősen növelte a digitális technológiák használatát mind az egészségügy, mind a páciensek oldalán, bár a digitális egészségügyi technológia teljesítményét Gunasekeran és munkatársai (2021) szisztematikus áttekintése szerint egyelőre nem vizsgálták megfelelően lakossági felmérésekben. A lakosság a járvány következtében, a lezárások és korlátozások idején különösen rá volt szorítva, hogy digitális eszközöket használjon mind a járványnyal kapcsolatos információk gyűjtéséhez, mind az orvosokkal, az egészségüggyel való kapcsolattartáshoz. A lezárások egyes szakaszaiban gyakorlatilag csak erre szorítkozhattak. A COVIDban érintettek, a betegségen már átesettek különösen ki voltak ennek téve, mivel a fertőzés veszélye miatt a COVID-gyanús betegek nem találkozhattak személyesen orvosaikkal, és otthonaikban elzárva, karanténban kellett tartózkodniuk. Ebben az esetben a telefonos, e-mailes, videóhívásos platformok (Skype, Messenger, Zoom stb.) adtak lehetőséget az orvossal való konzultációra. Ilyen esetekben nemcsak a kommunikáció, de a vizsgálatok sem történhettek meg személyesen. A betegek képeket, videófelvételeket küldhettek az orvosnak, vagy olyan hordozható digitális eszközökkel monitorozhatták magukat, mint például a pulzoximéter, amelynek otthoni használatát az orvosok is ajánlották. Tehát a digitális technológiák használata és az erre való igény megnövekedése a lakosság körében feltételezhető, de az erre vonatkozó kutatásokról konkrétan igen keveset tudunk. Lakossági vizsgálatot a digitális technológia használatával kapcsolatban elsősorban az oltásról, oltási hajlandóságról publikáltak (Jennings és mtsai 2021). Ezzel szemben az egészségügyi rendszerek digitalizációjának felgyorsulásáról és a COVID–19-járvány elleni küzdelemben betöltött szerepéről számtalan

tanulmány és áttekintő tanulmány született az elmúlt időszakban (Wang és mtsai 2021; Tilahun és mtsai 2021; Grange és mtsai 2020).

Jelen tanulmányunkban a Hungarostudy 2021 országos reprezentatív kutatás digitális egészséggel, használati szokásokkal és igényekkel kapcsolatos kérdéseit tekintjük át. E kérdések deskriptív elemzésén túl hiánypótló vizsgálatunk a COVID-fertőzésen átesettek digitális technológiákhoz való viszonyára irányult. Hipotézisünk szerint az új karakterisztikájú betegség páciens oldaláról zajló menedzsmentjében új utak, módszerek, platformok jelentek meg, amelyek hatással lehetnek a jövőbeli egészség-magatartásra.

Minta, módszer, mérőeszközök

A digitális egészséggel kapcsolatban három témában tettünk fel kérdéseket a minta tagjainak:

Hol szokott tájékozódni egészséggel kapcsolatos információkról, újdonságokról? (Több válaszlehetőséget is meg lehetett jelölni.)

1. Weboldalak (híroldalak, blogok, webshop)
2. Közösségimédia-felületek (Facebook, Instagram stb.)
3. Youtube és más videómegosztó felületek
4. Orvosi, egészségügyi szakmai felületek, folyóiratok
5. Újságok, magazinok
6. Tévé
7. Rádió
8. Egyéb, éspedig:
9. Sehol / nem tájékozódik

Milyen gyakran használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére?

1. Naponta
2. Hetente
3. Havonta
4. Csak szükség esetén
5. Soha
6. Nincs internetem

Lenne-e igénye háziorvosától vagy szakorvosától a következőkre? (Több válaszlehetőséget is meg lehetett jelölni.)

1. Hogy orvosával kommunikálhasson e-mailben.
2. Hogy megoszthasson orvosával képeket digitális csatornán keresztül.
3. Hogy távkonzultációt (Skype vagy videochat) folytathasson orvosával.
4. Hogy orvosa követhesse okostelefonján is az Ön egészségi állapotának változásait.
5. Hogy használhasson otthoni egészségügyi szenzorokat (például olyan rendszereket, amelyek komplexen és hitelesen mérik a vérnyomást, a pulzust, a testhőmérsékletet, a mozgást stb.).
6. Hogy orvosa ajánljon Önnek hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat.
7. Hogy a közösségi médiát is használhassa az orvosával való kommunikációra (Facebook, Instagram, Messenger).
8. Hogy online foglalhasson időpontot orvosához.
9. Egyikre sem lenne igénye.

A COVID betegségen való átesést a kórházi vagy járóbeteg-kezelésre irányuló kérdés COVID–19-re vonatkozó válaszlehetőségei alapján vizsgáltuk.

Kérem, mondja meg, hogy az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyikkel kórházban, vagy kezelték-e járóbetegként.

Igazolt COVID–19 és/vagy szövődményei (poszt-COVID-szindróma). Válaszlehetőségek: nem kezelték (nem volt szüksége kezelésre, elhalasztották a kezelését); kezelték (járóbetegként kezelték, kórházban feküdt). E változót az elemzések során dichotóm módon átalakítottuk: 0 = nem volt szükséges kezelése; 1 = elhalasztották a kezelését, járóbetegként vagy kórházban kezelték.

A tanulmányban használt háttérváltozók a következők voltak: nem, életkor (folytonos változóként és kategoriális változóként is felhasználtuk), iskolai végzettség (alapfok, középfok, felsőfok), településtípus (1 = Budapest; 2 = megyeszékhely, megyei jogú város; 3 = város; 4 = község, nagyközség), a szubjektív egészségi állapottal kapcsolatos kérdések (1 = nagyon rossz; 5 = nagyon jó) és a háztartásban élő gyermekek megléte (0 = nincs; 1 = van).

A kutatás módszertani leírását jelen kötet módszertani fejezete tartalmazza.

Statisztikai elemzések

Deskriptív elemzéseink során gyakoriságot, átlagot és szórást számítottunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket jeleztük. A változók típusa szerint varianciaanalízist (ANOVA), illetve a kereszttáblák esetén khi-négyzet-próbát alkalmaztunk. Logisztikus regressziós analízis segítségével tártuk fel a digitális technológiákkal kapcsolatos igények legfontosabb háttérváltozóit, különös tekintettel a COVID betegségen való átesés és a technikai eszközök kívánt használata közötti összefüggésekre. Az adatok statisztikai elemzését az IBM Statistics (SPSS) 28 programmal végeztük.

Eredmények

Tájékozódási szokások egészséggel kapcsolatos kérdésekben

A felmérés eredményei szerint a felnőtt magyar lakosság azon 7,8 százalékát nem számítva, akiknek saját bevallásuk szerint nincs internet-hozzáférésük, az internethasználók több mint ötöde (21%) legalább havi rendszerességgel használja az internetet egészségügyi célokra, további 50,6 százalék pedig szükség esetén. Így összességében a felhasználóknak alig több mint negyede (27,8%) nem használja egészségügyi célokra az internetet.

Mint az a kérdések bemutatásakor már kiderült, az egészséggel, betegségekkel kapcsolatos tájékozódási szokásokat nem korlátoztuk a digitális megoldásokra, hanem arra is kíváncsiak voltunk, hogy milyen hagyományosnak tekinthető forrásokat használnak a kérdezettek. Így a digitális megoldások között a weblapok, a közösségi média, a YouTube, illetve egyéb videómegosztó csatornák szerepeltek, a hagyományos források között pedig egyrészt az írottak (újságok, magazinok, illetve orvosi, szakmai folyóiratok), másrészt a tradicionális audiovizuális média (televízió, rádió). Mindemellett lehetőség volt az egyéb kategória használatára is, de ezt csak korlátozottan vették igénybe az interjúalanyok.

A teljes mintában a válaszadók 38,1 százaléka tájékozódik egészséggel kapcsolatos kérdésekről weblapokon, 21,1 százalék közösségimédia-forrásokban, 14,4 százalék YouTube-csatornákon, 18,3 százalék orvosi, szakmai folyóiratokból, 15,4 százalék újságokból, magazinokból, 23,1 százalék a tévéből, 6,9 százalék a rádióból, és 2 százalék tájékozódik egyéb

forrásokból. Ha csak az internethasználó lakosság eredményeit tekintjük át, akkor azt találjuk, hogy 55,9 százalékos a weblapokon való tájékozódás, 31,5 százalék a közösségi média oldalairól való informálódás, 21,3 százalék a YouTube-csatornák használata, 26 százalék az orvosi, szakmai folyóiratokból, 19 százalékos az újságokból, magazinokból történő, 23,5 százalék a tévéből és 7,1 százalék a rádióból való tájékozódás aránya *(1. táblázat).*

	Az összes válaszadó körében (n = 7000)		Az internetet egészségügyi célra használók körében (n = 4637)	
	%	n	%	n
Híroldalak, blogok, weboldalak	38,1%	2669	55,9%	2590
Közösségimédia-felületek (Facebook, Instagram)	21,8%	1524	31,5%	1461
Youtube és más videómegosztó felületek	14,4%	1007	21,3%	985
Orvosi egészségügyi szakmai felületek, folyóiratok	18,3%	1280	26,0%	1206
Újságok, magazinok	15,4%	1076	19,9%	921
Tévé	23,1%	1618	23,5%	1088
Rádió	6,9%	480	7,1%	328
Egyéb	2,0%	143	1,2%	58
Sehol	30,9%	2162		

1. táblázat: Az egészségügyi célú információkeresés felületei

Az egészségügyi témák iránt az interneten nagyobb érdeklődést mutató lakosok általánosságban más információforrásokat is gyakrabban használnak ebben a témakörben. A teljes felnőtt népesség csaknem harmada (30,9%) sehol nem szokott tájékozódni az egészségüggyel kapcsolatos információkról, újdonságokról, ugyanakkor az internetet e célból igénybe vevők az újságokat, magazinokat is nagyobb arányban böngészik az egészségüggyel kapcsolatban. A tévé, illetve a rádió mint információforrás használata nem tér el jelentős mértékben a teljes lakosság, illetve az internethasználók körében, de míg a teljes lakosság esetében a tévé a második legnépszerűbb forrás, az internethasználóknál a weboldalak, illetve a közösségi média után a harmadik helyre szorul.

Az egészségügyi célú információkeresés legfontosabb demográfiai jellemzői

Ha a legfontosabb demográfiai paraméterek mentén tekintjük át az egészségügyi célú információkeresés témáját, elmondható, hogy a nők valamennyi információforrást magasabb arányban használják, mint a férfiak, akár a hagyományos, akár a digitális formákról beszélünk. Az egészségügyi célú internethasználat gyakorisága is magasabb a nők körében: csaknem harmaduk (31,7%) legalább havonta használja az internetet ilyen célokra, a férfiaknak viszont csak kicsit több mint negyede (26,4%). Az is megfigyelhető, hogy azok, akik gyermekes háztartásban élnek, nagyobb arányban tájékozódnak weboldalakról, a közösségi médiából, illetve a videómegosztó csatornákról.

Ha az életkori csoportokat összehasonlítjuk, azt láthatjuk, hogy az olyan hagyományos információforrások, mint a tévé, a rádió és az újságok inkább az idősebbek körében népszerűek, míg a közösségi média és a videómegosztó oldalak esetében a hatvan éven felüli korosztály jelentős lemaradást mutat a náluk fiatalabbakhoz képest. A weboldalakat is inkább a fiatalok használják, az orvosi szakmai felületeknek viszont a 40 és 49 év közöttiek szentelnek kitüntetett figyelmet. A tévé és a rádió mint információforrás gyakrabban szerepel az alacsonyabb iskolai végzettségűeknél, a weboldalakat és az orvosi felületeket viszont inkább a magasabb iskolázottságúak választják kiindulópontnak. A YouTube és más videómegosztók leginkább a szakmunkásképzőt végzettek, illetve a felsőfokú végzettségűek körében népszerűek.

Ha a településtípus szerinti eloszlást tekintjük át, akkor elmondható, hogy a weboldalak használata a fővárosban, illetve a megyei jogú városokban élők körében a legmagasabb arányú, a közösségi médiát, illetve a YouTube-csatornákat viszont a budapestiek használják a legalacsonyabb arányban. A tévéből tájékozódók aránya a kisebb településeken élők körében magasabb, a rádióhallgatóké ugyanakkor (bár összességében nagyon alacsony) a fővárosiaknál a legmagasabb.

A rosszabb szubjektív egészségűek nagyobb arányban tájékozódnak az egészséggel kapcsolatban újságokból, a tévéből és a rádióból, illetve az orvosi felületekről, míg a weboldalak valamivel népszerűbbek a jobb vélt egészségűek körében *(2. táblázat).*

		Híroldalak, blogok, weboldalak	Közösségimédia-felületek (Facebook, Instagram	Youtube és más videó-megosztó felületek	Orvosi egészségügyi szakmai felületek, folyóiratok	Újságok, magazinok	Tévé	Rádió	Egyéb
Nem	Férfi (n = 1999)	54,3%	30,4%	22,0%	23,7%	18,2%	20,5%	7,2%	0,7%
	Nő (n = 2638)	57,1%	32,4%	20,7%	27,7%	21,2%	25,7%	7,0%	1,6%
Kor	18–29 éves (n = 894)	58,9%	35,2%	22,2%	23,0%	17,3%	16,3%	3,7%	0,4%
	30–39 éves (n = 948)	62,6%	35,4%	22,5%	24,4%	13,4%	18,4%	4,9%	1,2%
	40–49 éves (n = 1027)	60,3%	32,3%	22,7%	30,3%	19,3%	20,7%	6,0%	0,6%
	50–59 éves (n = 765)	54,5%	32,3%	23,7%	27,5%	23,5%	25,6%	6,9%	0,7%
	60– éves (n = 1003)	43,2%	23,1%	15,9%	24,7%	25,9%	35,8%	13,4%	3,1%
Iskolai végzettség	Kevesebb mint nyolc osztály (n = 11)	25,0%	36,4%	9,1%	9,1%	9,1%	45,5%	8,3%	
	Nyolc osztály (n = 412)	37,5%	32,8%	15,8%	17,5%	20,1%	38,1%	9,5%	1,9%
	Szakmunkásképző, szakiskola (n = 1234)	49,3%	31,9%	22,4%	25,2%	19,8%	24,5%	6,3%	0,8%
	Szakközépiskolai érettségi (n = 881)	55,6%	34,7%	20,0%	24,2%	18,5%	22,2%	5,0%	1,0%
	Gimnáziumi érettségi (n = 865)	60,7%	29,1%	20,8%	27,9%	19,3%	20,2%	6,6%	1,3%
	Főiskolai vagy egyetemi diploma (n = 1204)	65,7%	30,3%	23,5%	29,8%	21,3%	20,9%	9,1%	1,6%
	Doktori fokozat vagy habilitáció (n = 28)	60,7%	21,4%	14,3%	32,1%	17,9%	3,6%	3,6%	7,1%
Településtípus	Budapest (n = 881)	58,9%	21,9%	16,6%	21,7%	14,4%	20,5%	10,2%	4,4%
	Megyeszékhely, megyei jogú város (n = 1059)	59,5%	33,9%	27,2%	30,8%	22,0%	21,4%	7,4%	0,2%
	Város (n = 1525)	54,1%	33,4%	19,9%	24,7%	20,8%	25,2%	4,7%	0,5%
	Község, nagyközség (n = 1172)	52,6%	34,1%	21,2%	26,6%	20,9%	25,3%	7,5%	0,8%
Összességében hogyan minősítené az egészségi állapotát?	Nagyon rossznak (n = 33)	43,8%	28,1%	25,0%	27,3%	33,3%	45,5%	12,1%	6,1%
	Rossznak (n = 172)	43,9%	33,9%	19,2%	23,3%	22,8%	29,2%	12,3%	5,8%
	Közepesnek (n = 1011)	45,8%	28,6%	19,1%	24,7%	23,2%	32,6%	9,4%	2,1%
	Jónak (n = 2371)	57,4%	32,6%	22,6%	29,8%	21,4%	20,5%	7,1%	0,7%
	Kiválónak (n = 1046)	64,6%	31,5%	20,4%	19,2%	12,2%	19,9%	3,7%	0,7%

2. táblázat: Az egészségügyi célú információkeresés és a legfontosabb demográfiai háttérváltozók kapcsolata

A digitális technológiákkal kapcsolatos igények és legfontosabb demográfiai háttértényezőik

A következőkben csak az internetet egészségügyi célokra használó csoport demográfiai megoszlását tekintjük át.

Az internethasználók határozott nyitottságot mutatnak a további digitális lehetőségek alkalmazására *(3. táblázat).* A legtöbben (40,8%) az online orvosi időpontfoglalás iránt fejezték ki igényüket. Az orvossal folytatott e-mailes kommunikációt is csaknem a válaszadók egyharmada preferálná (30,7%). A távkonzultációnak, illetve az orvossal való digitális képmegosztásnak közel hasonló a támogatottsága, mindkét lehetőségre az internethasználók több mint ötödének lenne igénye. Az, hogy orvosa az okostelefonján is követhesse a páciens egészségi állapotának változásait, szintén népszerű lenne, 18,1 százalék jelezte ezzel kapcsolatos igényét. A közösségi média felületein való orvosi kapcsolattartást viszont csak az internethasználók tizede tartaná követendő útnak. A teljes minta 42,6 százalékának semmilyen digitális technológiára nincs igénye, e válaszadók szignifikánsan inkább férfiak (45,8 százalék a nők esetében, és 54,2 százalék a férfiak esetében, p = 0,042), alapfokú iskolai végzettségűek (57,4%) és a legidősebb korosztály tagjai (64,9%).

	Az internetet egészségügyi célra használók körében (n = 4637)	
	%	n
Hogy orvosával kommunikálhasson e-mailben.	30,7%	1423
Hogy megoszthasson orvosával képeket digitális csatornán keresztül.	21,3%	987
Hogy távkonzultációt (Skype vagy videochat) folytathasson orvosával.	21,6%	1001
Hogy orvosa okostelefonján is követhesse az Ön egészségi állapotának változásait.	18,1%	840
Hogy használhasson otthoni egészségügyi szenzorokat.	14,2%	658
Hogy orvosa ajánljon Önnek hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat.	12,7%	587
Hogy a közösségi médiát is használhassa az orvosával való kommunikációra (Facebook, Instagram, Messenger).	10,9%	504
Hogy online is foglalhasson időpontot orvosához.	40,8%	1894
Egyikre sem lenne igénye.	25,8%	1196

3. táblázat: Lenne-e igénye a háziorvosától vagy szakorvosától a következőkre?

Az igényeket tekintve a nők körében magasabb azok aránya, akik szeretnének online időpontot foglalni, orvosukkal a közösségi médián keresztül kapcsolatot tartani, orvosukkal e-mailben kommunikálni, illetve örömmel vennék, ha orvosuk megbízható honlapokat ajánlana nekik. A férfiak viszont magasabb arányban jelezték igényüket a távkonzultációra, az orvossal való digitális képmegosztásra, illetve arra, hogy az orvos okostelefonján is követhesse a páciens egészségi állapotának változását. A szenzorok otthoni használatára való igényben nincs lényeges különbség a két nem között. A gyermekes családok nagyobb arányban igényelnék az online időpontfoglalás, valamint az orvossal e-mailben vagy a közösségi médián keresztül folytatott kommunikálás lehetőségét, illetve azt, hogy az orvos ajánljon megbízható honlapokat.

Míg a legfeljebb nyolc osztályt végzettek 15 százaléka szeretne orvosával e-mailben kommunikálni, a felsőfokú végzettségűek körében ez az arány csaknem háromszoros (43%). Ehhez hasonlóan az összes felmerülő lehetséges igény magasabb arányban fordul elő a magasabb iskolázottságúak körében.

Életkori csoportok szerint vizsgálva az esetleges igényeket minden lehetőség esetében azt láthatjuk, hogy az idősebbek kevéssé nyitottak, ugyanakkor a harminc év alattiaknál is sok esetben alacsonyabb az arány, vélhetően azért, mert az ő körükben még az egészségproblémák esélye is alacsonyabb.

A legrosszabb és a jobb szubjektív egészségűek nagyobb arányban élnének az online időpontfoglalás lehetőségével, illetve az orvossal e-mailben folytatott kommunikációval, míg a szenzorok otthoni használatára, valamint az orvos által ajánlott honlapokra inkább a valamivel rosszabb egészségűeknek lenne igényük.

A COVID–19 betegségben való érintettség és a digitális technológiák kapcsolata

A felmérésben részt vevők 5,9 százaléka volt már COVIDos saját bevallása szerint. Az internetet egészségügyi célokra is használók körében ez az arány kicsit magasabb, 7,2 százalék volt. A COVID-fertőzöttség valamivel magasabb arányban fordult elő a nők, a felsőfokú végzettségűek és a fővárosban élők körében, a korosztályt tekintve pedig leginkább az 50–59 évesek voltak érintettek. Azok, akik COVIDban szenvedtek, valamennyi információforrást nagyobb arányban használták a tájékozódáshoz, mint

azok, akik nem kapták el a betegséget. A weblapok számítottak a legnépszerűbbnek a körükben, ezt a forrástípust a COVIDosoknak több mint a fele használta (58,2%), szemben a nem COVIDosok kicsit több mint harmadával (36,9%). Ugyancsak a nem betegeknél gyakrabban fordultak a fertőzöttek a közösségi médiához (30,2%, illetve 21,2%), a YouTube-hoz (27,7%, illetve 13,6%), de az orvosi felületekhez is (25%, illetve 17,9%). Az újságok, magazinok, illetve a tévé információforrásként kezelésében nem volt lényeges különbség a COVIDosok és a nem COVIDosok között, rádiót azonban magasabb arányban használtak a COVIDban szenvedők erre a célra (11,2%, illetve 6,5%).

Úgy találtuk, hogy a COVID–19-en átesettek körében szignifikánsan nagyobb igényként jelentkezik az, hogy a jövőben e-mailen tartsanak kapcsolatot az orvosukkal képek és leletek továbbítása és távkonzultáció végett, azért, hogy orvosuk tudja monitorozni az állapotukat, és hogy a közösségi médiát egészséggel kapcsolatos célokra használják *(4. táblázat).*

Volt-e igazoltan COVID–19-fertőzése? Kezelték-e vele?				
	Nem (n = 6514)		Igen (n = 411)	
	%	n	%	n
Hogy orvosával kommunikálhasson e-mailben.	20,8%	1353	46,2%	190
Hogy megoszthasson orvosával képeket digitális csatornán keresztül.	14,8%	962	26,3%	108
Hogy távkonzultációt (Skype vagy videochat) folytathasson orvosával.	14,6%	952	35,8%	147
Hogy orvosa okostelefonján is követhesse az Ön egészségi állapotának változásait.	12,3%	799	27,5%	113
Hogy használhasson otthoni egészségügyi szenzorokat.	9,8%	637	20,0%	82
Hogy orvosa ajánljon Önnek hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat.	8,0%	524	23,6%	97
Hogy a közösségi médiát is használhassa az orvosával való kommunikációra (Facebook, Instagram, Messenger).	6,9%	449	19,0%	78
Hogy online is foglalhasson időpontot orvosához.	31,1%	2029	40,6%	167
Egyikre sem lenne igénye.	43,3%	2818	24,6%	101

4. táblázat: A COVID–19-fertőzésen való átesés és a digitális technológiák iránti igény kapcsolata

Mi befolyásolja leginkább a digitális megoldások igénybevételének igényét?

A kétváltozós analízisek mellett logisztikus regressziós elemzéseket is végeztünk, azt vizsgálva, hogy mely tényezők befolyásolják az egyes digitális megoldások igénybevételi szándékát. Kimeneti változóként tehát azt használtuk, hogy a megkérdezett részéről volt-e igény arra, hogy e-mailben kommunikálhasson az orvosával; elektronikus úton képeket oszthasson meg vele; távkonzultáción vehessen részt; orvosa az okostelefonján is követhesse a páciens egészségi állapotának változásait; az orvos ajánljon megbízható honlapokat; az orvossal a közösségi médián keresztül is kapcsolatba léphessen; otthon szenzorokat használhasson, illetve online foglalhasson időpontot. A magyarázó változók minden modellben a következők voltak: a válaszadó neme, életkora, iskolai végzettsége, lakóhelyének településtípusa, szubjektív egészsége, COVIDban való érintettsége, illetve az, hogy van-e gyermek a háztartásban, és milyen gyakran használnak internetet egészségügyi célokra.

A COVIDban való érintettség összességében valamennyi vizsgált digitális egészségügyi megoldás iránti igényt jelentősen megnövelte *(5. táblázat).*

Ha csoportosítani próbáljuk az egyes digitális igényeket, akkor három csoportot különíthetünk el: a digitális kommunikáció igényét (orvos-beteg kapcsolattartás e-mailen, illetve a közösségi médián keresztül); az aktív páciens digitális igényeit (online képmegosztás, online időpontfoglalás, szenzorok használata), illetve az aktív orvosra vonatkozó digitális igényeket (kövesse nyomon okostelefonján a beteg állapotát, távkonzultáció, honlapok ajánlása a páciensnek).

A digitális kommunikáció igénye magasabbnak mutatkozott a nők, a fiatalok, a magasabb iskolai végzettségűek, a nagyobb településen élők, illetve a gyermekesek körében. Ami az egészségi állapotot illeti, a COVIDon átesettek szintén nagyobb eséllyel szeretnének elektronikusan kommunikálni orvosukkal, az általános egészségi állapot azonban nem befolyásolja szignifikánsan ezt az igényt.

	Hogy orvosával kommunikálhasson e-mailben.		Hogy megoszthasson orvosával képeket digitális csatornán keresztül.		Hogy távkonzultációt (Skype vagy videochat) folytathasson orvosával.		Hogy orvosa okostelefonján is követhesse az Ön egészségi állapotának változásait.		Hogy használhasson otthoni egészségügyi szenzorokat.		Hogy orvosa ajánljon Önnek hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat.		Hogy a közösségi médiát is használhassa az orvosával való kommunikációra (Facebook, Instagram, Messenger).		Hogy online is foglalhasson időpontot orvosához.		Egyikre sem lenne igénye.	
Nagelkerke R2		**0,198**		**0,120**		**0,130**		**0,085**		**0,076**		**0,124**		**0,125**		**0,164**		**0,314**
	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados
Neme	0,041	1,143	0,001	0,779	0,847	0,986	0,223	0,911	0,597	1,045	0,002	1,327	0,028	1,245	0,016	1,150	0,385	0,950
Megkérdezett kora (év)	0,000	0,988	0,000	0,984	0,000	0,982	0,000	0,988	0,000	0,989	0,001	0,990	0,000	0,985	0,000	0,992	0,000	1,022
Mi a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?	0,000	1,389	0,000	1,274	0,000	1,272	0,001	1,098	0,000	1,168	0,000	1,278	0,000	1,181	0,000	1,310	0,000	0,725
Településtípus	0,000	0,891	0,058	1,070	0,993	1,000	0,048	1,077	0,064	1,079	0,776	1,013	0,001	0,855	0,201	1,037	0,002	1,092
Volt-e igazoltan COVID–19-fertőzése? Kezelték-e vele?	0,000	2,869	0,000	1,852	0,000	2,993	0,000	2,568	0,000	1,914	0,000	2,933	0,000	2,600	0,013	1,326	0,000	0,492
Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?	0,080	1,082	0,086	0,919	0,017	0,890	0,599	0,973	0,010	0,868	0,001	0,817	0,370	1,062	0,000	1,447	0,001	0,874
A háztartásban van-e velük élő gyermek (saját vagy házas-, élettársa?	0,000	1,438	0,123	1,122	0,031	1,172	0,844	1,016	0,760	0,974	0,000	1,521	0,001	1,409	0,000	1,525	0,010	0,852
Milyen gyakran használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére?	0,000	0,653	0,000	0,659	0,000	0,696	0,000	0,680	0,000	0,684	0,000	0,673	0,000	0,639	0,000	0,734	0,000	1,952

A változók kódolása: nem: 1 = férfi, 2 = nő; legmagasabb iskolai végzettség: 1 = kevesebb mint nyolc osztály, 2 = nyolc osztály, 3 = szakmunkásképző, szakiskola, 4 = szakközépiskolai érettségi, 5 = gimnáziumi érettségi, 6 = főiskolai vagy egyetemi diploma, 7 = doktori fokozat vagy habilitáció. Volt-e igazoltan COVID–19-fertőzése? Kezelték-e vele? 0= nem, 1= igen. A háztartásban van-e velük élő gyermek (saját vagy házas-, élettársé? 0 = nincs, 1 = van. Milyen gyakran használja az internetet egészséggel, betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos információk gyűjtésére? 1 = naponta, 2 = hetente, 3 = havonta, 4 = csak szükség esetén, 5 = soha, 6 = nincs internetem.

5. táblázat: Logisztikus regressziós modell a teljes mintán

	Hogy orvosával kommunikálhasson e-mailben.		Hogy megoszthasson orvosával képeket digitális csatornán keresztül.		Hogy távkonzultációt (Skype vagy videochat) folytathasson orvosával.		Hogy orvosa okostelefonján is követhesse az Ön egészségi állapotának változását.		Hogy használhasson otthoni egészségügyi szenzorokat.		Hogy orvosa ajánljon Önnek hiteles orvosi információkat tartalmazó honlapokat.		Hogy a közösségi médiát is használhassa az orvosával való kommunikációra (Facebook, Instagram, Messenger).		Hogy online is foglalhasson időpontot orvosához.		Egyikre sem lenne igénye.	
Nagelkerke R2	0,097		0,033		0,052		0,022		0,015		0,061		0,047		0,071		0,079	
	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados	Szignifikancia	Esélyhányados
Neme	0,134	1,110	0,000	0,736	0,345	0,930	0,103	0,877	0,981	1,002	0,018	1,256	0,014	1,285	0,027	1,154	0,328	1,075
Megkérdezett kora (év)	0,000	0,991	0,000	0,989	0,000	0,989	0,035	0,994	0,045	0,994	0,058	0,993	0,003	0,989	0,577	0,999	0,000	1,018
Mi a legmagasabb befejezett iskolai végzettsége?	0,000	1,341	0,000	1,203	0,000	1,229	0,237	1,037	0,004	1,101	0,000	1,230	0,000	1,151	0,000	1,265	0,000	0,753
Településtípus	0,000	0,887	0,007	1,106	0,210	1,048	0,019	1,098	0,006	1,128	0,724	1,016	0,006	0,876	0,656	1,014	0,164	1,053
Volt-e igazoltan COVID–19-fertőzése? Kezelték-e vele?	0,000	3,133	0,000	1,815	0,000	2,924	0,000	2,510	0,000	1,706	0,000	3,001	0,000	2,723	0,056	1,259	0,000	0,492
Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?	0,600	0,975	0,001	0,841	0,000	0,815	0,096	0,913	0,001	0,816	0,000	0,738	0,553	0,960	0,000	1,375	0,222	0,941
A háztartásban van-e velük élő gyermek (saját vagy házas-, élettársé?	0,000	1,360	0,351	1,076	0,116	1,130	0,580	0,955	0,266	0,904	0,000	1,449	0,006	1,321	0,000	1,455	0,259	0,918

A változók kódolása: nem: 1 = férfi, 2 = nő; legmagasabb iskolai végzettség: 1 = kevesebb mint nyolc osztály, 2 = nyolc osztály, 3 = szakmunkásképző, szakiskola, 4 = szakközépiskolai érettségi, 5 = gimnáziumi érettségi, 6 = főiskolai vagy egyetemi diploma, 7 = doktori fokozat vagy habilitáció. Volt-e igazoltan COVID–19-fertőzése? Kezelték-e vele? 0 = nem, 1 = igen. A háztartásban van-e velük élő gyermek (saját vagy házas-, élettársé? 0 = nincs; 1 = van.

6. táblázat: A logisztikus regressziós elemzés eredményei csak az egészségügyi célú internethasználók körében

Az aktív páciensre vonatkozó digitális megoldások iránti igény szintén inkább a fiatalokra és az iskolázottabbakra, valamint a COVIDban érintettekre jellemző, ugyanakkor nemek szempontjából nem egyértelmű a helyzet: míg a képmegosztást inkább a férfiak preferálnák, a szenzorhasználat terén nincs szignifikáns különbség, az online időpontfoglalásra pedig inkább a nőknek lenne igényük. A településtípus ebből a szempontból nem meghatározó.

A digitálisan aktív orvosokra vonatkozó páciensi igény ugyancsak az iskolázottabbak, a fiatalabbak, a gyermekesek, illetve a Covidon átesettek esetében volt magasabb. Ami a nemek szerinti különbséget illeti, a nők szignifikánsan nagyobb eséllyel szeretnék, ha orvosuk megbízható honlapokat ajánlana nekik, de a másik két tényezőben nem mutatkozott eltérés a férfiak és nők között.

A többváltozós elemzést elvégeztük csak az internetet egészségügyi célokra használó csoporttal is *(6. táblázat)*. Eredményeink alapján elmondható, hogy a COVID-érintettség összességében valamennyi vizsgált digitális egészségügyi megoldás igényét jelentősen megnövelte, és ezzel a legnagyobb hatású változóvá vált.

Megbeszélés

Az Európai Unió területén 2021-ben a 16–74 éveseknek átlagosan az 55 százaléka keresett egészségügyi információt online. A legnagyobb arányban Finnországban (80%), Hollandiában (77%) és Dániában (75%) keresnek az internetezők a balesetekkel, betegségekkel, étkezéssel vagy egészségfejlesztéssel kapcsolatos információkat, de Magyarország is az élbolyban van 64 százalékkal. A Hungarostudy 2021 felmérés adatai szerint a lakosság 72,2 százaléka használja egészséggel kapcsolatos célokra az internetet. Ezzel szinte teljesen egybevágóan kutatócsoportunk 2021-es őszi felmérése (E-páciensek Magyarországon 2021) azt mutatja, hogy a teljes tizennyolc éven felüli lakosság 71,2 százaléka használja az internetet egészséggel, betegséggel kapcsolatban is. Ugyancsak hasonló eredményt mutat az is, hogy honnan informálódnak a megkérdezettek: az internethasználó lakosság leginkább weblapokon, a közösségi médián keresztül vagy YouTube-csatornákon tájékozódik.

E-páciensek Magyarországon című felmérésünkhöz hasonlóan a Hungarostudy 2021 mintájáról is elmondható, hogy a nők a családok digitális egészségmenedzserei, ugyanakkor a Hungarostudy 2021 eredményei nyomán az is kijelenthető, hogy azok is gyakrabban használják az internetet egészségügyi kérdésekkel kapcsolatban, akiknek gyermek él a háztartásában. A fiatalabb korosztályok, a nagyvárosiak és a Budapesten élők, valamint a magasabb iskolai végzettségűek szignifikánsan gyakrabban használják a különböző digitális felületeket az egészséggel kapcsolatban. E-páciensek Magyarországon című kutatásunk eredményei azt mutatják, hogy a településtípus hatása a digitális egészségüggyel kapcsolatos kérdések tekintetében nem jelentős, ugyanakkor az életkor, az iskolai végzettség és a nem hatása számottevő, és ugyanolyan trendeket mutat, mint a Hungarostudy 2021 vizsgálatban.

A digitális technológiák iránti igényekről elmondható, hogy a Hungarostudy 2021 eredményei alapján az online időpontfoglalás, az orvossal való e-mailes kommunikáció, a távkonzultáció és a digitális lelet/képmegosztás a legnépszerűbb lehetőség.

A Hungarostudy 2021 keretében végzett vizsgálatunk egyik fontos megállapítása, hogy a COVID–19 betegségben való érintettség, illetve a digitális eszközök használata és igénye között szinte minden kérdésben szignifikáns kapcsolat mutatható ki: mind az egy-, mind a többváltozós elemzések megerősítik, hogy az igények egyik nagyon fontos meghatározó tényezője a betegségen való átesés.

A COVID–19-járvány idején a digitális eszközök használata világszerte általánossá vált, az új karakterisztikájú betegséget számos esetben (például házi karanténban) csak digitális eszközökkel lehetett monitorozni. Az egészséggel kapcsolatos digitális technológiáknak jelentős szerepük volt a járvány során felmerülő egészségi problémák kezelésében, és kiemelt fontosságúak voltak a fertőzöttek korai azonosításában, kiemelésében, diagnosztizálásában, ellátásában, betegútjuk menedzselésében, úgy, hogy az egészségügyi dolgozóknak nem kellett feltétlenül érintkezniük a fertőző betegekkel. Effajta technológiaként jelent meg például a távvizit: az enyhe és középsúlyos COVID–19 esetek monitorozására lehetőséget ad a telemedicina (Győrffy és mtsai 2020), különösen, ha mobilalkalmazás vagy szenzorok segítik az ellátók munkáját. A digitális egészségügyi

megoldások, így a telemedicina, a mobiltechnológián alapuló eszközök, a mesterséges intelligencia és a Big Data-elemzések a COVID–19-járvány során számos különféle módon kerültek a prevenció és a kezelés fókuszába.

A pandémiával összefüggésben fontos kérdés a betegséggel kapcsolatos tájékozódás, az egészségügyi célú információszerzés. Eredményeinkből látszik, hogy az internet ennek egyértelműen az egyik fontos forrása. Más tanulmányok is megerősítik, hogy a járvány során jelentősen megnövekedett az egészséggel, betegséggel kapcsolatos online információk keresése, illetve azt, hogy ebben a folyamatban a közösségi médiának kiemelt szerepe van (Horváth és mtsai 2022). Azonban a weboldalak intenzív használata mellett mind a Hungarostudy 2021, mind az E-páciensek Magyarországon kutatásban fontos új elemként jelenik meg az igény orvosi, szakmai folyóiratok online és offline olvasására. E jelenség magyarázható egyrészt azzal, hogy a túlzott mennyiségű információ között, illetve az infodémia és a fals információk világában nagyon nehéz kiigazodni, így sokan az eredeti forrásokhoz nyúlnának vissza az egészséggel kapcsolatos kérdéseikkel. Másrészt a legtöbb orvosi folyóiratnak van nyilvános megjelenése a közösségi média felületein, így a releváns információk e csatornákon keresztül is elérhetők (Neely, Eldredge és Sanders 2021).

Elemzésünk korlátjaként említhető meg, hogy kevés kérdéssel vizsgáltuk a digitális egészséggel kapcsolatos jelenségeket, és e kérdések összetettek voltak – a Hungarostudy összetett kérdőív struktúrájában nem volt lehetőség ennél specifikusabb vizsgálatra. Ennek fényében eredményeink korlátozottan értékelhetők, ugyanakkor erőssége elemzésünknek, hogy több ponton egybevethető a kifejezetten a digitális egészségre fókuszáló, E-páciensek Magyarországon elnevezésű reprezentatív felméréssel.

Összegzés

Jelen vizsgálatunk megerősítette, hogy az internetes információszerzés és a digitális technológiák megkerülhetetlenek az egészségügyben. A COVID–19-járvány kihívása megsokszorozta a digitális megoldások iránti igényt, amit jól mutat, hogy a betegségen átesettek szignifikánsan gyakrabban szeretnének ilyen jellegű eszközöket, lehetőségeket használni egészségmenedzsmentjükben. Az új típusú betegség új megközelítésmódokat hívott életre, és ez nyilvánvalóan katalizálja az elkötelezett, aktív és

technológiákat használó e-páciensek megjelenését az ellátórendszerben. Azonban ahogyan elemzésünk is mutatja, a digitális szakadék csökkentése is igen fontos kérdés a technológiai lehetőségek fejlesztése mellett: látható, hogy az idősebbek, az alacsony iskolai végzettségűek és a kisebb települések lakói sokkal kevésbé mondhatók e lehetőségek felhasználóinak. Az elkövetkező kutatások és gyakorlati lépések fókuszának éppen ezért leginkább a sérülékeny társadalmi csoportok és a kedvezőtlen szocioökonómiai háttérrel rendelkezők felé kell irányulnia.

Az E-páciensek Magyarországon című kutatás az OTKA FK 134372. számú kutatási alapprogram keretében valósult meg.

Felhasznált irodalom

E-páciensek Magyarországon 2021. Budapest: D.E.M.O Projekt. https://semmelweis.hu/digitalhealth/files/2022/02/E-paciensek-Magyarorszagon-web-20220127.pdf (Letöltés: 2022. augusztus 28.)

EC Yearbook (2021) *Eurostat Regional Yearbook 2021.* European Commission. https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-ha-21-001 (Letöltés: 2022. augusztus 28.)

Grange, Elisha S., Eric J. Neil, Michelle Stoffel et al. (2020) Responding to COVID–19. The UW Medicine Information Technology Services experience. *Applied Clinical Informatics.* Vol. 11. (2): 265–275.

Gunasekeran, Dinesh Visva, Rachel Marjorie Wei Wen Tseng, Yih-Chung Tham and Tien Yin Wong (2021) Applications of digital health for public health responses to COVID–19. A systematic scoping review of artificial intelligence, telehealth and related technologies. *npj Digital Medicine.* 4: 40.

Győrffy Zsuzsa (2019) E-páciensek és digitális gyógyítóik. *Magyar Tudomány.* 180. évf. 10. sz. 1471–1485.

Győrffy Zsuzsa, Békási Sándor, Szathmári-Mészáros Noémi és Németh Orsolya (2020) A telemedicina lehetőségei a COVID–19 -pandémia kapcsán a nemzetközi és a magyarországi tapasztalatok és ajánlások tükrében. *Orvosi Hetilap.* 161. évf. 24. sz. 983–992.

Horváth Tamás, Csupor Dezső, Győrffy Zsuzsa és Varga Zsuzsa (2022) Internetalapú egészségkommunikációs lehetőségek (blogok, podcastok, videócsatornák) és a közösségi média. *Orvosi Hetilap.* 163. évf. 4. sz. 132–139.

Jennings, Will, Gerry Stoker, Hannah Bunting, Viktor Orri Valgarðsson, Jennifer Gaskell, Daniel Devine, Lawrence McKay, Melinda C. Mills (2021) Lack of Trust, Conspiracy Beliefs, and Social Media Use Predict COVID–19 Vaccine Hesitancy. *Vaccines.* Vol. 9 (6): 593.

Kemp, Simon (2021) *Digital 2021: Hungary.* https://datareportal.com/reports/digital-2021-hungary (Letöltés: 2022. augusztus 28.)

Meskó Bertalan, Drobni Zsófia, Bényei Éva, Gergely Bence és Győrffy Zsuzsa (2017) Digital health is a cultural transformation of traditional healthcare. *mHealth.* Vol. 3. (9).

Neely, Stephen, Christina Eldredge, Ron Sanders (2021) Health Information Seeking Behaviors on Social Media During the COVID–19 Pandemic Among American Social Networking Site Users: Survey Study. *Journal of Medical Internet Research.* Vol. 23. (6): e29802.

Szappanos Júlia (szerk.) (2022) *A COVID–19-járvány hatása az egészségügyi e-szolgáltatások fejlődésére és elterjedésére.* Budapest: Állami Számvevőszék. https://www.asz.hu/storage/files/files/elemzesek/2022/Elemzes_COVID_19_egeszsegugyi_e_szolg.pdf?download=true (Letöltés: 2022. augusztus 28.)

Tilahun, Binyam, Kassahun Dessie Gashu, Zeleke Abebaw Mekonnen, Berhanu Fikadie Endehabtu and Dessie Abebaw Angaw (2021) Mapping the Role of Digital Health Technologies in Prevention and Control of COVID–19 Pandemic. Review of the Literature. *Yearbook of Medical Informatics.* Vol. 30. (1): 26–37.

Wang, Qiang, Min Su, Min Zhang and Rongrong Li (2021) Integrating Digital Technologies and Public Health to Fight COVID–19 Pandemic. Key Technologies, Applications, Challenges and Outlook of Digital Healthcare. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* Vol. 18. (11): 6053.

Lázár Imre, Tóth Gergely

A Hungarostudy 2021 kutatás eredményei hálózati megközelítésben

A változók közti viszonyok „reprezentációs tájképe”

Bevezetés

A jelen tanulmányban alkalmazott megközelítés társadalomtudományi és népegészségügyi szempontból is újszerű hálózatelvű keretekben vizsgálja a Hungarostudy 2021 kérdőíves kutatás eredményeit. A bio-pszicho-szociális rétegeket illető adatokat a hálózatelemzési megközelítés képes közös adattömegként kezelni, és elméleti egészséglélektani ismereteinket gyarapító hálózatmintázatokban, összefüggés-alakzatokban megjeleníteni őket. Az így „egybenyitott” adattömegből a közelségek, hálózati kapcsolatok térképszerű alakzatokat rajzolhatnak ki, és így maguk is elméletgeneráló erőhöz jutnak a feltáruló összefüggések mentén, mint azt a „grounded theory” alapján végzett kutatások során látjuk, melyek először induktív módon emelik ki a csomóponti súlyú tapasztalati adatokat, majd kapcsolatrendszerük feltárásával lehetővé teszik a deduktív elméletalkotást.

A tanulmányunkban alkalmazott megközelítés szerint a kérdőívek kognitív sémákat kínálnak, és a kérdőívek által elhatárolt válaszstruktúrák tagolják az összefüggésrendszert, így a megelőző eredményekre támaszkodó kutatói sémák maguk is strukturálják a valóságra vetett „hálót”.

Ugyanakkor ezeknek az adatoknak a közös adatmátrixba vonása és a hálózati elemzésre alkalmassá tétele lehetővé teszi, hogy a nem széttagolt kérdések által kínált nagy adattömegből nyerjünk hálózatos összefüggésképet.

Az alkalmazott módszer, a kérdőíves válaszok által kínált reprezentációs tájkép olyan összefüggéseket is megmutatott, melyek a tesztek által széttagolt kérdésmedrek között máskülönben rejtve maradtak volna. A hálózati mintázatok is igazolták az alacsony iskolázottság, a dohányzás, a rossz szubjektív egészségmutatók és az anómiára utaló indexek, illetve a mindennapi megélhetés gondjainak mintázatszerű együttállását, szemben a gimnáziumi végzettségű válaszadókkal, akik védettek az anómiás

beállítódással szemben, az anyagi helyzetükkel és a munkájukkal elégedettek, egészségtudatosak, és nem dohányoznak. Fontos felismerés, hogy a kontrollvesztett, stressz alatt álló személy mintázata átfedést mutat a súlyos depressziós mintázat hálózatképével, azaz a tanult tehetetlenség és a depresszió közötti párhuzamot a viselkedésepidemiológiai adatok is alátámasztják. A hálózati elemzés igazolta a szalutogenikus jelentőségű koherenciaérzet fontosságát is, mert aki elutasítja, hogy élete egy nagyobb terv része, és értelmetlennek tekinti, annál az egészségi adatokban kedvezőtlen eltéréseket találtunk, míg az életüket értelmesnek találók elégedettek és jó egészségmutatókkal jellemezhetők voltak.

A hálózatelemzés és a társadalmi reprezentáció kérdése

A társadalmi valóság kvalitatív és kvantitatív leképezése egyaránt kognitív térképek alkotásán és reprezentatív fogalmi hálók szövésén alapul, így a hálózatelvű megközelítés a valóság modellezésének kognitív mélyszerkezetével egylényegű folyamat. Ha a kognitív sémákat a megismerési folyamatokat szabályozó ismerettömbökként vagy ismerethálóként értelmezzük, akkor az adott tudományos diskurzusra is jellemzőek e sémák, melyek befolyásolják a tudományos megismerési gyakorlatot, a valóság képének tudományos újraalkotását és az adott szakterületre jellemző leképeződését. Valójában a Moscovici (2002) által definiált szociális reprezentációk is a mindennapi életből eredő olyan koncepció- és magyarázathalmazok, melyek az egyének közötti kommunikációból emelkedtek elő, s ilyen értelemben hálózati jelenségek és hálózati termékek.

Mindez igaz a kvantitatív és a kvalitatív módszerekre, az elvont elméleti megfontolásokon alapuló munkahipotézisek tesztelésére és a „grounded theory" (Glaser és Strauss 1967) helyzetére, amelyben a terep észlelése nyomán generálódik az elméleti hipotézis. Ez az elméleti prekoncepcióktól függetleníti a hálózati képben feltáruló összefüggéseket, az empirikus eredmények alapján segíti elméleti értelmezések konstrukcióját vagy épp a korábbi elméleti feltevések megerősítését. Valójában a tudományos eredmény is egy adott kognitív sémarendszer nyelvi-fogalmi hálózatokba öntött-fordított alakzata, melyet a kommunikáció eszközeként használt, történeti-társadalmi kognitív képződményként létrejött nyelvtani

szabályrendszerbe foglalt jelentésgyűjtemény tesz lehetővé. A fentiek alapján a valóság modellezésében a kognitív térképek és a sémaképződés jelentősége és a valóság nyelvi leképezése a mindennapi gondolkodás és a tudományos elemzés közös alapjának tekinthető.

Clifford Geertz, az interpretatív antropológiai iskola alapítója szerint az ember a maga szőtte jelentések hálóján függő lény, ahol a háló maga a kultúra. Ha a kultúra ilyen *jelentésháló* mint az interszubjektív jelentések társadalmilag konstruált világa, akkor a kultúra „ártó-védő” következményei is hálózatszerűen értelmezhetők.

A jelentésháló felfejtésében nagy szerepe lehet a szemantikus hálózatok elméletének is, amely a tudás és a reprezentációk elemzésében nagy múltra tekint vissza (Quillian 1968). A szemantikus hálózatok lehetővé teszik a reprezentatív szemantikai kapcsolatok modellezését (Sowa 1991), melynek megjelenítése felcímkézett csomópontokkal és élekkel történik, és a hálózatelemzés (Brandes és Erlebach 2005) által az ilyen jelentéshálózatok formális feldolgozása és elemzése is lehetővé válik. A hálózatelemzés nagy előnye a szemléltethetőség, az a József Attila-i szükséglet, hogy a szemantikus elemzés a szemlélhetetlen világegész helyébe szemlélhető műegészt helyez a hálózatok megjelenítése, vizuális feltárása és elemzése során. Ez a klasszikus kérdőíves módszerhez képest is bizonyos reprezentációs többletet kínál.

A vizuális szövegelemző rendszer lehetővé teszi a hálózati elemzés alkalmazását és az összetett gráfok vizuális feltárását és elemzését, a szemantikai kapcsolatok és szerkezetileg releváns minták felismerését. A kapott gráfábra releváns jelentések, csomópontok halmaza, melyet élek halmaza köt össze, amelyek a különböző szavak közötti kapcsolatokat jelölik.

A hálózat jellemzői magukban is kézenfekvő magyarázatot kínálnak jelentőségükről. Így az élek összekötik a csomópontokat, az útvonal két csomópontot egymással összekötő összekapcsolt élek halmazát írja le. Minden útnak megvan a maga hossza, amely mennyiségi jellemzésül szolgál. Az útvonalak segítségével meghatározható a lehetséges legrövidebb kapcsolat két csomópont között az élek és kapcsolódásaik ismeretében. Az utak kvalitatív elemzése felfedi a különböző szemantikai kapcsolatokat, amelyek összekötik a szavakat a szemantikai hálózatban. A csomópontokat jellemezheti a fokszámuk, amely a szomszédos csomópontok számát jelzi, míg

a hubok a hálózat fontos csomópontjait képviselik, és gyakran szorosan összekapcsolt csomópontoknak felelnek meg.

Mindez számunkra új lehetőséget nyithat meg, melynek révén a kérdőíves válaszadatok félig strukturált tömegét releváns szemantikai hálózattá fordítjuk át. A „big data" jellegű ömlesztett adatok elemzése maga is kitermelheti a részterületeket. Algráfokat határolhatunk le a gráf többi részétől, amelyekre a csomópontok erős belső összefüggése jellemző. Ezeket ugyanakkor klaszterekként is azonosíthatjuk. A klaszterek erősen összefüggő komponensekből álló részgráfok. Minőségileg a klaszterek erősen összefüggő jelentések csoportjait képviselik, és így összetett szemantikai fogalmakat jelezhetnek, melyeket olyan szavak írnak le, amelyekhez valószínűleg nem kapcsolódnak egyéb szemantikai fogalmak. Így a klaszterek segíthetnek a speciális témákat képviselő fogalmak megjelölésében.

Nagyszámú adatközlőt strukturált kérdésekkel vizsgáló kérdőíves gyakorlat a Hungarostudy magatartás-epidemiológiai kutatássorozat, amely a stresszkutatás kísérletes, bizonyítékalapú egészséglélektani, pszichofiziológiai eredményeken nyugvó modelljei alapján építette fel validált és honosított kérdőívekből a vizsgálóeszközét. Valójában itt is a valóság – a pszichoszociális stressz jelenségköréhez kapcsolódó – kognitív sémarendszerét vetíti ki a kutató az adatközlők tapasztalati világára, és a két oldal hálózatainak interferenciája teremti meg azt a valóságreprezentációt, melyet mint pszichoszociális stressz jelenségkört azonosítunk. A Hungarostudy kutatásban a pszichoszociális stressz mérése is szelektív és strukturált jelentéshálóval történik, ahol szemantikai értelemben a háló csomópontjait az egyes strukturált kérdések jelentik. A háló már validált és honosított kérdőívekből, azaz a vizsgált sajátos populációra adaptált valóságérzékeny eszközökből szövődött, és magában foglalja a környezeti hatásokat tükröző munkahelyi, házassági és szociális stresszt, az életeseményeket, az egyén megküzdési képességeit, valamint a stressz pszichológiai és szomatikus következményeit. A kérdőívek három megközelítést szintetizálnak: a stresszorokat felmérő *környezeti megközelítést*, a személy szubjektív helyzetértékelésére és megküzdési jellemzőire összpontosító *tranzakciós modelljét* és a *válaszalapú megközelítést.*

A jelen tanulmányban alkalmazott megközelítésben a kérdőívek kognitív sémákat kínálnak, és a kérdőívek által elhatárolt válaszstruktúrák tagolják

az összefüggésrendszert, így a megelőző eredményekre támaszkodó kutatói sémák maguk is strukturálják a valóságra vetett „hálót”.

Ugyanakkor ezeknek az adatoknak a közös adatmátrixba vonása és a hálózati elemzésre alkalmassá tétele lehetővé teszi, hogy a vizsgálati tárgyra irányuló, de nem széttagolt kérdések által kínált nagy adattömegből jelentésteli összefüggésképet nyerjünk. Mindez távoli rokonságot tart a grounded theory módszerével, mely a terepről előemelkedő adatmintázatok kinyerésének induktív módszerével alkot képet a valóságról.

Módszerek

Annak érdekében, hogy a teljes kérdőív alapján a szemantikus teret le lehessen képezni, szükség volt egy olyan modell alkalmazására, amely képes a változók közti releváns parciális hatások feltárására is. Elemzésünk során a felvetett problémakörrel analóg, eredetileg a mágneses tér vizsgálatára alkalmas úgynevezett Ising-modellt követtük, amely az elmúlt években egyre nagyobb népszerűségnek örvend a pszichometriai kutatásokban (Epskamp és mtsai 2018). Az általunk alkalmazott modell az Ising-modellre épül, amely az L1-szabályozott logisztikus regressziót az Extended Bayes-information Criterion (EBIC) alapján történő modellválasztással kombinálja, és a végeredmény tekintetében a változók közötti kapcsolati struktúrát hálózatként értelmezi, ahol az egyes változók közötti kapcsolatok parciális hatások, azaz feltételezik az összes többi változó kontroll alatt tartását (Borkulo és Epskamp 2016).

A technikai részt tekintve az R programnyelv[1] 4.2.1-es verzióját használtuk. Az adattranszformációt és -számítást ebben végeztük, míg a statisztikai számítások során az Isingfit csomagját alkalmaztuk, amelyet a teljes elemzési mátrixot figyelembe véve optimalizálni kellett. A vizuális megjelenítéshez a GEPHI nyílt hozzáférésű eszközt használtuk (Bastian, Heymann és Jacomy 2009).

A kérdőív alapján képzett teljes változótér elemei közötti releváns kapcsolatok feltárása során több megoldandó nehézség is jelentkezett:

1 R Core Team (2022). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. https://www.R-project.org/

1. Statisztikai szempontból problémát jelent, hogy a változók eltérő mérési szinten lettek meghatározva. Így nominális, ordinális mérési szintű kategoriális változók és akár magasabb mérési szinten is értelmezhető folytonos változók bevonása is szükséges volt a teljes körű elemzéshez.
2. Technikai szempontból további problémát jelentettek az adathiányok, amelyek a kérdőív szerkezetéből vagy logikai felépítéséből adódtak (például bizonyos kérdések csak nőknek szóltak), de a válaszmegtagadásból is származhattak. A teljes adatbázis egységes elemzéséhez mindenképpen szükség volt e hiányok megnyugtató kezelésére.
3. A változók között voltak triviális összefüggések is (például a BDI-alskála értékeinek kapcsolata az összevont Beck Depresszió Skálával), amelyek „kitakarhatnak" valódi releváns összefüggéseket.
4. A teljes változótér az elemzéshez szükséges transzformációk nélkül is 320 változót tartalmazott, valamint hétezer megfigyelést, emiatt az eljárás memória- és számításigénye meghaladta egy átlagos személyi számítógép kapacitásait.

A technikai problémák leküzdése érdekében a következő eljárásmódot alkalmaztuk:

1. A teljes változóteret kétértékű változókká transzformáltuk (úgynevezett dummy változók képzése), ezzel összesen 1453 új változót hoztunk létre; a folyamatot a folytonos változók ordinálissá konvertálása előzte meg, az eloszlás alapján automatikus módon.
2. Az adathiányokat ugyanúgy értéknek tekintettük, mint bármely más attribútumot, ennek következtében minden megfigyelés teljes értékűen vett részt a modellezésben.
3. Mivel a triviális összefüggések nagymértékben csökkentik az elemzés során kinyerhető információmennyiséget – hiszen kitakarják a mélyebb összefüggéseket –, egy olyan hierarchikus megközelítést alkalmaztunk, amely az asztronómiában is használatos: a nagy fényerejű csillagok melletti halvány égitestek megfigyeléséhez szükséges technikával analóg módon, több lépésben kitakartuk a triviális összefüggéseket, és az elemzést összesen négy ütemben újrafuttattuk.

4. Az elemzéseket a Google-felhőben végeztük megfelelő paraméterekkel létrehozott virtuális szervereken, a folyamat így is több hetet vett igénybe.

Az elemzés végeredményeként a négy ismételt futtatás teljes, a változók közötti szomszédsági mátrixa rendelkezésre állt, amelynek *összevont* mátrixára épültek a jelen tanulmányban bemutatott hálózati struktúrák.

A GEPHI-ben készült vizualizációnál törekedtünk az áttekinthetőség megőrzésére. Ennek érdekében a kiemelt jellemzők középpontjából kiindulva mutatjuk be e változók statisztikailag releváns összes, negatív és pozitív kapcsolódásait. A hálózati csomópontok mérete a súlyozott fokszámokkal, míg az élek vastagsága a kapcsolatok erősségével arányos. Az elrendezés tekintetében két algoritmust alkalmaztunk: a Fruchterman Reingold, illetőleg a Force Atlas 2 eljárást. A színezéshez az egyes hálózatok belső csoportosulásait bemutató Modularitás eljárást alkalmaztuk Lambiotte, Deenne és Barahona (2009) nyomán, ennek révén az eltérő jelenségcsoportok vizuális szétválasztására is lehetőség nyílt.

Eredmények

A kérdőíves válaszok mátrixa: tájképek, rétegrajzok és portrék

Arra, hogy miként lehet az általunk részeiben vizsgált és a szignifikáns adatok révén az adatmátrix kínálta „terepanyagból” előtűnő és közelséget, távolságot mutató csomópontokat, hubokat és éleket tartalmazó képpé alakítani, a szubjektív egészségállapotot tükröző válaszok összefüggéshálójának elemzése kínál példát. A Hungarostudy 2021 kérdőíves vizsgálat több ezer válaszát egyszerre szemlélni képtelenség, a hálózati megközelítés mégis segítséget kínálhat ehhez.

A hálózaton belüli kapcsolatokat, közelséget, érintettséget jelző mutatókat valójában kognitív térképezésre alkalmas „tájalkotó” koordinátaként is használhatjuk, melyet statisztikai modellezés révén feltárható számértékek kínálnak. A kérdőív kérdéséhez kapcsolódó, megerősítő vagy tagadó minősítések jelennek meg a változó szignifikanciát mutató értékek képében. Így az adott fókusz körül megjelenik egy közelséget és távolságot mutató, az összefüggések eltérő szignifikanciáján alapuló táj. Egy alakzat, melyet

statisztikai modellezés révén feltárható statisztikai kapcsolati értékek tesznek láthatóvá. Ennek áttekintő képe, amely az *1. ábrán* látható, a teljes „tájképet” sematikus módon ábrázolja. A továbbiakban e teljes alakzatnak az egyes alszegmenseihez kapcsolódó hálóelemek együttes vizsgálata révén kívánunk rámutatni az összefüggésrendszerek sajátosságaira és jellemzőire.

1. ábra: A Hungarostudy 2021 teljes változóterének hálózati reprezentációja (áttekintő ábra)

A bio-pszicho-szociális megközelítés akkor helytálló, ha a gazdasági, jövedelmi, iskolázottsági mutatók mint szocioökonómiai meghatározók tükröződnek az egészséglélektani mutatókban és az egészségállapot leíró értékeiben is.

A magukat etnikailag romaként megjelölő válaszadókra a kérdőíves válaszok alapján a legmagasabb befejezett iskolai végzettségként vagy kevesebb mint nyolc általános (1,22),[2] vagy nyolc általános (1,31) a jellemző.

A nyolc általánosnál kevesebb osztályt végzettek körében a fő tevékenység a közfoglalkoztatottságban végzett munka (0,30), anyagi helyzetükkel elégedetlenek (0,26). Társas világukat sok testvér (0,54), a közös háztartásban együtt élők nagyobb száma (0,51) jellemzi, ismeretségi körükben sokan munkanélküliek (0,31). Ezekre a válaszadókra nagyon rossz egészségállapot (SRH) jellemző (0,26), a személyes jövedelmük hetvenezer és kilencvenezer forint között van (0,23), ami a válaszadók szerint olyan kevés, hogy az élethez alapvetően szükséges cikkeket sem tudják megvásárolni (0,35), ugyanakkor a dohányzás (0,31) jellemző; az eltartott gyermekek száma egy és öt közötti (0,23), de a válaszadók között sok az özvegy is (0,73).

Az iskolázottság jelentőségét igazolja, hogy a nyolc általánost végzettek körében magasak az anómiamutatók, például a „Minden olyan gyorsan változik, hogy az ember azt sem tudja már, miben higgyen” (0,05) és „Az ember az egyik napról a másikra él, nincs értelme előre terveket szőni” (0,03) válasz. Körükben még mindig alacsony (százezer és százötvenezer forint közötti) a családi háztartás nettó összjövedelme, ami közepes egészségállapottal (SRH) társul (0,04). E körben hangsúlyos az eladósodás, a kölcsönökre vagy külső segítségre szorultság (0,40). A válaszadók e csoportja elégedetlen a főnökével, a munkatársaival (0,13), a munkájával (0,05) és az anyagi helyzetével (0,04). Ezek a rossz szocioökonómiai tényezők magyarázhatják a válaszadók szubjektív testi panaszosságát, ami statisztikailag együtt járást mutat a rossz egészségállapot mutatóival (például a kar, a láb, a térd vagy a csípőízület fájdalma; 0,02). Az egészségállapotot rontja az intenzív testmozgás, a sport hiánya (0,1008) és a dohányzás (0,0935) is.

Ezzel szemben már a gimnáziumi érettségi is véd az anómiás beállítódással szemben (0,11; 0,09). Az ilyen válaszadók háztartását jellemző anyagi helyzet jó, gond nélkül meg tudnak élni, és tartalékolni is lehet (0,15).

Az egyetemi végzettségű közalkalmazottak, köztisztviselők társadalmi közegét fémjelzi, hogy sok nyaralóval rendelkező (0,15) és sok civil

2 Az egyes kerekített mutatószámok a hálózati kapcsolatok erősségére, azaz végső soron a változók közötti kapcsolat erősségére utalnak.

szervezetekben aktív (0,04) ismerősük van. Az anyagi helyzetükkel elégedettek (0,16), a háztartásoknak nincs anyagi gondja, sőt jelentős tartalékot tudnak felhalmozni (0,75). Munkájukkal elégedettek (0,16), a Covid-járvány alatt sem vesztették el a munkájukat (0,47), és otthonról is dolgozhattak (0,57). Az egészségvédő rendszeres sporttevékenység rájuk már jellemző (0,16), és nem dohányoznak (0,07).

Az egészséglélektani elméleti alapokon nyugvó tájékozódási pontok, vonások a fenti társadalmi „tájképekkel", rétegrajzokkal szemben inkább személyes portrékat rajzolnak elénk. Ilyen lehet a stresszhelyzet feletti kontroll vagy a stresszpuffernek is tekinthető szociális támogatás, a párkapcsolati, illetve az anyai kötődési jellemzők vagy a depresszió Beck Depresszió Skála szerinti mutatója.

Stressz, kontrollvesztés, depresszió

A stresszteli kihívásokat uralni tudó személy képes megoldani személyes problémáit (0,19), kezelni tudja bosszúságait (0,67), teljesen boldognak érzi magát (0,08), aktív és élénk (0,08), váratlan helyzetekben csak kisfokú feszültséget él meg (0,39), életével teljesen elégedett (0,42). Közepes fokban éli meg, ha a nehézségek úgy felhalmozódnak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk (0,75), vagy feldühítették olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni (0,69).

Ezzel szemben a kontrollvesztett egyén válaszaiból olyan ideges, stresszes (0,76) személy rajzolódik elénk, aki teljesen boldogtalan (0,79), teljesen elégedetlen az életével (0,23), és elégedetlen, közömbös minden egyébbel szemben is (0,55), és elvesztette az érdeklődését a többiek iránt (0,25). Túlságosan fáradt, hogy bármit csináljon (0,54), és többé semmiben sem tud dönteni (0,52). Az adatfelvételt megelőző hónapban a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tudja kezelni őket (0,33). Helyzetét megváltoztathatatlannak és jövőjét reménytelennek látja (0,31), és pszichoszomatikus jelentősége van annak, hogy annyira aggódik a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tud gondolni (0,74).

Aki stressztűrő, a stresszt kontrolláló, annál a feszültséget okozó váratlan helyzetek (0,73) ellenére a pozitív testi tapasztalatok így összegződnek: teljesen jellemző a nyugodtság és ellazultság (0,20), ébredéskor friss és kipihent (0,17), napjai tele vannak érdekes dolgokkal (0,15),

holott a válaszadók beszámolnak dühítő, befolyásolhatatlan történésekről is (0,40).

Ezzel szemben az ideges, stresszelt személy a váratlan események miatt tapasztalt feszültség (0,99) mellett magas észlelt stressz-értéket jelez (0,74), a kontrollvesztett személyhez hasonlóan elveszítette a mások iránti érdeklődését (0,21), illetve mindennel szemben elégedetlen vagy közömbös alapállást (0,38) mutat. Nyugodtság, ellazultság, vidámság, jókedvűség, kipihent ébredés egyáltalán nem jellemző rá (0,87; 0,74; 0,48;), annál inkább a fáradtság és az energiahiány (0,44). Teljesen boldogtalan (0,79), és depresszióra utal a jövőtlenség (0,67) és az önhibáztatás (0,37).

E párhuzamok a stresszor fölötti kontrollvesztés és a magas stresszkitettség közötti lényegi kapcsolatot viselkedésepidemiológiai súllyal igazolják.

A korábbi Hungarostudy vizsgálatok kimutatták a szocioökonómiai tényezők és a testi panaszok, betegállományi napok között a depresszió közvetítő szerepét, amit a pszichofiziológiai és epidemiológiai kutatások is megerősítettek (Kopp és Réthelyi 2004).

Ha a depressziót választjuk vonatkoztatási pontnak, akkor az alábbi alakzatok rajzolódnak ki.

A Beck Depresszió Skála szerinti tünetektől mentes személy az egészségi állapotát (SRH) jónak (0,16) tartja, és a kérdőívben felsorolt depressziós tüneteket nem tartja jellemzőnek.

Meglepetésre hasonlóan kedvező képet kaptunk az enyhe depresszió esetében, melyet csak enyhe (PSS10_2_0) fokban színezett az, hogy a válaszadó nem tudja kézben tartani az általa fontosnak tartott dolgokat (0,49), és hogy az elmúlt hónapban egy váratlan esemény (PSS10_1_0) feszültséget okozott neki (0,24).

Közepes depressziónál már a feladatok teljesítésének akadályozottsága is megjelenik (0,34), míg súlyos depressziónál a döntésképesség mellett a munkaképesség is elvész (0,22). Szomorú eleme a döntésképesség elvesztésének, hogy a depressziós személy nem számíthat teljes mértékben a családjára (0,36), és úgy éli meg, hogy nem kapja meg a megfelelő érzelmi segítséget (0,06).

Fontos felismerés, hogy a kontrollvesztett, stressz alatt álló személy mintázata erősen hasonlít a súlyos Beck depressziós mintázathoz, azaz a tanult tehetetlenség és a depresszió közötti párhuzamot a viselkedés-epidemiológiai adatok is alátámasztják, ugyanis az alvászavar (0,09), a fáradtság (0,26), a reménytelen jövőkép (0,19) és a fontos dolgok kezelhetetlensége (0,52) hasonló képet mutat a depressziós és a kontrollvesztett, stresszterhes személy esetében, és ugyanezt a képet mutatja a figyelmet lefoglaló, a testi-fizikai panaszok miatt megjelenő aggódás (0,74), elégedetlenség, közömbösség (1,60) és önhibáztatás (1,21). Az ilyen személy boldogtalan (0,26), elveszíti az élet értelmét, anómiás alapállást mutat (0,30), és testi egészségét is nagyon rossznak éli meg (0,77). A mintázatok hasonlóságát magyarázhatjuk átfedő voltukkal is, azaz a depresszió súlyos stresszhez, kontrollvesztéshez vezető voltával.

A szociális támogatás stresszpufferként való jelentőségét, egészségvédő hatását jelzi a depresszióban feltűnő szomorú tapasztalat, mely szerint a depresszió súlyos formájában a szociális támogatottság alacsony, és a személy nem értékeli elegendőnek a család támogatását, amit nyilván a családi interakciók sérülése is ronthat.

A társas támogatás és a kötődés

A szociális támogatás jelentőségére utal, hogy aki a családjára mindig számíthat, az teljes mértékben megkapja tőle azt az érzelmi segítséget és támogatást, amelyre szüksége van (1,09). Tud a problémáiról beszélni a családjával (0,64), az szívesen segít a döntései meghozatalában (0,76), és teljes mértékben számíthat a barátaira is (0,28), akikkel megoszthatja örömeit és bánatait (0,28), és megbeszélheti problémáit (0,1144). Az ilyen szociális támogatottságot megélő személy nemzeti kötődése is erős (0,02), büszke a nemzetére (0,24), minden körülmények között támogatja (0,09); elégedett a munkájával (0,15), a személyes kapcsolataival (0,02), a gyermekével (0,23) és a lakhatásával (0,06).

A biztonságos támogató család hátterében valószínűleg nagy szerepe van a biztonságos kötődés korai tapasztalatainak, amit az anyai kötődési mutatók igazolnak. Ezekben az esetekben a válaszadó anyai kötődése biztonságos, nem aggódik, hogy anyja nem törődik vele igazán (0,32), anyja mindig segít, ha a bajban hozzá fordul (0,06), és ő nem tart attól,

hogy anyja esetleg elfordul tőle (0,29). Nem jellemző rá az aggodalom, hogy anyja nem törődik vele annyira, mint ő az anyjával (0,20). Az ilyen válaszadó stresszpercepciója is kedvező, az észlelt stressz szintje alacsony (0,36), és Beck Depresszió Skála mutatói is tünetmentességet jeleznek (0,36). Az életben sok minden okoz neki nagy örömöt (0,18), mindennapjait az értékei és hite vezérlik (0,15). Alkoholfogyasztás miatt nincsenek problémái (0,14), elégedett az egészségével (0,16). A stresszhatásokat kontrollálni tudja, az elmúlt hónapban úgy érezte, hogy a dolgok a kedve szerint alakultak (0,06), képes volt kezelni a bosszúságokat az életében (0,08), és úgy érezte, hogy a helyzet magaslatán áll (0,03). Koherenciaérzetét jelzi, hogy összhangban van az őt körülvevő emberekkel (0,07), és meg van békélve helyével az életben (0,08).

Az érzelmi segítséget és támogatást a családjában nélkülöző (1,88) személy ezzel ellentétes képet mutat, és szociális támogatásának elégtelensége túlterjed a családon. Egyetlen fontos személy sincs a közelében, akire számíthat, ha szüksége van rá (0,94), és akivel meg tudná osztani az örömeit és a bánatát (1,08), a barátaira nem számíthat, amikor a dolgok rosszra fordulnak (0,53). Ilyen nehéz helyzetben nem tud a problémáiról beszélni a családjával (0,90), és a családja nem szívesen segít a döntései meghozatalában (1,42). Ezek alapján érthető, hogy a válaszadó nem elégedett a személyes kapcsolataival (0,41). A közvetlen emberi kapcsolatokon túl a nagyobb közösséggel, a nemzettel való kapcsolata is terhelt. Nemzeti közömbösségre utal annak elutasítása, hogy szívesebben lenne magyar állampolgár, mint más ország polgára (0,20), szerinte a magyar népesség fogyása nem jelent veszélyt, fenyegetettséget az ország számára (0,20), de a társadalom elöregedése igen (0,24).

Aki problémáiról egyáltalán nem tud a családjával beszélni, és így nem élvezi közvetlen lelki és mentális támogatásukat, gyakran barátoktól sem kapja meg azt (0,59), ami jelzi a kapcsolati zavar személyiségbeli gyökerét. Tanulságos, hogy egyetlen bizalmas személyt sem tud említeni, aki törődik az ő érzéseivel (1,07), és a tágabb közösséggel sem tud azonosulni, nem büszke a magyar teljesítményekre (0,17). Sérültségére jellemző, hogy nem képes megbocsátani önmagának és másoknak (0,11). Mindennapjai szürkék, és közömbös irántuk (0,12). Ugyanakkor a képben megjelenik a torzult

megküzdés, az alkohol is, az ilyen személy hetente kétszer, háromszor az ivás miatt nem tudja elvégezni azt a munkát, amit elvárnak tőle (0,32).

Az alkoholproblémák, illetve a családi, baráti szociális figyelem és a problémákról való beszélgetés hiánya közötti összefüggés megjelenése az adatmátrix váratlan meglepetésének is tekinthető, mert a családi támaszték és az érzelmi támogatottság hiánya mellett ez az adat nem bukkant fel.

Már egy kevés, az „is-is" válaszban tükrözött családi odafigyelés és részvétel is változtat a képen: az ilyen válaszadó már szükséges érzelmi segítségről (0,16) számol be, és a család részt vesz a személyes döntéshozatalában (0,47) is, igaz, a válaszadó nem mindig számíthat a családra (0,24). A családján kívül is van olyan fontos, bizalmas személy, akihez fordulhat (0,48), de úgy látja, ha a dolgok rosszra fordulnak, a barátaira nem számíthat (0,20), és örömeit, bánatát sem oszthatja meg velük (0,6547). A családjával csak néha elégedett (0,01), ugyanakkor a fenti ambivalencia hátterében nem találunk kötődési zavart, nem okoz nehézséget számára, hogy az édesanyjára támaszkodjon (0,11).

Egyéb szalutogenikus tényezők

A szocioökonómiai és a stresszlélektani példák mellett a kognitív, szellemi egészségvédő tényezőkre is vethetünk egy rövid pillantást. Erre a szalutogenikus tényezőnek tekinthető koherenciamutatók kínálnak példát.

Aki elutasítja, hogy élete egy nagyobb terv része, és értelmetlennek tekinti, elutasítja, hogy értékei és hite vezérlik a mindennapjaiban (0,10), illetve nincs megbékélve a helyével az életben (0,29), annál az egészségi adatokban kedvezőtlen eltéréseket látunk. Nem jellemző rá a rendszeres fizikai aktivitás (0,09), vannak testi fájdalmai (0,12), derék- és hátfájása (0,02), előfordul magas vérnyomás (0,05) és a 2-es típusú cukorbetegség miatt alkalmazott kezelés (0,24). Mindehhez örömtelenség társul (0,28), illetve félelem a gazdasági csődtől (0,14), az összeomló egészségügyi rendszertől (0,13) és a világháborútól (0,14). Az ilyen válaszadók sem a saját anyagi helyzetükkel (0,08), sem a kormány politikájával nem elégedettek (0,03).

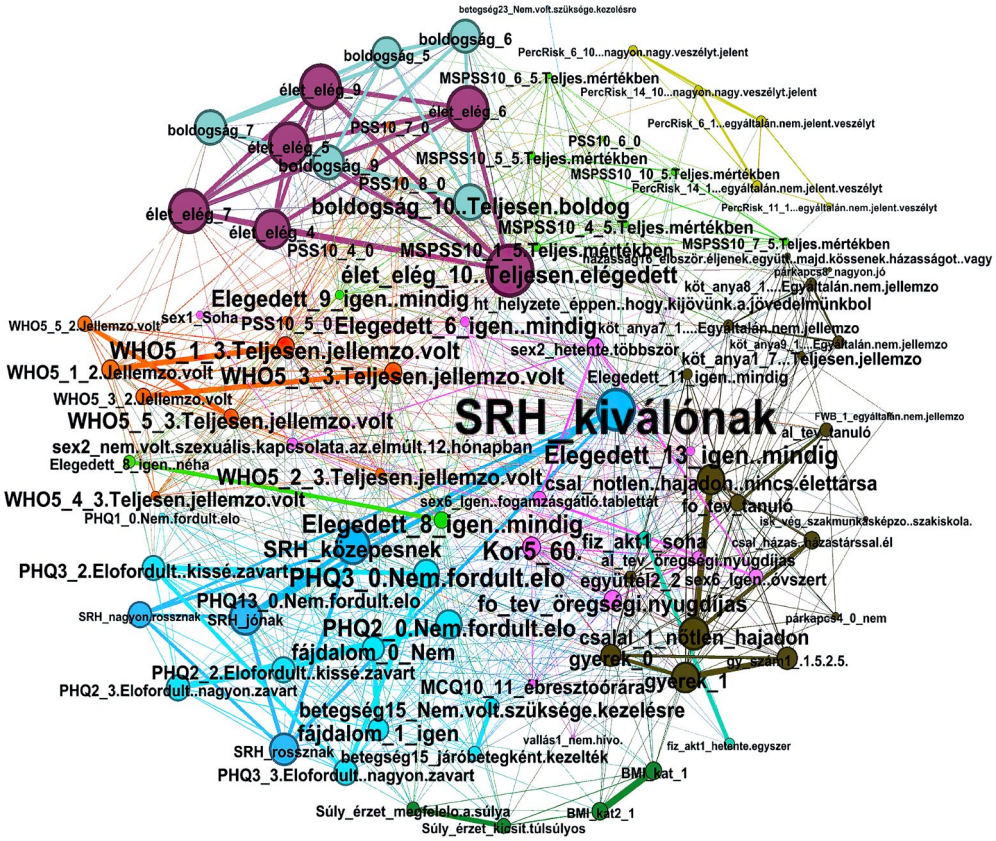
Az oksági összefüggésekről természetesen nem nyilatkozhatunk, hiszen a rossz egészségi állapot és a csalódások okok és következmények is lehetnek.

Ezzel szemben az élet értelmes voltáról meggyőződött, spirituális beállítódású személy életét egy nagyobb terv részeként képzeli el, értékei és hite vezérlik mindennapjaiban (0,16), és olyan világban él, mely tele van érdekes dolgokkal (0,21), sok minden okoz nagy örömöt az életben (0,17), és ebben a világban vidám, jókedvű (0,08), nyugodt és teljesen ellazult (0,09), aktív és élénk (0,12) szokott lenni, ha különböző mértékben is. Elégedett a személyes kapcsolataival (0,10), képes megoldani a személyes problémáit (0,13), a helyzet magaslatán áll (0,09), de a dolgok is a kedve szerint alakulnak (0,08). Elégedett az életével (0,18), az anyagi helyzetével (0,08) és a kormány politikájával is (0,04), magának és másoknak egyaránt meg tud bocsátani (0,27), nem kétli, hogy életének bármi jelentősége volna (0,07). A fentiek alapján nem meglepő, hogy egészségi adatai is kedvezők. Nem találunk nála testi fájdalmakat (0,03), kar-, láb-, térd- és csípőfájdalmat (0,03), hát- és deréktáji fájdalmakat (0,03), fáradtságot, energiahiányt (0,02), nem feküdt kórházban, nem kezelték járóbetegként (0,15).

Hálózatképek

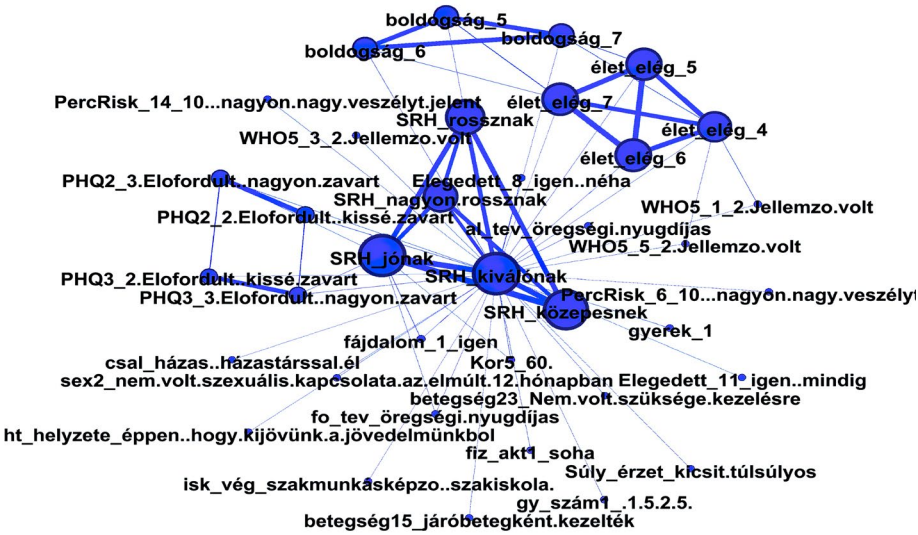
Jelen tanulmány terjedelmi korlátait figyelembe véve a hálózati elemzés szemléltetéséhez csak egy kiemelt jellemző részletes bemutatására nyílik lehetőségünk, ezért a szubjektív egészség szélső attribútumát,[3] a saját egészségüket „kiválónak” ítélők jellemzőit mutatjuk be mélyebben. Ahogyan a módszertani részben utaltunk rá, a négy egymásra épülő elemzés összevont mátrixával dolgoztunk, amelynek segítségével a triviális logikai összefüggéseken túl részletesebb összefüggések feltárását is el tudtuk végezni. A *2. ábrán* a „kiváló” szubjektív egészség teljes összefüggéstere látható, amelyben a negatív (kontraindikált) és a pozitív irányú összefüggések együttesen jelennek meg.

3 Az alkalmazott módszer sajátossága, hogy valamennyi változó esetén minden kategóriát önálló, kétértékű változóként vontunk be az elemzésbe. Ily módon az eredetileg 5 + 1 kategóriás SRH- („Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?”) kérdés minden attribútumát külön kezeltük (például: Nagyon rossznak ítéli? Igen/Nem; Rossznak ítéli? Igen/Nem, stb.) A plusz egy kategóriát az adathiány jelenti, amelyet logikai módon ki lehetett zárni az elemzésből, hiszen ha mind az öt kategória „nem” értéket vett fel, akkor az kizárásos alapon adathiányt jelent.

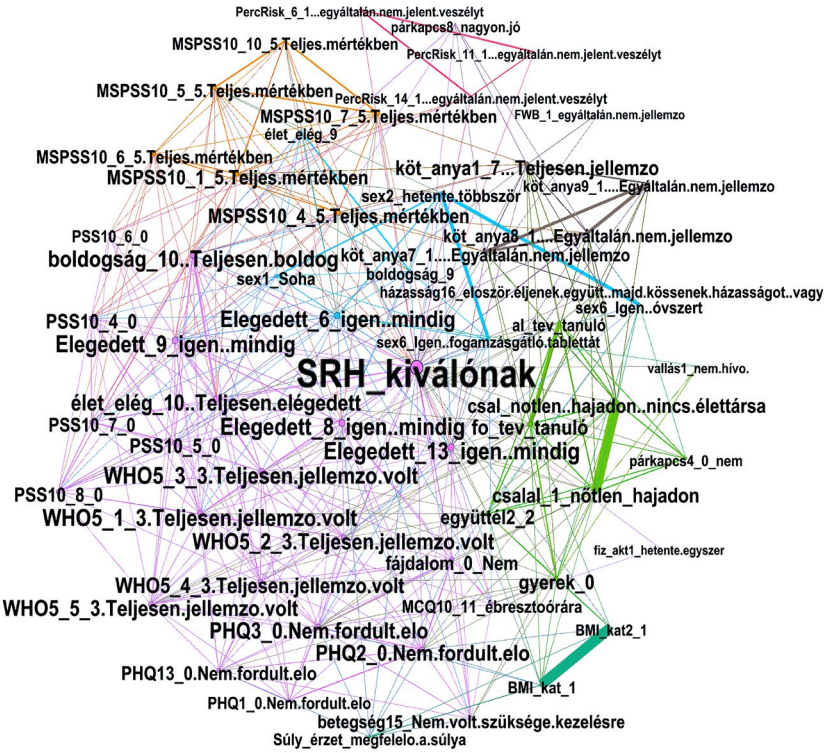


2. ábra: A saját egészséget „kiválónak” értékelés teljes, a pozitív és negatív kapcsolatokat bemutató hálózati összefüggésrendszere. Fruchterman Reingold elrendezésben, a modularitás alapján csoportosított színezéssel: a súlyozott fokszámmal (kapcsolaterősség) arányos az egyes csomópontok nagysága és az élek vastagsága.

Ahogyan az ábra eltérő színeiről is leolvasható, nagyon határozottan elkülönülő összefüggés-csoportok rajzolódnak ki. Természetesnek tűnik az összefüggés a szubjektív egészség meghatározásának változói közt (logikai indikátorok), de az egyes panaszok megjelölése, az élettel való elégedettség és boldogság indikátorai, a veszélyérzékelés, a testsúly, a családi állapot és a szexuális élet jellemzői, valamint az anyai kötődés indikátorai is megjelennek az egyes alcsoportokban. Ha a pozitív és negatív jellemzőket szétbontjuk (3. a és 3. b ábra), a képek határozottan tisztábbá válnak.



3. a ábra: A kiváló SRH kétértékű változó negatív összefüggései



3. b ábra: A kiváló SRH kétértékű változó pozitív összefüggései

Látható, hogy mind a negatív, mind a pozitív kapcsolódásokat részben demográfiai jellemzők is meghatározzák, amennyiben a fiatal, tanulói státuszhoz inkább a pozitív, míg az alacsonyabb iskolai végzettséghez, az alacsonyabb jövedelmi helyzetben lévőkhöz és a nyugdíjas státuszhoz a negatív jellemzők kapcsolódnak. A kiváló egészség mind a boldogsággal, mind az élettel való elégedettséggel pozitívan jár együtt. Ugyanakkor a szétbontás révén olyan tényezők is kiemelkedtek, amelyek az egészség szempontjából a társas támogatás fontosságát (MSPSS) is hangsúlyozzák. A negatív jellemzők esetén a betegségek és fájdalmak meglétén túl meglepő jelenség a szexualitás hiánya, valamint a veszélyérzékelés magas foka (PercRisk_14_10: „Véleménye szerint az alábbi tényezők mennyire jelentenek veszélyt, fenyegetettséget az ország számára? Világháború. Nagyon nagy veszélyt jelent”).

Megbeszélés

A hálózatelemzésen alapuló kutatási modellt lehetővé tevő eszközök fejlődése (Borkulo és Epskamp 2016), illetve a mentális egészségügyi problémák (McNally és mtsai 2017), a személyiségjegyek (Costantini és mtsai 2014) és attitűdök (Dalege és mtsai 2016) mint hálózati struktúrák elemzésében tapasztalt fejlődés révén a bio-pszicho-szociális összefüggések vizsgálatában a hálózati megközelítés helyet kér magának. A hálózati keretrendszer lehetővé teszi, hogy a széttagolt kérdőívkeretekben esetleg rejtve maradt összefüggések feltáruljanak, és az egyedi változók más változókkal való sajátos asszociációs halmazai megjelenjenek a nagy adattömeg által generált hálózati képben. A hálózatelemzés ezeket az asszociációkat olyan hálózatként jeleníti meg, amelyben az egyes változók csomópontok, és a köztük lévő ok-okozati kölcsönhatások az összekötő mechanizmusok. Ugyanakkor ezeknek az adatoknak a közös adatmátrixba vonása és a hálózati elemzésre alkalmassá tétele biztosítja, hogy a vizsgálati tárgyra irányuló, de nem széttagolt kérdések által kínált nagy adattömeg generálta összefüggésképet rajzoljunk ki.

A hálózati megközelítés a bio-pszicho-szociális összefüggésrendszer hálózati elemzésében segít megérteni, hogyan kapcsolódnak egymáshoz a szocioökonómiai és egyéb pszichoszociális kockázatok a mentális és fiziológiai rizikóval, és milyen az egyéni rizikó pozíciója a kockázati hálózatban, azaz a más kockázatokhoz való viszonyában (Stringhini és mtsai 2017). Így azonosíthatóvá

válik, hogy mely pszichoszociális kockázatok központibbak a hálózatban a többihez képest.

Elovainio és munkatársai (2018) a korai pszichoszociális kockázatokat illető adatokat vizsgálták hálózatként, azaz olyan egymással összefüggő változókat, melyek a későbbi depressziós tünetekkel és a kardiometabolikus kimenetelekkel is összefüggést mutattak. Az általuk 1980-ban vizsgált minta nagysága összevethető a késői Hungarostudy kutatások léptékével, mert mintegy 2580 három és tizennyolc év közötti férfiból és nőből álló országos reprezentatív mintán vizsgálták (1) a gyermekspecifikus életesemények, (2) a szülői egészségi magatartás, (3) a szülők társadalmi-gazdasági státusza és (4) a szülők pszichológiai problémáiból adódó pszichoszociális kockázatok összefüggéseit. A mintegy emberöltőnyi követéses vizsgálat lehetővé tette, hogy a benne részt vevő gyermekek felnőttkori depressziós tüneteit és kardiometabolikus helyzetének változásait 2007 és 2012 között elemezzék. Elovainio és munkatársai a társadalmi-gazdasági viszonyok, az érzelmi, stresszes események és a szülői egészség-magatartás hálózati struktúrájának elemzésével ki tudták mutatni, hogy a hálózatban központibb szerepet játszó tünetek milyen mértékben érvényesülnek. Ezt a kockázatok általános összekapcsolhatóságát reprezentáló erősségcentralitás felhasználásával oldották meg.

Isvoranu és munkatársai (2017) kutatásában a szorongást és a depressziót mérő mutató két domaintartományt összekötő elemként jelent meg a hálózat közepén. Mindez erősen összefüggött a pszichopatológiai tételekre, a pánikrohamokra, az érdeklődés elvesztésére, az aggodalomra, a rögeszmékre, a családtagoktól való elszakadáskor tapasztalt idegességre, valamint a fizikai egészségi állapotokra, a mozgásra, a fájdalomra/kényelmetlenségre és a mentális egészségre vonatkozó válaszokkal.

Egyéb tartományok közötti összefüggések magukban foglalták a hipertóniát, amely láthatóan és erősen kapcsolódott a szerencsejátékhoz, az asztmához, a nyugtalan hangulathoz és a szociális fóbiához. A migrénes fejfájás pszichózishoz társult, és nagyon gyengén a hangulati nyugtalansághoz, valamint a vércukorszinthez. A cukorbetegség többnyire, bár gyengén, de negatívan társult az oppozíciós-dacos viselkedészavarral (ODD) és az alkoholfogyasztással.

A hálózati megközelítés a pszichopatológiai állapotok széles skálája, a krónikus betegségek és az egyéni funkciók közötti hálózatképben ábrázolható összefüggéseket tárhat fel. A két tartomány közötti elmosódó határokat több elem

is összekapcsolja, áthidalja. Ilyen lehet a teljesítőképesség, mely a krónikus betegségek és a pszichopatológia közötti kapocs lehet. Így az idült kórfolyamatok az egyéni teljesítmény, funkció csökkenésével és az életminőség-romlással kapcsolódnak össze, illetve a pszichopatológiai tünetek is felerősödhetnek. És fordítva: a mindennapi életet befolyásoló krónikus pszichopatológiai jelenségek is idült testi tünetekkel társulnak. A centralitáselemzések szerint a működési és depressziós elemek mutatkoznak központinak a hálózati struktúrában.

Az élethosszig tartó és az aktuális asztmadiagnózis számos mentális zavarral járt együtt, beleértve a szociális fóbiát és affektív rendellenességeket, amint ezt a vonatkozó pszichoallergológiai kutatások is megerősítették. Ugyanakkor egyes pszichopatológiai tünetcsoportok (például a specifikus fóbiás panaszok) gyengébb kapcsolatot mutattak másokkal, mint egyéb tünetcsoportok (például depresszió, szorongás, gyermekkori rendellenességek), ami arra utal, hogy az utóbbiak komorbid hálózati kapcsolatai kifejezettebbek. Ez is jól tükröződik a pszichoimmunológiai kutatások eredményeiben (a depresszió gyulladásos elmélete, illetve stresszbiológiai és neuroimmun hatásai). A tartományon, illetve a klaszteren belüli asszociációk, a depresszió, a szorongás és a gyermekkori rendellenességek mint összefüggő klaszterek is megerősítést nyernek a pszichoimmunológiai kórmodellek felől (Lázár 2020).

Jelen tanulmány célja kettős: (1) Újfajta, vizualizálható, részben hálózattudományi eljárásokon alapuló módszertan adoptálása társadalomtudományi kérdőíves adatok összefüggéseinek feltáró jellegű elemzésére. (2) A kifejlesztett eljárás alkalmazása a Hungarostudy 2021-es adatfelvétel adatainak feltáró jellegű elemzése érdekében.

A jelen kutatásban alkalmazott módszertan több újszerű elemet is tartalmazott.

A változók dichotomizálása lehetővé tette a teljes rendelkezésre álló változótérrel való munkát, s ennek révén újszerű, a korábbiakban nem vagy csak részlegesen vizsgált összefüggések tárulhattak fel.

Mint minden adatbányászati megközelítés alkalmazásakor, jelen kutatás során is felmerült problémaként a nem felügyelt *(non-supervised)* eljárásból adódó triviális összefüggések zavaró jelenléte (például alacsony iskolai végzettségű az, aki nem magas iskolai végzettségű), hiszen az ilyen típusú összefüggések statisztikai értelemben ugyan releváns, de valójában tartalmatlan állítások. E problematika kezelésére egy ismétléses, hierarchikus eljárást fejlesztettünk

ki, amely során több lépcsőben, az egyes lépcsők során feltárt trivialitások „kitakarása” révén mélyebb összefüggések felismerésére is lehetőségünk nyílt.

A feltárt összefüggések – a leíró jellegű vagy táblázatos közölhetőségen túl – a hálózattudományi megközelítésnek köszönhetően gráfként is értelmezhetők. Egyrészt grafikusan is megjeleníthetők, másrészt lehetőséget adnak a hálózatkutatási módszerek alkalmazására (például csoportosulások azonosítása).

A jelen kutatás során kifejlesztett elemzési eszköz tehát olyan új, generalizálható statisztikai alapú módszert jelent, amelynek segítségével kérdőíves adatok feltáró jellegű elemzését lehet elvégezni.

A 2021-es Hungarostudy-adatokra alkalmazott eljárás eredményeként láthatóvá vált, hogy a kérdőív eredeti szerkezetéhez híven, az erős kötések révén blokkokba csoportosultak a változók (eltérő színek). Ugyanakkor az egyes blokkok nem különültek el egymástól steril módon, hanem gyenge kötések jelen vannak a teljes hálózatban. Az elemzésben az erős kötések alapvetően a triviális jellegű, logikai kapcsolatok, amelyek az eljárásból adódóan szükségszerűek, és ezért a gyenge kötések, tehát az olyan parciális összefüggések, amelyek feltételezik az összes többi változó kontroll alatt tartását, sokkal izgalmasabbak, hiszen rámutatnak a hagyományos eljárások során sokszor takarásban lévő releváns összefüggésekre.

Az eredmények bemutatása részben vizuális módon történt (a szubjektív egészségi állapot összefüggései), ami rámutatott, hogy a gyenge és erős kapcsolatokon túl az irányuk (pozitív vagy negatív) és azok szétbontása önmagában is segítséget nyújthat ahhoz, hogy az összefüggésrendszereket feltárjuk, de a klaszterező (hálózati megközelítésben: „közösségdetektáló”) algoritmusok révén a változók csoportosulásai is kiábrázolhatóvá váltak.

Ugyanakkor a vizuális megjelenítésen túl táblázatos és szöveges leírások is adhatók, amelyek révén képesek voltunk részben megerősíteni a korábbi elemzések során is feltárt összefüggéseket, és az eredmények kirajzolták a stresszlélektani jellemzők, a kontrolvesztettség és a depressziós mutatók összefüggéseit, a kötődési jellemzők mint védőtényezők természetét, valamint egyéb szalutogenikus tényezők összefüggésrendszerét is.

Összefoglalás

A jelen tanulmányban alkalmazott megközelítés társadalomtudományi és népegészségügyi szempontból is egyértelműen újszerű, amennyiben egy kérdőíves kutatás eredményeit nem a hagyományos statisztikai hipotézistesztelés logikájából adódó deduktív módon közelítettük meg, hanem hálózati megközelítéssel, a Hungarostudy-kérdőívet a társadalmi valóság letapogatására alkalmas mérőeszközként felhasználva rajzoltuk fel az összefüggések kapcsolati hálójából kiábrázolódó „reprezentációs tájképet", amelynek segítségével a társadalmi és bio-pszicho-szociális dimenziók közötti átjárások is láthatóvá tehetők. Habár kutatásunk több szempontból is kísérleti jellegű volt, eredményeink jól illeszkednek azon népegészségügyi paradigmához, mely komplex rendszerként tekint az egészséglélektani tényezőkre és a szociokulturális befolyás alatt álló egészség-magatartás összetevőire.

Eredményeink arra is rávilágítottak, hogy a krónikus stressz környezeti és pszichoszociális meghatározóinak, a társadalmi rétegek sajátos egészségkockázati mintázatainak kimutatását szolgáló, illetve az egyéni egészséglélektani állapotmutatóknak, a sérülékenységnek, valamint az egyén pszichológiai megküzdési képességeinek együttes felmérését lehetővé tevő mérőeszköz népegészségügyi jelentősége elvitathatatlan. Ugyanakkor a bio-pszicho-szociális dimenziók rétegeit a hálózatelemzési megközelítés képes volt egymásba nyitni, és az össze-tartozó állítások adatpontjaiból egészséglélektani ismereteinket igazoló „tájképek", „rétegrajzok" és „portrék" rajzolódtak ki. A hálózatelemzés révén a kérdőíves válaszok által kínált reprezentációs mintázatok előtérbe állítottak olyan összefüggéseket is, melyek a tesztek által széttagolt kérdésmedrek között máskülönben rejtve maradtak volna.

Felhasznált irodalom

Bastian, Mathieu, Sebastien Heymann and Mathieu Jacomy (2009) Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. *Proceedings of the international AAAI Conference on Web and Social Media.* Vol. 3. (1).

Borkulo, Claudia van and Sacha Epskamp (2016) Package 'IsingFit'. Published online 1-6. *IsingFit.pdf (microsoft.com).* (Letöltés: 2022. augusztus 7.)

Brandes, Ulrik, Thomas Erlebach (Eds.) (2005) *Network Analysis. Methodological Foundations.* Berlin: Springer.

Costantini Giuli, Sacha Epskamp, Denny Borsboom et al. (2014) State of the art personality research. A tutorial on network analysis of personality data in R. *Journal of Research in Personality.* Vol. 54: 13–29.

Dalege, Jonas, Denny Borsboom, Frenk van Harreveld et al. (2016) Toward a formalized account of attitudes. The Causal Attitude Network (CAN) model. *Psychological Review.* Vol. 123. (1): 2–22

Elovainio, Marko, Christian Hakulinen, Laura Pulkki-Råback, Markus Juonala, Olli T. Raitakari (2018) A network approach to the analysis of psychosocial risk factors and their association with health. *Journal of Health Psychology.* Vol. 25. (10–11): 1587–1600.

Epskamp, Sacha, Gunter Maris, Lourens Waldorp and Denny Borsboom (2018) Network psychometrics. In: Paul Irwing, Tom Booth, David J. Hughes (eds) *The Wiley Handbook of Psychometric Testing. A Multidisciplinary Reference on Survey, Scale and Test Development.* 953–986. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Ltd.

Glaser, Barney, Anselm Strauss (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research.* Mill Valley, CA: Sociology Press.

Isvoranu, Adela M., Claudia D. van Borkulo, Lindy-Lou Boyette, Johanna T. W. Wigman, Christiaan H. Vinkers, Denny Borsboom and Richard Bruggeman (2017) Network Approach to Psychosis. Pathways Between Childhood Trauma and Psychotic Symptoms. *Schizophrenia Bulletin.* Vol. 43. (1): 187–196.

Kopp Mária S., Réthelyi János (2004) Where Psychology Meets Physiology. Chronic Stress and Premature Mortality – The Central-Eastern European Health Paradox. *Brain Research Bulletin*. Vol. 62 (2): 351–367.

Lambiotte, Jean, Charles Deenne, Mauricio Barahona (2009) Laplacian Dynamics and Multiscale Modular Structure in Networks. *asXiv.* 0812.1770

Lázár Imre (2020) The Network Paradigm. New Niches for Psychosomatic Medicine. In: Ignacio Jáuregui-Lobera (ed.): *Psychosomatic Medicine.* London: InTechOpen. 3–29.

McNally, Richard J., Patrick Mair, Beth L. Mugno and Bradley Riemann (2017) Co-morbid obsessive-compulsive disorder and depression. A Bayesian network approach. *Psychological Medicine.* Vol. 47. (7): 1204–1214.

Moscovici, Serge (2002) A szociális reprezentációk elmélete. In: Serge Moscovici: *Társadalom-lélektan. Válogatott tanulmányok.* Budapest: Osiris. 210–290.

Quillian, Ross M. (1968) Semantic Memory. In: Marvin Minsky (ed.) *Semantic Information Processing,* Cambridge, Massachusetts, London: MIT Press. 227–270.

Stringhini, Silvia, Cristian Carmeli, Marko Jokela et al. (2017) Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality. A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet.* Vol. 389.: 1229–1237.

Sowa, John F. (1991) Preface. In: Sowa, John F.(ed.) *Principles of Semantic Networks. Explorations in the Representation of Knowledge*. San Mateo: Morgan Kaufmann Publishers.

A kötet szerzői

Antal István kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Ádám Szilvia PhD egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ

Balog Piroska PhD egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Bocz János PhD kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Bódi Bernadett egyetemi tanársegéd,
PhD hallgató, Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Bódizs Róbert PhD habil kutatási igazgatóhelyettes,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Bognár Judit egyetemi hallgató,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

Boros Julianna PhD,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet,
KSH Népességtudományi Kutatóintézet

Brys Zoltán,
Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola,
Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

Czeglédi Edit PhD egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Csapody Tamás PhD habil egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Döbrössy Bence egyetemi tanársegéd,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Engler Ágnes PhD habil tudományos elnökhelyettes,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért;
tanszékvezető egyetemi docens, Debreceni Egyetem

Fűrész Tünde elnök,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Gere Dömötör elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Girasek Edmond PhD egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Győrffy Zsuzsa PhD habil egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Horváth-Varga Anikó kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Kapdebo Ágnes elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Kisfalusi Dorottya PhD tudományos főmunkatárs,
Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest

Kovács Katalin Tünde, kutató,
Végeken Egészséglélektani Alapítvány

Lázár Imre PhD habil egyetemi tanár,
Károli Gáspár Református Egyetem, Társadalom- és Kommunikációtudományi Intézet; Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Major Enikő kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért;
tanársegéd, Debreceni Református Hittudományi Egyetem

Major János PhD,
Bethesda Gyermekkórház Fájdalomkezelő Ambulancia,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Markos Valéria PhD, kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Nagy Tímea kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Nyírády Adrienn kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Őri Dorottya PhD hallgató,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet;
Heim Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet, Mentálhigiéniai Központ

Palagyi Réka Evelyn, szociológus (BA),
Pázmány Péter Katolikus Egyetem

Papházi Tibor PhD kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Pári András kutatási vezető,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért;
tanársegéd, Pázmány Péter Katolikus Egyetem

Péter Orsolya Márta PhD, LLM, egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Pilling János PhD egyetemi docens, oktatási igazgatóhelyettes,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Purebl György PhD habil egyetemi tanár, igazgató,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Susánszky Anna PhD egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Susánszky Éva PhD, nyugalmazott egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Susánszky Pál PhD tudományos munkatárs,
Társadalomtudományi Kutatóközpont, Budapest

Szabó Zsolt egyetemi hallgató,
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar

Szalai Tamás Dömötör PhD, egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Szántó Zsuzsanna PhD, nyugalmazott egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Székely András kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért;
Végeken Egészséglélektani Alapítvány

Székely B. András, pszichológia hallgató (BA),
Pázmány Péter Katolikus Egyetem; Végeken Egészséglélektani Alapítvány

Tárkányi Ákos PhD kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Tóth Gergely PhD, egyetemi adjunktus,
Károli Gáspár Református Egyetem, Társadalom-
és Kommunikációtudományi Intézet

Tóth Mónika Ditta PhD egyetemi adjunktus,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Trieb Mariann kutató-elemző,
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Zana Ágnes PhD egyetemi docens,
Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

Kopp Mária, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének vezetője 1988-ban indította útjára a Hungarostudy felméréseket, amelyeknek célkitűzése a magyarok testi-lelki egészségének vizsgálata volt. Az orvos és pszichológus végzettségű professzor asszony küldetésének érezte, hogy tudományos munkáinak eredményei, és az azok mentén megfogalmazott javaslatok a magyar társadalom fizikai és mentális állapotának javulását szolgálják. A kutatássorozat hatodik adatfelvétele a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet és a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért együttműködésében valósult meg. A 2021-es vizsgálatban a két intézet kutatói egyrészt a korábbi felmérések hagyományait követve állították össze a mérőeszközöket, másrészt figyelembe vették az aktuális folyamatokat és jellemzőket, különös tekintettel a koronavírus-járványra.

A tanulmánykötet Kopp Mária munkássága előtt tiszteleg születésének 80., halálának 10. évfordulóján. Szerteágazó érdeklődését, sokrétű tudását, széleskörű tapasztalatát nem ölelheti fel ugyan e kiadvány, de a számára oly fontos magyar testi és lelki egészség állapotáról hiteles képet igyekszik nyújtani.

KINCS
Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért

Universitas Budapestiensis · De Semmelweis Nominata · 1769