

# A MEGBECSÜLTSG ÉRZÉSÉNEK SZEREPE AZ ORVOSNŐK MUNKA-CSALÁD KONFLIKTUSÁNAK ALAKULÁSÁBAN

GYÖNGYÖSSINÉ DR. CSERHALMI, Ágnes (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 ÁDÁM, Szilvia, PhD (SE Menedzser Képző Központ),  
 LÖVSETH, Lise T., PhD (Olav University Hospital, Department of Research and  
 Development, Trondheim),  
 FRIDNER, Anne, PhD (Karolinska Institute, Centre of Gender Medicine, Stockholm),  
 KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 FERENCZI, Andrea, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
 MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)

Levelező szerző: Mészáros Veronika: meszaros.veronika@kre.hu

## Absztrakt

*Háttér és célkitűzések:* A munka és a család összeegyeztetése a nemi szerepek elvárásainak különbözőségéből fakadóan a legtöbb ember számára feszültséget okoz. A nők – tekintettel fokozódó részvételükre a munkaerőpiacon – különösen érintettek a munka és a család közötti konfliktus kérdésében. A munka-család konfliktus mértéke különféle tényezők függvényében változhat. Jelen tanulmány azt vizsgálja, hogy a végzett munka felettes általi megbecsültsége milyen hatással lehet a munka-család konfliktusra, azaz csökkenti-e a szerepek összeegyeztetéséből fakadó nyomást. *Módszer és eredmények:* A vizsgálatban a HOUPE tanulmányban válaszadó, hat országból származó orvosnők adatai kerültek elemzésre. Az 1435 résztvevőtől származó válaszok alapján megállapíthatjuk, hogy a megbecsültséggel elsősorban a munkából fakadó stressz családi életre gyakorolt hatása csökken (mely a munka-család konfliktus egyik formája), de az időhiányból eredő nyomáson is enyhítenek a felettes pozitív visszajelzései. A család felől a munka területére érkező konfliktusra a megbecsülés nincs hatással. *Következtetés:* A tanulmány kiemeli a felettes és beosztott közötti pozitív kommunikáció jelentőségét az orvosnők munkahelyi és családi életének hatékonyabb összeegyeztetésében.

**Kulcsszavak:** Munka-család konfliktus ▪ megbecsülés ▪ orvosnők

## Abstract

### The role of appreciation in reconciling work-family conflict among female physicians

*Background and aims:* Reconciliation of work and family may pose difficulties for most people because of different expectations in gender roles. Women are particularly impacted by the conflict between work and family owing to their increasing participation on the labour market. The level of work-family conflict depends on many variables. Our study aims at exploring the impact of the supervisor's appreciation of the work

delivered by the subordinate, i.e., whether it reduces perceived work-family conflict by the subordinate. *Method and results:* We have analysed data from 1,435 female physicians from six European countries, who participated in the HOUPE study. Our results showed that supervisory appreciation appeared to attenuate work-to-family conflict, a form of work-family conflict, and stress associated with time pressures. Appreciation by the supervisor did not show an impact on family-to-work conflict. *Conclusion:* Our study highlights the potential role of positive communication between the supervisor and subordinate in reconciling work and family lives among female physicians more effectively.

---

**Keywords:** work-family conflict ■ appreciation ■ female physicians.

---

## BEVEZETÉS

A magasan képzett nők számára a munka sok esetben nem csak az anyagi biztonság forrása, de sikert és identitást jelentő hivatás is. Emellett sokan szeretnék közülük anyává válni, anyaként is helyállni. Az orvostársadalom képviselői közt jelentős arányban találunk nőket, akik nem csak magasan képzettek, de hivatásuk és családjuk iránt egyaránt elkötelezettek. A ketős elköteleződésből fakadó feladataikat pedig nem mindig könnyű összeegyeztetni. Ugyanakkor feltételezhető, hogy a munka és a családi szerepek összeegyeztetéséből fakadó konfliktust enyhítheti, ha az egyén úgy érzi, hogy a társadalom számára hasznos, értékes, megbecsült tevékenységet végez munkája során. Jelen tanulmány célkitűzése az orvosnők körében előforduló munkacsalád konfliktus vizsgálata abból az aspektusból, hogy a megbecsültség érzése enyhíteni tudja-e az ebből fakadó feszültséget bennük. Feltételezésünk szerint ugyanis azon női orvosok körében kisebb mértékű a munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy a munkájukat megbecsülik. Jelen empirikus vizsgálatban ennek elemzésére vállalkozunk.

## ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

### *A nők szerepének történeti-szociológiai áttekintése*

A női szereprendszer komplexitásának megértéséhez elsőként elengedhetetlen hogy foglalkozunk a változások „hosszmetszeti” képével, hiszen a jelenbeli konfliktusok megértéséhez jelentősen hozzájárul azok történeti gyökereinek megértése. Hosszú évszázadokon keresztül a nők hagyományos szerepe a háztartás vezetése és a gyermekek nevelése volt. Emellett szükség szerint elláttak egyes háztáji gazdasági feladatokat is, amellyel szintén közvetlenül a család vagy egy kisebb közösség szükségleteinek kielégítéséhez járultak hozzá. Legtöbbször családi keretek közt vettek részt a gazdasági tevékenységben. A szegényebb családok leányai közül sokan más családoknál, rokonoknál szolgáltak. Összesség-

gében elmondható, hogy a nők túlnyomó többsége ugyanúgy dolgozott a család létfenntartásáért minden korban, mint a férfiak. A 19. század második felében az iparosodás nyomán a nők egyre növekvő számban jelentek meg a munkaerőpiacon különféle hivatalokban, alkalmazotti állásokban. Az értelmiségi állások azonban nehezen nyíltak meg számukra, mert a társadalom sokáig idegenkedve, fenntartással, sőt, ellenállással fogadta azon szándékukat, hogy ők is hivatást, szakmát, foglalkozást válasszanak. A felsőfokú tanulmányok folytatása hosszú ideig akadályokba ütközött számukra (Drjenovszky, 2010).

Hosszú út vezetett odáig is, hogy a nők a társadalom ítélkező tekintete ellenére, tömegesen lépjenek értelmiségi pályára, s folytassanak a társadalom által megbecsült pénzkereső tevékenységet. A 20. században a nők tömegesen álltak munkába, pénzkereső állást vállalva. A század elején még kevés olyan szakma volt, amelyben el tudtak helyezkedni. Ilyen volt például a fényképészet, valamint a divatipar egyes foglalkozásai (varrónők, kalaposnők), az egészségügyben pedig leginkább bábaként dolgoztak. Legtöbbször inkább a hagyományos társadalomban is megszokott területeken – a kereskedelemben és a vendéglátásban – űztek pénzkereső foglalkozást. A fiatal lányok pedig továbbra is tömegesen helyezkedtek el háztartási alkalmazottként, azaz cselédként, immár nem csak nemesi, de polgári háztartásokban is. Munkavállalásuk egyik legfőbb mozgatórugója a gazdasági szükséglet volt, mivel a családok számára nélkülözhetetlenné vált a nők kereső tevékenysége a megszokott életszínvonal fenntartásának céljából. Ezek a jelenségek nem csak Magyarországra voltak jellemzők, tendenciák hasonlóak voltak az összes nyugati iparosodott társadalomban is (Drjenovszky, 2010). Pongrácz (2001) kutatásai alapján arra az álláspontra helyezkedett, hogy Magyarországon – a volt szocialista országokhoz hasonlóan – a nők tömeges munkába állítása az 50-es években kezdődött, amelyben szerepet játszott mind a nagyarányú iparosítás okán előállt gazdasági kényszer, mind a családi kötelek lazítására irányuló ideológiai nyomás; a propaganda a dolgozó nőt idealizálta. A magyar emberek azonban másképp viszonyultak ehhez a hivatalos képhez, amint az egy 1974-es vizsgálatból kiderült: a megkérdezettek kétharmada ugyanis azon a véleményen volt, hogy egy kisgyermekes anya számára a legfontosabb feladat a gyermeknevelés, a háztartás, valamint a harmonikus családi légkör biztosítása, ezért ne vállaljon kereső tevékenységet. Pongrácz 1978-ban megismételte kutatását, ahol a dolgozó anyák 37%-a vallotta, hogy nem dolgozna anyagi kényszer hiányában, 35%-uk dolgozott volna részmunkaidőben, ugyanakkor mindkét csoport – a válaszadók közel háromnegyede – a családdal, háztartással kapcsolatos teendőket továbbra is kizárólagosan a nő, az anya feladatának tartotta. Az azonos részvételt a munkaerőpiacon és a gyermeknevelési, háztartási feladatokban az érintett nőknek csak egynegyede támogatta. Az értelmiségi nők esetében ez az arány egyharmad volt. Emellett az értelmiségi nők az átlagnál jóval nagyobb arányban álltak ki a részmunkaidős foglalkoztatás mellett, azaz szerettek volna dolgozni, de a teljes állást nem tartották a családi feladatokkal

összeegyeztethetőnek. Murinkó (2014) szerint a rendszerváltozást követően a nemi szerepekkel és családdal kapcsolatos attitűdök (pl.: női-férfi szerepek és megítélésük) Magyarországon – más poszt szocialista országokhoz hasonlóan – átalakultak, de a magyarok továbbra is nagyon fontosnak tartják a gyermekvállalást, a kétszülős család ideálját, a fizetett munkával szemben a gyermek szempontjait, és más nyugat európai országoktól (Norvégia, Franciaország) eltérően jobban elfogadják a férfiak és nők közötti egyenlőtlenséget. Emellett Pongrácz (2001) felhívja a figyelmet arra is, hogy a rendszerváltást követően soha nem látott és remélt lehetőségek nyíltak meg a megfelelő képzettséggel, iskolai végzettséggel, kezdeményezőkézséggel, rátermettséggel rendelkező emberek tömegei előtt, beleértve – minden hátrányuk és nehézségük ellenére – a nőket is. A női munkavállalásra való igény mind a gazdaság, mind a nők önállósodási igényének irányából tömegessé tette a nők munkavállalását, ez pedig kihatott a családokra, a családtagokra, újabb kihívások elé állítva a nőket. Brough és Kelling (2002) megjegyzik, hogy a nők szükségszerű megjelenése a munkaerőpiacon a standard családmodellek átalakulásával járt, amely addig nem jellemző – a családi háttértől függően eltérő mértékű – belső feszültséget váltott ki a nőkből. A tendencia azonban nem csak az európai vagy a hagyományosan nyugati típusú társadalmakban jelent meg, hanem a világ más részein is. Rao és Indla (2010) részletesen tárgyalja, hogy Indiát is utolérték a modern világ sajátosságai (a felnövő új generációk kíváncsiak a munkahely megválasztása kapcsán, a nők integrációja a munkaerőpiacon), melyek maguk után vonták a családon belüli szerepek megváltozását, ill. további belső feszültségek megjelenését, azaz, az addig jellemzően férfiak által tapasztalt belső feszültségek a nőkre is jellemzővé váltak, továbbá megjelent és elterjedtté vált a válás.

### *Munka-család konfliktus a nők körében*

A szakirodalomban munka-család konfliktusnak (work-to-family, WFC, azaz a munka hat a családra) vagy család-munka konfliktusnak (family-to-work, FWC, azaz a család hat a munkára) konfliktusnak nevezik a munka és a család összeegyeztetése, egymásra hatása miatt felmerülő konfliktusokat. A kutatások különféle aspektusból vizsgálják ezeket a jelenségeket. Greenhouse és Beutell (1985) meghatározása szerint a WFC, illetve a FWC a szerepközi konfliktus formái, ahol a munka és családi szerep általi nyomás összeférhetetlen néhány tekintetben. Tehát a család szerepében való részvétel megnehezíti a munka területén való részvételt, vagy fordítva. A szerepek közti konfliktus – a konfliktus forrása alapján – háromféle lehet. Idő alapú konfliktus akkor áll elő, amikor a különböző szerepek „versenyeznek” a személy idejéért; ilyenkor az adott személy fizikálisan képtelen megfelelni egy másik szerep elvárásainak, illetve szétszórttá válik. Stressz alapú konfliktus esetén az egyik szerep miatt kialakuló feszültség

megnehezíti egy másik szerep igényeinek való megfelelést. A viselkedés alapú konfliktus pedig akkor áll elő, ha az egyik szerepnek megfelelő viselkedés összeegyeztethetetlen a másik szerepbeli viselkedéssel.

A nők fokozódó részvétele a házon kívüli munkában és a férfiak egyre nagyobb mértékű aktív részvétele a családi életben megnövelte a szerepek közötti konfliktus esélyét is, s mind a dolgozó férjek, mind a dolgozó feleségek elismerték, hogy a munka és a családi élet gyakran zavarja egymást (Frone és Rice, 1987). Egyes kutatási eredmények szerint háromszor gyakoribb a munka felől jövő munka-család konfliktus, mint a család felől jövő munka-család konfliktus előfordulása. A munkával kapcsolatos stresszt okozók a munka felől jövő munka-család konfliktushoz, míg a családi stresszt okozók az család felől jövő munka-család konfliktushoz kapcsolódnak pozitívan. A munkában való részvétel csak a szellemi munkásoknál kapcsolódik szignifikánsan a munka felől jövő munka-család konfliktushoz, ők ugyanis a gondolataikban „hazaviszik” a munkát. A pozitív kapcsolat a család felől jövő munka-család konfliktus és a munkával kapcsolatos kimerültség között szignifikáns, de a munka felől jövő munka-család konfliktus és a családi kimerültség nem kapcsolódik szignifikánsan. A munkával kapcsolatos és családi stresszt okozók közvetlenül és pozitívan állnak kapcsolatban a megegyező területen lévő szorongással, illetve kimerültséggel. Csak a család felől jövő munka-család konfliktus kapcsolódik közvetlenül és pozitívan a depresszióhoz (Frone és Russell, 1992). Netemeyer, Boles és McMurrian (1996) ismertetik, hogy iskolai tanárok, adminisztrátorok, kis cégek vezetőinek vizsgálata során az derült ki, hogy az érintetteknel a szervezeti elkötelezettség és a munkahelyi elégedettség negatívan korrelál; míg a munkahelyi feszültség, a szerepkonfliktus mértéke, a szerep kétértelműsége, a munkahelyváltás szándéka pedig pozitívan korrelál mind a munka felől jövő munka-család konfliktussal, mind a család felől jövő munka-család konfliktus skáláival. Ezen kívül az étellel való elégedettség, a párkapcsolatbeli elégedettség és egyetértés negatív kapcsolatban állnak mind a munka felől jövő munka-család konfliktussal, mind a család felől jövő munka-család konfliktus skáláival. Parasuraman és Greenhaus (2002) új nézőpontot javasoltak: szerintük a kutatásoknak mindenféle családi struktúrát figyelembe véve kellene venniük, nemcsak a hagyományos nukleáris családfórmát, továbbá a teljes munkaidőben dolgozókon kívül a vizsgálatoknak ki kellene terjedniük a saját vállalkozást fenntartókra és a részmunkaidőben dolgozókra is, emellett úgy vélik, hogy a kutatásokat nemcsak egyéni, hanem párkapcsolati és családi szinten is érdemes lenne elvégezni. Patel (2006) tanulmányában arról számol be, hogy az általuk megkérdezettek több mint fele úgy vélte, hogy állásuk, melyet fontosabbnak ítélték a házimunkánál, pozitív hatással volt a családi életükre. Ugyanakkor Ridgeway és Correll (2004) megállapították, hogy a munkába visszatérő nőkkel szemben támasztott elvárások csökkentése („mommy track”) önbizalomhiányt szül, és motivációvesztéshez vezet. Továbbá egyes szerzők kiemelik azt is, hogy a részmunkaidős

foglalkoztatás (legalábbis a nők esetében) nem feltétlenül könnyíti meg a családi igények betöltését, és növelheti a nyomást (Hall és Gordon, 1973).

A munka és a család kapcsolatában jelentős kultúraközi különbségek is megfigyelhetők. Yang, Chen, Choi és Zou (2000) részletesen tárgyalja egy 23 országra kiterjedő kutatás eredményeit, amiből kiderült: a nyugati típusú államok lakóival szemben a keleti kultúrák társadalmában úgy gondolják, hogy a munka a család jólétéért van, s ezáltal akarnak a családnak méltóságot és jólétet biztosítani. Ezért a túlóra vagy a hétvégi munka önfeláldozás a család érdekében, nem pedig a család áldozata az önző egyén karriervágya érdekében. Épp ezért a vizsgálatok során mindig figyelembe kell venni a kulturális kontextust, hiszen az eredmények eltérően alakulhatnak az individualista és a kollektivista típusú társadalmakban (Zaman, Ehsan és Azam, 2018).

Nemi különbségek tekintetében Voydanoff (2005) arra a megállapításra jutott, hogy a munka-család konfliktus a fiatal, fehér nők körében a magasabb. A család-munka konfliktus a magasán képzett nők körében magasabb arányban jelentkezik. Tóth (2005) kutatásainak eredményeként megállapítja, hogy a férfiak és a nők másképp értelmezik a munka-magánélet egyensúlyát, ezért különböző megküzdési stratégiákat alkalmaznak azzal kapcsolatban, hogyan tegyenek eleget munkahelyi és családi kötelezettségeiknek. Molnár (2014) szerint pedig a nők nagyobb mértékű munka-család interferenciát, míg a férfiak nagyobb mértékű család-munka interferenciát élnek át a másik nemhez képest. Nagy és Paksi (2014) megjegyzi, hogy általánosságban a munka és a magánélet összehangolása lényegesen nagyobb nehézséget jelent a nők, mint a férfiak számára, a legnagyobb nehézséget pedig az anyaság okozza. Emiatt talán nem is véletlen, hogy a munka-család konfliktussal kapcsolatos kutatások leginkább a nőket célozzák meg.

### *A nők helyzetének sajátosságai*

A nők a maig napig naponta szembesülnek a külső akadályokkal, valamint a családi szerepek és a munkavállalás összeegyeztetésének igényéből fakadó belső konfliktusokkal. Amellett, hogy számos, a női munkavállalást érintő negatív elbánás és hátrány éri őket, gyakran amiatt is elbizonytalanodnak, hogy a szocializációjuk során az énjük részévé vált társadalmi elvárásokat és hagyományokat, azaz a családban betöltött tradicionális szerepüket a munka világában betöltött szerepükkel miként tudják összeegyeztetni. Cvianov (2017) véleménye szerint a nőkkel szembeni negatív magatartás a munkaerőpiacon a nők tömeges munkába állásával együtt jelent meg, mindaddig ugyanis a nők feladatait a családban betöltött szereppel, azaz a háztartás vezetésével és gyermekneveléssel azonosították. Emellett először alacsonyabb presztízsű, alacsony fizetésű munkákat kaptak, ezért a családban a férfi továbbra is megmaradt, mint fő kereső. A szerző azt is kiemeli, hogy Magyarországon különösen jellemzők a hagyomá-

nyos szerepelvárások a férfiak és nők családban betöltött szerepével kapcsolatosan. Cvianov (2017) szerint az elmúlt évtizedben megváltozott a közvélemény abban a kérdésben, hogy a nők munkavállalása milyen hatást gyakorol a család és a gyermek helyzetére: csökkent ugyanis azok aránya, akik szerint a nő munkavállalása káros hatással lehet a család és a kisgyermek életére, ugyanakkor azok aránya is csökkent, akik szerint az anya-gyerek kapcsolat akkor is felhőtlen marad, ha a nő dolgozik. Nagy és Paksi (2014) szerint a munka és a magánélet összeegyeztetése különösen azoknak a nőknek nehéz, akik munkájukat hivatásnak tekintik, és sokkal kevésbé választják szét a munkát és a magánéletet, mint akiknél a keresőtevékenység lényegesen kisebb szerepet játszik identitásuk formálásában. Márpedig a növekvő iskolai végzettség eredményeképpen emelkedik azok aránya, akik számára a munka az elégedettség, a siker és az anyagi biztonság forrása, tehát egyre nagyobb és jelentősebb csoportról van szó.

### *Az orvosnők helyzete korunkban*

A magasan képzett, munkájukra hivatásként tekintő nők jelentős csoportját alkotják az orvosnők, akik közt számos, a szakma és a női lét specifikumait egyszerre vizsgáló kutatás folyt, amelyek során több jelenségre fény derült. Ádám (2008) részletesen ismerteti, hogy az orvosnők szignifikánsan magasabb munkahely-család konfliktusról számoltak be, mint a férfi orvosok. A társadalom családcentrikus természete miatt, az orvosnők gyakrabban számoltak be család-függő munkahely-család konfliktusról, mint munkahely-függő munkahely-család konfliktusról. A társadalmi (szülői, partneri, munkatársi és szervezeti) támogatás hiánya gyakoribb volt orvosnők körében a férfiakhoz viszonyítva. Az orvosnők munkahely-család konfliktusa szoros összefüggésben állt a társadalmi támogatás hiányával. A férfiakhoz képest, több orvosnő számolt be stresszel kapcsolatos szomatikus és pszichés morbiditásról beleértve a kiégés-szindrómát. A munkahelyi elégedetlenség gyakoribbnak bizonyult orvosnők körében.

Az orvosi hivatásra a társadalom magas presztízsű hivatásként tekint. A megbecsültség érzése ugyanakkor még ezen társadalmi réteg esetében is szubjektív, több tényező jelenség.

### A KUTATÁS CÉLJA ÉS HIPOTÉZISEI

Az előzőekben leírtak alapján látható volt, hogy a munkával kapcsolatos stressz tényezők elsősorban a munka-család konfliktust érintik, a család felől érkező konfliktussal nincsenek kapcsolatban (Frone és Russell, 1992). Emellett Voydanoff (2005) kiemeli, hogy a munka és a családi szerepek összeegyeztetéséből fakadó konfliktus elsősorban a nőkre jellemző. Tennant (2001) pedig elemzi azt,



hogy a magas presztízsű hivatásokban különösen kiélezett a konfliktus. Az orvosnők pedig ebbe az utóbbi kategóriába tartoznak. Ezen szakirodalmi előzmények alapján úgy gondoljuk, hogy azok az emberek, akik úgy érzik, munkájukat megbecsülik, kisebb munka-család konfliktust tapasztalnak meg, mint azok, akik nem érzik megbecsülve a munkájukat. Azt feltételezzük ugyanis, hogy a megbecsültség egyfajta megerősítése annak, hogy az adott feladatkört az érintett személynek szükséges és érdemes ellátnia még akkor is, ha emiatt a családi életében nehezebben tud részt venni.

Ebből következően a tanulmány fókuszában az alábbi hipotézisek állnak:

Mivel Frone és Russel (1992) szerint elsősorban a munka-felől érkező konfliktust érintik a munkával kapcsolatos stressz tényezők, ezért első két hipotézisünk a következőképp hangzik:

H1: Azon női orvosok körében kisebb mértékű az idő alapú munka felől jövő munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy munkájukat megbecsülik.

H2: Azon női orvosok körében kisebb mértékű a stressz alapú munka felől jövő munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy munkájukat megbecsülik. Emellett azt gondoljuk, hogy habár Tennant (2001) és Voydanoff (2005) szerint az értelmiségi munkakörben dolgozó nőknél kiélezettebb a munkahelyi és családi szerepek ütközéséből származó konfliktus, mégis Frone és Russell (1992) állítása mentén ezt a család felől érkező idői és stresszterheltségből fakadó konfliktust nem befolyásolják a munkahelyi tényezők. Így feltételezzük, hogy:

H3: Nincs összefüggés az idői alapú család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között az orvosnők körében.

H4: Nincs összefüggés a stressz alapú család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között az orvosnők körében.

## MÓDSZER

### *Minta*

Tanulmányunkban a HOUPE (Health and Organisation among University hospital Physicians in Europe) longitudinális vizsgálat női mintáját elemeztük. Hozzáférhetőségi mintavétellel az eredeti 2178 fős mintából 1435 orvosnő került ki. A HOUPE elsődleges célja az volt, hogy Európa több országában feltérképezze az egyetemi kórházakban dolgozó orvosok munkakörülményeit és mentális egészségét. Magyarország az adatfelvétel második hullámában, 2013-ban csatlakozott a vizsgálatához. Jelen tanulmány az ebből az adatfelvételtől származó orvosnők adatait vizsgálja. A mintában jelentős számban vannak svéd (551 fő; 38,4%) és olasz orvosnők (342fő; 23,8%). A legtöbb kitöltő 30 és 34 év közötti (305fő, 21,3%). A minta jellemzőit részletesen az 1. táblázatban jelenítettük meg. A vizsgálat etikai engedélyszáma: TUKEB 23/2012.



1. táblázat. A vizsgálati minta országok és életkori csoportok szerinti megoszlása

Ausztria	Magyar-ország	Olaszor-szág	Hollandia	Norvégia	Svéd-ország			
44 (3,1%)	131 (9,1%)	342 (23,8%)	122 (8,5%)	245 (17,1%)	551 (38,4%)			
29 év alattiak	30-34 év	35-39 év	40-44 év	45-49 év	50-54 év	55-59 év	60-64 év	65 év felettiak
208 (14,5%)	305 (21,3%)	250 (17,4%)	198 (13,8%)	139 (9,7%)	127 (8,9%)	118 (8,2%)	66 (4,6%)	24 (1,7%)

### *Eszközök*

A hipotézisek vizsgálatához egyfelől a HOUPE adatbázis tartalmazott egy megbecsültségre vonatkozó kérdést: „Véleménye szerint, főnöke megfelelően értékeli/megbecsüli tudását és kompetenciáját?” („Do you think that your knowledge and competence at work is being valued accurately by your superior?”), melyre a kérdőívben „igen” vagy „nem” választ adhattak a válaszadók.

Emelett a munka-család konfliktus mérésére a Carlson Munka-Család Konfliktus Kérdőív is elemzésre került (Carlson, Kacmar, Williams, 2000; Ádám és Konkoly-Thege, 2017). A kérdőív nem áll jogvédelem alatt. A munka-család konfliktus konstrukcióját a kérdőív 6 skála mentén méri. A HOUPE vizsgálat ebből négy darab, 4-fokú Likert skálán mérő dimenziót tartalmazott: Idő alapú munkahely-függő munka-család konfliktus (TWF), Idő alapú család-függő munkahely-család konfliktus (TFW), Stressz alapú munkahely-függő munka-család konfliktus (SWF), Stressz alapú család-függő munkahely-család konfliktus (SFW).

A teszt validitásának és reliabilitásának vizsgálata Carlson, Kacmar és Williams (2000) nevéhez fűződik. Eredményeik azt mutatták, hogy a kérdőív minden skálájának reliabilitása meghaladta a 0,7-es hagyományos elfogadási szintet. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a hatdimenziós modell minden skálája elkülöníthető a többitől, tehát a kérdőív diszkriminációs validitása is megfelelő. A magyar adaptáció során Ádám és Konkoly Thege (2017) megállapította, hogy mind a skálák, mind a teljes kérdőív Cronbach-alfa értéke meghaladja a 0,7-es hagyományos elfogadási szintet. A skálák közötti korreláció 0,13 és 0,59 között van, ezért a skálák egymástól jól elkülöníthetők. A skála konvergens és divergens validitása a depressziós tünetegyüttest, a vitális kimerültséget, a funkcionális szomatikus tüneteket és a társas támogatást mérő skálák közötti kapcsolatrendszer elemzések eredményeként megfelelőnek tekinthető.

### *Eljárás*

A vizsgálat kitöltése papír alapú kérdőívek segítségével történt. A résztvevőkhöz a munkahelyi vezető juttatta el a kérdéseket. A vizsgálat adatait 6 európai or-

szág – Ausztria, Magyarország, Olaszország, Norvégia, Svédország, Hollandia – egyetemi klinikán dolgozó orvosainak körében vették fel. A válaszok alapján összeállított adatállományból kiválasztásra kerültek a női válaszadók. A nem teljeskörűen kitöltöttnek tekinthető válaszadások kiszűrésre kerültek.

### Statistikai elemzés

Az adatok elemzése a ROPStat 2.0 programmal történt. A normalitás és a szórás-homogenitás tesztelését követően a hipotézisek tesztelésére Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. Emellett minden esetben sor került a hatásmérték kiszámítására is az eredmények jelentőségének mérlegelése érdekében. A szignifikanciát a következőképp jelöljük:  $p \leq 0,1$  +,  $p \leq 0,05$  \*,  $p \leq 0,01$  \*\* és  $p \leq 0,001$  \*\*\*. Az elemzéseket (Takács, 2012, illetve Takács, 2016) alapján végeztük el.

### EREDMÉNYEK

Elsőként kiszámítottuk a használt kérdőívek skáláinak alapstatisztikáit. Látható, hogy az értékek ferdesége vagy csúcsossága minden esetben sérült, így eloszlásuk eltér a normál eloszlástól. A reliabilitás érték pedig mindegyik esetben meghaladja a 0,7-es elfogadási szintet (lásd a 2. táblázatban).

**2. táblázat.** a hipotézisek tesztelése során használt skálák leíró statisztikai és reliabilitás értékei

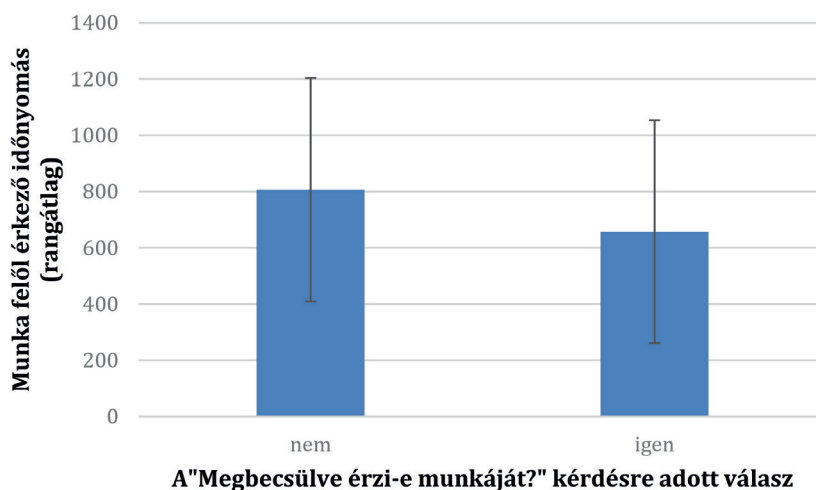
Változó	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság	Cronbach-alfa
TWF	8,344	2,112	-0,069	-0,283*	0,832
SWF	7,481	2,106	0,128*	-0,121	0,847
TFW	6,281	1,939	0,226***	0,099	0,781
SFW	4,822	1,728	0,658***	0,458***	0,904

Ezt követően hipotézisenként mutatjuk be a vizsgálat eredményeit.

H1: Azon női orvosok körében kisebb mértékű az idő alapú, munka felől jövő munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy munkájukat megbecsülik

Mivel az idő alapú, munka felől érkező munka-család konfliktus skála *összpontszámának* eloszlása eltér a normálistól, a szórás-homogenitás pedig nem ( $F(1; 921,9) = 0,101$ ), ezért Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, amely szignifikáns különbséget mutatott ( $Z = 6,521^{***}$ ), s aminek a hatásmértéke közepes ( $d = 0,334$ ). Tehát azok a női orvosok, akik úgy érzik, hogy felettesük megbecsüli a munkájukat, kisebb mértékű munka felől érkező idői stresszt élnek át. Hipotézisünk így teljesült.

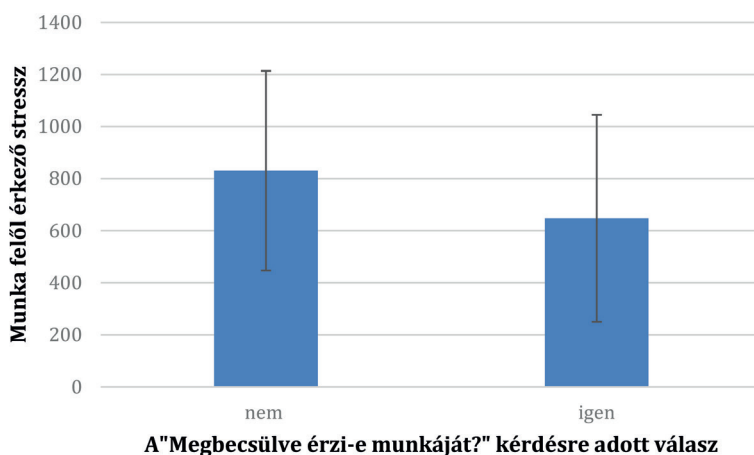
## A MEGBECSÜLTSG ÉRZÉSÉNEK SZEREPE AZ ORVOSNŐK...



**1. ábra.** Munka felől érkező időnyomás rangátlag értékei női orvosok körében a megbecsülés függvényében (A munka-család konfliktus rangátlagának százas nagyságrendű értékei az 1435 fős mintának köszönhetőek)

H2: Azon női orvosok körében kisebb mértékű a stressz alapú, munka felől jövő munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy munkájukat megbecsülik

Mivel a stressz alapú, munka felől érkező munka-család konfliktus skála értékeinek normalitása sérült, a szóráshomogenitás nem ( $F(1; 975,9) = 0,287$ ), ezért a Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, amely szignifikáns különbséget mutatott ki ( $Z = 8,008^{***}$ ), aminek a hatásmértéke közepes ( $d = 0,445$ ). Ez pedig kiemeli azt, hogy a stressz alapú munka-család konfliktus magasabb azon orvosnők körében, akiket feletteseik nem becsülnek meg. Tehát második hipotézisünket is alátámasztottuk.



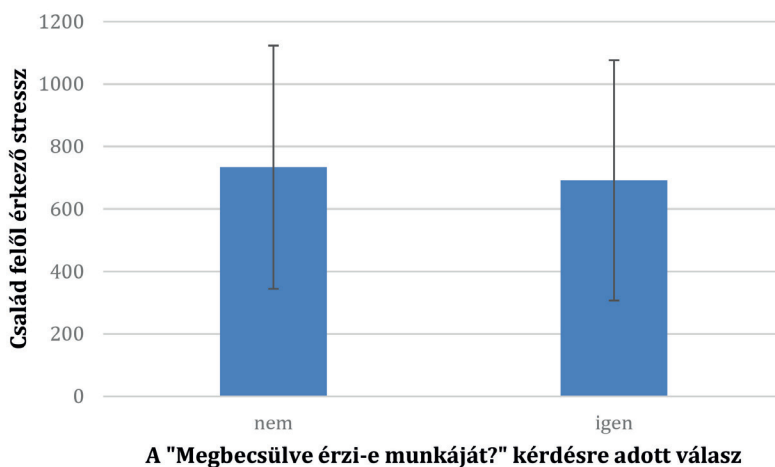
**2. ábra.** Munka felől érkező stressz rangátlag értékei női orvosok körében a megbecsülés függvényében

H3: Nincs összefüggés az idői alapú, család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között az orvosnők körében

Mivel az idő alapú, család felől érkező munka-család konfliktus skála *összpontszámának* normalitása sérült, de a szóráshomogenitás nem ( $F(1; 918,5) = 1,495$ ), újra Mann-Whitney próbát alkalmaztuk, amely nem mutatott ki szignifikáns különbséget ( $Z = 1,169$ ). Tehát a vezető megbecsülése nincs összefüggésben az idői alapú család felől érkező konfliktussal. Így ez a hipotézis is megerősíthető.

H4: Nincs összefüggés a stressz alapú, család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között az orvosnők körében

Mivel a stressz alapú, család felől érkező munka-család konfliktus skála *összpontszámának* normalitása sérült, de a szóráshomogenitása nem ( $F(1; 848,7) = 0,001$ ), szintén Mann-Whitney próbát alkalmaztuk, amely mindössze tendencia szintű különbséget mutatott ( $Z = 1,922+$ ). Azok átlaga volt magasabb, akiket nem becsltek meg a vezetőik, így ez a hipotézis elvethető.



**3. ábra.** Munka felől érkező stressz rangátlag értékei női orvosok körében a megbecsülés függvényében

## DISZKUSSZIÓ

A tanulmány hipotéziseit azon szakirodalmak alapján fogalmaztuk meg, hogy Frone és Russell (1992) kiemelték, hogy a munkával kapcsolatos stressz tényezők elsősorban a munka felől érkező munka-család konfliktust érintik. Valamint Voydanoff (2005) elemzi, hogy a nők, a nemi szerepek sokféleségéből fakadóan, többször megélhetik a szerepek közötti konfliktus létrejöttét. Az orvosi hivatás jellegéből fakadóan magas presztízsű, ám alacsony megbecsültséggel rendelke-

ző hivatás (Tennant, 2001), így ebben a rétegben a konfliktus a megbecsülés hiányának hatására ugyancsak kiéleződhet. Mindezek alapján feltételezhető volt, hogy azon női orvosok körében kisebb mértékű a munka-család konfliktus, akik úgy érzik, hogy munkájukat megbecsülik. A vizsgálati eredményei szerint a megbecsültséggel csökken a munka felől jövő család-munka konfliktus, s ennél is jobban csökken a stressz okozta nyomás mértéke. Emellett nincs összefüggés az idői alapú, család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között, valamint csak tendenciaszintű az összefüggés a stressz alapú, család felől jövő munka-család konfliktus és a megbecsültség között az orvosnők körében. A stressz alapú család felől érkező konfliktus esetében a megbecsülés jótékony hatása ellent mond eredeti feltételezésünknek. Ez azonban magyarázható Frone és Russell (1992) azon eredményeivel, miszerint a szellemi munkások esetében mind az egyén mentális állapot (pl. szorongás, depresszió, kimerültség), mind a munkahelyi tényezők szorosabban kapcsolódnak a család felől érkező konfliktusokhoz. Hiszen ők fejben hazaviszik a munkát, otthon is gondolkodnak munkahelyi feladataikon. Így a munkahelyi megbecsülés jótékony hatása megjelenhet a család felől érkező stresszteli szituációk enyhítésében is.

A kutatás eredményei alapján feltételezhető, hogy a munkának lehetnek olyan értékei, aspektusai, valamint biztosíthat olyan erőforrásokat, amelyek csökkentik a munka-család konfliktust, azaz pozitív hatással vannak az egyén életére. A megbecsültség például ezen értékek és erőforrások közé tartozhat. Azon eredmény, miszerint a megbecsültség jelentős mértékben csökkenti a munka irányából érkező stresszt, magyarázhatja az úgynevezett „mommy track” jelenséget is. A mommy track *körvonalazza, hogy a gyermek születése és a szülési szabadság után a munkába visszatérő nők gyakran önbizalomhiányt, motivációvesztést élnek meg abban az esetben, ha a feljük támasztott elvárások csökkennek* (Ridgeway, Correll, 2004). Tehát ahhoz, hogy ezt a hatást kiküszöböljük, érdemes érzékeltetni a munkába visszatérővel, hogy munkája értelmes és értékes tevékenység. Ez pedig a továbbiakban pozitívan hathat az önbecsülésre, motivációra, illetve indirekt módon pedig a teljesítményre is. Emellett ezen a ponton érdemes megfontolni Hall és Gordon (1973) gondolatát, miszerint a részmunkaidő nem minden esetben könnyíti meg a nők helyzetét. Hiszen ha a munkaidő keretei, valamint a munkakör nem tisztázottak, az nagy eséllyel növeli a család felől érkező nyomást. Jelen tanulmány amellet foglal állást, hogy a részmunkaidő csak akkor gyógyír, ha a munkahelyi vezető megbecsülése, a képességeknek megfelelő munkavégzés is hozzájárul a munka és a családi élet összeegyeztetéséhez.

A vizsgálat pozitívumának tekinthető, hogy nagy méretű, interkulturális mintavétel valósult meg. Csaknem 1500 orvosnő adott választ kérdéseinkre Európa-szerte, ami így igen széleskörű betekintést enged helyzetünkbe. Habár a tanulmány csaknem „Európa szintű képet” ad különböző kérdésekben az orvosnők véleményéről, mégis fontos megemlíteni, hogy a megbecsültséget mindösz-

sze egy kérdéssel méri. Emellett azt is szem előtt kell tartani, hogy az önkitöltős eljárások során számos környezetből és egyéni állapotból fakadó torzítási lehetőség léphet fel. A továbbiakban érdemes lenne több szempontból vizsgálni a jelenséget, hiszen annak különböző aspektusai (például: anyagi, szellemi, szakmaspecifikus) másképp hathatnak a munka-család konfliktus különböző formáira. Emellett vizsgálat korlátja az önbeszámolás módszer is – egy félig strukturált interjú segítségével e terület mélyebben és részletesebben is feltérképezhető lenne, többet tudhatnánk meg a megbecsültség szakmaspecifikus jellemzőiről ezen populáció körében.

### ÖSSZEGZÉS ÉS KITEKINTÉS

A megbecsültség csökkenti a munka és a család összeegyeztetéséből fakadó konfliktusokat, ezért úgy véljük, szükséges lenne ezen faktor erősítését, jelentősége tudatosítását és az erre irányuló motivációt társadalompolitikai célkitűzéssé tenni. A megbecsültség jelentős védőfaktornak tekinthető a munka-család konfliktussal szemben. Érdemes lenne további kutatásokat folytatni a további védőfaktorok szerepéről is, például, hogy melyek azok az erőforrások, amelyek megvédik a személyt a munka-család konfliktus elhatalmasodásától. Ilyen lehet például az elköteleződés, az odaszentelt figyelem, energia, vagy a hit ereje is.

### KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálásak vagyunk annak az 1435 orvosnőnek, akik válaszaikkal hozzájárultak tanulmányunk születéséhez. Emellett köszönetet szeretnénk mondani a Károli Gáspár Református Egyetemnek, mivel a tanulmány megírását és a tanulmány alapjául szolgáló kutatás elvégzéséért a "Személy- és család-orientált egészségügy" kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Karának pályázata támogatta.

### IRODALOM

- Ádám, Sz. (2008). *A munkahely-család konfliktus prevalenciája, prediktorai és lehetséges hatása az orvosnők és férfi orvosok egészségi állapotára és életminőségére Magyarországon*. Budapest: SE (Doktori értekezés)
- Ádám, Sz., & Konkoly, B. T. (2017). A Carlson-féle munkahely-család konfliktus skála magyar nyelvű változatának validálása. *Ideggyógyászati Szemle* 70(11-12), 395–406.
- Brough, P., & Kelling, A. (2002). Woman, Work & Well Being: The Influence of Work-Family, and Family-Work Conflict. *New Zealand Journal of Psychology*, 31(1), 29-38.

- Carlson D.S., Kacmar, K.M. & Williams, L.J. (2000). Construction and initial validation of a multi-dimensional measure of workfamily conflict. *Journal of Vocational Behavior* 56(2), 249-276.
- Cvianov, M. (2017). *Nők a munkaerőpiacon - Kisgyermekes nők munkaerőpiaci helyzete, a karrier és a család kapcsolata*. Budapest: BGE (Szakdolgozat)
- Drjenovszky, Zs. (2010). *A nők távolmaradása a munkaerőpiactól a gyermekvállalást követően*. Budapest: Corvinus Egyetem (Doktori értekezés)
- Frone, M. R., & Rice, R. W. (1987). Work-family conflict: The effect of job and family involvement. *Journal of Occupational Behaviour*, 8(1), 45-53.
- Frone, M.R., & Russell, M. (1992). Antecedents and Outcomes of Work-Family Conflict: Testing a Model of the Work-Family Interface. *Journal of Applied Psychology*, 77(1), 65-78.
- Greenhouse, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Hall, D. T. & Gordon, F. E. (1973). Career choices of married Women: Effects on conflict, role behavior and satisfaction. *Psychology*, 58, 42-48.
- Kertész, E. (1965). *Vilma doktorasszony*. Budapest, Móra Könyvkiadó
- Molnár, N. (2014). Munka-család konfliktus és a munkahelyi versengési klíma kapcsolata. *Impulzus*, 1(1), 66-80.
- Murinkó, L. (2014). A nemi szerepekkel és a családdal kapcsolatos attitűdök európai kitekintésben: értékek és gyermekgondozás. *Szociológiai Szemle*, 24(1) 67-101.
- Nagy, B., & Paksi, V. (2014). A munka és a magánélet összehangolásának kérdései a magasan képzett nők körében. *Demográfia*, 02, 159-175.
- Netemeyer, R. G., Boles, J. S., & McMurrian, R. (1996). Development and Validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81, 400-410.
- Parasuraman, S., & Greenhaus, J. H. (2002). Toward reducing some critical gaps in work-family research. *Human Resource Management Review*, 12(3), 299-312.
- Patel, C. J. (2006). Working mothers: Family-work conflict, job performance and family/work variables. *SA Journal of Industrial Psychology*, 2006, 32(2), 39-45.
- Pongrácz Tiborné (2001). A család és a munka szerepe a nők életében In: I. Nagy, Pongrácz Tiborné & I. G. Tóth, (szerk). *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről* (30-45.), TÁRKI, Budapest.
- Rao, T.S., & Indla, V. (2010). Work, family or personal life: Why not all three? *Indian Journal of Psychiatry*, 52(4), 295-297.
- Ridgeway, C. L. & Correll, S. J. (2004). Motherhood as a Status Characteristic. *Journal of Social Issues*, 60(4), 683-700.
- Takács, Sz. (2012). Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29, 67-100.
- Takács, Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába - elmélet és gyakorlat*, Budapest, Antrárész Kiadó.
- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(5), 697-704.
- Tóth, H. (2005). Gendered dilemmas of the work-life balance in Hungary. *Women in Management Review*, 20(5), 361-375.



- Voydanoff, P. (2005). Work Demands and Work-to-Family and Family-to-Work Conflict: Direct and Indirect Relationships. *Journal of Family Issues*, 26(6), 707-726.
- Yang, N., Chen, C. C., Choi, J., & Zou, Y. (2000). Sources of work-family conflict: A Sino-U.S. comparison of the effects of work and family demands. *Academy of Management Journal*, 43(1), 113-123.
- Zaman, T., Ehsan, S., & Azam, M. W. (2018). Work Family Conflict, Psychological Distress and Job Satisfaction among General Practitioners. *International Journal of Research*, 5(15), 1078-1085.

# CSALÁDI KAPCSOLATOK ÉS EVÉSI SZOKÁSOK, ZAVAROK ÖSSZEFÜGGÉSEI

PÉCZKA, Anita (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),

Levelező szerző: Péczka Anita: anita.peczka94@gmail.com

## Absztrakt

Kutatásunk célja a családi kapcsolatok és evési szokások összefüggéseinek vizsgálata. A táplálkozás tudatos kontrollálásának számos pozitív és negatív velejáróját vizsgálták már. Az intuitív evés, a korábbi kutatásokhoz képest, más szempögből közelíti meg a táplálkozást. Ez a táplálkozás adaptív formája, mely során a fizikai éhségérzetünkre és testünk (akár tudattalan) jelzéseire támaszkodunk különféle korlátozások nélkül. Az evéssel kapcsolatos zavarok bio-pszicho-szociális megközelítése a környezet, s így a család szerepét is meghatározónak véli az evés szempontjából. Vizsgálatunkban 146 egyetemi hallgató (126 nő, 15 férfi) vett részt. A minta átlagéletkora 20,82, mely 18 és 38 év között oszlik meg (szórás 2,76). Vizsgálatunk során a családi kapcsolatok mérésére a Family Relationship Questionnaire-t, az intuitív evés vizsgálatára pedig az Intuitív Evés Skálát alkalmaztuk, melyek papír-ceruza teszt formájában kerültek kitöltésre és jelenleg adaptálás alatt állnak. A kutatás során a szülői támogatás, általános érzelmi kötődés, önállóságra nevelés, bántalmazás, illetve a tekintélyelvű nevelés és az intuitív evés összefüggéseit vizsgáltuk Pearson-féle korrelációs mátrix, illetve Spearman-féle rangkorrelációs mátrix segítségével. Az eredményeket tekintve szignifikáns, pozitív irányú kapcsolat található az önállóságra nevelés és az intuitív evés egyes skálái között, a szülői dominancia, tekintélyelvű nevelés esetén pedig negatív irányú összefüggés fedezhető fel. Érdemes lenne nagyobb, a nemek arányosabb eloszlását tartalmazó mintát alkalmazni és többféle korcsoportot bevonni az intuitív evés későbbi kutatásai során, mely a táplálkozás kutatásában újfajta megközelítést jelenthet.

**Kulcsszavak:** intuitív evés ■ evészavar ■ családi tényezők ■ táplálkozáskontroll ■ evési szokások

## Abstract

Our study aims to explore the relations between family relationships and eating habits. The conscious control of eating has several positive and negative effects that has been already a topic of previous studies. Intuitive eating is a new way to approach eating. It is the adaptive form of eating when we rely on our physical hunger and our body's (even unconscious) signs without any restriction. The bio-psycho-social model of eating disorders emphasizes the role of the environment and the family in the aspect of eating. In our study 146 university students (126 women, 15 men) have participated. The average age of the sample is 20,82, between 18 and 38 (standard deviation 2,76). For measuring family relationships and intuitive eating we have used paper-pencil tests: the Family Relationship Questionnaire and the Intuitive Eating Scale-2 which are under adaptation

to Hungarian. We have tried to explore the relations between paternal and maternal encouragement, general attachment, freedom release, abuse, dominance and intuitive eating with Pearson and Spearman correlation matrixes in our study. Our results showed significant, positive correlation between freedom release and some factors of intuitive eating and significant, negative correlation with dominance. For future studies of intuitive eating, what could be a new approach in eating research, we suggest a bigger sample that is more balanced with sexes and includes more age groups.

---

**Key words:** intuitive eating ■ eating disorder ■ family characteristics ■ eating habits

---

## ELMÉLETI HÁTTÉR

### *Táplálkozás és egészség*

A táplálkozás és egészség kapcsolata számos kutatás tárgya volt már (Neumark-Sztainer, & Hannan, 2000; Bacon, Stern, Van Loan, & Keim, 2005; Kolotkin et al., 2006; Tylka, 2006; Birch, Stewart, & Brown, 2007; Brassai, & Pikó, 2008; Czeglédi, Bartha, & Urbán, 2011; Giacosa et al., 2013; Tylka, & Kroon Van Diest, 2013; Mattson, Longo, & Harvie, 2017). Több kutatás arra mutatott rá, hogy a táplálkozás tudatos kontrollálásának számos pozitív velejárója van. Czeglédi, Bartha és Urbán (2011) például azt találta, hogy akik tudatosabbak táplálkozásukkal kapcsolatban, azokra több fizikai aktivitás jellemző. Más kutatások (Kolotkin et al., 2006, idézi Brassai, & Pikó, 2008) kimutatták, hogy a megfelelő táplálkozáskontroll kevesebb pszichoszomatikus tünettől, illetve jobb pszichés közérzettel jár együtt, így összességében az életminőséggel, szubjektív jólléttel is összefüggésben áll (Brassai, & Pikó, 2008). Az alapvetően egészségmagatartások közé sorolható diétázás és testedzés azonban a testsúlykontroll maladaptív módjává is válhat szélsőséges esetben (Demeter, Túry, & Czeglédi, 2015). Ez a testtel való elégedetlenséghez és ezáltal evészavarokhoz is vezethet (Barker, & Galambos, 2003).

### *Táplálkozással kapcsolatos nehézségek*

Számos kutatás irányult arra is, hogy feltárja, milyen táplálkozási szokások jelenthetnek egészségi kockázatot. Azon felül, hogy a kiegyensúlyozatlan táplálkozás különféle betegségek kialakulásához vezethet, sok esetben egyéb egészségre káros magatartásformákkal is összefüggésben állhat, például szerfogyasztással: Kendzor, Copeland, Stewart, Businelle és Williamson (2007) a súlyproblémákkal hozta összefüggésbe a dohányzást, míg Birch, Stewart és Brown (2007) a mértektelen evés és a túlzott alkoholfogyasztás között talált kapcsolatot. Egy serdü-

lőkön végzett vizsgálat (Neumark-Sztainer, & Hannan, 2000) pedig a szerhasználaton túl kimutatta, hogy csökkent fizikai aktivitással, túlsúllyal, alacsony önbecsüléssel és depresszióval is gyakran együttjárnak a problémás evési szokások.

### *Családi hatások*

Jelenleg az evészavarok bio-pszicho-szociális, komplex szemlélete a leginkább elterjedt. A nézet lényege, hogy az evészavar létrejöttében és fenntartásában fontos szerepet tulajdonít a biológiai, genetikai, pszichológiai, illetve a környezeti és interakciós hatásoknak. A bio-pszicho-szociális magyarázatból tehát arra a következtetésre juthatunk, hogy nem csak az öröklött tényezők, hanem a környezet és így a család szerepe is meghatározó az evészavarok kialakulásában, azaz utóbbi serkentheti vagy akadályozhatja az öröklött hajlam felszínre törését (Mazzag, Pászthy, & Túry, 2006; Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007).

A családi háttér megértéséhez fontos a rendszerszemlélet, azaz a családot egy homeosztatikus rendszernek kell tekinteni, melyben az adott személy az evéssel kapcsolatos problémájával hozzájárul a családi egyensúly fenntartásához. Ha a családban bárhol változás áll be, az az egész rendszerre kihat (Vandereycken, Kog, & Vanderlinden, 1989, idézi Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007).

A családot érintő transzgenerációs megközelítés szerint egy önrontó kör áll fent a generációk között, amely során a szülők saját evéssel kapcsolatos problémáikat átörökíthetik gyerekeikre is, és ez a folyamat már a perinatális időszaktól elkezdődhet (Mazzag, Pászthy, & Túry, 2006). Az evéssel kapcsolatos problémák átörökítését segítheti ha az egyik családtagnál fennáll evészavar. A korai etetéssel kapcsolatos problémák, a szülők testsúllyal kapcsolatos aggodalmi és hozzáállásuk az evéshez valamint kontrolligényük és a család általános működés módja is összefügg a gyermek testi-lelki fejlődésével, későbbi diétázási szokásaival és a testéhez való viszonyával (Mazzag, Pászthy, & Túry, 2006).

A szülők evéssel kapcsolatos attitűdjei, szokásai is tükröződhetnek a gyermek evési magatartásában (Mazzag, Pászthy, & Túry, 2006). Saarilehto, Keskinen, Lapinleimu, Helenius és Simmel (2001) azt találták, hogy mindkét szülő evéshez való viszonyulása fontos lehet a gyermek szempontjából: az apa megfelelő testsúlyának fenntartási nehézségei, az anya gyakori nassolása, az étel élvezetére való képtelensége, illetve az is, ha nem az éhségre adott reakcióként jelenik meg az evés. A szülők diétázáshoz való hozzáállása szintén befolyásolhatja a gyermek testsúlyával kapcsolatos aggodalmainak létrejöttét (Mazzag, Pászthy, & Túry, 2006). Hill és Franklin (1998) azt találták, hogy ha a szülők túl sokat foglalkoznak a testsúlyukkal vagy a diétázással, az a lány gyermekre is átörökíthető. Field, Camargo, Taylor, Berkey, Roberts és Colditz (2001) kutatásában arra az eredményre jutottak, hogy a lányok és fiúk esetében is hangsúlyos az apa szerepe: ha az apa számára fontos a gyermeke testsúlya, akkor

a gyermek nagyobb valószínűséggel fog diétázni. Ezt Dixon, Gill és Adair (2003) is megerősítették vizsgálatukkal, ők azt találták, hogy az apa külsővel, táplálkozással kapcsolatos elvárásai lányuk felé szélsőséges diétázással hozható összefüggésbe. Keel, Heatherton, Harnden és Hornig (1997) a lányok diétázása, illetve testi elégedetlensége és az apa saját súlyával való elégedettsége, illetve az anya azon véleménye között talált szoros kapcsolatot, hogy az túlsúlyosnak tartja-e lányát. McCabe és Ricciardelli (2001) szerint is fontos szerepe van az evéssel kapcsolatos modellkövetésnek, melyben nemi eltéréseket is találtak: a lánygyermekes esetén inkább az apák, a fiúknál pedig az anyák szerepét találták hangsúlyosabbnak, továbbá eredményeik szerint az apa attitűdje elsődlegesen az étkezési szokások és testmozgás alakulásával, míg az anyáé az ideális test képével hozható összefüggésbe.

Sztanó, Ress és Pászthy (2007) szerint a diszfunkcionális családi működésmódoknak is szerepe van az evéssel kapcsolatos problémák kialakulásában és fenntartásában. Azokra a családokra, ahol evési zavarok találhatóak, gyakran jellemző a konfliktushelyzet, az alacsony támogatottság a családtagok által, a családtagok kifejezőképességében való nehézségek, illetve az alacsony kohéziós szint (Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007). Humphrey (1989) bulimiásokat vizsgálva is azt találta, hogy az érintettek nem kapnak elég megértést, segítséget és bizalmat. Bailey (1991) is bulimiás családokat vizsgált és szintén alacsony kohéziót és szülői támogatottságot talált, ezzel szemben Hill és Franklin (1998) az alacsony családi kohéziót a diétázással hozta összefüggésbe. Mellin és munkatársai (2002) azt találták, hogy azokra a lányokra volt jellemző a szélsőséges diétázás, akik a szülőktől vagy túl kevés vagy túl sok figyelmet kaptak. A fiúk esetében diétázás helyett magas érzelmi distressz volt tapasztalható. Tachi (1999, idézi: Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007) úgy találta, hogy a családon belüli magas kohézió, azaz a túlzott összetartás a restriktív evési szokásokkal, míg az alacsony kohézió és a merev családi szabályok pedig a falásrohamok kialakulásával van összefüggésben. Friedman, Wilfley, Welch és Kuncze (1997) is megerősítik, hogy gyakoriak a kommunikációs nehézségek, a csökkent vagy éppen túlzott családi kohézió, a konfliktusok kerülése, szülők közötti viszály, de kiegészítik azzal, hogy a szülők túlvédő magatartása is megjelenhet, mely a gyermek autonómiájának csökkenéséhez vezet, bulimiánál viszont éppen a szülők elhanyagoló magatartása a kockázati tényező.

Minuchin (1974, idézi Varga, & Babusa, 2012) az alábbi jellemzőit emelte ki a diszfunkcionális családoknak: az összemosottságot (a családtagok közötti határok átjárhatóságát, túlzott közelséget), a gyermek túlvédését, rigiditást (a szabályokhoz való erős ragaszkodást), megoldatlan konfliktusokat és a tünethordozó gyerek bevonását a konfliktusokba. Rorty és munkatársai (2000) is azt találták, hogy bulimiásoknál az anya túlságosan beleavatkozik az evészavaros életébe, illetve nagymértékű az aggodalma a lány alakjával, evési szokásaival kapcsolatban. Ogden és Steward (2000) szerint evési problémákhoz nem a mo-

dellkövetés vezet, hanem az anya-lánya kapcsolat milyensége a meghatározó: ha az anya nem bízott a lánya önállóságában, továbbá összerosottság állt fent a kapcsolatukban, a lányokat a testtel való elégedetlenség és restriktív táplálkozás jellemezte és ez különösen jellemző volt, ha direkt megjegyzések is elhangoztak az anyától a lánya külsejére vonatkozóan. Izomdiszmorfiás betegek esetében szintén gyakori az anyák túlvédő magatartása és a túlzott anyai kötődés (Varga, & Babusa, 2012), továbbá sokszor erőszakos eseményeket is el kellett szenvedniük a betegeknek gyerekkoruk során (Olivardia, Pope, & Hudson 2000). Bailey (1991) bulimiás családok esetén is sok konfliktust és agressziót, továbbá magas elvárásokat talált. További kutatások vizsgálták a témát, és megerősítették, hogy a bulimiás egyéneknek jellemzően csökkent az autonómiája a családban (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1974). Ezzel szemben McNamara és Loveman (1990) szerint a bulimiás családokban bizonytalanok az elvárások, szinte bármi megtehető következmények nélkül, továbbá erőteljes az érzelmi összerosottság és gyenge a problémamegoldó készség. Palazzoli, Boscolo, Cecchin és Prata (1974) szerint az ilyen családokban a szülők nem vállalják a vezető szerepet, illetve a felelősségvállalás hiánya is fennáll.

Brassai és Pikó (2008) serdülőket vizsgálva azt találta, hogy a táplálkozás-kontrollal összefüggésbe hozható, a szülői támogatottsággal és elfogadással való elégedettségen túl a szülői bánásmód is, melyben találtak nemi különbségeket is: a fiúknál jelentkezett erőteljesebben a családi hatások szerepe, továbbá az apai hatások tűntek kiemelkedőnek a fiúk esetében, míg a lányoknál mindkét szülő szerepe közel azonos mértékben volt fontos. Snoek, Engels, Janssens és van Strien (2007) kutatásukban a szülők támogatását, a gyermek viselkedésével kapcsolatos szülői kontrollt, illetve a pszichés szülői kontrollt, mint a manipuláció vagy elnyomás eszközét (ide sorolható például a büntudatkeltés) vizsgálták serdülők esetében az érzelmi evés kapcsán. Eredményeik szerint az anyai hatások tűntek kiemelkedőnek, a fiúk és a lányok esetében is, míg az apai hatások csak a fiúk evési szokásaival függtek össze. Továbbá az anya támogatása erőteljes összefüggést mutatott az érzelmi evéssel, a serdülőkor korai szakaszában pedig inkább a pszichés kontroll, míg később a viselkedéssel kapcsolatos kontroll szerepe volt jelentős. Varga és Babusa (2012) szerint az evéssel kapcsolatos problémákkal küzdő családokban a szülők, általában az anya, gyakran túlzott kontrollt alkalmaz, amelynek mértéke egyenesen arányos a probléma súlyosságával.

A kultúrától függően lehetnek eltérések a családi működések tekintetében, de Sztanó, Ress és Pászthy (2007) szerint a diszfunkcionális kohézió, összerosottság, illetve a gyermek csökkent autonómiája kultúrától függetlenül az evészavaros családok jellemzője lehet.

*Család, mint védőfaktor*

Bár a család jelenthet kockázati tényezőt az evéssel kapcsolatos problémák megjelenésének szempontjából, Bulik és munkatársai (2005) hangsúlyozzák, hogy a családban fennálló önröntó kör meg is szakítható, ha a családi hatások nem adódnak hozzá az örökletes tényezőkhöz, azaz például megfelelő a várandósság alatt az anya táplálkozása, nincs jelen túlzott aggodalom a testsúllyal, alakkal kapcsolatban, és feszültségmentes a családi légkör. Protektív tényező lehet a nyílt kommunikáció (Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007), illetve a családi összetartás, és az erős családi kötelék is (Tachi, 1999, idézi Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007; Mellin et al., 2002). Mellin és munkatársai (2002) szerint, ha a szülők megértőek a gyerekekkel, meghallgatják a problémáikat, az egészségesebb életmód kialakulását segíthetik a gyermeküknél. Ha pedig nem áll fent az ideális családi háttér, a családterápia segítséget nyújthat az evéssel kapcsolatos problémák orvoslásában (Varga, & Babusa, 2012).

*Intuitív evés*

Láthatjuk, hogy a vizsgálatok zöme azt tárta fel, hogy az evési zavaroknak milyen velejárói, háttértényezői lehetnek. Sokkal kevesebb vizsgálat tűzte ki célul a pozitív táplálkozás mintázatainak feltárását. Tylka (2006; Tylka, & Kroon Van Diest, 2013) arra hívja fel a figyelmet, hogy érdemes pozitív pszichológiai oldalról is megközelíteni a táplálkozást, és azt vizsgálni, hogy miként alakulhat táplálkozás és lelki egészség között együttjárás. Az intuitív evés a táplálkozás adaptív formája, mely során a fizikai éhségérzet és testünk (akár tudattalan) jelzései a fő mozgatórugói annak, hogy miből, mikor és mennyit fogyasztunk. Intuitív evés során rábízunk a testünkre magunkat, azaz megbízunk a testünkben, hogy tudja, mire van szükségünk. Az intuitív evés Tylka definíciója szerint (2006; Tylka, & Kroon Van Diest, 2013) a különféle ételtípusok előzetes címkézése nélkül történik, továbbá nincsenek benne tiltott ételek, ezáltal különféle korlátozások sem jellemzik. Kutatásai során Tylka (2006; Tylka, & Kroon Van Diest, 2013) azt találta, hogy az intuitív evés összefüggésben áll az önbecsüléssel, optimizmussal, a hatékony megküzdéssel, a saját test megbecsülésével, de az élettel való elégedettséggel és pszichés jólléttel is. További kutatások (Bacon, Stern, Van Loan, & Keim, 2005) kapcsolatot találtak az intuitív evés, illetve a vérnyomás és a vérben található zsírok (koleszterin, triglicerid) szintjének csökkenése között, továbbá a mentális egészség tekintetében is kimutattak változást: csökkenést véltek felfedezni többek közt, a depresszió, a restriktív táplálkozás, bulimia, karcsúság iránti vágy és a testtel való elégedetlenség mértékében is.

Bár számos kutatás vizsgálta a táplálkozási szokások és családi kapcsolatok összefüggéseit, irodalomkeresésünk alapján azt mondhatjuk, hogy az intuitív



evés tekintetében még nem történt átfogó vizsgálat. Vizsgálatunkban ezért az intuitív evés és a családi kapcsolatok összefüggéseit vizsgáljuk, mind az anyával, mind az apával való kapcsolati mintákat illetően. Hipotéziseink:

1. A pozitív családi kapcsolatok pozitívan járnak együtt az intuitív evéssel.
  - Erős pozitív kapcsolat várható a családhoz való érzelmi kötődés és az intuitív evés között Tachi (1999, idézi Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007) és Mellin és munkatársai (2002) kutatásai alapján, akik szerint protektív tényező az evéssel kapcsolatos problémákkal szemben a családi összetartás.
  - Mellin és munkatársai (2002) eredménye alapján a szülő támogatása és az intuitív evés között is pozitív együttjárás feltételezhető. Humphrey (1989), Bailey (1991), Sztanó, Ress és Pászthy (2007), valamint Snoek és munkatársai (2007) kutatásai alapján az alacsony szülői támogatás táplálkozással kapcsolatos nehézségekkel is összefüggésbe hozható. Snoek és munkatársai (2007) az anyai támogatás hatását találták hangsúlyosabbnak.
  - A szülők túlvédő magatartása Minuchin (1974), Friedman és munkatársai (1997), Ogden és Steward (2000), illetve Varga és Babusa (2012) szerint összefüggésben áll a kontrollált táplálkozással. Ennek következtében az önállóságra nevelés és a korlátozásokat nélkülöző evés, illetve az éhség- és telítettségérzet irányította táplálkozás között pozitív irányú összefüggést feltételezünk.
2. A negatív családi kapcsolatok negatívan járnak együtt az intuitív evéssel.
  - Olivardia, Pope és Hudson (2000), Bailey (1991), Helfert és Warschburger (2011, idézi Demeter, Túry, & Czeglédi, 2015) alapján erős negatív kapcsolat feltételezhető a szülői bántalmazás (erőszakos cselekedetek, szóbeli és fizikai agresszió) és az intuitív evés között, különösen a korlátozásokat nélkülöző evés és az éhség- és telítettségérzet irányította táplálkozás között.
  - Snoek, Engels, Janssens és van Strien (2007) kapcsolatot talált a szülők túlzott érzelmi és viselkedéses kontrollja valamint az érzelmi evés között, ez alapján a szülők tekintélyelvű nevelése, dominanciája és a nem érzelmi okok motiválta evés között negatív összefüggést felételezünk.

## MÓDSZER

### *Vizsgálati személyek*

A vizsgálatban 18-40 éves egyetemi hallgatók vettek részt, további kritérium nem volt a résztvevők kiválasztásánál. A kérdőívek kitöltése egyetemi előadás vagy gyakorlat keretein belül zajlott, mely során ösztönzőleg hathatott, hogy későbbi tanulmányaik, műhelymunkájuk során a kutatásunk adatait ők is felhasználhatják. A minta elemszáma 146 fő, ebből 15 férfi és 126 nő. A résztvevők átlagéletkora 20,82 (szórása 2,76), a legfiatalabb kitöltő 18, míg a legidősebb 38 éves.

### *Vizsgálati eszközök*

A tesztbattériában szerepelnek az alábbiakra vonatkozó alapkérdések: nem, kor, egyetemi szak megnevezése, évfolyam és a képzés típusa.

Az anyával, illetve apával való családi kapcsolatok mérésére a Family Relationship Questionnaire (FRQ) szolgál, mely 43 kérdésből és 5 alskálából áll (Chen, Xu, Fu, Xu, Gao, & Wang, 2015). A kérdőív jelenleg magyarra adaptálás alatt áll, melyet a Károli Gáspár Református Egyetem Személy- és Család-orientált kutatócsoportja végez. A szülők támogatását és a tőlük való függést méri az apai/anyai támogatás alskála (5-5 állítás); a szülők általi testi és lelki bántalmazást, szülőktől kapott kritikákat méri az apai/anyai bántalmazás alskála (5-5 állítás); a szülők gyermekük szabadjára engedésének mértékét mutatja az apai/anyai önállóságra nevelés alskála (5-5 állítás); a családi légkört, családhoz való érzelmi kötődést méri az általános kötődés alskála (5 állítás); illetve a szülők nevelésben megnyilvánuló tekintélyelvűségét mutatja az apai/anyai dominancia alskála (4-4 állítás). A válaszadás 5-fokozatú Likert-skálán történt, melynél az 1-es érték jelentése „nagyon nem jellemző rám”, az 5-ös értéké pedig „nagyon jellemző rám”.

Az intuitív evés vizsgálatára az Intuitív Evés Skála, azaz Intuitive Eating Scale-2 (IES2) került alkalmazásra (Tylka, 2006; Tylka, & Kroon Van Diest, 2013), mely szintén adaptálás alatt áll. A kérdőív 23 állítást tartalmaz, melyekre szintén 5-fokozatú Likert-skálán lehetséges a válaszadás (1: „nagyon nem értek vele egyet”, 5: „nagyon egyetértek”). A kérdőív 4 alskálát mér. Az első alskála a korlátozásokat nélkülöző, nem szabályozott evés alskálája (Unconditional Permission to Eat), amely az egyén hajlandóságát méri arra nézve, hogy akkor egyen, amikor fizikai éhségérzetet érez; és olyan ételt, amit megkíván. A második alskála a testi szükségletek és nem érzelmi okok motiválta evés alskálája (Eating for Physical Rather than Emotional Reasons), amely azt vizsgálja, hogy az egyént fizikai éhségérzete irányítja-e étkezései során vagy inkább érzelmszabályozásra, stresszcsökkentésre használja az evést. Az éhség- és telíttségérzetbe vetett bizalom alskálája (Reliance on Hunger and Satiety Cues) azt méri, hogy az illető az éhség- és telíttségérzetére hagyatkozva táplálkozik-e. A negyedik alskála pedig a test igényeinek megfelelő ételválasztás alskálája (Body-Food Choice Congruence), amely azt mutatja, hogy az egyén ételválasztása mennyire felel meg testi szükségleteinek.

### *Eljárás*

A vizsgálat egy keresztmetszeti kutatás, mely helyszínül a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének tantermei szolgáltak. A kutatást a Tudományos Kutatás-Értékelési Bizottság engedélyével folytattuk le. (Etikai engedély

száma: 1014/2019/EKU.) A kutatásban való részvétel anonim és önkéntes volt. A tesztkitöltés személyesen, papír-ceruza formájában történt. A kérdőíveket és a beleegyező nyilatkozatokat személyesen adtuk át a hallgatóknak egyetemi előadás vagy gyakorlat során, és egymástól elkülönítve szedtük be, így nem azonosíthatók be utólag a résztvevők.

### *Adatelemzés*

Az adatelemzés a ROPstat 2.0 programjában történt Vargha András (Vargha, 2015) és Takács Szabolcs (Takács, 2016) útmutatásai alapján korrelációs illetve rangkorrelációs elemzésekkel.

### EREDMÉNYEK

A statisztikai feldolgozás első lépése a ROPstat 2.0 programjában leíró statisztikai adatok lekérése volt. Ezek alapján elmondható, hogy a vizsgálatban 146 fő vett részt, melyből 126 nő és 15 férfi, 5 fő nemre vonatkozó adata hiányos. A minta átlagéletkora 20,82, mely 18 és 38 év között oszlik meg és szórása 2,76.

Az Intuitív Evés Skála esetén a korlátozásokat nélkülöző, nem szabályozott evés alskála Cronbach-alfa értéke 0,782, a testi szükségletek és nem érzelmi okok motiválta evés alskáláé 0,863, az éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom alskáláé 0,885, a test igényeinek megfelelő ételválasztásé pedig 0,787 volt.

A Family Relationship Questionnaire esetén az apai támogatás skála Cronbach-alfa értéke 0,656, míg az anyai támogatás skála reliabilitás mutatója 0,456, mely itemek kihagyásával sem javítható. Az apai bántalmazás skála 0,754-es, az anyai bántalmazás skála pedig 0,824-es Cronbach-alfa értékkel bír. Az apai önállóságra nevelés skála reliabilitás mutatójának értéke 0,825, míg az anyai önállóságra nevelésé 0,808. Az általános kötődés skála 0,645-ös Cronbach-alfa értékkel bír. Az apai dominancia skála reliabilitás mutatójának értéke 0,689, az anyai dominanciáé pedig 0,652.

Hipotéziseink ellenőrzése Pearson-féle korrelációs mátrix segítségével történt normalitás fennállása esetén. Normális eloszlás hiányában Spearman-féle rangkorrelációs mátrixot alkalmaztunk, ez a bántalmazás, illetve az önállóságra nevelés skálák esetében történt meg. Első hipotézisünk szerint a szülőkhöz való általános érzelmi kötődés pozitívan jár együtt az intuitív evéssel. Szignifikáns kapcsolatot nem találtunk az érzelmi kötődés és az intuitív evés alskálái között, a legnagyobb korreláció a testi szükségletek motiválta evés esetén látható (Pearson-féle  $r=0,127$ ,  $p=0,1329$ ), amelyet a korlátozásokat nélkülöző evés követ (Pearson-féle  $r=0,0967$ ,  $p=0,2539$ ).

Második hipotézisünk szerint a szülői, főleg anyai, támogatás pozitívan jár együtt az intuitív evéssel. Az 1. táblázatban láthatók a legnagyobb Pearson-féle korrelációk, melyek közül egyik sem szignifikáns.

**1.táblázat.** Szülői támogatás és az Inuitív Evés Skála (IES) alsókáláinak Pearson-féle korrelációs eredményei

FRQ skála	IES skála	Pearson-féle r	p-érték
Apai támogatás	Testi szükséglet motiválta evés	-0,1395+	0,1001
Anyai támogatás	Testi szükséglet motiválta evés	0,0735	0,3884
Apai támogatás	Test igényeinek megfelelő ételválasztás	0,0669	0,4319
Apai támogatás	Korlátozásokat nélkülöző evés	0,0487	0,5675
Anyai támogatás	Testi igényeinek megfelelő ételválasztás	0,0463	0,5873

Harmadik hipotézisünk az önállóságra nevelés és az intuitív evés között feltételez pozitív együttjárást. Tekintettel arra, hogy az önállóságra nevelés skálák esetében sérült a normalitás, Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk. Az önállóságra nevelés anya részéről és a testi szükségletek motiválta evés között gyenge szignifikáns kapcsolat mutatkozott ( $\rho=0,1676^*$ ,  $p=0,0478$ ), továbbá szintén az anyai hatások és a korlátozásokat nélkülöző evés között tendenciaszintű összefüggés látható ( $\rho=0,1491+$ ,  $p=0,0787$ ). Tehát ebben az esetben a hipotézist megerősítő eredmény látható az anya esetén, azaz ha az anya nevelési módja minél inkább önállóságot támogató, annál inkább jellemző az egyénre az intuitív evés.

Következő hipotézisünk szerint a szülői bántalmazás negatívan jár együtt az intuitív evéssel. Ebben az esetben is Spearman-féle rangkorrelációval teszteltük a hipotézist, ugyanis a normalitás a bántalmazás skálák esetén is sérült. A statisztikák alapján nem található szignifikáns összefüggés, a legnagyobb korreláció az anyai bántalmazás és testi szükséglet motiválta evés között látható ( $\rho=-0,1060$ ,  $p=0,2159$ ). Nemi bontás esetén viszont a férfiak esetében az apai bántalmazás és éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom között nem szignifikáns, tendenciaszintű, negatív irányú összefüggés rajzolódott ki ( $\rho=0,4955+$ ,  $p=0,072$ ), de a nők esetében nem látható szignifikáns kapcsolat, az apai bántalmazás és testi szükségletek motiválta evés esetén is csupán  $\rho=-0,1446$  ( $p=0,115$ ).

Utolsó hipotézisünk szerint a tekintélyelvű nevelés negatívan jár együtt az intuitív evéssel, főként a testi szükségletek, nem pedig érzelmi okok motiválta evés skálával. Ahogy az a 2. táblázatban is látható, szignifikáns, közepesen erős, negatív irányú kapcsolat található az apai dominancia és a testi szükségletek skála között, amely illeszkedik hipotézisünkhöz is. Továbbá az apai dominancia az éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalommal is szignifikáns, bár gyenge, negatív együttjárást mutat.

**2. táblázat.** Szülői dominancia és az Inuitív Evés Skála (IES) alszálláinak Pearson-féle korrelációs eredményei

FRQ skála	IES skála	Pearson-féle r	p-érték
Apai dominancia	Testi szükséglet motiválta evés	-0,3425**	0,0000
Apai dominancia	Éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom	-0,2043*	0,0154
Apai dominancia	Test igényeinek megfelelő ételválasztás	-0,0836	0,3264
Anyai dominancia	Korlátozásokat nélkülöző evés	-0,0685	0,4213
Anyai dominancia	Testi igényeinek megfelelő ételválasztás	0,0650	0,4452

A korrelációs vizsgálatok eredményeit tekintve összességében az apai dominancia, illetve az anyai önállóságra nevelés esetében mutatkozott szignifikáns kapcsolat az intuitív evés szempontjából hipotéziseink közül. A kutatásban talált legnagyobb korrelációk nagyság szerint sorba rendezve a 3. táblázatban láthatóak.

**3. táblázat.** Családi kapcsolatok (FRQ) és intuitív evés (IES) alszálláinak legnagyobb korrelációs eredményei

FRQ skála	IES skála	r/rho	p-érték
Apai dominancia	Testi szükséglet motiválta evés	-0,3425**	0,0000
Apai dominancia	Éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom	-0,2043*	0,0154
Anyai önállóságra nevelés	Testi szükségletek motiválta evés	0,1676*	0,0478
Anyai önállóságra nevelés	Korlátozásokat nélkülöző evés	0,1491+	0,0787
Apai támogatás	Testi szükségletek motiválta evés	-0,1395+	0,1001

## DISZKUSSZIÓ

### *Az eredmények értelmezése*

Számos kutatás, mint például Tachi (1999, idézi Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007), illetve Mellin és munkatársai (2002) is kiemelik a családi összetartás fontos, protektív szerepét az evészavarokkal szemben. Ezen kutatásokra alapoztuk első hipotézisünket, mely szerint a szülőkhöz való általános érzelmi kötődés pozitívan jár együtt az intuitív evéssel. Bár szignifikáns kapcsolatot nem találtunk, a korábbi kutatásokat sem cáfolták eredményeink: nemi bontásban a nők esetén tendenciaszerű összefüggés látható a testi szükségletek motiválta evés és az érzelmi kötődés között ( $r= 0,1663+$ ,  $p=0,0672$ ), így elképzelhető, hogy nagyobb mintán szignifikáns eredmény mutatkozna.

Az általános érzelmi kötődésen túl a szülői támogatás esetében is pozitív együttjárást feltételeztünk az intuitív evés skálákkal. Mellin és munkatársai (2002), Humphrey (1989), Bailey (1991), Sztanó, Ress és Pászthy (2007), továbbá

Snoek és munkatársai (2007) is úgy találták, hogy az alacsony szülői támogatás gyakran jár együtt evéssel kapcsolatos problémákkal. Snoek és munkatársai (2007) az anyai támogatást találták összességében hangsúlyosabbnak, azonban a fiúk esetén az apa szerepe tűnt kiemelkedőnek, Brassai és Pikó (2008) is a fiúknál az apák szerepét hangsúlyozta, lányok esetében pedig mindkét szülő támogatását hasonlóan fontosnak találta. Vizsgálatunkban ettől eltérő eredmény született, ugyanis nem találtunk szignifikáns kapcsolatot egyik szülő esetében sem az intuitív evés kapcsán, azonban tendenciaszinten mutatkozott együttjárás az apai támogatás és a testi szükségletek motiválta evés között, amely viszont a várttal ellentétben negatív irányú ( $r=-0,1395+$ ,  $p=0,1001$ ). Ahogy azt korábban ismertettük, a reliabilitás mutatók tekintetében az anyai támogatás Cronbach-alfa értéke nem éri el a kívánatos szintet (0,456), így ez esetben nem meglepő, hogy nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat, azonban az apai támogatás esetén magasabb, 0,656 a Cronbach-alfa értéke. Meglátásunk szerint, a szakirodalomtól eltérő eredmény fakadhat abból, hogy kutatásunk során egy kínai eredetű, adaptálás alatt álló kérdőívet használtunk, így a szülői támogatás fogalmában megmutatkozó kulturális különbségek is okozhatják az eltérést. Ezt támasztja alá, hogy a szülői támogatás skálák itemei közé tartozik például, hogy „Apám/anyám arra sarkallt, hogy előkelő legyek.” vagy „Általában az apámmal/anyámmal jártam szórakozni.”, mely kijelentések nem feltétlenül a szülői támogatás jellemzői kultúránkban.

Az önállóságra nevelés és az intuitív evés között pozitív kapcsolatot feltételeztünk, azokra a kutatásokra alapozva, melyek szerint a szülők túlvédő magatartása és a túlzott szülői kontroll, főleg az anya részéről, a kontrollált táplálkozással és evészavarokkal is összefüggésbe hozható (Minuchin, 1974; Friedman, & munkatársai, 1997; Ogden, & Steward, 2000; Varga, & Babusa, 2012). Ez alapján főként a korlátozásokat nélkülöző evés, illetve az éhség- és telítettség-irányította táplálkozás között feltételeztünk pozitív irányú kapcsolatot. A hipotézisünk beigazolódott, az anya önállóságra nevelése és a testi szükségletek motiválta evés között gyenge szignifikáns kapcsolat áll fenn ( $\rho=0,1676^*$ ,  $p=0,0478$ ), míg az anya önállóságra nevelése és a korlátozásokat nélkülöző evés között tendenciaszintű összefüggés látható ( $\rho=0,1491+$ ,  $p=0,0787$ ). Így bár nem az említett skálákkal, de megfigyelhető az intuitív evés és az önállóságra nevelés közötti kapcsolat.

Számos kutatás (Olivardia, Pope, & Hudson, 2000; Bailey, 1991; Helfert, & Warschburger, 2011, idézi Demeter, Túry, & Czeglédi, 2015) talált összefüggést a szülői bántalmazás különféle formái, mind az erőszakos cselekedetek, az agresszió szóbeli és testi formái, és az evéssel kapcsolatos problémák között. Ez alapján a szülői bántalmazás és az intuitív evés között negatív együttjárást feltételeztünk, különösen a korlátozásokat nélkülöző evés és az éhség- és telítettség-irányította táplálkozás között. Ettől eltérően nem találtunk szignifikáns összefüggést a Spearman-féle korreláció alkalmazása során. Nemi bontás ese-

tén viszont a férfiak estében az apai bántalmazás és éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom között tendenciaszintű, a várttal ellentétes, pozitív irányú kapcsolat rajzolódott ki ( $\rho=0,4955+$ ,  $p=0,072$ ). Ebben az esetben valószínűleg a férfiak alacsony mintaelemszáma következtében nem megbízható az eredmény. Azonban annak ellenére, hogy nem szignifikáns a kapcsolat, viszonylag nagy a korreláció, így jövőbeni vizsgálata szakmailag érdekes eredményeket hozhat.

Utolsó hipotézisünk szerint a tekintélyelvű nevelés, szülői dominancia negatívan jár együtt az intuitív evéssel. Korábbi tanulmányokban (Snoek, Engels, Janssens, & van Strien, 2007) kapcsolatot találtak mind a szülők túlzott érzelmi kontrollja, mind pedig a viselkedéses kontroll és az érzelmi evés között, főként az anyai hatásokat hangsúlyozva. Ez alapján főleg a testi szükségletek, nem érzelmi okok motiválta evés skála esetében számítottunk jelentősebb negatív összefüggésre. Bár kutatásunkban az apai hatás mutatkozott hangsúlyosabbnak, szignifikáns kapcsolatot véltünk felfedezni a dominancia kapcsán. Az apai dominancia és a testi szükségletek motiválta evés esetében mutatkozott a legnagyobb korreláció ( $r=-0,3425^{**}$ ,  $p=0,0000$ ), mely közepes erősségű és negatív irányú volt, de az apai dominancia az éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalommal is szignifikáns, gyenge kapcsolatot mutatott ( $r=-0,2043^*$ ,  $p=0,0154$ ).

### *Korlátok*

Összességében tehát az önállóságra nevelés, továbbá a szülői dominancia, tekintélyelvű nevelés esetében jutottunk a korábbi kutatásokhoz hasonló eredményre.

A korábbi tanulmányoktól eltérő, vagy azokat nem megerősítő eredményeknek számtalan oka lehet, ahogy annak is, hogy kutatásunk során kevés és többnyire gyenge erejű szignifikáns kapcsolatot találtunk. Fontos megemlíteni, hogy a mintánk elemszáma 146 fő, nagyobb elemszám esetén megbízhatóbb eredményekre juthatnánk, melyek esetlegesen szignifikánsak is lehetnek. Továbbá problémát jelent, hogy a nemek aránya nem egyenletesen oszlik meg, mintánk 126 női és csupán 15 férfi résztvevőt tartalmaz. Ezenfelül a válaszadást befolyásolhatta a résztvevők esetleges motivációhiánya is, mivel a kérdőívsomag kitöltése viszonylag hosszú időt vett igénybe. Az eredményekre kihatással lehetett az is, hogy kizárólag pszichológus hallgatók alkották mintánkat.

Az eredmények értelmezésénél további lényeges szempont annak figyelembevétele, hogy a Family Relationship Questionnaire, illetve az Intuitív Evés Skála kérdőívek Kínából kerültek átvételre, jelenleg adaptálás alatt állnak, még nem kerültek publikálásra. Ez lényeges lehet az esetleges kulturális különbségek szempontjából, melyek a skálák értelmezésében, elnevezésében jelentkezhetnek. A családi kapcsolatok esetén a szülői támogatás skálák közül az anyai támogatás skála Cronbach-alfa értéke (0,456) is alacsony volt a magyar minta



esetén, amely egyes itemek eltávolításával sem volt javítható. Ennek oka lehet, hogy a skálához tartozó itemek nem egy irányba mutattak, kultúránkban nem fedik le megfelelően a „támogatás” fogalmát és egyfajta függőséget is magukba foglalnak. Ezen skálához tartoznak például az „Apám/anyám arra sarkallt, hogy előkelő legyek.”, „Érzelmi és anyagi szükségleteimben is függtem az apámtól/anyámtól.” vagy „Általában az apámmal/anyámmal jártam szórakozni.” itemek.

Statisztikai elemzéseket illetően előrelépési lehetőséget jelent a jövőben többváltozós statisztikák (Takács, & Sepsí, 2013; Takács, & Smohai, 2013), és személyorientált megközelítések használata (pl. Molnár, Smohai, Pigniczkiné, & Pulai-Kottlár, in press; Smohai et al., 2013; Szokolszky, 2004). Továbbá módszertani szempontból érdemes lehet későbbi kutatások során a kérdőívekbe olyan kérdéseket is bevonni, melyek arra kérdeznék rá, hogy ez egyén milyen oknál fogva kontrollálja táplálkozását, ugyanis torzíthatja eredményeinket, ha valaki egészségügyi okokból kifolyólag követ valamilyen diétát, egyébként viszont intuitív evés jellemezné.

## ÖSSZEGZÉS

Vizsgálatunk részben megerősítette a korábbi kutatások eredményeit: szignifikáns, pozitív irányú kapcsolat található az önállóságra nevelés és az intuitív evés egyes skálái között, a szülői dominancia, tekintélyelvű nevelés esetén pedig negatív irányú összefüggés fedezhető fel. A szülői támogatás, általános érzelmi kötődés és a bántalmazás esetében nem találtunk szignifikáns kapcsolatot.

A szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást és a tanulmány megírását a "Személy- és család-orientált egészségtudomány" kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Bacon, L., Stern, J. S., Van Loan, M. D., & Keim, N. L. (2005). Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(6), 929-936.
- Bailey, C. A. (1991). Family structure and eating disorders: The Family Environment Scale and bulimic-like symptoms. *Youth & Society, 23*(2), 251-272.
- Barker, E. T., & Galambos, N. L. (2003). Body dissatisfaction of adolescent girls and boys: Risk and resource factors. *The Journal of Early Adolescence, 23*(2), 141-165.
- Birch, C. D., Stewart, S. H., & Brown, C. G. (2007). Exploring differential patterns of situational risk for binge eating and heavy drinking. *Addictive Behaviors, 32*(3), 433-448.

- Brassai L., & Pikó B. (2008). Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 165-181.
- Bulik, C. M., Reba, L., Siega-Riz, A. M., & Reichborn-Kjennerud, T. (2005). Anorexia nervosa: definition, epidemiology, and cycle of risk. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S2-S9.
- Chen, L., Xu, K., Fu, L., Xu, S., Gao, Q., & Wang, W. (2015). Development of a structure-validated Family Relationship Questionnaire (FRQ) with Chinese university students. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 79(3), 232-254.
- Czeglédi E., Bartha E., & Urbán R. (2011). Az evési magatartás összefüggéseinek vizsgálata főiskolai hallgatóknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(2), 299-320.
- Demeter A., Túry F., & Czeglédi E. (2015). Az evészavarok egy lehetséges kockázati tényezője: a szülők megjelenéssel kapcsolatos elvárásai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(3), 231-251.
- Dixon, R. S., Gill, J. M., & Adair, V. A. (2003). Exploring paternal influences on the dieting behaviors of adolescent girls. *Eating Disorders*, 11(1), 39-50.
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, C. B., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, parent, and media influences on the development of weight concerns and frequent dieting among preadolescent and adolescent girls and boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60.
- Friedman, M. A., Wilfley, D. E., Welch, R. R., & Kuncze, J. T. (1997). Self-directed hostility and family functioning in normal-weight bulimics and overweight binge eaters. *Addictive Behaviors*, 22(3), 367-375.
- Giacosa, A., Barale, R., Bavaresco, L., Gatenby, P., Gerbi, V., Janssens, J., Johnston B., Kas, K., La Vecchia, C., Mainguet, P., Morazzoni, P., Negri, E., Pelucchi, C., Pezzotti, M., & Rondanelli, M. (2013). Cancer prevention in Europe: the Mediterranean diet as a protective choice. *European Journal of Cancer Prevention*, 22(1), 90-95.
- Helfert, S., & Warschburger, P. (2011). A prospective study on the impact of peer and parental pressure on body dissatisfaction in adolescent girls and boys. *Body Image*, 8(2), 101-109. In: Demeter A., Túry F., & Czeglédi E. (2015). Az evészavarok egy lehetséges kockázati tényezője: a szülők megjelenéssel kapcsolatos elvárásai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(3), 231-251.
- Hill, A. J., & Franklin, J. A. (1998). Mothers, daughters and dieting: investigating the transmission of weight control. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(1), 3-13.
- Humphrey, L. L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206.
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Harnden, J. L., & Hornig, C. D. (1997). Mothers, fathers, and daughters: Dieting and disordered eating. *Eating Disorders*, 5(3), 216-228.
- Kendzor, D. E., Copeland, A. L., Stewart, T. M., Businelle, M. S., & Williamson, D. A. (2007). Weight-related concerns associated with smoking in young children. *Addictive Behaviors*, 32(3), 598-607.
- Kolotkin, R. L., Zeller, M., Modi, A. C., Samsa, G. P., Quinlan, N. P., Yanovski, J. A., Bell, S. K., Maahs, D. M., de Serna, D. G., & Roehrig, H. R. (2006). Assessing weight-related quality of life in adolescents. *Obesity*, 14(3), 448-457. In: Brassai L., & Pikó B. (2008). Egyéni, családi és transzperszonális tényezők szerepe a táplálkozáskontrollban serdülőknél. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 165-181.
- Mattson, M. P., Longo, V. D., & Harvie, M. (2017). Impact of intermittent fasting on health and disease processes. *Ageing research reviews*, 39, 46-58.

- Mazzag J., Pászthy B., & Túry F. (2006). Az evészavarok transzgenerációs átörökítésének lehetőségei. Irodalmi áttekintés. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(4), 269-286.
- McCabe, M., & Ricciardelli, L. (2001). Parent, peer and media influences on body image and strategies to both increase and decrease body size among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 36(142), 225-240.
- McNamara, K., & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 518-523.
- Mellin, A. E., Neumark-Sztainer, D., Story, M., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2002). Unhealthy behaviors and psychosocial difficulties among overweight adolescents: the potential impact of familial factors. *Journal of adolescent health*, 31(2), 145-153.
- Minuchin, S. (1974): *Families and family therapy*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts. In: Varga M., & Babusa B. (2012). Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszer- szemléleti vonatkozása. *Lege Artis Med*, 22(6-7), 440-444.
- Molnár, D., Smohai, M., Pigniczkiné Rigó, A., Pulai-Kottlár, G. (in press). A mentális tréning hatása kosárlabdázók mérkőzés teljesítményére és mindfulness képességére. *Psychologia Hungarica Caroliensis*.
- Neumark-Sztainer, D., & Hannon, P. J. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(6), 569–577.
- Ogden, J., & Steward, J. (2000). The role of the mother-daughter relationship in explaining weight concern. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 78-83.
- Olivardia, R., Pope Jr, H. G., & Hudson, J. I. (2000). Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1291-1296.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G. F., & Prata, G. (1974). The treatment of children through brief therapy of their parents. *Family Process*, 13(4), 429-442.
- Rorty, M., Yager, J., Rossotto, E., & Buckwalter, G. (2000). Parental intrusiveness in adolescence recalled by women with a history of bulimia nervosa and comparison women. *International Journal of Eating Disorders*, 28(2), 202-208.
- Saarilehto, S., Keskinen, S., Lapinleimu, H., Helenius, H., & Simell, O. (2001). Connections between parental eating attitudes and children's meagre eating: questionnaire findings. *Acta Paediatrica*, 90(3), 333-338.
- Smolak, L. (2012). Body image development–girl children. In *Encyclopedia of body image and human appearance* (pp. 212-218).
- Smohai, M., Mirnics, Z., Vargha, A., Torma, B., & Tóth, D. (2013). Videójátékokkal való játszás közben, iskolában és otthon átélt flow-élmények tipikus mintázatai, valamint az azokba tartozó magyar serdülők személyiségjellemzői és megküzdési módjai –Konfigurációelemzés. *Pszichológia*, 33(4), 313-327.
- Snoek, H. M., Engels, R. C., Janssens, J. M., & van Strien, T. (2007). Parental behaviour and adolescents' emotional eating. *Appetite*, 49(1), 223-230.
- Szokoloszy, Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Sztanó F., Ress K., & Pászthy B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 49-61.
- Tachi, T. (1999). Family environment in eating disorders: a study of the familiar factors influencing

- the onset and course of eating disorders. *Seishin shinkeigaku zasshi= Psychiatria et neurologia Japonica*, 101(5), 427-445. In: Sztanó F., Röss K., & Pászthy B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 49-61.
- Takács, Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába – Elmélet és gyakorlat*. Budapest: Antarész Kiadó.
- Takács Sz., Smohai M. (2013). Robusztus lineáris regresszió alkalmazása pszichológiai elemzésekben. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 1 (2), 67–88.
- Tylka, T. L. (2006). Development and psychometric evaluation of a measure of intuitive eating. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 226.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137.
- Vandereycken, W., Kog, E., & Vanderlinden, J. (1989). *The Family Approach to eating Disorders: assessment and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. PMA Publishing, New York. In: Sztanó F., Röss K., & Pászthy B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 49-61.
- Varga M., & Babusa B. (2012). Az új keletű evészavarok néhány pszichológiai és rendszerszemléleti vonatkozása. *Lege Artis Med*, 22(6-7), 440-444.
- Vargha, A. (2015). *Matematikai statisztika pszichológiai, nyelvészeti és biológiai alkalmazásokkal: felsőoktatási tankönyv*. Pólya Kiadó.

# A HALOGATÁS ÖSSZEFÜGGÉSÉNEK PILOT VIZSGÁLATA A TANULMÁNYI EREDMÉNYEK- KEL EGYETEMI HALLGATÓKNÁL

JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)  
SZMETANKÓ, Zsuzsanna (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),

Levelező szerző: Jakubovits Edit: jakubovits.edit@kre.hu

## Absztrakt

A halogatás a felsőoktatásban jelentős problémát okoz, és a hallgatók nagy százalékát érinti. Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a halogatás összefügg-e a tanulmányi eredményekkel, és a felvételi pontszámokkal. Egyetemi hallgatókkal (N=104) töltöttünk ki kényelmi mintavétellel egy kérdés csomagot, amelyben Lay féle halogatás teszt és saját összeállítású kérdések is szerepeltek a felvételi pontszámról, a tanulmányi átlagról, és a félévhalasztás okáról, ha volt ilyen. Eredményeink részben alátámasztják a nemzetközi szakirodalom eredményeit, amennyiben a nagyobb mértékű halogatás és a kedvezőtlenebb tanulmányi átlag összefügg ( $r(82)=-0,335, p<0,005$ ). A többi tényező nem mutatott összefüggést a halogatással, amit a kevés elemszámmal magyarázunk. A halogatás mértékét nem tudja szignifikáns módon előre jelezni a félévhalasztás megléte vagy annak hiánya, viszont az előző féléves átlag eredménye ( $p=0,002$ ) szignifikáns módon együttjárást mutat a halogatással, és a magyarázott variancia-hányad is kellően magas. Konklúzió: a halogatással kapcsolatos vizsgálatot érdemes a jövőben kiegészíteni, és nagyobb elemszámmal folytatni.

**Kulcsszavak:** halogatás • felsőoktatás • félévhalasztás • tanulmányi eredmény

## Abstract

### Pilot study of the relationship between procrastination and academic achievements amongst university students

Procrastination is considered to be one of the main problems in education, affecting the majority of university students. In our research, we wanted to find out if there is a relationship between procrastination and academic achievements and admission scores. Using convenience sampling, university students (N=104) were asked to fill in a questionnaire consisting of a Lay's procrastination test as well as our own questions about admission scores, grade point averages and reasons for semester deferment if there were any. Our outcome confirms the results of the international professional literature in case there is a correlation ( $r(82) -0,335, p<0,005$ ) between higher levels of procrastination and lower grade point averages. Other factors did not prove to have a correlation with procrastination, which we explain with the small sample size. The presence of deterrent or the lack thereof does not predict the level of procrastination in a significant way. On the other hand, the

correlation between the grade point average of the last semester and procrastination is significant at  $p=0,002$  and the variance ratio is also sufficiently high. The conclusion is that the procrastination study is worth exploring further in the future with larger sample sizes.

**Keywords:** procrastination ▪ higher education ▪ semester postponed ▪ grade point average

## BEVEZETŐ

A racionális és hatékonyan működő felnőtt képes időre elvégezni a feladatait, mégis az emberek jelentős része néha halogat (Tice és Baumeister, 1997). Knaus szerint a halogatás egy „ősi ellenség“, amely nagyjából 2,5 millió éve része az életünknek. A nyugati társadalomban a halogatás az ipari forradalom kirobbanásával lett egyre láthatóbb, hiszen ebben az időben kezdte meghatározni az ember értékét az, hogy mennyire tudja hatékonyan kihasználni az idejét (Knaus, 2000). A kifejezés a latin *procrastinare* szóból származik, amely azt jelenti, hogy „későbbre halasztani“, vagy „elhalasztani holnapig“ (Takács, 2010). Sokszor érezhetjük úgy magunkat, hogy annyi feladatot kellene egyszerre végrehajtanunk, hogy inkább nem is érdemes elkezdni őket. Miért éri meg halogatni feladatainkat? A halogatók számára a rövidtávú haszon, vagyis az, hogy nem kell elvégezni (egy ideig) a feladatokat, sokkal kecsgetőbb annál, hogy feláldozzák őket a hosszútávú nyereség érdekében (Takács, 2010).

Az Amerikai Egyesült Államokban a normál populáció 20%-a jellemzi krónikus halogatónak magát (Harriott és Ferrari, 1996). A kutatások számának növekedése is mutatja, hogy a halogatás nem csupán az időmenedzsment problémája, hanem egy összetett folyamat, amelynek affektív, kognitív és viselkedéses komponensei is vannak (Fee és Tangney, 2000). A halogatással kapcsolatos vizsgálatok az utóbbi évtizedben különösen népszerűvé váltak, így különböző megközelítések, meghatározások és mérési kísérletek is születtek időközben ezzel kapcsolatban. A halogatás különösen nagy szerepet játszik az egyetemi hallgatók körében, hiszen ez a populáció gyakran szembesül a határidőkre történő feladatkészítéssel (Chu és Choi, 2005). A korábbi kutatások szerint a felsőoktatásokban tanulóknak nagyjából 80-95%-ára jellemző a halogatás (Tan, Ang, Huan, Klassen, Tan, Wong és Yeo, 2008).

## ELMÉLETI HÁTTÉR

### *A halogatásról általában*

Lay tendenciaként határozta meg a halogatást, egy bizonyos feladat elkezdésével vagy befejezésével kapcsolatban (Lay, 1986). A halogatás számos jelenségre

van hatással. Nemcsak a teljesítményt érinti, hanem többek között az érzelmeinket is, mint például az önutálat, a stressz, a depresszió vagy a büntudat (Takács, 2010).

A halogatók és a nem halogatók között számos különbség van, hiszen a krónikus halogatók gyakrabban védik önbecsülésüket azzal, hogy bizonyos környezeti akadályokra hivatkoznak, amelyek meggátolják a feladatok elvégzésében őket (Ferrari és Tice, 2000). Emellett általában rosszabb az egészségi állapotuk is (Lay és Schouwenburg, 1993; Tice és Baumeister, 1997; Sirois & Kitner, 2015), hiszen a határidőkhöz közeledve egyre keményebben és stresszesebben kell dolgozniuk úgy, hogy nem hisznek a teljesítmény sikerében. Ahogy a határidő közeledik, úgy a halogatók egyre nagyobb nyomást éreznek és a kilátásaikkal kapcsolatban egyre pesszimistábbak lesznek, emellett a saját magukkal szembeni kétségek növelik az esélyt a hibázásra, illetve a büntudat és a depresszió érzésére is (Steel, Brothen és Wambach, 2001).

Számos további olyan tényező is megállapítható, amelyben a krónikus halogatók különböznek a nem halogatóktól, így összességében kijelenthetjük, hogy a „halogatás” egy konkrét pszichológiai változónak fogható fel és bizonyos személyekre ez jobban jellemző, ők gyakrabban folyamodnak a halogatáshoz (Ferrari, 2001). A halogatók kevésbé képesek az idejüket strukturálni, és jellemző rájuk az is, hogy egyik tevékenységből a másikba csaponganak céltalanul (Bond és Feather, 1988). A kutatások szerint a krónikus halogatók kevesebb időt töltenek el azzal, hogy egy bizonyos feladatra felkészüljenek, ha úgy ítélik meg, hogy sikeresen tudják majd elvégezni a feladatot (Lay, 1990) és így alábecsülik a rendelkezésükre álló időt, amely szerintük szükséges a feladathoz, emiatt kevesebb időt töltenek el azzal, hogy információkat keressenek a feladat elvégzésével kapcsolatban (Ferrari és Dovidio, 2000).

Dryden megkülönböztet speciális és általános halogatókat. A speciális krónikus halogatók esetében mindig csak ugyanazokat a feladatokat érinti a halogatás, míg az általános krónikus halogatók életük összes fontos feladatának elvégzését halogatják (Dryden, 2000, idézi Takács, 2010). Fontos megkülönböztetni a krónikus halogatást a késés jelenségétől, hiszen a halogatás esetében a késleltetés nem egy előre eltervezett cselekedet, hanem inkább a döntések folyamatos későbbre halasztása miatt történik (Takács, 2010). Demográfiai szempontokat figyelembe véve a halogatás gyakrabban jellemző a fiatalabb korosztályra, valamint inkább a férfiakra jellemző, mint a nőkre (Takács, 2010).

Chu és Choi megkülönböztetnek passzív és aktív halogatókat. A passzív halogatók közé azok tartoznak, akiket hagyományos módon halogatóknak nevezünk, akik leblokkolnak egy feladat elvégzése előtt és képtelenek arra, hogy egy munkát határidőre befejezzenek, míg ezzel szemben beszélhetünk aktív halogatókról, akik jobban szeretnek nyomás alatt teljesíteni és ők saját döntésükből halogatják feladataikat a végsőkig (Chu és Choi, 2005). Az aktív és a passzív halogatók közötti különbséget Seo is kimutatta, szerinte az aktív halogatás



motivációként is felfogható és így érdemes elkülöníteni a halogatás passzív formájától (Seo, 2013). Az aktív és a passzív halogatók különböznek a kognitív és affektív válaszokban is, hiszen az aktív halogatók kitartóak és a határidő közeledtével képesek hatékonyan elvégezni a feladataikat, míg a passzív halogatókra inkább az jellemző, hogy feladják és végül nem képesek elvégezni a feladatot (Chu és Choi, 2005).

### *A halogatás és a teljesítmény*

Az egyetemi teljesítményt egyéni szinten befolyásolja a lelkiismeretesség, a neuroticizmus, a tanulás intenzitása, a motiváció, a szorongás, a pszichológiai jóllét és a viselkedési stratégiák is (Trucchia, Lucchese, Enders és Fernández, 2013), de jelentős a társas kapcsolatok minősége is (Kassarnig, Mones, Bjerre-Nielsen, Sapietzynski, Lassen és Lehmann, 2018). A vizsgálatok alapján az énhatékonyság és az önbecsülés pozitív hatással van a tananyag alapos feldolgozására (Phan, 2010). Az egyetemi teljesítmény emellett függ a tanulási stílustól is, amelyet pedig az otthoni környezet képes befolyásolni (Shahzadi és Ahmaf, 2011). Az önszabályozó és a természetes tanulás kutatásainak eredményei szerint a tanulási folyamat hatékony kivitelezéséhez sokkal inkább az olyan személyes tényezők szerepe döntő, amelyek a tanulási tevékenységbe való maximális bevonódásért felelősek, mintsem a kognitív képességek (Molnár, 2003). Bizonyos emberek folyamatosan képesek arra, hogy fenntartsanak egy olyan ösztönző erőt, amely újra és újra képes lendületet adni a munkájuknak, míg másoknak nehezükre esik az, hogy folyamatosan motiváltak maradjanak és ezek a különbségek befolyásolhatják a teljesítményt is (Urbán, Orosz, Kerepes és Jánvári, 2014). Ahhoz, hogy teljesítményt megfelelően tudjunk szabályozni, meg kell találnunk az egyensúlyt a feladat minél gyorsabb és minél pontosabb elvégzése között (Vohs és Heatherton, 2000). Howell és Watson a halogatás és a teljesítés-célok kapcsolatát vizsgálva kimutatták, hogy míg a halogatás a megközelítő feladat-célokkal negatív, az elkerülő feladat-célokkal pozitív kapcsolatban állt (Howell és Watson, 2007).

A halogatásnak nem kellene szükségszerűen negatív (vagy pozitív) hatással lennie a teljesítményre, hiszen a tény, hogy egy munka jóval a határidő előtt készül el, vagy éppen, hogy csak elkészül időre, még nem befolyásolja feltétlenül a munka minőségét (Tice és Baumeister, 1997). A negatív hatás azonban eredhet abból, amit már fentebb is megemlítettünk, hogy a halogatók nem becsülik fel jól a munkához szükséges időt és így nem tudják megfelelően ellátni a feladataikat, sőt, ha még a megbecsült idő pontos is, akkor negatív hatással lehet a későbbi kezdés a munkára, mert a halogatók szembesülhetnek korábban nem figyelembe vett akadályokkal, amelyek vonatkozhatnak a környezetre (például meghibásodik a számítógép), vagy egyéb, be nem jósolható problémákra (például magánéleti problémák).

*Halogatás a felsőoktatásban*

Özer szerint a halogatás tekinthető a legnagyobb veszélynek a teljesítményre, amellyel az egyetemi hallgatók szembesülhetnek (Özer, 2011). Már külön pedagógiai problémának számít az egyetemi halogatás, aminek során valamilyen tanulmányi feladat nem készül el az elvárt időre, annak ellenére, hogy minden lehetőség adott az elvégzéshez. Vagyis eltérés van a szándék és a cselekedet között, amely negatív következményeket okoz a halogató számára (Binder, 2000). Felfogható a túl nehéznek ítélt feladat, vagy a megítéltetéstől való félelem elleni védekező stratégiának, vagy egy impulzív cselekedetnek, amikor a rövidebb távú örömforrás eltéríti a tanulót a távolabbi célhoz szükséges erőfeszítéstől (D. Molnár és Gál, 2019). A halogatás jelensége a felsőoktatásban tanulóknál különösen fontos szerepet kap, mert egy teljesítményorientált közegben, mint amilyen az iskola is, különösen fontos az egyensúly megtalálása a kihívás és a készség között (Moneta és Csikszentmihályi, 1996).

Senecal, Koestner és Vallerand azt találták, hogy azok a hallgatók, akikre jellemző volt a halogatás a tanulásban és a tananyag elolvasásában, azokra kevésbé hatékony önszabályozás volt jellemző (Senecal, Koestner és Vallerand, 1995). A halogatás és az önszabályozás kapcsolatának hátterében az is állhat, hogy azok az egyének, akik elegendő önbizalommal rendelkezve bíznak a képességeikben, kihívásként tekintenek a feladatokra, míg akik bizonytalanok, a feladatokat fenyegetőnek ítélik meg, így motivációjuk sem elegendő ahhoz, hogy elvégezzék az adott feladatot, hanem inkább az utolsó pillanatig halogatják azt (Schunk, 2000). A halogatás és az önszabályozás negatív kapcsolatát más kutatások is igazolták, emellett a vizsgálatok azt is igazolják, hogy a főiskola vagy az egyetem típusa nem befolyásolta azt, hogy a hallgatókra mennyire volt jellemző a halogatás (AlQudah, Alsubhien és Heilat, 2014).

A korábbi vizsgálatok magas negatív korrelációt találtak a halogatás illetve a lelkiismeretesség és az énhatékonyság között (Takács, 2010), amelyet tovább gondolva feltételezhetjük, hogy a halogatás kedvezőtlen hatással lehet a teljesítményre (Stajkovic és Luthans, 1998). Tice és Baumeister előbb említett vizsgálata, amelyben a halogatás pozitívan függött össze a magasabb szintű stressz állapottal és a rosszabb egészségi állapottal, szintén egyetemisták között végeztek, kimutatva, hogy a halogatás gyengébb érdemjegyeket is eredményezett (Tice és Baumeister, 1997). Egy indiai kutatás, amely fogorvos hallgatókat vizsgált, azt mutatta ki, hogy a halogatás megléte bejósolta az átlag alatti teljesítményt (Lakshminarayan, Potdar és Reddy, 2013). Kim és Seo 2013-ban egy 273 fős egyetemi mintán mért eredményekkel, majd 2015-ben egy metaanalízis elemzésével támasztották alá, hogy a halogatás negatívan függ össze az iskolai teljesítménnyel, habár ez az aktív halogatásnál nem jellemző. Az aktív és passzív halogatók az iskolai eredmények terén látványosan eltérnek, az aktívak sokkal jobban teljesítenek (Kim, Fernandez, Terrier, 2017).

D. Molnár Éva és Gál Zita vizsgálatuk során a tanulmányaikat egyetemen megkezdő fiatalok tanulási mintázatát és tanulói profilját mérték fel, és alkotak egy több szempontú modellt, ami jobban megmutathatja azt, hogyan lehet megelőzni a tanulmányok végleges elhagyását, vagyis a lemorzsolódást (2019). Az 1359 fő részvételével zajló felmérés során a tanulmányi teljesítményt befolyásoló számos tényezőre kérdeztek rá. Többek között a tanulási attitűd, a motiváltság, a szorongás a szóbeli feleletektől, a tanulási stratégiák, az erőforrások, a tanulási folyamat kontrollja, szervezése, és az időgazdálkodás is szerepelt a kérdőívben. A halogatással kapcsolatban megállapították, hogy a hallgatók nagy része, közel 80%-a vallja magát közepesen vagy erősen halogatónak. A kutatóknak lehetősége volt a felvételi pontokkal is összevetni a kapott eredményeket. A felvételi pontszámok összefüggtek a magas önhatékonysággal, a megértés és fejlődés iránti motivációval, akinek ezek a tulajdonságai erősebbek voltak, magasabb pontszámot értek el a felvételin (D. Molnár és Gál, 2019). Mivel a halogatás és az énhatékonyság között magas a korreláció (Takács, 2010), feltételeztük, hogy aki halogat, alacsonyabb felvételi pontszámmal kerül be az egyetemre, és tanulmányi eredményük is gyengébb lesz, mivel a tanulmányi motiváltságban megjelenik az érdemjegyekért való tanulás (D. Molnár és Gál, 2019), illetve a halogatás összefügg a gyengébb tanulmányi teljesítménnyel (Tice és Baumeister, 1997, Özer, 2011, Lakshminarayan, Potdar és Reddy, 2013).

Dinyáné és munkatársai 2019-es tanulmányukban rámutatnak arra, hogy az egyetemi évek első időszakában a magyar orvostanhallgatók lemorzsolódásának esélyét növelte a kredit gyűjtés lelassulása, és a passzíváltatás, főleg azok körében, akik költségtérítéssel képzésre kerültek (Dinyáné, Pusztai, Szemerszki, 2019). A halasztással kapcsolatosan arra is kíváncsiak voltunk, hogy a halogatás szubjektív megélése és a valós halasztás mennyire függenek össze. Az önbevalláson alapuló becslés és az operatív mérés között vannak, akik pozitív összefüggést mutattak ki (Lay, 1986; Howell, Watson, Powell, Buro, 2006; Gerhát, Balázs, Szemán-Nagy, 2017), mások szerint azonban a halogatás mértékét túlbecsülik a személyek (Kim, Fernandez, Terrier, 2017).

## HIPOTÉZISEK

A fentebb áttekintett szakirodalomra támaszkodva azokat a hipotéziseket fogalmaztuk meg, hogy a halogatókra való hajlam és bizonyos, a teljesítménnyel összefüggésben álló tényezők összefüggenek egymással. Összességében azt feltételezzük, hogy a halogatás és a teljesítmény negatív kapcsolatban állnak egymással, vagyis azok a személyek, akikre jellemző a halogatás, azok több szempontot vizsgálva is gyengébb teljesítményt nyújtanak a felsőoktatásban.

Az vizsgált konkrét szempontokat tekintve a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

Hipotézis 1.: a halogatás és a felvételi pontszám között negatív korreláció mutatkozik,

Hipotézis 2.: a halogatás és a tanulmányi eredmény között negatív korreláció mutatkozik,

Hipotézis 3.: a halogatás magasabb mértékű azon személyek körében, akiknek már kellett félévet halasztania a tanulmányai alatt,

Hipotézis 4.: a halogatás mértéke különbözik a félév halasztásának szempontjából úgy, hogy a hallgatók tanulmányi és felvételi eredményét kontroll alatt tartjuk.

## MÓDSZER

### *Vizsgálati személyek*

A kérdőívet 104, a felsőoktatásban hallgató személy töltötte ki. A nemek megoszlását tekintve a nők voltak túlnyomó többségben a mintában, mivel a mintában 95 nő (a minta 91,3%-a) és 9 férfi (a minta 8,65 %-a) szerepelt. A mintában szereplő személyek életkorát vizsgálva, a legfiatalabb személy 18 éves volt, míg a legidősebb 45 éves, az átlagéletkor 23,41 volt (SD:  $\pm 5,692$ ). A személyek családi állapotát tekintve, a kitöltők közül 34 fő (a minta 32,7%-a) egyedülálló, 61 fő (a minta 58,7%-a) kapcsolatban van, míg 8 fő (a minta 7,7%-a) házas.

A résztvevők önkéntes alapon vettek részt a kutatásban, semmilyen ösztönzöt nem kaptak a részvételért.

### *Eljárás*

Az adatfelvétel a „Tanulás, stresszkezelés, egészség, spiritualitás a felsőoktatásban” című kutatás keretein belül 2018 őszén valósult meg, a kutatást az Intézeti Etikai Bizottság hagyta jóvá (az etikai engedély száma: 312/2018/P). A mintavétel kényelmi alapon történt, a kérdőívsomag egy online felületen volt elérhető. A kérdőívsomag elején a válaszadók egy tájékoztatót olvashattak el a vizsgálatról, amely tartalmazta, hogy mivel foglalkozik a kutatás, valamint, hogy a kérdőív kitöltése önkéntes és anonim, a válaszadók azonosítására később sem lesz lehetőség, továbbá, hogy a kérdőív kitöltése bármelyik ponton megszakítható. A tájékoztató elolvasása után a válaszadók elkezdhatték a kérdőív kitöltését, amely nagyjából 15-20 percet vett igénybe.

### *Eszközök*

A kérdőívsomag néhány nemre, életkorra, családi állapotra vonatkozó kérdéssel kezdődött hogy így a válaszadókról pontosabb képet kaphassunk. A demográfiai kérdéseken kívül a kérdőívben kérdések szerepeltek a személyek teljesítményére vonatkozóan. Ezek a kérdések a következők voltak: a személy előző féléves átlaga, felvételi pontszáma, halasztott-e félévet a tanulmányai során és ha igen, akkor milyen okból.

E kérdéseken kívül az összeállított kérdőívsomag egy még nem validált kérdőívet, a Lay-féle halogatás kérdőívet tartalmazta.

Lay-féle **általános** halogatás kérdőív diákok számára (Procrastination Scale For Student Form G (General), Lay, 1986)

A halogatás vizsgálatára a Lay-féle halogatás kérdőívet használtuk fel. A kérdőív a krónikus halogatást méri húsz itemmel, amelyek mindennapi tevékenységekre kérdeznek rá, a mérőeszköz olyan tételeket használ, mint például „*Általában késve kezdek olyan munkákhoz, amelyeket meg kell csinálnom*”. A mérőeszköznek van egy olyan része, amely tanulók számára készült, emellett van egy olyan változata is, amely nem tanulók számára készült - jelen dolgozat a tanulók számára készült változattal dolgozik. A válaszadóknak egy 1-től 5-ig terjedő Likert-skálán kell megállapítaniuk, hogy az adott állítás milyen mértékben igaz rájuk, ahol az 1 azt jelenti, hogy egyáltalán nem jellemző, az 5 pedig azt, hogy nagyon jellemző. A tételekből 10 item fordított tétel. A kérdőívet magyar nyelven ugyan többen használták (Takács, 2010, Gerhát 2017), de még nincs validálva. A nemzetközi eredeti mintát 110 kanadai pszichológushallgató alkotta. 80%-ban nők. Az átlag 9,4 (SD±4,4), Cronbach-alfa=0,82 volt. A 2010-es magyar mintán (N=203, M=56,5 (átlag:2,82) SD±12,39).

### *Statisztikai eljárás*

Elemzésünk során a leíró statisztika megmutatta a folytonos változók átlagait, amelyek között Pearson korrelációt végeztünk, a halogatás mértékének különbségét a halasztások szempontjából egymintás t-próbával vizsgáltuk, amikor felvételi pontszámot és a tanulmányi eredményeket kontroll alatt tartottuk, akkor kovariancia analízist végeztünk.

Az elemzéseket az IBM SPSS Statistics 22. Version programcsomaggal végeztük (IBM Corporation, USA). Szignifikáns eredménynek a  $p < 0,05$  értéket tekintettünk. Az elemzéseket (Takács, 2012, illetve Takács, 2016) alapján végeztük el.

## EREDMÉNYEK

*Normalitás elemzés*

Elsőként a használt változók normalitását elemeztük a mintánkon. A Kolmogorov-Szmirnov próba eredménye a felvételi pontok esetében  $p=0,2$ ; a tanulmányi átlagok esetében  $p=0,087$ ; a halogatás esetében  $p=0,097$ , vagyis az adatok nem különböznek a normálistól szignifikánsan.

*Leíró statisztikai eredmények*

A **felvételi pontszámra** vonatkozó kérdésre csak 28 személy válaszolt. Az átlagos felvételi pontszám 387,29 pont volt (SD:  $\pm 37,30$ ), a legalacsonyabb felvételi pontszám 301, míg a legmagasabb 456 volt.

Az előző félév **tanulmányi** átlagára vonatkozó kérdésre csak 86 személy válaszolt, mivel voltak elsős hallgatók is a mintában. 4 hallgató 5,0-nél nagyobb értéket írt be, ezeket az adatokat kivettük, mivel feltehetőleg nem az egyszerű átlagot írták be, hanem a kumulatív átlagot, habár a kérdés így szólt: "Mennyi volt az előző félévi átlaga?" A megmaradt 82 diák előző félévi tanulmányi eredményének átlaga így 4,29 (SD:  $\pm 0,49$ ), a legalacsonyabb előző félévi átlag 2,6, míg a legmagasabb 5,0 volt.

Azoknak a száma, akik kitöltötték mind a felvételi pont értékét, mind az előző félévi tanulmányi átlag értékét, 12 fő volt, így e két adat között nem számoltunk összefüggést.

A vizsgált mintában 11 személy **halasztott félévet** tanulmányai során, míg 93 személy nem halasztott félévet. A félévhalasztás okaként a következőket jelelték meg: 1 fő tanulási nehézség, 2 fő átjelentkezés, szakirányváltás, 4 fő időbeosztási nehézség, 1 fő betegség, 1 fő családi ok, 1 fő külföldi önkéntes munka, 1 fő nehéz anyagi helyzet miatti kényszerült munkavállalásra.

A **Lay-féle halogatás kérdőív**en a kitöltők átlagosan 56,38 pontot értek el (SD:  $\pm 13,46$ ), a legalacsonyabb elért pontszám 27, míg a legmagasabb 86 pont volt.

*Hipotézisvizsgálatok*

**Hipotézis 1.:** Pearson-féle korrelációs együtthatót számítva a halogatás és a felvételi pontszám értékek között nincs korreláció:  $r(28)=-0,004$ ,  $p = 0,984$ .

**1. táblázat.** A mért adatok leíró statisztikai eredményei és összefüggések eredményei

	Elem- szám	Átlag (min-max)	Szórás (SD)	Normalitás (Kolmogorov- Smirnov Z)	Pearson-féle korrelációs együttható		
					Halogatás	Felvételi pont	Tanulmányi átlag
Halogatás	<b>104</b>	56,38 (27-86)	13,46	0,08	-	-0,004	-0,335**
Felvételi pont	<b>28</b>	387,29 (301-456)	37,3	0,116		-	-
Előző féléves ta- nulmányi átlag	<b>82</b>	4,29 (2,6-5)	0,49	0,091		-	-

**Hipotézis 2.:** Pearson-féle korrelációs együtthatót számítva a halogatás és a felvételi pontszám értékek között negatív, közepes szignifikáns korrelációt találtunk.:  $r(82) = -0,335, p = 0,002$ .

**Hipotézis 3.:** Független mintás t-próbával teszteltük a félévet halogatók és nem halogatók közötti különbséget. A Levene teszt nem szignifikáns ( $p=0,143$ ), de a két vizsgált csoport elemszáma meglehetősen különbözik egymástól (a valaha már félévet halasztók ( $N=11$ ), illetve nem halasztók ( $N=93$ )).

Az elvégzett próba eredménye:  $t(102) = 0,170, p = 0,865$ . Azok a személyek, akik halasztottak már félévet tanulmányaik során, átlagosan 55,73 pontot érnek el a Lay-féle halogatás kérdőívén (SD:  $\pm 16,94$ ), míg azok a személyek, akik nem halasztottak félévet tanulmányaik során, átlagosan 56,46 pontot érnek el (SD:  $\pm 13,1$ ).

**Hipotézis 4.:** a halogatás mértéke különbözik a félév halasztásának szempontjából úgy, hogy a hallgatók tanulmányi és felvételi eredményét kontroll alatt tartjuk. Egyszempontos, független mintás kovariancia analízist alkalmaztunk, ahol a független változó a halasztás (igen/nem), a kovariáns változónk a tanulmányi teljesítmény. A függő változó a halogatás mértéke. Akik halasztottak, azok halasztás-összege 55,73 volt, míg a nem halogatóknál 55,17. A szóráshomogenitás nem sérült ( $F(1,80)=0,239, p=0,627$  a Levene-próba alapján). A halogatás mértékét nem tudja szignifikáns módon előre jelezni a halasztás megléte vagy annak hiánya ( $F(1,79)=0,006, p=0,941$ ), viszont az előző féléves átlag eredménye ( $F(1,79)=9,995, p=0,002$ ) szignifikáns módon együttjárást mutat a halogatással – és a magyarázott variancia-hányad is kellően magas (0,112, tehát 11,2%) ahhoz, hogy érdemben, ekkora minta esetében legalábbis, jelzés értékűnek tekintsük.



## DISZKUSSZIÓ

Összefoglalva elmondható, hogy előzetes hipotéziseink részben igazolódtak.

A teljesítmény kapcsán felállított első hipotézisünk, miszerint a halogatás és a felvételi pontszám negatívan korrelálnak egymással, nem nyert alátámasztást.

A második hipotézis vizsgálata a tanulmányi eredmény és a halogatás között közepesen erős, negatív és szignifikáns korrelációt tárt fel. Minél inkább halogató valaki, annál gyengébb a teljesítménye. Tapasztalataink alátámasztják a nemzetközi szakirodalom eredményeit, amennyiben a halogatás és a teljesítmény egymással negatív korrelációban állnak (Tice és Baumeister, 1997; Stajkovic és Luthans, 1998; Vohs és Heatherton, 2000; Özer, 2011; Lakshminarayan, Potdas és Reddy, 2013).

Harmadik hipotézisünk, ami arra vonatkozott, hogy a halogatás és a félévhalasztás pozitívan korrelálnak egymással, szintén nem nyert alátámasztást, bár itt az elemszám az érdemi konzekvenciák levonásához kevés volt. Habár nem sikerült igazolni összefüggést az operatív és a szubjektív halogatás között sem számszerűen, mégis érdemes megemlíteni, hogy a 11 félévhalasztásból 7 a tanulmányokkal hozható összefüggésbe, ami közül 4 a halogatás definíciójaként felfogható időbeosztási nehézség miatt következett be, a szakirányváltás pedig a választott szak iránti motivátlanságot jelzi. Még ebben a kevés számú esetben is megjelent az anyagi nehézség, ahogy az orvostanhallgatóknál végzett felmérésben is (Dinyáné Szabó, Pusztai, Szemerszki, 2019), és a betegség, amihez a halogatáshoz fűződő szorongás is hozzájárulhat (Lay és Schouwenburg, 1993; Tice és Baumeister, 1997; Sirois & Kitner, 2015).

Negyedik hipotézisünk részben igazolódtott, a halogatás mértéke különbözik a félév halasztásának szempontjából úgy, hogy a hallgatók tanulmányi és felvételi eredményét kontroll alatt tartjuk, ugyan a halogatás mértékét nem tudja szignifikáns módon előre jelezni a halasztás megléte vagy annak hiánya, de az előző féléves átlag eredménye szignifikáns módon együttjárást mutat a halogatással.

A tanulmány legfontosabb korlátja a kevés elemszám, különösen a félévhalasztással kapcsolatosan. Érdekes, hogy a felvételi pontszámokat és a félév végi átlagokat is milyen sokan nem tudták, illetve a vizsgálatok folytatásakor nagyobb figyelmet kell szentelni az átlagok definíciójának is, mert már nemcsak a számtani átlag létezik, hanem másként számolt átlagok is. Hasznos lenne, ha nem önbevallás útján nyerhetnénk adatot a tanulmányi átlagról.

A tanulmányi teljesítményre is több egyéni, személyiségbeli és érzelmi illetve társas tényező hat (Trucchia, Lucchese, Enders és Fernández, 2013; Kassarnig, Mones, Bjerre-Nielsen, Sapiezynski, Lassen és Lehmann, 2018), így valószínűleg a teljesítmény mérése sem mentes ezektől. Függhet egy tárgy nehézségétől, vagy a tanár nevelési szándékától, a diákkal való kapcsolatától, vagyis nemcsak a valósan elsajátított tudásanyagot mérjük. A jövőben a teljesítmény szubjektív

megítélését is célszerű lesz mérni, annak ellenére, hogy a halogatás és a teljesítmény közötti negatív összefüggést a mi eredményeink is alátámasztják.

A vizsgálati eredményeinknél fontos megemlíteni azt a korlátot is, hogy a minta nagyobb hányada női válaszoló. A Big Five kérdőívben találtak eltérést a nemek között a halogatás néhány fontos összetevőjével kapcsolatban, mint a neuroticizmus és a lelkiismeretesség (Weisberg, DeYoung, és Hirsh, 2011), ezért igyekezni kell a jövőben kiegyenlítettebb mintával dolgozni.

## ÖSSZEGZÉS, KITEKINTÉS

Dolgozatunkban a halogatás és a teljesítmény összefüggését vizsgáltuk magyar felsőoktatásban részt vevő hallgatók körében végzett kérdőíves kutatás eredményei alapján, a teljesítménnyel összefüggő többféle változót vizsgálva. Előzetes hipotéziseink arra vonatkoztak, hogy a halogatás és a tanulmányi teljesítmény negatívan korrelálnak egymással, ami részben teljesült. A jövőben egy megfelelő méretű, és nemi szempontból kiegyenlített mintával szeretnénk kibővíteni a kérdéseinket a teljesítmény szubjektív élményével és a káros negatív gondolatok csökkentésének lehetőségével. Egy gyengébb képességű diáknak az is nagy teljesítmény lehet, hogy képes a minimumot teljesíteni.

Mindezekon túl érdemes lehet elkülönítve vizsgálni az aktív és passzív halogatókat a halogatás és a teljesítmény összefüggése kapcsán, mely szintén pontosabb következtetések levonását tenné lehetővé.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány“ kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Alqudah, M. F., Alsubhien, A. M. & Heilat, M. Q. (2014). The Relationship between the academic procrastination and self-efficacy among sample of King Saud Universtiy Students. *Journal of Education and Practice, 16*, 101-111.
- Binder, K. (2000). *The effect of an academic procrastination treatment on student procrastination and subjective well-being*. Unpublished MA, Carleton University, Canada.
- Bond, M. J. & Feather, N. T. (1988). Some correlates of structure and purpose in the use of time. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*, 321-329.
- Cao, L. (2012). Differences in procrastination and motivation between undergraduate and graduate students. *Journal of the Scholarship of Teaching and Learning, 12*, 39-64.

- Chu, A. H. C. & Choi, J. N. (2010). Rethinking Procrastination: Positive Effects of „Active“ Procrastination Behavior on Attitudes and Performance. *The Journal of Social Psychology, 145*, 245-264.
- Dinyáné Szabó, M., Pusztai, G., & Szemerszki, M. (2019). Lemorzsolódási kockázat az orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap, 160*(21), 829-834.
- Dryden, W. (2000). *Overcoming Procrastination*. Sheldon Press, London.
- Fee, R.L. & Tangney, J.P. (2000). Procrastination: A means of avoiding shame or guilt? (*Special issue*) *Journal of Social Behaviour and Personality, 15*, 167-184.
- Ferrari, J. R. (2001). Procrastination as Self-regulation Failure of Performance: Effects of Cognitive Load, Self-awareness, and Time Limits on „Working Best Under Pressure“. *European Journal of Personality, 15*, 391-406.
- Ferrari, J. R., & Dovidio, J. F. (2000). Examining behavioral processes in indecision: Decisional procrastination and decision-making style. *Journal of Research in Personality, 34*, 127-137.
- Ferrari, J. R. & Tice, D. M. (2000). Procrastination as a Self-Handicap for Men and Women: A Task-Avoidance Strategy in a Laboratory Setting. *Journal of Research in Personality, 34*, 73-83.
- Gerhát, R., Balázs, K., & Szemán-Nagy, A. (2017). „Jobb későn, mint soha“. A halogató magatartás vizsgálata egyetemisták körében. *Psychiatria Hungarica, 32*(2), 158-167.
- Harriott, J. S. & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of Procrastination among Samples of Adults. *Psychological Reports, 78*, 611-616.
- Howell, A. J., & Watson, D. C. (2007). Procrastination: Associations with achievement goal orientation and learning strategies. *Personality and Individual Differences, 43*, 167-178.
- Howell, A. J., Watson, D. C., Powell, R. A., & Buro, K. (2006). Academic procrastination: The pattern and correlates of behavioural postponement. *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1519-1530.
- Kassarnig, V., Mones, E., Bjerre-Nielsen, A., Sapiezynski P., Lassen, D. D. & Lehmann, S. (2018). Academic Performance and Behavioral Patterns. *EPJ Data Science, 7*, 1-16.
- Kim, E., & Seo, E. H. (2013). The relationship of flow and self-regulated learning to active procrastination. *Social Behavior and Personality: an international journal, 41*(7), 1099-1113.
- Kim, K. R., and Seo, E. H. (2015). The relationship between procrastination and academic performance: a meta-analysis. *Pers. Individ. Dif., 82*, 26-33.
- Kim, S., Fernandez, S., & Terrier, L. (2017). Procrastination, personality traits, and academic performance: When active and passive procrastination tell a different story. *Personality and Individual differences, 108*, 154-157.
- Knaus, W. (2000). Procrastination, blame, and change. *Journal of Social Behavior & Personality, 15*, 153-166.
- Lakshminarayan, N., Potdar, S. & Reddy, S. G. (2013). Relationship Between Procrastination and Academic Performance Among a Group of Undergraduate Dental Students in India. *Journal of Dental Education, 77*, 524-528.
- Lay, C. H. (1986): At last my research article on procrastination. *Journal of Research in Personality, 20*, 474-495.
- Lay, C. H. (1990). Working to schedule on personal projects: An assessment of person-project characteristics and trait procrastination. *Journal of Social Behavior & Personality, 5*, 91-103.
- Lay, C. H., & Schouwenburg, H. C. (1993). Trait Procrastination, Time Management. *Journal of social Behavior and personality, 8*(4), 647-662.

- Molnár É. (2003). Néhány személyes motívum szerepe az önszabályozó tanulásban. *Magyar Pedagógia*, 103(2), 155-175.
- Moneta, G. B. & Csikszentmihályi M. (1996). The effect of perceived challenges and skills on the quality of subjective experience. *Journal of Personality*, 64, 275-310.
- Özer, B. U. (2011). A Cross Sectional Study on Procrastination: Who Procrastinate More? *2011 International Conference on Education, Research and Innovation, IPEDR*, 18, 34-37., Madrid, the 16<sup>th</sup> of November 2011
- Phan, H. P. (2010). Students' academic performance and various cognitive processes of learning: an integrative framework and empirical analysis. *Educational Psychology*, 30, 297-322.
- Senecal, C., Koestner, R. & Vallerand, R. J. (1995). Self-Regulation and Academic Procrastination. *The Journal of Social Psychology*, 135, 607-619.
- Shahzadi, E. & Ahmad, Z. (2011). A study on academic performance of university students. *8th International Conference on Recent Advances in Statistics*, 255-268. Lahore, Pakistan, the 8-9<sup>th</sup> of February 2011
- Schunk, D. H. (2000). "Motivation for achievement: Past, present, and future". *Issues in Education: Contributions from Educational Psychology*, 6, 161-165.
- Seo, E. (2013). A comparison of active and passive procrastination in relation to academic motivation. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 41, 777-786.
- Sirois, F. M., & Kitner, R. (2015). Less adaptive or more maladaptive? A meta-analytic investigation of procrastination and coping. *European Journal of Personality*, 29(4), 433-444.
- Stajkovic, A. & Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124, 240-261.
- Steel, P., Brothen, T. & Wambach, C. (2001). Procrastination and personality, performance, and mood. *Personality and Individual Differences*, 30, 95-106.
- Takács I. (2010). *A halogatás jellemzői a felsőoktatásban*. Doktori disszertáció, Budapest, ELTE.
- Takács, Sz. (2012). Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29, 67-100.
- Takács, Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába - elmélet és gyakorlat*, Budapest, Antrárész Kiadó.
- Tan, C. X., Ang, R. P., Klassen, R. M., Yeo, L. S., Wong, I. Y. F., Huan, V. S. & Chong, W. H. (2008). Correlates of academic procrastination and students' grade goals. *Current psychology-Research & reviews*, 27, 135-144.
- Tice, D. M. & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress and health: The Costs and Benefits of Dawdling. *American Psychological Society*, 8, 454-458.
- Trucchia, S. M., Lucchese, M. S. Enders, J. E. & Fernández, A. R. (2013). Relationship between academic performance, psychological well-being, and coping strategies in medical students. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas, Córdoba, Argetina* 70, 144-152.
- Vohs, K. D. & Heatherton, T. F. (2000). Self-regulatory failure: a resource-depletion approach. *Psychological Science*, 11, 249-254.
- Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers in psychology*, 2, 178.

# AZ ÉLETMINŐSÉG, A KRONOTÍPUS, AZ ALVÁS- MINŐSÉG ÉS MÁΣ PSZICHOSZOCIÁLIS TÉNYEZŐK KAPCSOLATA TELJES ÁLLÁSBAN DOLGOZÓ MUNKAVÁLLALÓK KÖRÉBEN. EGY PILOT VIZSGÁLAT EREDMÉNYEI

TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)  
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
FERENCZI, Andrea, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)

Levelező szerző: Dr. Tanyi Zsuzsanna, Email: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

## Absztrakt

A szakirodalmi adatok szerint a munkavállalók életminőségét számos pszichoszociális faktor befolyásolhatja mind pozitív, mind negatív irányba. Ilyen tényezők az egyén kronotípusa, az átélt munka-család konfliktus, az észlelt stressz, a munkahelyi stressz mértéke, az alvásminőség, valamint a koherencia-érzés és társas támasz mértéke, amely faktorok vizsgálatát jelen tanulmány fő céljának tekinti. Mintánkat 104 teljes állásban dolgozó munkavállaló alkotta (átlagéletkor: 36,05 év,  $SD=11,53$ ), akik legalább 6 hónapja dolgoztak az adott munkakörben. Pilot jellegű vizsgálatunkhoz online elérhető tesztbattériát használtunk, amelyben az életminőséget, a kronotípust, a munka-család konfliktust, az alvásminőséget, az észlelt stresszt, a munkahelyi stresszt, a koherencia-érzést, a társas támaszt, valamint szociodemográfiai és munkahellyel kapcsolatos tényezőket igyekeztünk felmérni. A főkomponens analízis során nyert érzelmi és fizikai jóllét dimenzió, valamint az össz életminőség pontszám esetében többszörös lineáris regresszió analízist hajtottunk végre. Eredményeink szerint a magasabb globális életminőség pontszám magasabb koherencia-érzéssel, alacsonyabb munkahelyi stresszel és kevesebb alvásminőségbeli problémával járt együtt. A magasabb érzelmi jóllétet a magasabb koherencia-érzés, valamint az alacsonyabb munkahelyi stressz, a magasabb fizikai jóllétet pedig az estiség kronotípusa, a magasabb társas támasz és az alacsonyabb általános stressz-szint jelezte előre. Eredményeink azt sugallják, hogy a vizsgálatban szereplő valamennyi pszichoszociális változónak jelentős szerepe van a munkavállalók életminőségének alakulásában.

**Kulcsszavak:** életminőség ▪ kronotípus ▪ alvásminőség ▪ pszichoszociális faktorok

## Abstract

According to the literature employee quality of life can be influenced by several psychosocial factors in a positive and also in a negative way. These factors can be chronotype, work-family conflict, perceived stress, workplace stress, sleep quality, sense of coherence and social support, which variables were the main focus of this study. A total of 104

employees working in full-time jobs for at least six months were tested for measures of quality of life, chronotype, work-family conflict, sleep quality, perceived stress, workplace stress, sense of coherence, social support, sociodemographic and workplace-related factors. Multiple linear regression analyses were applied on mental and physical well-being dimensions deriving from principal component analysis, and on global quality of life score. Our results revealed that higher global quality of life was associated with a higher sense of coherence, along with lower workplace stress and fewer problems in sleep quality. Higher sense of coherence and lower workplace stress were significant predictors of higher emotional well-being. Later chronotype, higher social support, and lower perceived stress significantly predicted higher psychical well-being. These findings suggest that all the measured psychosocial variables may significantly contribute to employee quality of life.

---

**Keywords:** quality of life ▪ chronotype ▪ sleep quality ▪ psychosocial factors

---

### SZAKIRODALMI BEVEZETŐ

Folyamatosan fejlődő világunkban mind a mindennapi életünkben, mind a tudományos kutatásokban egyre nagyobb hangsúly kerül annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy hogyan érjük el az életünkkel való elégedettséget, a boldogságot, a jóllétet, azaz összességében egy minőségi(bb) életet. E téma iránti növekvő figyelemnek köszönhetik megszületésüket az életminőség kutatások. Az életminőség (quality of life) fogalmát több diszciplína is „magáénak érzi” és előszeretettel használja, így a földrajz, az irodalom, a filozófia, az egészség-gazdaságtan, az egészségfejlesztés, az orvostudomány és a társadalomtudományok (pl. szociológia, pszichológia) is (Bowling, 2001). Az egészséggel kapcsolatos életminőség egy komplex, több dimenzióból álló fogalom, amely számos alapvető fontosságú területet foglal magában, úgymint (1) a mentális működés, (2) a fizikai működés, (3) a szerepekkel kapcsolatos működés (pl. munkahelyi, szülői) és (4) a társas működés (Bowling, 2001). Más szerzők szerint fizikai, funkcionális, emocionális és szociális dimenziók alkotják (Horváth és Telekes, 2006).

Az egészséggel összefüggő életminőség lényege az, hogy a személy mennyire elégedett a jelenlegi funkcióival (testi, lelki, szociális jóllétével), hogyan értékeli azokat ahhoz képest, hogy mit tart ideálisnak (Kopp és Pikó, 2006). Három domén foglalt magába: testi/szomatikus, pszichés és szociális domén. A testi domén az egyén fizikai jóllétét, fizikai aktivitását foglalja magában. A pszichés domén a személy aktuális érzelmi-hangulati állapotát tükrözi. A szociális domén indikátorának általában az egyén társas integráltságának szintje tekinthető, vagyis az, hogy mennyire izolálódik a közösségtől, családi és baráti kapcsolataitól (Kahán és Kovács, 2006; Novák és mtsai, 2006). Az életminőség mérésének fontosságát bizonyítja Idler és Benyamini (1997) áttekintő tanulmánya, amely 27 kutatásból származó adatot összegezve arra a következtetésre jutott, hogy az egészségi állapot szubjektív értékelése (pl. „Értékelje az egészségi állapotát egy 5-fokú skálán!”) megbízható és független prediktora az egyének túl-

elésének. Habár az egészséggel összefüggő életminőség mérése a gyakorlatban leginkább a krónikus betegek (pl. onkológiai) esetében terjedt el, azonban nem klinikai populáción (pl. munkavállalók) történt vizsgálata is releváns, mivel kiváló mutatója a munkavállalók szubjektív jóllétének, egészségi állapotának.

A testi-lelki jóllétét vizsgáló kutatók számos munkával kapcsolatos tényezőt összefüggésbe hoztak a munkavállalók életminőségével, úgymint a munkaórák és túlórák száma (fordított irányú kapcsolat) (Maruyama és mtsai, 1996; Sasaki és mtsai, 2007), valamint a munkával való elégedettség (pozitív összefüggés) is (Cimete és mtsai, 2003; Ioannou és mtsai, 2015).

Ugyanakkor az életminőség több pszichoszociális jelenséggel is kapcsolatban áll az eddigi eredmények szerint: kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz. A kronotípus (más néven reggeliség-estiség) a személy fizikai és intellektuális aktivitásának preferált idejét mutatja meg, amely a cirkadián ritmus viselkedési megnyilvánulása (Limsuwat és mtsai, 2014; Randler és mtsai, 2014). Egy kontinuumként tekintendő jelenség, amelynek két végpontját a reggeli és az esti típusok jelentik (Natale és Cocigna, 2002). A reggeli típusú emberek szeretnek korán kelni és korán is lefeküdni este, ezzel szemben az esti típusok inkább később szeretnek felkelni és este/éjjel sokáig ébren maradni (Chung, 2008; Randler, 2008). A nyugati társadalom életstílusa a korai keléssel és munkakezdéssel a reggeli típusúaknak kedvezőbb, ezért az estiek állandó „jetlag” érzést élnek meg (ún. társas jetlag) (Rigó, 2017; Wittmann és mtsai, 2006). Valószínűleg a társas jetlag okozta kevesebb és rosszabb minőségű alvásnak köszönhető, hogy az estiek körében magasabb a pszichés tünetek (pl. depresszió), valamint a fizikai problémák (pl. alacsonyabb fájdalomküszöb) előfordulási gyakorisága az alacsonyabb életminőséggel együtt (Gulec és mtsai, 2013; Jankowski, 2013; Wittmann és mtsai, 2006).

A kutatók a munka-család konfliktus jelenségét is gyakran összefüggésbe hozzák a munkavállalók életminőségével. A munka-család konfliktus (MCSK) Greenhaus és Beutell (1985) szerint a társas szerepek közötti konfliktus olyan formája, amelyben a munkahelyi és családi tevékenységekből eredő szerepelvárások bizonyos tekintetben kölcsönösen összeegyeztethetetlenek. Hagyományosan a munka-család konfliktus két típusát szokták elkülöníteni: a munkából származó család-konfliktust, valamint a családból származó munka-konfliktust (Blanch és Aluja, 2009). A munkából származó család-konfliktus azt jelenti, hogy a munkával kapcsolatos elvárások, a rászánt idő, valamint az abból eredő igénybevétel összeütköznek a családdal kapcsolatos tevékenységek teljesítésével (pl. a túl sok túlóra miatt kevesebb idő jut a családra). A családból származó munka-konfliktus pedig ennek az ellenkezője, amikor a családi szereppel kapcsolatos elvárások, a családra szánt idő és erőfeszítés összeütközik a munkahelyi szereppel (pl. a családi problémák miatt nem tud a munkahelyi feladataira koncentrálni) (Netemeyer és mtsai, 1996). A MCSK, mint jelenség számos ta-



nulmány szerint összefüggésbe hozható az életminőséggel, annak egyes doménjeivel. Kapcsolatot találtak például a MCSK és az alacsonyabb étellel való elégedettség (Md-Sidin és mtsai, 2010), a több testi tünet (Paden és Buehler, 1995), a magasabb depresszió-érték és a rosszabb fizikai egészségi állapot (Frone és mtsai, 1996) között.

Az életminőség emellett kimutatható kapcsolatban áll az általános, illetve a munkahelyi stressz-szel is. Egy maláj munkásokat vizsgáló kutatásban például az észlelt stressz fordított irányú kapcsolatban állt az életminőség fizikai egészség, környezeti feltételek és társas kapcsolatok dimenzióival (Rusli és mtsai, 2008). Tzeng és kollégái (2012) pedig katonai kórházban tevékenykedő egészségügyi dolgozók esetében kimutatta, hogy a magasabb munkahelyi stressz rosszabb fizikai és pszichológiai életminőséggel párosult mindkét nem esetében.

Az alvásminőség a reztoratív alvás szubjektív mérésére használt fogalom, amely általában magában foglalja a teljes alvásidőtartamot, az alváslátenciát, az alvás „töredezettségének” fokát, az alváshatékonytságot, valamint az alvást megzavaró eseményeket (pl. apnoe) (Krystal és Edinger, 2008; Shao és mtsai, 2010). Alvás során testünk olyan hormonokat választ ki, amelyek támogatják az immun-, szív- és érrendszerünket, valamint anyagcsere rendszerünket is. Ennek megfelelően az alváshiány bizonyítottan növeli az egyén betegségekre való hajlamát (Savard és mtsai, 2003). Munkavállalók alvásminőségét vizsgáló kutatásokban azt láthatjuk, hogy az bizonyított kapcsolatban áll az egészséggel összefüggő életminőséggel. Shao és munkatársai (2010) tajvani nővérek esetében gyenge negatív korrelációt talált az alvási problémákat mérő összpontszám és az életminőség egyes területei (fizikai egészség, pszichológiai egészség, társas kapcsolatok, társas környezet) között, vagyis a rosszabb alvásminőség gyengébb életminőséggel társult. Egy másik tanulmányban (Jean-Louis és mtsai, 2000) pedig a magasabb alvással való elégedettség-érték a jobb életminőség szignifikáns prediktora volt.

A jobb életminőség megéléséhez szükség van olyan pszichés és társas protektív faktorokra, amelyek elősegítik a magasabb testi-lelki jóllétet. Ilyen tényezők a koherencia-érzés, illetve a társas támasz megtapasztalása is. A koherencia-érzés Antonovsky ún. szalutogenezis elméletén alapul, amelynek lényege, hogy az egyén egészségi állapotának meghatározó tényezője a koherencia-érzés mértéke. A koherencia-érzés az egyén olyanfajta magabiztosság-érzését fejezi ki, hogy a dolgok jól, az elvártak megfelelően fognak alakulni. Három komponense különíthető el: 1. érthetőség (comprehensibility): annak a mértéke, hogy az egyén mennyire tudja értelmezni a körülötte, illetve vele történő eseményeket; 2. kezelhetőség (manageability): annak a mértéke, hogy mennyire érzi az életének problémáit kezelhetőnek; 3. értelmesség (meaningfulness): annak a mértéke, hogy az élet által hozott problémákat és elvárásokat mennyire tekinti kihívásnak, amelyekért megéri elköteleződni, vagyis mennyire érzi, hogy van értelme ezeknek (Balajti és mtsai, 2007; Sagy és Antonovsky, 2000).

Eriksson és Lindström (2007) szisztematikus áttekintő tanulmányában 458 tudományos publikáció és 13 doktori tézis vizsgálata után arra a következtetésre jutott, hogy a koherencia-érzésnek jelentős hatása van az életminőségre, mégpedig minél magasabb, annál jobb életminőséggel társul. Erre az eredményre jutott egy 1392 fős japán közalkalmazottat vizsgáló egy éves longitudinális kutatás is, amelyben az első alkalommal mért koherencia-érzés pontszám szignifikáns pozitív előrejelzője volt az egy évvel később mért életminőség valamennyi területének (fizikai, pszichológiai, társas kapcsolati és társas környezeti jóllét) (Nasermoaddeli és mtsai, 2003).

A társas támogatottság érzését szintén fontos protektív faktornak szokták emlegetni a szakirodalomban, amely hozzájárul többek között a jobb életminőség eléréséhez is. A társas támasz egy nehezen definiálható, széleskörű jelenség, amely magában foglalja a társas környezetben lévő emberek támogató jellegű viselkedését. Három típusát különíthetjük el: az érzelmi, az instrumentális, valamint az információadáson alapuló támogatást (Helgeson, 2003). Xing és kollégái 2013-as kutatásukban betelepült, új generációs migráns és nem migráns munkavállalók társas támasz és életminősége közötti kapcsolatot elemezve azt találták, hogy a társas támasz szignifikánsan pozitív hatással volt mind az általános egészségi állapotra, mind az életminőség egyes doménjeire (fizikai, pszichológiai, társas kapcsolati és társas környezeti jóllét).

Jelen tanulmány célja, hogy megvizsgálja a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét pozitív és negatív irányba is befolyásoló pszichoszociális faktorok lehetséges szerepét, név szerint a kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz szerepét. A kutatások többsége általában külön-külön vizsgálja ezen változók életminőséggel való kapcsolatát, ezért saját vizsgálatunkban megkíséreljük együtt feltárni a felsorolt faktorok életminőségre gyakorolt lehetséges hatását. Feltételezzük, hogy a jobb életminőség összefüggést fog mutatni a reggelibb kronotípussal, valamint a magasabb társas támasszal és koherencia-érzéssel. Ugyanakkor az alacsonyabb életminőség alacsonyabb alvásminőséggel, magasabb munkahelyi és általános stressz-szinttel és több munka-család konfliktussal fog társulni.

## A VIZSGÁLAT MENETE, KÖRÜLMÉNYEI

Kutatásunkhoz a vizsgálati személyeket online, illetve személyes megkeresés útján toboroztuk 2019 márciusa és októbere között. A beválogatásnak a következő kritériumai voltak: (1) 18 év feletti, (2) teljes állásban dolgozó személyek, akik (3) minimum 6 hónapja az adott munkakörben dolgoznak. Kizárásra kerültek kutatásunkból a nem teljes állásban dolgozó személyek, illetve azok, akik kevesebb, mint 6 hónapja dolgoznak az adott munkakörben. A személyes/online megkere-

sést követően egy online felületen tájékoztattuk a résztvevőket a kutatás főbb jellemzőiről, többek között a céljáról, a kitöltési időről, a titoktartási kötelezettségünkről és az anonimitásukról, továbbá arról a jogukról, hogy a kitöltést bármikor, következmények nélkül félbeszakíthatják. Ezután írásban nyilatkoztak a vizsgálatba való beleegyezésükről, majd sor került a kérdőívcsomag felvételére, szintén online felületen. A kutatás valamennyi dokumentumát (tájékoztató, beleegyező nyilatkozat, kutatási terv, kérdőívcsomag) a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Kutatásetikai Bizottsága (IKEB) jóváhagyta.

### VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK BEMUTATÁSA

Kutatásunkhoz összesen 112 főt kerestünk fel azzal a céllal, hogy felkérjük a vizsgálatunkban való részvételre. Ebből 8 fő nem felelt meg a beválogatási kritériumnak (6 fő kevesebb, mint 6 hónapja dolgozott az adott munkahelyen, illetve 2 fő csak részmunkaidőben dolgozott). A végső minta így 104 főből tevődött össze, amelynek nagy része ( $N=78$ ; 75%) nő volt. A kitöltők átlagos életkora 36.05 év ( $SD=11.53$ ; 19 és 66 között). A 104 vizsgálati személyből 55 fő (52.8%) házastársi/élettársi kapcsolatban élt, 21 fő (20,1%) párkapcsolatban élt, a többi egyén pedig egyedülálló ( $N=21$ ; 20.1%), elvált ( $N=6$ ; 5.7%), vagy özvegy ( $N=1$ ) volt. A többség ( $N=63$ ; 60.5%) diplomás (főiskolai/egyetemi), 38.4% ( $N=40$ ) középfokú iskolai végzettséggel, 1 fő pedig 8 osztállyal rendelkezett. A minta átlagos szubjektív anyagi helyzete az „átlagos” és a „jómódú” között helyezkedett el ( $M=3.36$ ;  $SD=3.08$ ). Lakhely tekintetében a kitöltők túlnyomórészt a fővárosban éltek ( $N=48$ ; 46.1%), 26 fő (25%) a főváros vonzáskörzetében lévő városban/faluban, a többiek pedig megyeszékhelyen ( $N=3$ ; 2.8%), városban ( $N=11$ ; 10.5%), illetve faluban ( $N=16$ ; 15.3%).

Az aktuális munkahelyen átlagosan 91.5 hónapja ( $SD=96.1$ ) dolgoznak, ahol a heti munkaórák száma átlagosan 40.5 ( $SD=7.6$ ), a heti túlórák száma pedig 2.5 óra ( $SD=4.2$ ). A többség ( $N=47$ ; 45.1%) szakalkalmazotti beosztásban dolgozott, emellett 10 fő diplomás vezető (9.6%), 21 fő (20.1%) ügyviteli dolgozó, 12 fő (11.5%) nem diplomás vezető, illetve 14 fő (13.4%) szakmunkás/betanított munkás volt. Többnyire versenyszférában dolgoztak ( $N=66$ ; 63.4%).

### VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

#### *SF-36 Kérdőív*

Az SF-36 Kérdőív (Short Form Health Survey; Ware és Sherbourne, 1992) egy 36 ítemes, életminőséget mérő generikus (általános) kérdőív, mely 8 alskálával rendelkezik: Fizikai teljesítmény (10 ítem), Korlátozott tevékenység (hiánya) fi-

zikai állapot miatt (4 item), Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt (3 item), Energiaállapot (4 item), Érzelmi jóllét (5 item), Közösségi funkciók ellátása (2 item), Fájdalom (hiánya) (2 item) és Általános egészségi állapot (5 item). Az alskálák mellett a kérdőív rendelkezik egy olyan kérdéssel, amely az elmúlt évben az egyén egészségében bekövetkezett pozitív irányú változást méri fel (Változás az egészségi állapotban, 1 item). Valamennyi itemre adott választ a megadott szempontok szerint kell átkonvertálni (0-100-ig), majd ezeket az értékeket átlagolva kapjuk meg az alskálák értékeit (0-100-ig). Minél magasabb a pontszám az adott alskálában, a válaszadó annál kedvezőbbnek ítéli meg az állapotát, életminőségét. A kérdőív klinikai és egészséges populáció vizsgálatára is alkalmazható. Jelen kutatásban az SF-36 Kérdőív magyar változatát használtuk fel, melyet Czibalmos és munkatársai (1999) validáltak. A skálák belső konzisztencia-értéke 0.70 (Korlátozott tevékenység érzelmi állapot miatt) és 0.88 (Fizikai teljesítmény) között mozogtak.

### *Munka-Család Konfliktus Kérdőív*

A Munka-Család Konfliktus Kérdőív (El Work-Family Conflict; Blanch és Aluja, 2009) egy spanyol kutatók által összeállított 8 itemes kérdőív, amelynek célja, hogy a munkahelyi és családi szerepkörök összeütközése miatti nehézségeket felmérje. A kérdőív magyar verziójának adaptálása jelenleg folyamatban van a KRE-BTK, Pszichológiai Intézetének munkatársai által. A kérdőív 8 kérdésből áll, melyekre egy 7-fokú Likert-skálán kell a kitöltőknek válaszolnia (1- egyáltalán nem értek egyet, 7- teljes mértékben egyetértek). A spanyol és a magyar verzió is két alskálát tartalmaz: munkából származó család-konfliktus (MCSK alskála) és családból származó munka-konfliktus (CSMK alskála). A két alskála értékeinek összeadásával egy összpontszám nyerhető (MCSK total), amely minél magasabb, annál több konfliktust jelez a két terület között. A jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztenciája 0.795 volt, az alskáláké pedig 0.71 (családból származó munka-konfliktus) és 0.81 (munkából származó család-konfliktus) volt.

### *Rövidített Reggeliség-Estiség Kérdőív*

A Rövidített Reggeliség-Estiség Kérdőív (reduced Morningness-Eveningness Scale, rMEQ; Adan és Admirall, 1991) az eredeti, 19 itemes Reggeliség-Estiség Kérdőív (Horne és Östberg, 1976; Rigó és mtsai, 2008) rövidített változata. A kérdőív 5 item segítségével méri fel az egyén kronotípusát rákérdezve a felkelés és a teljesítmény optimális idejére, a reggeli éberségre, a fáradtság megjelenésének idejére, továbbá arra, hogy saját bevallása szerint mely típushoz sorolja magát

az egyén. Az 5 kérdés pontszámait összeadva 5 csoportra különíthetők el a vizsgálati személyek: határozottan esti (4-7 pont), közepesen esti (8-11), köztes (12-17 pont), közepesen reggeli (18-21), határozottan reggeli (22-25). A jelenlegi minta esetében a rMEQ összpontszám belső konzisztenciája 0.701 volt.

### *Pittsburgh Alvásminőség Mutató*

A szubjektív alvásminőség mérésére a Pittsburgh Alvásminőség Mutatót (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI; Buysse és mtsai, 1989) alkalmaztuk, amely 19 kérdés segítségével méri fel az egyének elmúlt hónapban észlelt alvásminőségét. A kérdésekre adott válaszokból 7 komponens nyerhető: Szubjektív észlelt alvásminőségbeli problémák, Alváslátencia, Alvásidőtartambeli problémák, Alváshatékonyágbeli problémák, Alvászavarok, Altatóhasználat és a Nappali diszfunkciók. A 7 komponens pontszámait összeadva egy PSQI összpontszámot kaphatunk, amely 0-21 közötti érték. Mind a 7 komponens értékeinek esetében, valamint az összpontszám esetében is igaz, hogy a magasabb pontszám rosszabb alvásminőséget jelez. A sztenderdizált kérdőív szerzőinek eredményei szerint az összpontszám esetében (0-21-ig) az 5 alatti érték megfelelő alvásminőségnek számít, az 5, illetve afeletti érték pedig rossz alvásminőségnek, szegényes alvásnak számít. Jelen kutatásban a kérdőív magyar verzióját használtuk fel az eredeti, 19 ítemes változatban (Takács és mtsai, 2016). A PSQI összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.72 volt, az Alvászavar alskála esetében pedig 0.71 volt<sup>1</sup>.

### *Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív*

Kutatásunkban a Rövidített Észlelt Stressz Kérdőívet használtuk fel, amely az eredeti, 14 ítemes Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen és mtsai, 1983) 4 ítemes változata. A kérdőívet Stauder és Konkoly-Thege (2006) adaptálták magyar nyelvre és validálták. A kérdőív instrukciója arra kéri a kitöltőt, hogy ételkelje az elmúlt hónap során jellemző érzések és gondolatok gyakoriságát egy 5-fokú Likert-skálán (0-soha, 5-nagyon gyakran). A 2. és 3. kérdésre adott válaszok átfordítandók. A 4 kérdésre adott pontszámok összedásával az észlelt stressz globális mutatója kapható meg. A magasabb összpontszám magasabb észlelt stressz-szintet jelent. Az összpontszám belső konzisztenciája 0.81 volt.

<sup>1</sup> A többi PSQI alskála esetében nem számoltunk Cronbach  $\alpha$  értéket, mivel az ítemek száma túl alacsony volt (egy vagy kettő).

### *Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív*

Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív (Effort-Reward Imbalance Questionnaire, ERIQ; Siegrist, 1996) a munkahelyi stressz mérésre megalkotott mérőeszköz, mely 3 alskálát tartalmaz: Erőfeszítés, Túlvállalás és Jutalom (hiánya). Az Erőfeszítés dimenzió a munkatevékenység alatt tapasztalt időzavart, zavaró tényezőket, megszakításokat, illetve növekvő erőfeszítést méri fel (3 item). A Túlvállalás dimenzió a munkából való kivonódás képességének hiányát, illetve a túlterheltséget vizsgálja (6 item). A Jutalom (hiánya) dimenzió az anyagi jutalmazás, az elismerés, a karrierlehetőségek és a megélt biztonság hiányát vizsgálja (6 item). A magyar verziót Salavecz és munkatársai (2006) validálták, amely 15 állítást tartalmaz. A kitöltőnek a legutóbbi vagy jelenlegi munkakörére vonatkozóan minden állítás esetén egy 0-4-ig, illetve 0-3-ig terjedő Likert skálán kell bejelölnie, hogy mennyire jellemző rá a kijelentés (pl. Állásom bizonytalan.). Az Erőfeszítés és Túlvállalás alskálák esetében a magasabb pontszám a több észlelt erőfeszítést és nagyobb mértékű túlvállalást, míg a Jutalom (hiánya) alskála esetében a magasabb pontszám a kevesebb észlelt jutalmat tükrözi (Salavecz és mtsai, 2006). Az alskálák belső konzisztencia-értéke 0.80 (Erőfeszítés) és 0.86 (Jutalom) közötti értékeket mutattak.

### *Multidimenzionális Társas Támasz Kérdőív*

A Multidimenzionális Társas Támasz Kérdőív (Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS; Zimet, 1988) az észlelt társas támasz szubjektív mérésére megalkotott önjellemzős mérőeszköz. Az eredeti kérdőív 12 itemes, azonban a magyar validálás során 2 item kikerült a tételek közül (Papp-Ziperovszky és mtsai, 2017). A kérdőív magyar változatában egy 5-fokú Likert skálán kell megjelölni, mennyire igazak a társas támaszra vonatkozó állítások az adott egyénre (1-egyáltalán nem, 5-teljes mértékben). A kérdőív 3 alskálával rendelkezik: barátok, család és jelentős mások támogatása. A jelentős mások kategória olyan speciális személyt takar, akitől az egyén társas támogatást kaphat (pl. tanár, kolléga, stb). A magasabb pontszám magasabb észlelt társas támogatottságot takar, amely mind az alskálák, mind az összpontszám esetében igaz. Jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.91 volt, az alskáláké pedig 0.85 (jelentős mások) és 0.93 (barátok) közötti értéken mozgott.

### *Rövidített Koherencia-érzés Kérdőív*

A koherencia-érzés mérésére az Antonovsky-féle Rövidített Koherencia-érzés Kérdőív (Sense of Coherence, SOC; Antonovsky, 1987) 13 itemes magyar válto-

zatát használtuk fel, amelyet Balajti és munkatársai fordítottak magyar nyelvre, majd validáltak (Balajti és mtsai, 2007). A kérdőív azokat az egyénben megtalálható erőforrásokat méri fel, amelyeket stresszor fennállása esetén képes mozgósítani egészségének védelme érdekében. A kérdőív kitöltőinek minden kérdés esetében egy 7-fokú Likert skálán kell megjelölnie azt a választ, amellyel a leginkább egyetért. Antonovsky salutogenezis modelljére építve a teszt 3 alskálát tartalmaz: (1) az élethelyzet átélt érthetősége (5 item) (érthetőség, comprehensibility); (2) az életproblémák reálisként érzett kezelhetősége (4 item) (kezelhetőség, manageability); (3) mindezen adottságok számunka való értelme, illetve értéke (4 item) (értelmesség, meaningfulness). A teszt 5 fordított tételt tartalmaz (Ocsovszky és Popovics, 2017). Az alskálák, valamint az összpontszám értéke esetében is igaz, hogy a magasabb érték magasabb koherencia-érzést jelez. Jelen tanulmányban az összpontszám belső konzisztencia-értéke 0.83 volt, az alskáláké pedig 0.71 (érthetőség) és 0.84 (kezelhetőség) közötti értéken mozgott.

### *Szociodemográfiai és munkával kapcsolatos változók*

A fent felsorolt kérdőívek mellett a vizsgálati személyek kitöltötték egy szociodemográfiai és munkával kapcsolatos kérdőívet is. A szociodemográfiai adatok közül a következők lettek felmérve: nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, szubjektív anyagi helyzet (5-fokú Likert skálán: 1-szegény, 5-gazdag), otthon elhelyezkedése. A munkával kapcsolatos kérdések a következő tényezőkre kérdeztek rá: a munkahelyi beosztás, az adott munkahelyen eddig eltöltött idő, állami vagy versenyszférában dolgozik az egyén, heti munkaórák száma, heti túlórák száma.

### ADATFELDOLGOZÁS

A kitöltött kérdőívek válaszainak statisztikai feldolgozása az IBM SPSS 22.0 felhasználásával történt. A kutatás függő változójaként az életminőséget téve az alskálákkal való összefüggést rangkorrelációs, míg az össz életminőség pontszámmal való összefüggést regressziós vizsgálatokkal néztük, hogy miképp függnek össze az életminőséggel a vizsgált független változók (alvásmínőség, kronotípus, koherencia, társas támasz, stressz, munka-család konfliktus). Az elemzéseket (Takács, 2012, illetve Takács, 2016) alapján végeztük el.



## EREDMÉNYEK

*Leíró statisztika*

A kutatásban felhasznált kérdőívek összpontszámának, alskáláinak átlagát, szórását és eloszlási paramétereit (ferdeség, csúcosság, normalitás teljesülése) az 1. táblázat tartalmazza.

Látható, hogy a legtöbb alskála esetében nem teljesül a normalitás, de több összpontszám (SF36 életminőség, Munka-Család Konfliktus, Munkahelyi stressz, Koherencia) viszont már normál eloszlást mutat, és az észlelt stressz kivételével minden összpontszám esetén a ferdeség és csúcosság értékek -1 és 1 között voltak.

**1. táblázat.** A felhasznált kérdőívek pontszámainak leíró statisztikája

	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás	Csúcosság	Ferdeség	K-S próba
<b>Kronotípus összpontszám</b>	<b>4.00</b>	<b>23.00</b>	<b>14.63</b>	<b>3.88</b>	<b>-0.29</b>	<b>-0.28</b>	<b>0.44</b>
<b>SF36 össz</b>	<b>-2.56</b>	<b>1.48</b>	<b>0.00</b>	<b>1.00</b>	<b>-0.81</b>	<b>-0.09</b>	<b>0.11</b>
Fizikai teljesítmény	15.00	100.00	88.75	16.69	-2.31	5.70	0.00
Korlátozott tevékenység (hiánya) fizikai állapot miatt	0.00	100.00	81.25	31.69	-1.62	1.40	0.00
Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt	0.00	100.00	70.83	35.89	-0.87	-0.63	0.00
Energiaállapot	5.00	90.00	56.20	20.32	-0.42	-0.39	0.36
Érzelmi jóllét	0.00	12.00	3.74	3.07	0.57	-0.66	0.00
Közösségi funkciók ellátása	12.50	100.00	75.60	24.10	-0.77	-0.39	0.00
Fájdalom (hiánya)	0.00	100.00	76.59	23.69	-1.09	0.99	0.01
Általános egészségi állapot	10.00	100.00	66.49	17.80	-0.71	0.40	0.12
Változás az egészségi állapotban	0.00	100.00	55.29	18.98	0.57	1.08	0.00
<b>Munka-Család Konfliktus össz</b>	<b>8.00</b>	<b>42.00</b>	<b>21.77</b>	<b>7.96</b>	<b>0.37</b>	<b>-0.54</b>	<b>0.40</b>
Munka-család konfliktus	4.00	27.00	14.84	5.67	0.03	-0.78	0.66
Család-munka konfliktus	4.00	20.00	6.93	3.61	1.45	1.47	0.00
<b>Munkahelyi stressz össz</b>	<b>-1.71</b>	<b>3.21</b>	<b>0.00</b>	<b>1.00</b>	<b>0.59</b>	<b>0.06</b>	<b>0.44</b>
Túlvállalás	26.00	50.00	42.84	6.87	-0.75	-0.50	0.00
Jutalom (hiánya)	0.00	24.00	17.61	5.97	-1.01	0.21	0.00
<b>PSQI Alvásminőségbeli problémák össz</b>	<b>0.00</b>	<b>15.00</b>	<b>5.27</b>	<b>3.31</b>	<b>0.84</b>	<b>0.59</b>	<b>0.02</b>
Szubbjektív észlelt alvásminőségbeli problémák	0.00	3.00	0.69	0.70	0.68	0.00	0.00
Alváslátencia	0.00	3.00	1.08	0.91	0.55	-0.42	0.00

AZ ÉLETMINŐSÉG, A KRONOTÍPUS, AZ ALVÁSMINŐSÉG...

Alvásidőtartambeli problémák	0.00	3.00	0.70	0.81	0.93	0.15	0.00
Alváshatékonyságbeli problémák	0.00	3.00	0.49	0.79	1.67	2.26	0.00
Alvászavarok	0.00	3.00	1.19	0.62	0.57	0.98	0.00
Altatóhasználat	0.00	3.00	0.33	0.82	2.48	4.91	0.00
Nappali diszfunkciók	0.00	3.00	0.79	0.68	0.48	0.02	0.00
<b>Észlelt stressz</b>	<b>1.00</b>	<b>21.00</b>	<b>6.52</b>	<b>3.98</b>	<b>1.34</b>	<b>1.85</b>	<b>0.00</b>
<b>Koherencia össz</b>	<b>20.00</b>	<b>83.00</b>	<b>59.48</b>	<b>12.13</b>	<b>-0.69</b>	<b>0.57</b>	<b>0.58</b>
Érthetőség	8.00	35.00	21.79	5.28	-0.19	-0.42	0.59
Kezelhetőség	6.00	27.00	17.66	4.07	-0.40	0.30	0.50
Értelmesség	4.00	28.00	20.03	4.50	-1.09	1.71	0.13
<b>Társas támasz össz</b>	<b>26.00</b>	<b>50.00</b>	<b>42.84</b>	<b>6.87</b>	<b>-0.75</b>	<b>-0.50</b>	<b>0.00</b>
Barátok támogatása	4.00	15.00	12.36	2.81	-0.99	0.12	0.00
Család támogatása	8.00	20.00	16.74	3.34	-0.75	-0.43	0.00
Szignifikáns mások támogatása	8.00	15.00	13.74	1.91	-1.43	0.95	0.00

*Az életminőség alskálákkal végzett rangkorrelációs elemzések*

Az életminőséggel kapcsolatos összefüggések elemzése előtt az alskálákon egy főkomponens-elemzést hajtottunk végre, mely egy fizikai és egy érzelmi jóllét dimenziót azonosított (ld. 2. táblázat), 68.44% megmagyarázott varianciával. Az Általános egészségi állapot alskála egyik dimenzióba sem illeszkedett be, így a további elemzésnél nem használtuk fel.

**2. táblázat.** Az életminőség skálák főkomponens-elemzés eredménye

	Komponens	
	Érzelmi	Fizikai
Korlátozott tevékenység (hiánya) érzelmi állapot miatt	<b>.668</b>	.177
Energiaállapot	<b>.851</b>	.105
Érzelmi jóllét	<b>.914</b>	.160
Közösségi funkciók ellátása	<b>.771</b>	.305
Fizikai teljesítmény	.032	<b>.785</b>
Korlátozott tevékenység (hiánya) fizikai állapot miatt	.347	<b>.740</b>
Fájdalom (hiánya)	.240	<b>.829</b>

A következőkben a kapott érzelmi és fizikai főkomponenssel, valamint az össz életminőség pontszámmal való rangkorrelációkat mutatjuk be (ld. 3. táblázat), kiemelve a táblázatban a 0.3 feletti korrelációs értékeket.

**3. táblázat.** Az életminőség főkomponensekkel és összpontszámmal vizsgált összefüggések rangkorrelációs elemzése

	Érzelmi jóllét	Fizikai jóllét	SF36 össz
Munka-család konfliktus	-.203*	-.190	-.293**
Család-munka konfliktus	-.216*	-.079	-.235*
Túlvállalás	.288**	.190	.321**
Erőfeszítés	<b>-.358**</b>	-.051	<b>-.332**</b>
Jutalom (hiánya)	.200*	.237*	.264**
Szubjektív észlelt alvásminőségbeli problémák	<b>-.443**</b>	-.148	<b>-.483**</b>
Alváslátencia	-.204*	-.110	-.238*
Alvásidőtartambeli problémák	-.065	-.082	-.119
Alváshatékonysági problémák	.086	-.138	.003
Alvászavarok	<b>-.393**</b>	-.123	<b>-.442**</b>
Altatóhasználat	-.073	-.201*	-.162
Nappali diszfunkciók	<b>-.459**</b>	.013	<b>-.373**</b>
Érthetőség	<b>.651**</b>	.099	.616**
Kezelhetőség	<b>.563**</b>	.160	<b>.564**</b>
Értelmesség	<b>.464**</b>	.081	<b>.446**</b>
Barátok támogatása	.139	.274**	.230*
Család támogatása	<b>.324**</b>	.155	<b>.334**</b>
Szignifikáns mások támogatása	.249*	.108	.275**
Kronotípus összpontszám	.149	-.230*	-.020
Munka család konfliktus össz	-.255**	-.190	<b>-.342**</b>
Munkahelyi stressz össz	<b>-.418**</b>	-.098	<b>-.402**</b>
PSQI Alvásminőségbeli problémák össz	<b>-.359**</b>	-.230*	<b>-.428**</b>
Észlelt stressz	<b>-.300**</b>	-.221*	-.375**
Koherencia össz	<b>.654**</b>	.141	<b>.640**</b>
Társas támasz össz	.288**	.190	<b>.321**</b>

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$

A táblázatból látható, hogy az életminőség fizikai és érzelmi jóllét komponense, valamint az életminőség összpontszám is számos alskálával mutatott szignifikáns korrelációt. A legerősebb korrelációt a koherencia-érzés összpontszám és az érzelmi jóllét ( $\rho = 0.654$ ;  $p < 0.01$ ), valamint a koherencia-érzés Érthetőség alskálája és az érzelmi jóllét komponens ( $\rho = 0.651$ ;  $p < 0.01$ ) között kaptuk.

Az érzelmi jóllét főkomponens, valamint az életminőség összpontszám is a kronotípuson kívül valamennyi vizsgált változóval, illetve annak bizonyos alskálájával szignifikáns összefüggésben volt. Ezzel szemben a fizikai jóllét főkomponens csak a jutalom (hiányával) ( $\rho = -0.237$ ;  $p < 0.05$ ), az altatóhasználattal ( $\rho = -0.201$ ;  $p < 0.05$ ), a barátok támogatásával ( $\rho = 0.274$ ;  $p < 0.01$ ), a kronotípus összpontszámmal ( $\rho = -0.230$ ;  $p < 0.05$ ), az alvásminőségbeli problémák összpontszámmal ( $\rho = -0.230$ ;  $p < 0.05$ ), valamint az észlelt stressz ( $\rho = -0.221$ ;  $p < 0.01$ ) összpontszámmal mutatott szignifikáns együttjárást.

A vizsgált változók összpontszám-értékei közül az életminőség összpontszámmal szignifikáns kapcsolatot mutatott a munka-család konfliktus összpontszám ( $\rho = -0.342$ ;  $p < 0.01$ ), a munkahelyi stressz összpontszám ( $\rho = -0.402$ ;  $p < 0.01$ ), az alvásminőségbeli problémák összpontszám ( $\rho = -0.428$ ;  $p < 0.01$ ), az észlelt stressz összpontszám ( $\rho = -0.375$ ;  $p < 0.01$ ), a koherencia-érzés összpontszám ( $\rho = 0.640$ ;  $p < 0.01$ ) és a társas támasz összpontszám is ( $\rho = 0.321$ ;  $p < 0.01$ ).

#### *Az életminőség bejósítása regresszióval*

Mind az összpontszám esetében, mind a fizikai és az érzelmi jóllét dimenzió esetében többszörös lineáris regresszió analízist is végrehajtottunk annak érdekében, hogy elemezzük a vizsgált független változók (kérdőívek összpontszámai) a variancia hány százalékát magyarázzák. A 4. táblázat a modellek szignifikáns prediktor-változóit tartalmazza.

**4. táblázat.** Az életminőség bejósítása regresszió analízissel

<b>SF36 összpontszám</b>		<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Korrigált R<sup>2</sup></b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>1</b>	Koherencia össz	.383	.377	.474	5.736	.000
<b>2</b>	Munkahelyi stressz össz	.438	.427	-.224	-2.798	.006
<b>3</b>	PSQI Alvásminőségbeli problémák össz	.462	<b>.446</b>	-.169	-2.110	.037
<b>Fizikai jóllét</b>		<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Korrigált R<sup>2</sup></b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>1</b>	Társas támasz össz	.072	.063	.219	2.356	.020
<b>2</b>	Észlelt stressz	.123	.106	-.233	-2.545	.012
<b>3</b>	Kronotípus összpontszám	.163	<b>.138</b>	-.203	-2.186	.031
<b>Érzelmi jóllét</b>		<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Korrigált R<sup>2</sup></b>	<b>Beta</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>1</b>	Koherencia össz	.480	.475	.605	8.226	.000
<b>2</b>	Munkahelyi stressz össz	.528	<b>.519</b>	-.237	-3.225	.002

Az SF36 összpontszám esetében az elemzés három szignifikáns független változót eredményezett ( $F(3,100)=28.62$ ;  $p<0.001$ ), amelyek az SF-36 összpontszám-varianciának 44.6%-át magyarázták meg. A koherencia-érzés pozitívan ( $\beta=0.47$ ;  $p=0.00$ ), míg a munkahelyi stressz ( $\beta=-0.22$ ;  $p=0.00$ ), valamint az alvásminőségbeli problémák pedig negatívan ( $\beta=-0.16$ ;  $p=0.03$ ) függtek össze az életminőség összpontszámmal.

A Fizikai jóllét főkomponens esetében az elemzés három szignifikáns független változót eredményezett ( $F(3,100)=6.49$ ;  $p<0.001$ ), amelyek a varianciának 13.8%-át magyarázták meg. A társas támasz pozitív ( $\beta=0.21$ ;  $p=0.02$ ), míg az észlelt stressz ( $\beta=-0.23$ ;  $p=0.01$ ) és a reggeliség ( $\beta=-0.203$ ;  $p=0.03$ ) negatív összefüggésben álltak a fizikai jólléttel. Összesítve tehát a magasabb társas támasz, az alacsonyabb észlelt stressz és az estibb kronotípus jelezték a magasabb fizikai jóllétet.

Az Érzelmi jóllét főkomponens esetében a szignifikáns független változók ( $F(2,101)=56.59$ ;  $p<0.01$ ) a variancia 51.9%-át magyarázták meg. A koherencia-érzés pozitív ( $\beta=0.60$ ;  $p=0.00$ ), míg a munkahelyi stressz negatív ( $\beta=-0.23$ ;  $p=0.002$ ) összefüggést mutattak az érzelmi jólléttel.

## DISZKUSSZIÓ

Jelen tanulmány célja, hogy megvizsgálja a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét pozitív és negatív irányba is befolyásoló pszichoszociális faktorok lehetséges szerepét, név szerint a kronotípus, munka-család konfliktus, észlelt stressz, munkahelyi stressz, alvásminőség, koherencia-érzés és társas támasz szerepét.

Elsőként a főkomponens analízis során kapott érzelmi és fizikai jóllét dimenziókkal, valamint az össz életminőség pontszámmal hajtottunk végre rangkorrelációs elemzéseket. Ennek során azt kaptuk, hogy az érzelmi jóllét dimenzió, valamint az életminőség összpontszám a kronotípus kivételével valamennyi változó alkálájával vagy összpontszámával szignifikáns összefüggést mutatott. A fizikai jóllét dimenzió azonban csak a jutalom (hiányával), az altatóhasználat, a barátok támogatásával, a kronotípus összpontszámmal, az alvásminőségbeli problémák összpontszámmal, valamint az észlelt stressz összpontszámmal mutatott szignifikáns együttjárást. A legerősebb korrelációs értékek (a 0.6 fölöttiek) minden esetben a koherencia-érzés összpontszám, az Érthetőség alkála és az érzelmi jóllét és életminőség összpontszám között jelentek meg.

Ezután többszörös lineáris regresszióanalízist hajtottunk végre az életminőség összpontszámon, valamint annak fizikai és érzelmi jóllét dimenzióin annak érdekében, hogy felfedjük a lehetséges prediktor-változókat.

A kronotípus esetében arra számítottunk, hogy az mind az életminőség összpontszám, mind a fizikai és érzelmi dimenzió tekintetében pozitív predik-

tor-változó lesz, azaz a reggeliség irányába haladva az életminőség értéke is emelkedni fog. Az eredmények azonban éppen ellentétes összefüggést mutatnak, azaz az estiség irányába haladva nő a fizikai jóllét. A Fizikai teljesítmény alskálához például olyan kérdések tartoznak, hogy az egyén képes-e bevásárló szatyrot cipelni, lépcsőzni, stb., amely feladatok az egészséges személyek számára nem jelenthetnek nehézséget. Ezt támasztja alá, hogy mintánk 80.7%-a (N=84) a Fizikai teljesítmény alskálán legalább 85 pontot ért el a maximális 100 pontból (0-100-ig). Az SF36 életminőség kérdőív eredetileg klinikai populációra lett megalkotva, így a fizikai tüneteket, problémákat egészséges, normál populáción valószínűleg nem képes megfelelő mértékben differenciálni. A kronotípussal és fizikai egészséggel kapcsolatos eredményünk további vizsgálatot igényel egy egészséges minta fizikai problémáira érzékenyebb életminőség kérdőív felhasználásával.

Az alvásmínőséggel kapcsolatban azt találtuk, hogy a több alvással kapcsolatos probléma alacsonyabb életminőség *összpontszámot* jelzett előre. Ez az eredmény egyezik a korábbi, munkavállalók körében végzett kutatások tapasztalataival, amelyben arra jutottak, hogy mind a fizikai, mind a pszichés egészség negatív irányú összefüggésben van az alvásproblémákkal (pl. Shao és mtsai, 2010).

Az általános stressz, valamint a munkahelyi stressz esetében is találtunk szignifikáns összefüggéseket: a magasabb észlelt (általános) stressz alacsonyabb fizikai jóllétet, a magasabb munkahelyi stressz pedig alacsonyabb érzelmi jóllétet és globális életminőség-értéket jelzett előre. Azt lehet tehát mondani, hogy míg a túlzott erőfeszítés, a túlvállalás és a jutalom hiánya (mint munkahelyi stresszorok) ebben az esetben az érzelmi jóllétre, valamint a globális életminőségre is hatással vannak, addig az általános stressz-szint kifejezetten a testi jóllétre gyakorol negatív hatást. Eredményeink összességében összecsengenek az eddigi tanulmányokkal, amelyek a testi-lelki jóllétet negatív irányú összefüggésbe hozták az általános és munkahelyi stressz-szel (Rusli és mtsai, 2008; Tzeng és mtsai, 2012).

A protektív faktorok tekintetében a koherencia-érzés összpontszám szignifikáns prediktornak bizonyult az életminőség összpontszám, valamint az érzelmi jóllét esetében. Ez az eredmény alátámasztja Antonovsky feltételezését, miszerint a koherencia-érzés hozzájárul a testi-lelki egészség fenntartásához, azaz protektív tényező (Balajti és mtsai, 2007; Sagy és Antonovsky, 2000). A társas támasz összpontszám viszont egyedül a fizikai jóllét dimenzióval állt kapcsolatban, mégpedig a magasabb társas támasz magasabb fizikai jóllétet jósolt be. A társas támasz kedvező testi-lelki hatását munkavállalók esetében korábbi kutatások már igazolták (pl. Xing és mtsai, 2013), így jelen eredményünk ezen tanulmányok sorába beilleszthető.

Pilot jellegű kutatásunk számos korláttal rendelkezik. Legelsőként a minta alacsony elemszámát emelnénk ki (104 fő), amely csak előzetes feltevésekre enged következtetni a teljes állásban dolgozók életminőségére nézve, azonban

az eredmények általánosíthatóságához jóval nagyobb mintára van szükség a jövőben. Fontos korlát még a keresztmetszeti elrendezés is. Az életminőséget bejósoló pszichoszociális tényezők vizsgálatában sokkal hasznosabb lehet egy minimum egyéves hosszmetzeti kutatás, amelyből jobban kikövetkeztethető, mely változók jelezhetik előre a későbbi időpontokban felmért életminőséget, ezzel hatékonyabb prevenció programokat kidolgozva a munkavállalók részére. Harmadrészt mintánkat nagyrészt diplomás nők alkották, ami miatt eredményeink is főként erre a populációra vonatkozathatóak. Végül pedig fontos korlátként említendő még, hogy a munkavállalók munkakörüket tekintve heterogén csoportot alkottak, vagyis nem azonos szektorban dolgoztak teljes állásban, így az eredmények sem általánosíthatóak egy-egy területre.

Pilot vizsgálatunk fő célja az volt, hogy a teljes állásban dolgozó munkavállalók életminőségét előrejelző pszichoszociális faktorokat feltárjuk. Ennek fontossága abban rejlik, hogy az eddigi tanulmányok szerint a rosszabb önértékelt egészségi állapot magasabb mortalitási kockázattal jár együtt (Benyamini és Idler, 1999; Idler és Benyamini, 1997). Eredményeink tehát arra hívják fel a munkavállalók mentális és fizikai egészségével foglalkozó szakemberek (pl. üzemorvos, vállalati pszichológus, HR munkatársak) figyelmét, hogy nagyobb hangsúlyt kellene fektetni az életminőségre nézve rizikó-, valamint protektív faktort jelentő pszichoszociális tényezőkkel történő munkára.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health - How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Adan, A. & Admirall, H. (1991). Horne and Ostberg Morningness – Eveningness Questionnaire: a reduced scale. *Personality and Individual Differences*, 12(3), 241-53.
- Balajti I., Vokó Z., Ádány R., Kósa K. (2007). A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8, 147-61.
- Benyamini, Y. & Idler, E. L. (1999). Community studies reporting association between self-rated health and mortality. Additional studies, 1995 to 1998. *Research on Aging*, 21, 392-401.
- Blanch, A. & Aluja, A. (2009). Validation study of the Spanish version of the Work-Family Conflict Questionnaire (CCTF). *The Spanish Journal of Psychology*, 12(2), 746-55.
- Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease specific quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press.



- Buysse, D. J., Reynolds, C.F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). [The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research](#). *Psychiatry Research*, 28(2), 193-213.
- Chung, M., Chang, F., Yang, C., Kuo, T., Hsu, N. (2008). Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 279-84.
- Cimete, G., Gencalp, N. S., Keskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 18(2), 151-8.
- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-96.
- Czibalmos Á., Nagy Zs., Varga Z., Husztik P. (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat Sf-36 kérdőívvel, a magyarországi normálértékek meghatározása. *Népegészségügy*, 80(1), 4-19.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61, 938-44.
- Frone, M. E., Russell, M., Barnes, G.M. (1996). Work-family conflict, gender, and health-related outcomes: A study of employed parents in two community samples. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(1), 57-69.
- Greenhaus, J. H., & Beutell, N. J. (1985). Sources of conflict between work and family roles. *The Academy of Management Review*, 10(1), 76-88.
- Gulec, M., Selvi, Y., Boysan, M., Aydin, A., Oral, E., Aydin, E. F. (2013). Chronotype effects on general well-being and psychopathology levels in healthy young adults, *Biological Rhythm Research*, 44(3), 457-68.
- Helgeson, V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (Suppl. 1), 25-31.
- Horne, J. A., & Östberg, O. (1976). A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *International Journal of Chronobiology*, 4, 97-110.
- Horváth Zs., & Telekes A. (2006). A palliatív gondozás pszichológiai szempontjai. In J. Horti & Á. Riskó (Szerk.). *Onkopszichológia a gyakorlatban* (209-216. o.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Ioannou, P., Katsikavali, V., Galanis, P., Velonakis, E., Papadatou, D., Sourtzi, P. (2015). Impact of job satisfaction on Greek nurses' health-related quality of life. *Safety and Health at Work*, 6(4), 324-8.
- Jankowski, K.S. (2013). Morning types are less sensitive to pain than evening types all day long. *European Journal of Pain*, 17, 1068-73.
- Jean-Louis, G., Kripke, D. F., Ancoli-Israel, S. (2000). Sleep and quality of well-being. *Sleep*, 23, 1-7.
- Kahán Zs., & Kovács Zs. (2006). A daganatos betegek életminősége. In J. Horti & Á. Riskó (Szerk.). *Onkopszichológia a gyakorlatban* (309-19. o.). Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Kopp M., & Pikó B. (2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In M. Kopp, & M. E. Kovács (Szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (10-19. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Krystal, A. D. & Edinger, J. D. (2008). Measuring sleep quality. *Sleep Medicine* 9(Suppl. 1), S10-S17.
- Limsuwat, C., Aswanetmanee, P., Awili, M., Raziuddin, A., Thammasitboon, S. (2017). Sleep quality, sleep habits, and chronotypes of medical interns at the beginning of their training. *The South-west Respiratory and Critical Care Chronicles*, 5(20), 4-11.

- Maruyama, S. & Morimoto, K. (1996). Effects of long workhours on life-style, stress and quality of life among intermediate Japanese managers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 22(5), 353-9.
- Md-Sidin, S., Sambasivan, M., Ismail, I. (2010). Relationship between work-family conflict and quality of life An investigation into the role of social support. *Journal of Managerial Psychology*, 25(1), 58-81.
- Nasermoaddeli, A., Skine, M., Hamanishi, S., Kagamimori, S. (2003). Associations between sense of coherence and psychological work characteristics with changes in quality of life in Japanese civil servants: A 1-year follow-up study. *Industrial Health*, 41, 236-241.
- Natale, V., & Cicogna, P. (2002). Morningness-eveningness dimension: is it really a continuum? *Personality and Individual Differences*, 32, 809-16.
- Netemeyer, R.G., Boles, J. S., McCurrian, R. (1996). Development and validation of Work-Family Conflict and Family-Work Conflict Scales. *Journal of Applied Psychology*, 81(4), 400-10.
- Novák M., Stauder A., & Mucsi I. (2006). Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai. In M. Kopp, & M. E. Kovács (Szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (24-36. o.). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Ocsovsky Zs. & Popovics J. (2017). Minor és major pszichedelikus szerfogyasztás és a halálszorongás összefüggései. *Psychologia Hungarica*, 4(1), 1-22.
- Paden, S.L. & Buehler, C. (1995). "Coping with the dual-income lifestyle". *Journal of Marriage and the Family*, 57(1), 101-11.
- Randler, C. (2008). Morningness-eveningness and satisfaction with life. *Social Indicators Research*, 86, 297-302.
- Salavecz Gy., Neculai K., Rózsa S., Kopp M. (2006). Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív Magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 231-46.
- Savard, J., Laroché, L., Simard, S., Ivers, H., Morin, C.M. (2003). Chronic insomnia and immune functioning. *Psychosomatic Medicine*, 65, 211-21.
- Shao, M., Chou, Y., Yeh, M., Tzeng, W. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advanced Nursing* 66(7), 1565-72.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 27-41.
- Stauder A., Konkoly-Thege B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-16.
- Papp-Zipernovszky O., Kékesi M. Z., Jámbori Sz. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18 (3), 230-62.
- Randler, C., Barrenstein, S., Vollmer, C., Diaz-Morales, J., Jankowski, K.S. (2014). Women would like their partner to be more synchronized with them in their sleep-wake rhythm. *Spanish journal of Psychology*, 17, 1-6.
- Rigó A., Demetrovics Zs., & Novák M. (2008). *Reggeliség-Estiség Kérdőív* Önkitaltós- változat (MEQ-SA). Budapest: Kézirat
- Rigó A. (2017). *Baglyok és pacsirták*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

- Rusli, B. N., Edimansyah, B.A., Naing, L. (2008). Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: A structural equation modelling approach. *BMC Public Health*, 8, 1-12.
- Sagy, S. & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-66.
- Sasaki, T., Iwasaki, K., Mori, I., Hisanaga, N., Shibata, E. (2007). Overtime, job stressors, sleep/rest, and fatigue. *Industrial Helath*, 45, 237-46.
- Takács J., Bódizs R., Ujma Przemyslaw P., Horváth K., Rajna P., Harmat L. (2016). Reliability and validity of the Hungarian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-HUN): comparing psychiatric patients with control subjects. *Sleep and Breathing*, 20(3), 1045-51.
- Takács, Sz. (2012). Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29, 67-100.
- Takács, Sz. (2016). Bevezetés a matematikai statisztikába - elmélet és gyakorlat, Budapest, Antraráz Kiadó.
- Tzeng, D., Chung, W., Lin, C., Yang, C. (2012). Effort-reward imbalance and quality of life of healthcare workers in military hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 12, 1-9.
- Ware, J.E., Kosinski, M., Keller, S.D. (1993). *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: a user's manual*. Boston: Health Assessment Lab, New England Medical Center.
- Wittmann, M., Dinich, J., Merrow, M., Roenneberg, T. (2006). Social jetlag: Misalignment of biological and social time. *Chronobiology International*, 23(1&2), 497-509.
- Xing, H., Yu, W., Chen, S., Zhang, D., Tan, R. (2013). Influence of social support on health-related quality of life in new-generation migrant workers in Eastern China. *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 806-12.
- Yanos, P., T., Rosenfield, S., Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*, 37(5). 405-19.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., Farley, D.K. (1988). The mutidimensional scale of social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.

# TESTKÉP ÉS INTUITÍV EVÉS LÁTÁSSÉRÜLTEKNÉL

NAGY, Gabriella (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
JAKUBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)  
Levelező szerző: Nagy Gabriella, naagygabriella@gmail.com

## Absztrakt

A kutatás célja, hogy feltárja, van-e jelentősége a látás képességének a testhez és evési szokásokhoz való viszonyulásban, illetve a kérdés elsőkénti vizsgálata magyar mintán. A kutatás 29 látó és 35 látássérült – vak, aliglátó és gyengénlátó – fő bevonásával folyt, a csoportok összehasonlító vizsgálatok mintáját képezték. A kitöltés online zajlott, a kutatási személyek kiválasztása hozzáférés alapon, főként közösségi oldalon és levelezőlistán való megosztással történt. A felvett kérdőívek Tylka és Kroon Van Diest (2013) intuitív evésre vonatkozó (IES-2), illetve Tylka és Wood-Barcalow testi elégedettségre vonatkozó (BAS-2) kérdőívei. A kapott eredmények szerint a látássérült személyek nagyobb elégedetlenséget mutatnak testükkel kapcsolatban a kontroll csoporthoz képest, azonban nincs különbség köztük intuitív evés tekintetében. A látásvesztés időpontja egyik változóra sincs hatással. A testtel való elégedettség és az intuitív evés között látó mintán közepesen erős, pozitív, látássérült mintán nem szignifikáns az együttjárás. Mindezek fényében megállapítható, hogy a látás hiánya, illetve korlátozottsága összességében alacsonyabb testi elégedettséggel jár, de nem okoz problémát a testi jelzésekre támaszkodó étkezési szokások kialakulásában.

**Kulcsszavak:** látásvesztés ▪ látássérülés ▪ testkép ▪ testtel való elégedettség ▪ intuitív evés

## Abstract

The aim of this study is to reveal, whether the ability to see plays a role in one's attitude towards body image and eating habits, and to test this question on a Hungarian sample for the first time. The study involves 29 people with full vision and 35 people with vision loss - individuals with low vision, visual impairment or blindness -, and compares the two groups. Filling out the survey happened online, reaching the participants mainly through a social site and a mailing list. The conveyed questionnaires were the following: The Intuitive Eating Scale-2 (IES-2) by Tylka and Kroon Van Diest and The Body Appreciation Scale-2 (BAS-2) by Tylka and Wood-Barcalow. According to the results, people with visual impairment show a higher level of body dissatisfaction compared to people with full vision, but there is no difference between the two groups regarding intuitive eating. The time when the visual problem occurred has no effect on either of the variables. Body satisfaction and intuitive eating in the full vision population has medially strong, positive correlation, while in the visually impaired sample, there is no significant correlation. Concluding, it can be stated that the limitation or absence of vision determines

a lower score on the body satisfaction scale but do not cause any difficulty in forming eating habits based on the body's need.

**Key words:** vision loss ▪ visual impairment ▪ body image ▪ body satisfaction ▪ intuitive eating

## ELMÉLETI HÁTTÉR

A testkép fogalmának megalkotása Schilder (1935) nevéhez fűződik (Slade, 1994), aki az elménkben a saját testünkről alkotott képként határozta meg azt, illetve akként, ahogyan testünk „megjelenik” a számunkra (Schilder, 1935). A testképnek azonban megannyi szinonimájával találkozunk a szakirodalomban (Dukay-Szabó & Túry, 2008), s ezek többsége közt fellelhetőek árnyalatnyi különbségek. Használatosak a testvázlat, testséma, testtudat kifejezések (Velde, 1985), a testélmény tekinthető azonban a leginkább kifejezőnek, ha a jelenség összetettségét kívánjuk megragadni (Probst, Pintér & Vandereycken, 2004 In: Dukay-Szabó & Túry, 2008).

Vizsgálatunk célja annak feltárása, hogy milyen testképpel rendelkeznek azok, akik vizuális érzékelésükre nem támaszkodhatnak. Eddigi vizsgálatok szerint testük megismerését illetően a vak gyerekek nem rendelkeznek azokkal az előnyökkel, melyekkel látó társaik (Kaplan-Myrth, 2000). Freiberg (1977 In: Mcfarlane, 1989) rámutat, hogy esetükben előfordul késés az én érzékelésének kialakításában. Vak gyerekek oktatói beszámoltak az iskolásokat érintő nehézségekről, vizsgálattal is alátámasztották, hogy a kicsik nem mindig képesek saját testük behatárolására, problémát jelent nekik például csuklójuk, mutatóujjuk megtalálása, a jobb és bal oldali testrészek elkülönítése (Cratty & Sams, 1968). Ép látással rendelkező gyerekek születésük után néhány héttel felfedezik kezeiket és lábaikat, és egy kis tanulmányozás után lassan felismerik, hogy képesek irányításukra, mozgatásukra, segítségükkel más tárgyak érintésére (Haith, 1966). Később társaik és önmaguk tükörképének megfigyelése révén tovább fejlődik a kialakulni látszó önértelemzésük (Cratty & Sams, 1968). Ugyanez nem lehetséges születésüktől fogva vak gyerekek esetén, mégis elmondható, hogy ők is kialakítanak reprezentációt magukról és másokról egyaránt, még ha egyesek szerint ez torzult (Kinsbourne & Lempert, 1980) vagy hiányos (Kaplan-Myrth, 2000) is.

Pierce és Wardle (1996) vak gyerekeket kérdeztek arról, hogy hogyan azonosítják más emberek testének méretét. 16 különféle válasz született, legtöbbször a hangra, illetve a hangra és hanghatások együttesére támaszkodnak. Mások lépétei, légvétele, hangjának mélysége mind árulkodó jelek a számukra. Megjegyzendő, hogy ezek természetesen látó személyek esetében is segítséget nyújtanak az észlelésben: Velde (1935) be is emelte a vokalizációt – mely szintén létrehoz mentális reprezentációkat – a testkép kialakításához hozzájáruló tényezők közé.

Ezen túl fontos tájékozási pont számukra a tapintás. Ez azonban több oldalról is nehézségbe ütközhet: egyrészt társadalmi normáknak ellentmondó a testi érintéssel való információszerezés – a segítségnyújtó „karonfogástól” eltekintve – (Kaplan-Myrth, 2000), másrészt sok felnőtt és kortárs kerüli a kapcsolatot a vak gyerekekkel (Pierce & Wardle, 1996), mely szintén megnehezíti az ilyen fajta eligazodást. Természetesen a kézfogás, de akár a testszag is támaszpontot jelenthetnek (Kaplan-Myrth, 2000), melyek tapasztalásának legtöbbször nincsenek akadályai.

Más emberek visszajelzései is alakítják a képet, mintegy tükörként funkcionálva a vak emberek számára – még akkor is, ha ezek a tükrök nem túl megbízhatóak az igazságot illetően (Kaplan-Myrth, 2000). A látássérülteknek a szülői megerősítés kiemelten fontos szerepet játszik már kisgyerekkortól kezdve (Pierce & Wardle, 1996), de később is nagy jelentőséget tulajdonítanak a külső értéklésnek (Touyz, O’Sullivan, Gertle & Beumont, 1988), abból az okból kifolyólag, hogy rá vannak utalva másokra, ha szeretnék tudni, minden rendben van-e kinézetükkel kapcsolatban (Kaplan-Myrth, 2000).

Összességében megállapítható, hogy a vakok és gyengénlátók is ugyanúgy rendelkeznek önmagukról és másokról kialakított reprezentációval, mint bárki más. Azonban a testkép fogalma helyett kifejezőbb a testélmény megnevezés esetükben, „amely nemcsak a testről alkotott képet, hanem az egyén azzal kapcsolatos belső észleléseit, emocionális tapasztalatait, valamint interpretációit is magába foglalja” (Dukay-Szabó & Túry, 200, 145 o.).

A testkép zavarait főleg látó mintán, és főként az evészavarok tünettanának lényeges elemeként vizsgálták eddig kutatások (Dukay-Szabó & Túry, 2008), például az anorexia nervosa magtüneteként tartják számon (Ábrahám, Jambrik, John, Németh, Francia & Csenki, 2017). Az evészavarokat pedig ennek megfelelően a testi észlelés torzulásának egyik negatív következményeként említik (Stice, Presnell & Spangler, 2002). És bár ismeretes, hogy amíg a testkép zavarának számos más velejárója – például az alacsony önértékelés (Markula, 2001), deperszonalizáció (Ábrahám et al., 2017) – lehet, továbbá az evészavar is gyökerezhet más tényezőkből (Fernández-Aranda, Crespo, Jiménez-Murcia, Krug, & Vallejo-Ruiloba, 1999), a két fogalom mégsem választható el teljesen egymástól.

A nyugati társadalmakban jelen lévő evés- és testképzavarok sokak szerint az irreálisan vékony női ideáloknak köszönhetőek (Baker, Sivyer & Towell, 1998), s ezen ideálok közvetítésében a médiumok szerepét előszeretettel hangsúlyozzák (Dukay-Szabó & Túry, 2008) a szakirodalmak. A tömeges média elterjedése korrelációt mutat az elhízással és a negatív testképpel, mely a rendellenes evési szokásokhoz vezethet (Derenne & Beresin, 2006). Pukánszky (2012: 24) szerint a „média különféle csatornáin keresztül lényeges szerepet játszik a testi megjelenésre vonatkozó kulturális elvárások közvetítésében”, s éppen ezért a testtel való elégedettség egyik lényeges tényezőjeként tartják számon e valószerűtlen ideálok elutasítását (Augustus-Horvath & Tylka, 2011).

Baker és munkatársai (1998) vizsgálatának célja az volt, hogy feltárják: vajon milyen hatással van a vizuális média a test észlelésére, az azzal való elégedettségére és az evési attitűdökre. Összesen 60 nő – 20 látó, 20 élete során megvakult és 20 vakon született – adatainak elemzésével arra a megállapításra jutottak, hogy azok a nők voltak testükkel a legelégedetlenebbek, és mutatták a nagyobb fokú patológiás étkezési magatartást, akik ép látással rendelkeztek (Baker et al., 1998). Ebből azt a következtetést vonták le, hogy a vizualitás képessége elősegítheti az evészavarok kialakulását (Baker et al., 1998).

Mindazonáltal nem ők voltak az elsők, akikben megfogalmazódott már kérdés a különféle evészavarok és a látássérültek viszonyával kapcsolatban. Quigley és Doane (1981) például feltételezték az anorexia nervosa hiányát a nem látók körében. Elképzelésüket ők is arra a feltevésükre alapozták, hogy az ezzel járó testképzavarok kialakulásának legfőbb oka a vizuális élmény (Quigley & Doane, 1981). Erre válaszul azonban számos esettanulmány látott napvilágot, melyek születésüktől fogva vak és életük során megvakult evészavaros páciensek történeteiről számoltak be (Mcfarlane, 1989).

Sharp (1993) egy 58 éves hölgy esetét ismerteti, aki kilenc hónapos kora óta vak, mégis 40 éve küzd evés- és testképzavarral. Touyz és munkatársai (1988) által bemutatott 19 éves, születésétől fogva vak lány 26 kg-ot veszített 7 hónap alatt saját szándékából. Fernández-Aranda és munkatársai (2006) 47 éves vak, nő betege pedig bulimiás tüneteket produkált. Mely jelenségek állhatnak így a háttérben, ha nem vizuális élmények, és az azokhoz kötődő megfelelési kényszer?

Keery, Van den Berg és Thompson (2004) modellje három fő faktort határoz meg, melyek hatással vannak a testképre és étkezési problémákra, méghozzá az ideál internalizációján és a külső összehasonlítás mechanizmusain keresztül. Ezen befolyásolók a következők: társak, szülők és média (Keery et al., 2004). Bár a modellt nem kifejezetten vakok vizsgálatára fejlesztették ki, az esetleírásokban minden komponensre találunk példát.

Pierce és Wardle (1996) megállapítja, hogy míg általános a feltételezés, hogy a vak gyerekek kevésbé vannak kitéve a sovány testalkat túlértékelésének, vakságuk nem óvja meg őket attól, hogy mások saját magukról vagy róluk alkotott véleményét meghallják. S ez ugyanúgy eredményezheti esetükben a kövérséggel kapcsolatos negatív megítélést, mint a negatív énkép kialakulását (Pierce & Wardle, 1996). Sharp (1993) páciensének fiatalkora zaklatással telt, iskolai társai csúfolták és megalázták, ő pedig kövérnek érezte magát, és saját ennivalója elajándékozásával próbált magának barátokat szerezni. Touyz és munkatársai (1988) betege édesanyját hibáztatta anorexiájának kialakulásáért, aki egyszer megjegyzést tett testsúlyára. A média hatása pedig egyértelműen érvényesülhet a vizuális csatornákon túl is. Kaplan-Myrth (2000) vak interjúalanyai például közvetítőkként említették a rádiót, könyveket, de még a tévét is, melyekből ők is értesülnek a brit nemzet számára vonzónak tartott ideálról.



A kutatások alapján sokat tudunk már tehát arról, hogy a testkép- és evészavarok miképp érinthetik a látássérülteket és ép látásúakat (Touyz et al., 1988; Yager, Halton & Ma, 1986), és milyen mechanizmusokon keresztül alakulhatnak, azonban kevésbé kutatott témakör, hogy a pozitív testkép és megfelelő étkezési szokások hogyan alakulnak a két csoportnál. Az evési viselkedéssel kapcsolatos kutatások Tylka és Kroon Van Diest (2013) szerint eddig legtöbbször az ahhoz kötődő zavarok leírására és előrejelzésére korlátozódtak, és kevésbé fektettek hangsúlyt a megfelelő evési attitűdők és viselkedések azonosítására, illetve azok népszerűsítésére. Mostanában azonban teret nyert az intuitív evés tanulmányozása is, mely tulajdonképpen az evés adaptív formájaként definiálható és a fizikai éhséggel, illetve annak kielégülésével jellemezhető (Tribole & Resch, 1995 In: Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Ugyanez a tendencia lelhető fel a testkép kutatási területein is, mára a test megbecsülése, a testhez való pozitív hozzáállás sokkal inkább központi szerephez jutott a vizsgálatokban, mint korábban (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Az intuitív evés és a testtel való elégedettség pedig egymáshoz köthető fogalmak, Tylka és Kroon Van Diest (2013) ugyanis vizsgálatukban pozitív összefüggést találtak a jelenségek között. Irodalomkeresésünk alapján nem találtunk olyan kutatást, amely a pozitív testkép és intuitív (testi jelzések alapján történő) evés szintjeit és korrelátumait vizsgálta volna látássérült mintán. Vizsgálatunk ezért azt a célt tűzte ki, hogy összehasonlítsa egy látássérült és egy ép látással rendelkező mintát e változók tekintetében.

## HIPOTÉZISEK

A látássérültek testképe pozitívabb, mint az ép látással rendelkezőké. Az első hipotézis szakirodalmi megalapozottságát Baker és munkatársai (1998) vizsgálata jelenti. Kutatásukban azt találták, hogy azok a nők, akik veleszületetten vakok, illetve látásukat életük során veszítették el, kevésbé voltak elégedetlenek a testükkel, mint ép látással rendelkező társaik.

A látássérültekre inkább jellemző az intuitív evés, mint az ép látással rendelkezőkre. Baker és munkatársai (1998) vizsgálatukban megállapították, hogy az ép látással rendelkező nők nagyobb fokú patológiás étkezési magatartást mutattak a látássérülteknél.

## MÓDSZER

*Vizsgálati személyek*

A teljes mintanagyság 64 fő, közülük 35 látó, illetve 29 látássérült kitöltő. A látó válaszadók életkori átlaga 26 év (szórás: 10,39), nemi eloszlásuk szerint 3 férfi, 31 nő, 1 nem adott választ. A látássérült minta életkori átlaga 40 év (szórás: 12,85), nemi eloszlásuk szerint 10 férfi és 18 nő, 1 nem adott választ. Az utóbbi csoport tovább bontható a látássérülés mértéke szerint, mely alapján 10 gyengénlátó, 9 aliglátó és 10 vak válaszadó volt. A kitöltők 18. életévüket betöltött személyek, kiválasztásuk főként internetes alapú megosztással történt közösségi oldalon keresztül. A látássérült minta megkeresésében a MVGYOSZ (Magyar Vakok és Gyengénlátók Országos Szövetsége) működött közre, akik levelezőlistájukon közzétették a kérdőíveket, illetve különböző látássérültek számára működtetett facebook csoportok, ahonnan elérhetőek voltak a tesztek. Szintén az ő esetükben közvetítők segítségével egyéni megkeresés is történt.

*Eszközök*

A tesztbattéria a nemre és életkorra vonatkozóan is tartalmaz kérdéseket, illetve látássérült kitöltők esetén rákérdez a látássérülés mértékére és a látásvesztés időpontjára.

*Felhasznált kérdőívek bemutatása*

A vizsgálat során a kutatási személyek két kérdőív kitöltésében vettek részt, melyek adaptálás alatt állnak, magyarra validálásukat a külföldi szerzők jóváhagyták. A kérdőívek fordításra és visszafordításra kerültek, angol lektori javítással. A vizsgálatra benyújtott Látássérültek tesztvizsgálata című kutatásetikai kérelmet jóváhagyták, az engedély iktatási száma: 31/2019/P/ET.

A felvett kérdőívek egyike a Tylka és Kroon Van Diest (2013) által létrehozott Intuitív Evés Skála: Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale–2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 137.

Az intuitív evés fogalmán a szakirodalom az evés adaptív formáját érti, mely a fizikai éhséggel és annak kielégülésével jellemezhető (Tribole & Resch, 1995 In: Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Az intuitív evők figyelmét nem az étel és a diétázás köti le, nem minősítik az ételeket „jónak” vagy „rossznak” (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Habár fontosak számukra az ízek, gyakran testi működésük elősegítése evésük célja (Tylka & Kroon Van Diest, 2013). Éhségük és

jóllakottságuk vezérli őket annak eldöntésében, hogy mikor és mennyit egyenek (Tylka & Kroon Van Diest, 2013).

A kérdőív 23 kérdésből áll, melyek mindegyike 5 fokú Likert skálán mér (ahol: 1 - nagyon nem értek vele egyet; 5 - nagyon egyetértek). Négy alskálát tartalmaz, melyek a következők: EPR = Eating for Physical Rather Than Emotional Reasons/Testi szükségletek motiválta evés: Evési mintázatot ábrázol; azért eszik-e valaki, hogy csillapítsa éhségét, avagy érzelmi megküzdés céljából: a szorongás, magányosság, unalom leküzdésére. UPE = Unconditional Permission to Eat/Korlátozásokat nélkülöző evés: Az egyén evésre való hajlandóságát tükrözi, amennyiben éhség áll fenn, annak visszautasítását, hogy bizonyos ételeket tiltottnak minősítsen. RHSC = Reliance on Hunger and Satiety Cues/Éhség- és telítettségérzetbe vetett bizalom: Az egyén saját éhségébe és jóllakottságába vetett bizalmát tükrözi, és azt, hogy mennyire bízik meg ezekben az érzésekben evési viselkedésének (=eating behaviour) irányítását illetően. B-FCC = Body-Food Choice Congruence/Test igényeinek megfelelő ételválasztás: Annak mértékét jelzi, hogy az egyén mennyire válogatja ételeit testi szükségleteihez illeszkedően.

A kutatásban felhasznált másik teszt Tylka és Wood-Barcalow testi elégedettségre vonatkozó kérdőíve (BAS-2): Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body image, 12*, 53-67.

A kérdőív 10 kérdésből áll, melyek mindegyike 5 fokú Likert skálán mér (ahol: 1 - soha; 5 - mindig).

Avalos, Tylka és Wood-Barcalow (2005) a kérdőív korai változatát annak reményében hozták létre, hogy az majd lehetővé teszi olyan konstruktumok mérését is, melyeket az addig használatos tesztek nem foglaltak magukba. Olyan jellemzők ezek, melyek szorosan kapcsolódnak a testi elégedettséghez, a pozitív testkép mintegy velejárói (Avalos et al., 2005). Definíciójuk szerint tehát a pozitív testkép tulajdonságai a következők: kedvező vélekedés a testről – annak aktuális állapotától függetlenül –, a test elfogadása – súlytól, testformától és a tökéletlenségektől függetlenül –, a test tisztelete a szükségleteire való odafigyelés és egészséges szokás kialakítása által, illetve a test védelme a médiában bemutatott irreális testkép elutasítása révén (Avalos et al., 2005).

A kitöltés online, kérdőíves formában zajlott, a beleegyező nyilatkozatot a tesztek kitöltése előtt olvashatták és fogadták el a kitöltők. A kutatás céljáról a vizsgálati személyek előzetes tájékoztatást kaptak, a kutatásban való részvétel önkéntes volt és bármikor megszakítható.

## ADATELEMZÉS

*Hipotézisek*

Az adatok elemzése a RopStat nevű statisztikai program használatával történt. Az első hipotézis vizsgálatához a (BAS-2), a másodikhoz az (IES-2) kérdőívek eredményei kerültek feldolgozásra.

A belső megbízhatóságot a kérdőívek Cronbach-alfa értékeinek számításával ellenőriztük. A hipotézisek vizsgálatához mindkét esetben kétmintás T-próbát futtattunk le, tekintve, hogy két csoport – látássérültek és ép látással rendelkezők – pontszámának értékei kerültek összehasonlításra. Az első hipotézis esetén a normális eloszlás sérülése miatt sztochasztikus egyenlőség tesztelésével egészült ki a vizsgálat. Az elemzéseket (Takács, 2012, illetve Takács, 2016) alapján végeztük el.

*További vizsgálatok*

A hipotéziseken túl további vizsgálatokat végeztünk a következő változók mentén:

Elsőként a látásvesztés mértékének jelentőségét vizsgáltuk. A látássérült minta három csoportját külön-külön kezelve hajtottuk végre az elemzéseket, így összesen négy csoport – látók, gyengénlátók, aliglátók és vakok – pontszámának értékei kerültek összehasonlításra. Ehhez az egyszempontos varianciaanalízis módszerét használtuk, a normalitás sérülése miatt robusztus varianciaanalízissel egészültek ki a vizsgálatok.

A látásvesztés időpontjának befolyását a testtel való elégedettségre és az intuitív evés jelenségére két szinten is vizsgáltuk. Egyfelől összehasonlítottuk a látássérült minta veleszületetten és születése óta látásvesztett alcsoportjainak kérdőíveken elért átlagait kétmintás T-próba segítségével. Másrészt pedig egyszempontos varianciaanalízissel mértük fel a látók (35 fő), veleszületetten látássérültek (15 fő) és életük során bármilyen mértékben is látásukból vesztek (14 fő) csoportjainak különbségeit.

Azt, hogy a látó és látássérült csoportok közötti eltérések mutatnak-e interakciót a nemi különbségekkel, független mintás kétszempontos varianciaanalízissel vizsgáltuk.

Az intuitív evés négy alskálájának eltérését látó és látássérült mintán kétmintás T-próbával vizsgáltuk.

Az intuitív evés és testtel való elégedettség kapcsolatát korrelációs vizsgálattal tártuk fel, külön látó és látássérült minta esetén.

## EREDMÉNYEK

*Reliabilitás*

A kutatásban felhasznált kérdőívek megbízhatósági értékei minden esetben az elvárt szint felett rendeződtek. A testi elégedettségre vonatkozó kérdőív (BAS-2) Cronbach-alfa mutatója látássérült minta esetén 0,94; ugyanez látóknál 0,93. A teszt amerikai és ausztrál mintán mindkét nemre vonatkozóan 0,90-es vagy afölötti reliabilitással rendelkezik (Tylka & Wood-Barcalow, 2015). Az intuitív évrésre vonatkozó kérdőív (IES-2) látássérülteknél 0,83-as, látóknál 0,88-as Cronbach-alfával rendelkezik. Tylka és Kroon Van Diest (2013) vizsgálataiban a mutató 0,85 és 0,89 közötti értékeket vett fel.

*Testtel való elégedettség*

A testi elégedettséget mérő kérdőív teljes skálájának átlaga látássérülteknél 3,17 - gyengénlátók: 3,16; aliglátók: 3,14; vakok: 3,22 -, látóknál 3,55 volt. Az eloszlás csúcossága látássérülteknél: -0,29, látóknál: 0,96; ferdesége látássérülteknél: 0,34, látóknál: -0,41.

A normalitás sérülése miatt a Welch-féle d-próba eredményeit figyelembe véve  $d(52,9) = -3,166$  ( $p = 0,0026$ )\*\* elmondható, hogy a csoportok között szignifikáns eltérés mutatkozott. Az ép látással rendelkezők testképe pozitívabb, mint a látássérülteké.

**1. táblázat.** Látók és látássérültek testkép (BAS-2) pontszámainak leíró statisztikai és normalitásvizsgálata

Csoportok	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcosság
<b>Látók</b>	35	3,546	0,607	-0,406	-0,955
<b>Látássérültek</b>	29	3,172	0,315	0,344	-0,286

A látássérült mintát további alcsoportokra bontva az adatokat újbóli elemzésnek vetettük alá. A szóráshomogenitás sérülése miatt robusztus Welch-féle varianciaanalízist alkalmaztunk, melynek szignifikáns eredménye  $W(3; 23,2) = 3,166$  ( $p = 0,0435$ )\* alapján igazolódott a csoportok közötti eltérés. Az átlagok Games-Howell-féle páronkénti összehasonlítása  $T_{34}(4; 33) = 3,98$ \* kimutatta, hogy a különbség a látók és a gyengénlátók között szignifikáns, az ép látással rendelkező csoport a domináns.

**2. táblázat.** Látók és látássérültek csoportjainak testkép (BAS-2) pontszámainak leíró statisztikai és normalitásvizsgálata

Csoportok	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Látók</b>	35	3,546	0,607	-0,406	-0,955
<b>Vakok</b>	10	3,217	0,262	0,534	0,606
<b>Aliglátók</b>	9	3,135	0,416	0,219	-1,559
<b>Gyengénlátók</b>	10	3,161	0,287	1,227	<b>3,066*</b>

Mivel a kitöltésben csupán 6 veleszületetten vak, illetve 4 élete során megvakult személy vett részt, ezért a látásvesztés időpontjának jelentőségét a következő módon vizsgáltuk: három csoportot hoztunk létre, ahol a látók (35 fő), veleszületetten látássérültek (15 fő) és azok, akik életük során bármilyen mértékben is vesztek látásukból (14 fő) alkották az egyes csoportokat. A szóráshomogenitás teljesült, a varianciaanalízis eredménye  $F(2; 61) = 1,202$  ( $p = 0,3076$ ) szerint nincs szignifikáns eltérés az egyes csoportok átlaga között.

**3. táblázat.** Testi elégedettség skálán (BAS-2) elért átlagok látásvesztés időpontja szerint látó és látássérült csoportokban

Látásvesztés	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Veleszületett</b>	15	3,44	0,885	0,048	-0,938
<b>Szerzett</b>	14	3,321	1,06	-0,508	0,223
<b>Nincs</b>	35	3,691	0,675	-0,313	-0,696

Összehasonlítottuk továbbá a látássérült minta veleszületetten és születése óta látásvesztett alcsoportjainak kérdőíveken elért átlagait. A kétmintás T-próba nem jelzett szignifikanciát  $t(27) = 0,330$  ( $p = 0,7439$ ). A látásvesztés időpontja az eredmények fényében tehát nincs hatással a testképpel való elégedettségre.

**4. táblázat.** Testi elégedettség skálán (BAS-2) elért átlagok látásvesztés időpontja szerint látássérült csoportban

Látásvesztés	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Születés óta</b>	15	3,440	0,885	0,048	-0,938
<b>Élete során</b>	14	3,321	1,060	-0,508	0,223

### *Intuitív evés*

Az intuitív evést mérő kérdőív teljes skálájának átlaga látássérülteknél 3,47 - gyengénlátók: 3,20; aliglátók: 3,48; vakok: 3,73 -, látóknál 3,54 volt. Az eloszlás csúcsossága látássérülteknél: 0,66, látóknál: -0,98; ferdesége látássérülteknél: -0,47, látóknál: -0,41.

**5. táblázat.** Látók és látássérültek intuitív evés (IES-2) pontszámainak leíró statisztikai és normalitásvizsgálata

Csoportok	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Látássérültek</b>	29	3,471	0,599	-0,472	0,663
<b>Látók</b>	35	3,543	0,611	-0,409	-0,975

A normális eloszlás nem sérült, így a kétmintás T-próba eredményét  $t(62) = -0,474$  ( $p = 0,6373$ ) figyelembe véve elmondható, hogy a csoportok között szignifikáns eltérés nem mutatkozott. A hipotézis tehát nem igazolódott, nincs szignifikáns különbség intuitív evés tekintetében látók és látássérültek között.

A látássérült mintát alcsoportokra bontva az adatokat tovább elemeztük. A szóráshomogenitás sérült, így robusztus Welch-féle varianciaanalízist alkalmaztunk, mely nem mutatott szignifikáns eredményt  $W(3; 20,6) = 1,537$  ( $p = 0,2348$ ). A gyengén-, aliglátó, vak és látó csoportok között tehát nincs különbség intuitív evést illetően.

**6. táblázat.** Látók és látássérültek csoportjainak intuitív evés (IES-2) pontszámainak leíró statisztikai és normalitásvizsgálata

Csoportok	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Vakok</b>	10	3,730	0,340	-0,011	-1,454
<b>Aliglátók</b>	9	3,478	0,573	0,770	-1,107
<b>Gyengénlátók</b>	10	3,204	0,745	-0,139	0,623
<b>Látók</b>	35	3,543	0,611	-0,409	-0,975

A látásvesztés időpontját figyelembe véve vizsgáltuk a látók (35 fő), veleszületetten látássérültek (15 fő) és a szerzetten látávesztett személyek (14 fő) csoportjait. A szóráshomogenitás teljesült, a varianciaanalízis  $F(2; 61) = 0,488$  ( $p = 0,6163$ ) alapján elmondható, hogy ilyen szempontból sincs szignifikáns különbség a csoportok között.

**7. táblázat.** Intuitív evés skálán (IES-2) elért átlagok látásvesztés időpontja szerint látó és látássérült csoportokban

Látásvesztés	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Veleszületett</b>	15	3,565	0,524	0,253	-0,246
<b>Szerzett</b>	14	3,37	0,676	-0,69	0,605
<b>Nincs</b>	35	3,543	0,611	-0,409	-0,975

Végül pedig összevetettük a látássérült minta veleszületetten és születése óta látávesztett alcsoportjainak kérdőívben elért átlagait. A kétmintás T-próba nem



jelzett szignifikáns eltérést  $t(27) = 0,875$  ( $p = 0,3892$ ). A látásvesztés időpontja az eredmények fényében nincs hatással az intuitív evés jelenségére.

**8. táblázat.** Intuitív evés skálán (IES-2) elért átlagok látásvesztés időpontja szerint látássérült csoportban

Látásvesztés	Esetek	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcsosság
<b>Születés óta</b>	15	3,565	0,524	0,253	-0,246
<b>Élete során</b>	14	3,370	0,676	-0,690	0,605

Az intuitív evésre vonatkozó kérdőív négy alskálából áll, melyek egyike tendenciaszintű eltérést mutat látó, illetve látássérült minta esetén. A test igényeinek megfelelő ételválasztás (B-FCC) alskáláján szerzett pontszám kétmintás T-próba alapján  $t(62) = -1,961$  ( $p = 0,0544$ )+ tendenciaszerűen magasabb a látók, mint a látássérültek körében.

### Testi elégedettség és intuitív evés kapcsolata

A két változó kapcsolatának feltárására végzett korrelációs vizsgálat látók és látássérültek körében eltérő eredménnyel járt. Látássérült csoport esetén az elemzés nem járt szignifikáns eredménnyel  $r = 0,272$   $p = 0,1534$   $C95 = (-0,085; 0,567)$ , míg látó mintán a Pearson-féle korrelációs mutató  $r = 0,469^{**}$   $p = 0,0044$   $C95 = (0,176; 0,686)$  szignifikanciát jelzett. Ez alapján a testi elégedettség és az intuitív evés között látó személyek esetén közepesen erős, pozitív együttjárás állapítható meg.

Mivel mintáink nem voltak nemileg kiegyenlítettek, kétszemponos varianciaanalízissel is ellenőriztük, hogy a csoportok közti különbségek mutatnak-e interakciót a nemi különbségekkel. Az intuitív evés skáláján elért átlagértékek és szórások a következőképpen rendeződtek a látás minősége, illetve a nemi eloszlás szempontjából:

**9. táblázat.** Látó és látássérült minta intuitív evés skálán (IES-2) elért átlag- és szórásértékei nemi lebontásban

Nem	Látássérültek		Látók	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
<b>Férfi</b>	3,635	0,508	4,116	0,133
<b>Nő</b>	3,341	0,626	3,515	0,604

A testi elégedettség skáláján elért átlagértékek és szórások a következőképpen rendeződtek a látás minősége, illetve a nemi eloszlás szempontjából:

**10. táblázat.** Látó és látássérült minta testi elégedettség skálán (BAS-2) elért átlag- és szórásértékei nemi lebontásban

Nem	Látássérültek		Látók	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
<b>Férfi</b>	3,080	0,660	4,400	0,361
<b>Nő</b>	3,505	1,082	3,613	0,669

Az alábbi táblázatban láthatjuk az eredményeket, mely szerint az intuitív evés tekintetében nincs, de a testkép tekintetében fennáll interakció.

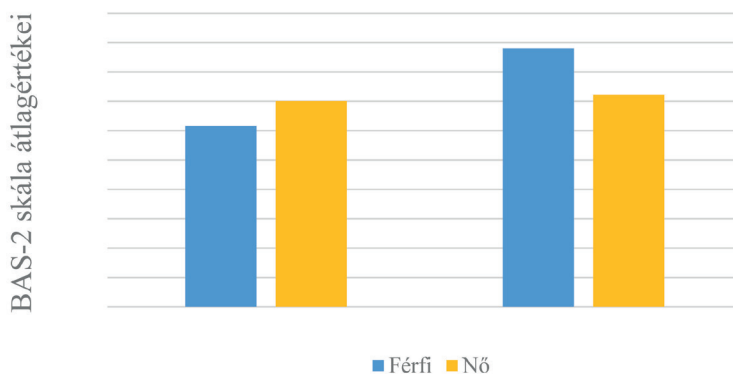
**11. táblázat.** Látó és látássérült csoport nemi különbségei az intuitív evés (IES-2) és testi elégedettség skáláin (BA-2)

Intuitív evés	f	Szórásnégyzet	F	p-érték
Nem	1	1.539	4.472	0.039*
Látás2	1	0.824	2.395	0.127
Nem x Látás	1	0.181	0.526	0.471

Testkép	f	Szórásnégyzet	F	p-érték
Nem	1	0.252	0.389	0.535
Látás2	1	3.913	6.05	0.017*
Nem x Látás	1	2.819	4.358	<b>0.041*</b>

A következő diagramon láthatjuk, hogy a látássérültekhez képest a látó nők nem, csupán a látó férfiak érnek el nagyobb pontszámokat a testképpel való elégedettség skáláján.

**1. ábra.** Nemek és látássérültek csoportjainak átlagértékei a testtel való elégedettség skálán (BAS-2)

## DISZKUSSZIÓ

Vizsgálatunk a testi elégedettség és evési attitűd látók és látássérültek közötti különbségeit hivatott feltárni, mely vizsgálat magyar mintán először valósult meg kutatásunk keretében. A kapott eredmények nagyrészt ellentmondanak a hipotézisek alapjául szolgáló vizsgálatnak, mely Baker és munkatársai által zajlott 1998-ban. Vizsgálatukban azok a nők, akik veleszületetten vakok, illetve látásukat életük során veszítették el, elégedettebbek voltak testükkel, mint ép látással rendelkező társaik (Baker et al., 1998). Eredményeink ellenben azt mutatják, hogy a látássérült személyek nem mutatnak nagyobb elégedettséget testükkel kapcsolatban. Ennek hátterében megannyi tényező állhat, melyek közül legfontosabb a tény, hogy a látássérülés – mértékétől függetlenül – testi fogyatékosabb. Az érintettek a legoptimálisabb körülmények ellenére is minden bizonnyal állandóan tudatában vannak ennek, a mindennapi életükben tapasztalt akadályok folyamatos emlékeztetők számukra. További magyarázat lehet a mások felől érzett elfogadás, a külső megerősítés is. A látássérült személyek önmagukkal kapcsolatos attitűdjeinek kialakulásában ugyanis még döntőbb szerep jut a külvilág megítélésének (Kaplan-Myrth, 2000), mely nem minden esetben hat kedvezően.

Érdekes eredményünk, hogy a látássérülteknél a férfiak mutatnak alacsonyabb, míg a látóknál a férfiak mutatnak magasabb testkép-elégedettséget. Ez a megállapítás fontos lehet a férfi látássérültekkel való terápia szempontjából, hiszen a velük folytatott közös munka során szükségessé válhat a testképpel való foglalkozás, a testükkel kapcsolatos elégedetlenség érzésének hatékony kezelése.

Baker és munkatársai (1998) úgy találták, hogy a születésüktől fogva vak nők alacsonyabb szintet érnek el a testi elégedettség skáláján, mint életük során megvakult vagy látó személyek. Kutatásunk eredményei ezt nem támasztják alá, nem találtunk különbséget testi elégedettséget illetően a látássérült és látók nők között, valamint a látásvesztés időpontja semelyik változóra nincs kimutatható hatással, sem a látó és látássérült, sem a születéstől fogva és a szerezten látássérült csoportok tagjai esetén.

Az életük során látásukból veszített személyek valószínűsíthetően jobban tisztában vannak az eszményi test kinézetével, vagy legalábbis könnyebben meg tudják határozni helyüket az ideálokhoz képest, mint születésük óta látássérült társaik. Ugyanakkor ez azt is jelenti, hogy magukról kialakított képükben támaszkodhatnak saját, vizuális percepcióikra, mely segíthet egy magabiztosabb attitűd kialakításában. Ezen felül a társas összehasonlításnak köszönhetően kisebb lehet a támasztott elvárásokból fakadó nyomás, hiszen előzetes ismereteik alapján tudják, hogy mások sem érik el ezt az ideált.

Eredményeink más ponton is eltérnek Baker és munkatársai (1998) megállapításaitól. Vizsgálatukban az ép látással rendelkező nők nagyobb fokú patológias étkezési magatartást mutattak a látássérülteknél, esetünkben azonban nincs különbség intuitív evés tekintetében az egyes csoportok között.

Ugyan vitathatatlan, hogy az ételek vonzó látványa miatti fogyasztás látássérültekre kevésbé jellemző, azonban számos más ok készíthet arra valakit, hogy ne kizárólag a saját testi szükségleteire hagyatkozzon evés tekintetében. Az evés megküzdési stratégiaként való használata jellemző hazánkra, de az sem ritka, hogy az ételek jutalmazó funkciót töltenek be életünkben. Azt, hogy mikor, mit és mennyit eszünk, nagyban meghatározza az iskolai étkeztetés; a társas események pedig gyakran rendeződnek a közös evés köré, vagy legalábbis magukban foglalják az étkezés valamilyen formáját. Fontos tényező lehet a szülői minta, beleszólás is, a túlóvó, túlféltő, túlkorlátozó szülői magatartás szintén befolyásolja a személy intuícióira való támaszkodását az evés terén (Dukay-Szabó & Túry, 2008). Mindezek látásminőségtől függetlenül, bárkit érinthetnek.

A testi elégedettség és az intuitív evés kapcsolatára ugyan csak az egyik mintán, de megerősítést találtunk. Ép látású személyeknél közepes, pozitív együttjárás mutatkozott meg, mely alátámasztja a szakirodalomban foglaltakat (Dukay-Szabó & Túry, 2008; Stice, Presnell & Spangler, 2002). A látássérülteknél fontos, hogy ugyanolyan jól működhessen a testi jelzéseken alapuló evés, mint látóknál, de ez nincs náluk összefüggésben azzal, hogy milyen a testképük. Vélhetőleg ennek oka az is lehet, hogy a látássérülteknél, a kinézettől, testképtől függetlenül működhessen az intuitív evés.

Összességében tehát elmondható, hogy hipotéziseink nem igazolódtak be, és bár a látók és látássérültek között testi elégedettséget illetően különbséget találtunk, ez az eltérés azonban csak a férfiaknál áll fenn, és ellentétes irányú: a látók szignifikánsan elégedettebbeknek mutatkoztak. Az eltérést okozhatja a látó férfi minta alacsony elemszáma: 3 fő, szemben a 10 fő férfi látássérült kitöltővel, az eredmények ennek ellenére a férfi látássérültek testképpel kapcsolatos mentális egészségfejlesztésének lehetőségére hívják fel a figyelmet.

A kutatás elsődleges korlátai közé tartoznak a kis elemszám és az eltérő nemi, életkori arányok, melyek csökkentik a minták reprezentativitását. A kitöltők változatos demográfiai tulajdonságaiból kifolyólag a látássérült és látó csoport között ezért nem teljes az illeszkedés. Hátrány továbbá, hogy a látássérültek számára megadott kategóriák – gyengén-, aliglátó, vak – választásakor a kutatási személyek szubjektíven dönthettek a besorolásról, így előfordulhat, hogy a gyengénlátók között többen szemüveget vagy kontaktlencsét viselnek, de a segédeszközök használatával látásukban egyáltalán nem korlátozottak.

A jövőbeli kutatás szempontjából fontos célkitűzés volna a megfelelő nemi és életkori eloszlás biztosítása, mely lehetővé tenné az illesztett mintán való elemzéseket. Kutatásmódszertani szempontból érdemes lehet egyszerű korrelációk helyett többszörös lineáris regresszióelemzések használata (Takács és Smohai, 2013), valamint olyan személyorientált vizsgálati módszerek alkalmazása, mint pl. klaszter-, vagy konfigurációelemzés (Smohai et al., 2013; Szokolszky 2004). A látássérült populáció támogatását célul kitűző intervenciók hatásvizsgálata is indokolt lehet akár randomizált kontrollcsoportos-, vagy egyénfókuszú ki-

sérletekkel (Molnár, Smohai, Pigniczkiné és Pulai-Kottlár, in press; Szokolszky, 2004). További kérdések bevonásával – mint például a párkapcsolati státusz, médiahasználat napi mennyisége – kiszűrhetővé válnának azok a testi elégedettségre és evési magatartásra ható tényezők, melyek nem feltétlenül állnak szoros kapcsolatban a látás minőségével.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Ábrahám I., Jambrik, M., John, B., Németh A. R., Francia N., & Csenki L. (2017). A testképtől a testképzavarig. *Orvosi hetilap*, 158(19), 723-730.
- Augustus-Horvath, C. L., & Tylka, T. L. (2011). The acceptance model of intuitive eating: A comparison of women in emerging adulthood, early adulthood, and middle adulthood. *Journal of Counseling Psychology*, 58(1), 110.
- Avalos, L., Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. (2005). The body appreciation scale: Development and psychometric evaluation. *Body image*, 2(3), 285-297.
- Baker, D., Sivyer, R., & Towell, T. (1998). Body image dissatisfaction and eating attitudes in visually impaired women. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3), 319-322.
- Cratty, B. J., & Sams, T. A. (1968). The Body-Image of Blind Children. The American Foundation for the Blind.
- Derenne, J. L., & Beresin, E. V. (2006). Body image, media, and eating disorders. *Academic psychiatry*, 30(3), 257-261.
- Dukay-Szabó S., & Túry F. (2008). Testkép-és evészavarok látássérültek körében: Irodalmi áttekintés= Body images disturbances and eating disorders in visually impaired subjects. Review of literature. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 139-147.
- Fernández-Aranda, F., Crespo, J. M., Jiménez-Murcia, S., Krug, I., & Vallejo-Ruiloba, J. (2006). Blindness and bulimia nervosa: a description of a case report and its treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 39(3), 263-265.
- Fisher, S. (2014). *Development and Structure of the Body Image: Volume 2*. Psychology Press.
- Forgács A. (2010). Médiatünetek és evészavarok. *Magyar Tudomány*, 11, 1300-1305.
- Freiberg, S. (1977). Insights from the blind: comparative studies of blind and sighted infants. Basic Books, New York In: McFarlane, A. C. (1989). Blindness and Anorexia Nervosa. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 431-433.
- Haith, M. M. (1966). The response of the human newborn to visual movement. *Journal of Experimental Child Psychology*, 3(3), 235-243.
- Kaplan-Myrth, N. (2000). Alice without a looking glass: blind people and body image. *Anthropology & Medicine*, 7(3), 277-299.
- Keery, H., Van den Berg, P., & Thompson, J. K. (2004). An evaluation of the Tripartite Influence Model of body dissatisfaction and eating disturbance with adolescent girls. *Body image*, 1(3), 237-251.

- Kinsbourne, M., & Lempert, H. (1980). Human figure representation by blind children. *The Journal of General Psychology*, 102(1), 33-37.
- Markula, P. (2001). Beyond the perfect body: Women's body image distortion in fitness magazine discourse. *Journal of sport and social issues*, 25(2), 158-179.
- Mcfarlane, A. C. (1989). Blindness and Anorexia Nervosa. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 34(5), 431-433.
- Molnár D., Smohai M., Pigniczkiné Rigó A., & Pulai-Kottlár G. (in press). A mentális tréning hatása kosárlabdázók mérközés teljesítményére és mindfulness képességére. *Psychologia Hungarica Caroliensis*.
- Pierce, J. W., & Wardle, J. (1996). Body Size, Parental Appraisal, and Self-Esteem in Blind Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37(2), 205-212.
- Pukánszky J. (2012). Vizuális médiahatások és a testi elégedettség kapcsolata. *Acta Sana*, 7(1), 24-28.
- Probst, M., Pintér O., & Vandereycken, W. (2004). A testélmény szerepe az evészavarokban elmélet és kutatás. *Pszichoterápia*, 13(6), 360-365. In: Dukay-Szabó S., & Túry F. (2008). Testkép-és evészavarok látássérültek körében: Irodalmi áttekintés= Body images disturbances and eating disorders in visually impaired subjects. Review of literature. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(2), 139-147.
- Quick, V. M., & Byrd-Bredbenner, C. (2014). Disordered eating, socio-cultural media influencers, body image, and psychological factors among a racially/ethnically diverse population of college women. *Eating behaviors*, 15(1), 37-41.
- Quigley, B., & Doane, B. (1981). Anorexia nervosa and visual experience. *The Lancet*, 318(8255), 1113.
- Schilder, P. (2013). *The image and appearance of the human body*. Routledge.
- Sharp, C. W. (1993). Anorexia nervosa and depression in a woman blind since the age of nine months. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(7), 469-471.
- Slade, P. D. (1994). What is body image?. *Behaviour research and therapy*.
- Smohai M., Mirnics Zs., Vargha A., Torma B., & Tóth D. (2013). Videójátékokkal való játszás közben, iskolában és otthon átélt flow-élmények tipikus mintázatai, valamint az azokba tartozó magyar serdülők személyiségjellemzői és megküzdési módjai –Konfigurációelemzés. *Pszichológia*, 33(4), 313-327.
- Stice, E., Presnell, K., & Spangler, D. (2002). Risk factors for binge eating onset in adolescent girls: a 2-year prospective investigation. *Health psychology*, 21(2), 131.
- Szokolszky Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában*. Osiris Kiadó, Budapest.
- Takács, Sz. (2012). Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29, 67-100.
- Takács, Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába - elmélet és gyakorlat*, Budapest, Antrárész Kiadó.
- Takács Sz., & Smohai M. (2013). Robusztus lineáris regresszió alkalmazása pszichológiai elemzésekben. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 1 (2), 67-88.
- Thomas, C. D. (1987). *Body image and self concept in women: toward an empirical identification of the body image construct* (Doctoral dissertation, Theses (Dept. of Psychology)/Simon Fraser University).

- Touyz, S. W., O'Sullivan, B. T., Gertler, R., & Beumont, P. J. V. (1988). Anorexia nervosa in a woman totally blind since birth. *The British Journal of Psychiatry*, *153*(2), 248-250.
- Tribole, E., & Resch, E. (1995). *Intuitive eating: a recovery book for the chronic dieter: rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. New York, NY; St. Martin's Gdffin. In: Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(1), 137.
- Tylka, T. L., & Kroon Van Diest, A. M. (2013). The Intuitive Eating Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation with college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(1), 137.
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: item refinement and psychometric evaluation. *Body image*, *12*, 53-67.
- Van der Velde, C. D. (1985). Body images of one's self and of others: Developmental and clinical significance. *The American journal of psychiatry*. *142*(5), 527-537.
- Vandereycken, W. (1986). Anorexia nervosa and visual impairment. *Comprehensive psychiatry*, *27*(6), 545-548.
- Yager, J., Halton, C. A. & Ma, L. (1986). Anorexia nervosa in a woman totally blind since the age of two. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 506-509.



# IDŐSKORI DEPRESSZIÓ ÉS ÉLETMINŐSÉG

SZILI, Ilona, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
SMOHAI, Máté, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
TANYI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
MÉSZÁROS, Veronika, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet)  
KOVÁCS, Dóra, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
JAKOBOVITS, Edit, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),  
KÖVI, Zsuzsanna, PhD (KRE-BTK, Pszichológiai Intézet),

Levelező Szerző: Szili Ilona: szili.ilona@kre.hu

## Absztrakt

**Kutatásunk célkitűzése** a jóllét, az életminőség életkori jellegzetességeinek feltárása volt. Három korcsoportot vizsgáltunk: fiatalok, középkorúak és idősök korosztályát. A kutatásban 161 fő fiatal (18-34 év), 59 fő középkorú (35-64 év) és 87 idős korú (65 év és felette) vett részt, összesen  $\Sigma N=307$  személy. Jelen tanulmányban főként az idős korcsoport pszichikus jellemzőit ismertetjük. **Vizsgálati eszközeink:** WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5), Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változata (BDI-9), Életcél Kérdőív (PIL), Észlelt Stressz Kérdőív (PSS), Reménytelenség Skála (RS), Aspirációs Index Kérdőív (AI), Spielberger - féle vonás-szorongás (STAI-T). A jóllét és a depresszió tekintetében nem kaptunk különbséget a három korcsoport között, ugyanakkor gyenge, de szignifikáns pozitív összefüggés mutatkozott a jóllét és életkor között. Fontos megemlítenünk azt is, hogy a fiatal és az idős korosztályban magasabb volt a depressziósok aránya. Az idős korosztályt külön vizsgálva is megállapítható, hogy a magasabb jóllétről beszámoló nyugdíjasok alacsonyabb depresszió, szorongás, észlelt stressz és reménytelenség érzésről számolnak be, valamint több aspirációról (célokról). Összességében eredményeink azt mutatták, hogy idős korosztályban is hasonló, vagy akár jobb pszichés jóllét elérhető, mint fiatalokban.

**Kulcsszavak:** életminőség ▪ jóllét ▪ depresszió ▪ szorongás ▪ életcél ▪ stressz ▪ reménytelenség ▪ korcsoportok közti különbségek

## Abstract

The aim of our research was to uncover the age correlates of psychological well-being and life quality. We have studied three age groups, including 161 young individuals (18-34 yrs), 59 mid ages individuals (35-64 yrs) and 87 individuals above 65 yrs. Altogether 307 individuals took part in our research. In the present study we gave special focus to characteristics of the oldest age group. We have administered a questionnaire battery including WHO short well-being scale (WBI-5), Short Beck Depression (BDI-9), Purpose in Life Questionnaire, Perceived Stress Scale, Hopelessness Scale, Aspiration Index, Spielberger State Trait Inventory (Trait scale). Our results indicated no significant differences in well-being or in depression between the three age groups but there was a weak positive correlation between well-being and age. It is also notable that rate of depression was higher among young and old aged groups, compared to mid aged individuals. Regarding the old-aged individuals, higher well-being was linked to lower depression, anxiety, stress, hopelessness and higher aspirations. In sum, our results confirm that individuals in older ages can reach same or even higher well-being than young individuals.

**Keywords:** quality of life ▪ well-being ▪ depression ▪ anxiety ▪ life goals ▪ stress ▪ hopelessness ▪ age differences

Kutatásunk célja a magyar lakosság lelkiállapotának vizsgálata, mely során az emberek életminőségét, jóllétét, pozitív közérzetét vizsgáltuk, olyan pszichikus jellemzőkön keresztül, mint a depresszió, szorongás, stressz-észlelés, életcélok, reménytelenség. Három korcsoportra fókuszáltunk (fiatalok, középkorúak és nyugdíjas-idős korosztályokra). Jelen tanulmányban főként az idős korosztállyal kapcsolatos eredményeinket ismertetnénk. A kutatást még motiválta, hogy a depresszió és a szorongásos betegségek magas prevalenciája miatt, ezen betegségek népbetegségnek, így népegészségügyi problémának tekinthetők (Szádóczy és mtsai. 2000, Rihmer és mtsai. 2016; Rihmer és mtsai. 2017). Reményeink szerint, vizsgálatunk során kapott eredményeink, mind a primer, mind a terciér prevencióban hasznosíthatók és hozzájárulnak a lakosság, különös tekintettel a normatív krízist élő populáció egészségének a megőrzéséhez, fenntartásához. A kutatásunk a Károli Gáspár Református Egyetem kutatási finanszírozásának köszönhetően jelent meg.

### IDŐSÖDŐ ÉS NŐIESEDŐ TÁRSADALOM

Demográfiai elemzések alapján kimutatható a demográfiai öregedés jelensége, mely az idősebb korosztályok arányának növekedését jelenti a fejlettebb régiókban. A demográfiai öregedés jelensége többek között kapcsolatba hozható a különböző tudományterületek fejlődése (orvosi, mérnöki) mellett a születések alacsony számának és a várható élettartam növekedésének együttes hatásával (Kinsella és Velkoff 2001, Monostori 2015). Monostori 2015-ös demográfiai portréjában beszámol arról, hogy Magyarországon a hatvanöt évnél idősebb korosztály aránya 1990 és 2014 között 13%-ról 18%-ra nőtt, előrejelzések alapján 2060-ra ez már elérheti a 29%-ot is (Monostori 2015). A társadalom elidősödése mellett jól ismert az a tény, hogy az idősebb korosztályokban a mortalitási mutatók alapján a női nem felülreprezentált, szemben a férfiakkal, azaz a „feminization of ageing” jelenség (Kovács és Jeszenszky 2006). A halálozási mutatók szerint a 65-69 évesek több mint 50%-a nő, addig a 85 év feletti korosztályoknál ez a szám a 70%-ot is meghaladja (Monostori 2015). Ha tekintetbe vesszük mindkettő demográfiai jelenséget, a társadalom idősödését és a nők túlreprezentáltságát, az idős emberek életminőségének megóvása, javítása a lehetőségekhez mérten aktív, „szép” idős kor szempontjából közös társadalmi feladat. Ezen korosztályt tekintve a „sikeres” aktív öregedés, egy jó életminőség elérése közös cél lehet. Korábbi kutatások alapján a szomatikus állapot mellett az életminőség szintén fontos meghatározó tényező ezen célok elérése érdekében. A lelki tényezők, köztük a hangulatzavarok, nevezetesen a depresszió jelentősen befolyásolja az életminőséget.

## IDŐSKORI DEPRESSZIÓ

A hangulatzavarok közül igen komoly népegészségügyi problémát jelent a depresszió, mely betegség több millió embert érint a világon, tehát nagyon gyakori betegség. A depresszió ellenes kampányok, edukációs programok, jó terápiás lehetőségek ellenére még mindig nem megfelelően felismert, kezeletlen vagy nem megfelelően kezelt betegség. Magyarországon a felnőtt lakosság körében végzett felmérések azt mutatják, hogy 15% életében legalább egy depressziós epizódon esik át, a depresszió 2/3-a pedig visszatérő formában zajlik (Szádóczky és mtsai. 2000). A magas epidemiológiai ráta azért is figyelemfelkeltő, mert a depresszió olyan komoly szövődeményekkel jár, mint az alkoholizálás, drog abúzus, táppénz, munkanélküliség, szív és érrendszeri betegségek, daganatos betegségek morbiditásának, mortalitásának növekedése, az immunrendszer működésének csökkenése, válások számának növekedése és a legsúlyosabb, a legtragikusabb következménye az öngyilkosság lehet. A világon évente több, mint 800.000 ember hal meg öngyilkosságban és a korábbi kutatások alapján tudjuk, hogy ennek legalább a fele a halál idején kezeletlen vagy alulkezelt depresszióban szenvedett (WHO 2014, Darvai és mtsai 2017)

A depresszióknak vannak jellemző előfordulási periódusai, mint a serdülőkor, szülést követően (posztpartum depresszió), menopauza idején, az életút közepén (midlife crisis) és idős korban. A depresszió előfordulásának életkori jellegzetességeit illetően nincs teljes konszenzus a kutatási eredményekben. Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer és Nelson (1993) kutatási eredményei szerint az életkorral csökken a depresszió az elmúlt 12 hónapra vonatkozó prevalenciája, jóllehet vizsgálatukban a legmagasabb életkori csoport a 45-54 évesek voltak. Luppá és mtsai (2010) review cikke pedig éppen az idős kori, életvégi depresszió gyakoriságára hívja fel a figyelmet. Egy másik kutatás azt hozta ki (Bland, Orn és Newman 1988), hogy a 65 év felettiéknél a legalacsonyabb a depresszió egész életre szóló prevalenciája. Mindennek hátterében azonban egy generációs különbség is állhat, mégpedig az, hogy az idősebb generációban vélhetőleg kevesebben fordultak pszichiáterhez lelki problémákkal (egész életükben), és azok kevésbé is kerültek így diagnózisra.

Szádóczky és mtsai (2000) szerint a depresszió manifesztációja egyrészt a fiatalabb életkorra jellemző 15-20 életév körül, de idős korban 65 év felett is ismét növekszik a száma. Ezen jelenségnek több magyarázata is lehetséges. Egyik lehetséges magyarázat, hogy a fiatalabb korban kezdődő depresszió végig vonulva az életen átnyúlik idős korba is, másrészt az öregedés folyamatával az agyban zajló biológiai változások következményeként is kialakulhat, illetve szekunder módon más szomatikus betegség következményeként ugyancsak megjelenhet pl. szív ill. agyi érrendszeri történések, Parkinson-kór, más demenciák esetén, krónikus izületi fájdalmakat követően, krónikus betegségek (tüdő, vese) következményeként (Rihmer 2001, Mátyássy 2001, Rihmer 2005). Az idős kori de-

presszió kialakulásában a biológiai folyamatok mellett más pszicho-szociális rizikótényezők is jelentős szerepet kapnak. A pszichológiai tényezők közül kiemelhető az a számvetés, amit az ember elvégez, arról, hogy mit is ért el az életében. Ha a mérlegelés pozitív, elégedettség érzése alakul ki, ha nem érte el a céljait, negatív a végeredmény, kétségbeesést, depressziót élhet át a személy (Erikson 1991). Az időskori depresszió felismerését nehezíti, hogy nem mindig a major depresszióra jellemző tünetek jelennek meg, hanem sokkal inkább a szomatikus tünetek uralják a kórképet, vagy az enyhe krónikus depresszió (disztímia) jelenik meg. Mindezek mellé társulhatnak hipochondriás tünetek, elszegényedési téveszmék (persze ez lehet valós állapot is), fáradtság, akár negativisztikus és nihilisztikus tünetek is (Rihmer 2005). Újabb kutatások kimutatták, hogy a depresszió felismerése, megfelelő kezelése a társuló betegségek (pl. kardiális betegségek, cerebro-vaszkuláris betegségek, daganatok) morbiditási és mortalitási mutatóit javítják. Kopp és Skrabski a 2006-os Hungarostudy felmérésében arra az eredményre jutott, hogy a depresszió, főként a súlyos formája férfiaknál a korai halálozást ötszörösére növeli (Kopp és Skrabski 2006). Rihmer 2005-ös tanulmányában felhívja a figyelmet, hogy az életkor előrehaladtával a szuicidium gyakorisága nő 65 év felett, de különösen a 75 év feletti idősök körében. Idős korosztályban is igaz, akár a fiatalabb korosztályoknál, hogy a nők esetében a depresszió gyakorisága két-háromszor több, mint a férfiaknál, a befejezett, „halállal” végződő szuicidium viszont a férfi nemre jellemző, szemben a nőkkel (Rihmer 2005, Rihmer és mtsai. 2017).

### ÉLETMINŐSÉG ÉS JÓLLÉT IDŐSKORBAN

Ahogy nincsen két egyforma naplemente, úgy nincsen két egyforma idős kor sem. Az életkor előrehaladtával az idősödő embereket egyre több veszteség éri, egyre több számukra kevésbé kontrollálható helyzetbe kerülnek az élet szinte minden területén. Az idős korral egyre több nehézség jár: 1) szomatikus betegségek (pl. kardio-vaszkuláris betegségek, kardiális, ízületi problémák); 2) kognitív zavarok és működésbeli nehézségek (pl. lassulás; fáradtság; demenciák); és 3) nehezen kontrollálható élethelyzetek, mint házastárs halála és más egyéb veszteségek. Mindennek ellenére számos tanulmány leírja azt a paradoxont, hogy az idős emberek egy része a számos veszteség ellenére az életminőségét jónak értékeli és elégedett az életével. Ezért az embereket lehetőségeikhez mértén aktivitás, jól funkcionálás, úgymond „sikeres idős kor” jellemzi, annak ellenére is, hogy sokszor gyógyszert szednek és kis segítségre szorulnak (Baltes és Baltes 1990, Kaszás és Tiringner 2010, Kovács és Jeszenszky 2006). Sok esetben azt látjuk, a már idős szülők vagy nagyszülők segítik a gyermekeiket vagy unokáikat pl. óvodából elhozzák, főznek, vigyáznak az unokára, segítenek a lakás felújításában és mindeközben gondoskodnak magukról is. Kovács és Jeszensz-

ky 2006-os „Időskor és életminőség” c. tanulmányában hivatkoznak a WHO aktív öregedés modelljére, mely leírja, hogy az idős emberek a társadalomnak értékes, aktív szereplői. Mindennek alapján a WHO célul tűzte ki az egészség megtartását és a betegségek prevencióját az idősök körében (a betegségkockázat csökkentését, funkcionális segítségét) és annak segítését, hogy az idősök a társadalomban aktívan közre tudjanak működni (mindezt az egészségi és szociális helyzettől függetlenül egy biztonságot nyújtó, védő társadalmi közegben). Annak ellenére, hogy az életminőség kutatások manapság igen elterjedtek, az életminőség mérése nehéznek mondható, mivel az egészség egyetlen mutatóval nem mérhető és maga az egészség fogalom is túl összetett konstruktum. Kopp és Pikó (2006) az egészséggel kapcsolatos életminőséget tanulmányozva az egészséggel összefüggő életminőséget kétféleképpen definiálják:

„Az egészséggel összefüggő életminőség azt vizsgálja, hogy a személy hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival (tevékenységeivel és életvezetésével) ahhoz viszonyítva, hogy mit tart lehetségesnek vagy ideálisnak.”

A másik meghatározás- „Az egészséggel összefüggő életminőség azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet a tevékenységeiben és életvezetésében” (12 o.). A szerzők az életminőség mutatókat három fő dimenzió: biológiai (testi és fiziológiai), pszichés (mentális) és szociális (társas) mentén tárgyalják, mely dimenziók megfeleltethetők az egészségi állapot három fő vetületének, illetve az Engel által javasolt bio-pszicho-szociális szemléletnek, amely alapján az egészség fogalma leírható és tárgyalható (Kopp és Pikó 2006). A biológiai faktorok hangsúlyt helyeznek a betegség hiánya mellett pl. az egészséges életmódra, testmozgásra és a pszichés tényezők között az önelfogadásra, érzelmi stabilitásra, intelligenciára, kontroll funkciókra, nyitottságra és kreativitásra, míg a szociális vagy társas dimenziókba olyan tényezők kerülnek, mint az önazonosság, kapcsolatok, kommunikáció, szociális háló, vallás (Kopp és Pikó 2006). Láthatjuk, hogy mindkét definícióban hangsúlyt kap az a momentum, hogy maga a vizsgálati személy, hogyan értékeli az aktuális állapotát. Az alapfeltevés, melyből a legtöbb életminőség kutatás kiindul, az, hogy maga a vizsgálati személy tud a legtöbbet az állapotáról, arról, hogy milyen mértékben tartja magát egészségesnek. Korábbi követéses vizsgálatok kimutatták, hogy az egészségi állapot önbecslése, a „self-rated health” az egyik legmegbízhatóbb előjelzője a halálozás kockázatának (Kopp és Pikó 2006, Kopp és Skrabski 2009). Kopp és Skrabski a 2006-os Hungarostudy után követéses vizsgálatnál arra a kérdésre kerestek választ, hogy mely pszicho-szociális tényezők és életmód jellemzők jelzik előre a 2006-ig bekövetkezett elhalálozást a 2002-ben a 69 évnél idősebb megkérdezett lakosság körében. Egyik jelentős eredményük, hogy azok a férfiak, akik 2002-ben az egészségügyi állapotukat egy ötfokú-skálán egyesre vagy kettesre értékelték kétszer nagyobb valószínűséggel hunytak el 2006-ig, szemben azokkal, akik magasabbra értékelték az egészségi állapotukat (Kopp és Skrabski 2009).

Manapság a „sikeres öregedés” vizsgálata változáson ment keresztül, vagyis a kutatások kevésbé az időskorra, mint végállapotra koncentrálnak, hanem folyamatában próbálják megragadni az idősödést. A sikeres időskort leíró modellek közül a különböző tanulmányok közül kettőt szeretnék röviden ismertetni. Az első a már klasszikusnak számító Baltes és Baltes-féle Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció modell (SOC-modell). A modellben a szelekciós folyamat a cél(ok) kiválasztását jelenti. A kiválasztási folyamat lehet választáson alapuló (elective), mely akkor lehetséges, ha a kitűzött célok elérhetők. A másik választási lehetőség akkor lép életbe, ha a kitűzött célok a rendelkezésre álló eszközökkel, meglévő erőforrásokkal nem érhetők el, ekkor újabb célokat kell kijelölni és a megküzdési erőforrásokat át kell csoportosítani. Ez utóbbi választást veszteségen alapuló (loss based) választásnak nevezzük. A szerzők kiemelik, hogy időskorban, ahol a veszteségek szükségszerűen megszorodnak ezen veszteségen alapuló választásnak kiemelkedő lesz a szerepe. A modellben a szelekció az optimalizáció követi, ami a cél(ok) eléréséhez az erőforrások fellelését, mobilizálását jelenti. A kompenzáció akkor lép életbe, ha célok elérése más úton, új erőforrások megelégedésével, felhasználásával lehetséges pl. a memória csökkenésével járó feledékenységnél napló, jegyzetek készítése, csökkent látásnál szemüveg viselése, bizonytalan járásnál sétabot használata. Kaszás és Tiringér (2010) „sikeres öregedés” modelljei között Brandtstädter 1999-es modelljére is kitér. A modell alapján két lehetőség van a célok elérésére. Az egyik folyamat erre az asszimiláció, amikor a személy saját, meglévő sémái alapján dolgozza fel a külvilág információit. A másik lehetőség az akkomodáció, amikor a meglévő sémát kell átalakítani az információkhoz. Brandtstädter szerint a két folyamat egyensúlyban van, írja Kaszás és Tiringér 2010-es tanulmányában. Általában a cél elérése érdekében az emberek az asszimilációt alkalmazzák, ha a kitűzött cél az asszimilációval nem érhető el akkor az akkomodáció kerül előtérbe (Kaszás és Tiringér 2010).

A megküzdés egy másik modellje (Lazarus és Folkman 1984) szerint érzelem- és problémafókuszú megküzdést különíthetünk el. A problémafókuszú megküzdés a probléma megoldására, a stresszt kiváltó helyzetek megváltoztatására fókuszál, míg az érzelemfókuszú arra, hogy a stresszhelyzetek révén keletkezett negatív érzelmekkel megküzdjünk. Időskorban egyre növekedhetnek azon stresszhelyzetek, veszteség-helyzetek, amelyeket elkerülni nem lehet, és ez nehezítheti a megküzdést. Rihmer (2005) kutatása szerint ugyanakkor mind a fiatalkor, mind az időskor fokozott veszélyt jelenhet a depressziót tekintve. Feltételezhető, hogy fiatalkorban még a megküzdési képességek kialakulatlanok lehetnek, időskorban pedig a megküzdési lehetőségek csökkennek le (például az addig sikeresen alkalmazott problémafókuszú megküzdések a halállal, végleges veszteségekkel való szembenézéskor nem alkalmazhatóak).

## KUTATÁS

*Kutatási hipotézisek:*

H1. Fiatal korban és időskorban a középkorúakhoz képest magasabb a depresszió és szorongás mértéke, a reménytelenség érzése, és alacsonyabb a Jólét mértéke. Mindezt Rihmer (2005) kutatása alapján feltételezzük, amely szerint fiataloknál és idősebbeknél magasabb a depressziósok aránya, mint a középkorúaknál.

H2: A nők a férfiakhoz képest depressziósabbak és jellemzőbb rájuk a reménytelenség mind a teljes mintát, mind a nyugdíjas mintát tekintve. Ezen hipotézisünket ugyancsak Rihmer kutatásai alapján feltételezzük (Rihmer, 2005, Rihmer és mtsai. 2017)

*Kutatás menete*

A kutatáshoz a vizsgálati személyek toborozása, az adatgyűjtés harmadéves egyetemisták segítségével történt, műhelymunkák keretén belül 2017 október időszakától 2019 júniusig bezárólag. Az adatgyűjtésnek két lehetséges módja volt, az egyik a személyes találkozások alkalmával, a másik internetes formában történt, majd az adatokat a hallgatók egy külön e célra létrehozott táblázaton a Google felületen rögzítették. Az internetes adatfelvételnél a kérdőívek kérdései a papír alapú formátum alapján kerültek fel az online platformra a Google Form segítségével. A vizsgálati személyek a tesztcsomag kitöltését megelőzően írásbeli tájékoztatást kaptak a kutatás lényegéről, a tesztkitöltés menetéről, hozzávetőleges idejéről, az anonimitás biztosításáról és arról is, hogy a kérdőívek nem diagnosztikai, és nem terápiás céllal lesznek felvéve. Minden vizsgálati személy aláírta a Tájékoztatási nyilatkozat mellett a Beleegyezési nyilatkozatot is. A résztvevők bármikor kiléphettek a vizsgálatból vagy abbahagyhatták a tesztek kitöltését, ha kellemetlenül érezték volna magukat, erre nem került sor. A kutatásunk a Károli Gáspár Református Egyetem kutatási finanszírozásának köszönhetően jelent meg. Kutatási engedély száma: 403/2017/p

*Vizsgálati személyek*

A kutatásban 161 fő fiatal (18-34 év), 59 fő középkorú (35-64 év) és 87 időskorú (65 és felette) vett részt, összesen N=307 személy.

Az idős korosztály bemutatása (65 év és felette): 20 férfi (23%) és 67 nő (77%) vett részt a kutatásban. Családi állapotukat tekintve 46 fő (52%) egyedülálló, 5 fő (5,7%) párkapcsolatban élő, 3 fő (3,4%) élettársi kapcsolatban és 33 fő (37,9%)



házastársi kapcsolatban. Lakhelyt illetően fővárosban 28 fő (32,2%), megyeszékhelyen 2 fő (2,3%), városban 43 fő (49,4%), faluban 14 fő (16,1%) lakik.

### *Vizsgálati eszközök*

#### *WHO Jólét Kérdőív (Well-being index, Bech és mtsai, 1996, WBI-5)*

Az eredeti kérdőív kidolgozása 1982-ben egy nemzetközi kutatás keretében történt. Eleinte 28, majd 22 tételből állt. A WHO Általános Jólét Skálájának rövidített, 10 majd 5 tételes változatát Beck és mtsai. 1996-ban dolgozták ki és Susánszky és mtsai. 2006-ban a hazai viszonyokra végezték el az adaptálását. Az öttételes skála megbízhatósága kiválóan bizonyult (Cronbach-alfa: 0,85). A teszt rövidítésének egyik célja az volt, hogy a jólét pozitív és negatív aspektusait egyetlen dimenzióban mérje. A másik cél, mely a kutatókat vezérelte, egy olyan kérdőív kidolgozása, mely a mindennapok során könnyen kivitelezhető, egyszerű, még az egészségügyi ellátásban is könnyen alkalmazható. A kérdőív a személy általános közérzetéről nyújt információt, ahogyan az elmúlt két hét során érezte magát a vizsgálati személy. A WHO Jólét Index rövidített változata, melyet mi is használtunk 5 kérdésből áll, és négyfokú skálán kell megítélni a vizsgálati személyeknek azt, hogy milyen mértékben érzi megfelelőnek önmagára vonatkoztatva (teljesen jellemző/jellemző/alig jellemző/egyáltalán nem jellemző). A skála 0-3 pontértékig terjed, ebből adódóan a maximum pontszám 0-15 között lehetséges. A kérdőív fordított tételt nem tartalmaz. A magasabb pontszámok kedvezőbb lelki állapotot jeleznek (Susánszky és mtsai.2006).

#### *Beck Depresszió Kérdőív Rövidített változata (Beck Depression Inventory, Beck, 1961, BDI-9)*

A Beck Depresszió kérdőívet (Beck 1961) a depresszió tünetegyüttes súlyosságának megítélésére dolgozták ki. A Beck és Beck (1972) által kidolgozott rövidített verzió kilenc tételből áll, melyet egy 4 fokú Likert-skálán kell megítélni a vizsgálati személynek, annak alapján, milyen mértékben találja önmagára jellemzőnek (egyáltalán nem jellemző/alig jellemző/jellemző/teljesen jellemző) (ford. Kopp és Fóris 1993). Olyan tünetekre kérdez rá, mint a szociális izoláció, döntési nehezítettség, alvászavar, fáradtság, aggodalom a testi és fizikai tünetek miatt, munkaképtelenség, reménytelenség, elégedetlenség, önvád és az örömképesség csökkenése (Ágoston, Szili 2001).

#### *Életcél Kérdőív (Purpose in Life, Crumbaugh és Maholic, 1969, PIL)*

Az Életcél Kérdőív a mai napig az egyik leggyakrabban alkalmazott eljárás az élet értelmességének a mérésére. A Crumbaugh és Maholic-féle kérdőív magyarországi adaptációját Konkoly Thege és Martos végezték el (2006) 343 fős mintán, ahol az átlagéletkor 33 év volt. A kérdőív validálásához a Beck Kérdőív Rö-

vidített, az Aspirációs Index Rövidített, az Élettel Való Elégedettség Skála és az Egzisztencia Skála ugyancsak rövidített verzióját alkalmazták, mely eszközökkel a teszt közepes erősségű kapcsolatot mutatott. A kérdőív belső megbízhatósága jónak bizonyult, ugyanakkor főkomponens elemzés alapján unidimenzionalitás irányába jelzett. A kérdőív 20 tételből áll, olyan attitűdöket céloz feltárni, mint a célok világossága, az élet értékéhez és a halálhoz való viszonyulás, unalom, a jelenben való elmerülés képessége, kontroll érzése és énhatékonyság, melyeket egy hétfokú skálán kell megítélni. A tételek közül kilenc fordított, de könnyűnek mondható a kérdőív szerkesztéséből adódóan az értékelés, ugyanis a skálaértéket a vizsgálati személy által megjelölt számok összege adja (Konkolý Thege Bés Martos 2006).

*Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983, PSS)*

Az egyszerű, jól érthető kérdésekből álló kérdőívet Cohen és mtsai. 1983-ban a krónikus stressz megbecslésére dolgozták ki, vagyis arra kérdez rá, hogy a vizsgálati személy az elmúlt hónap során szubjektíven mennyi stresszhelyzetben ment keresztül, mennyire tartja befolyásolhatatlannak, kiszámíthatatlannak a mindennapjait. A kérdőív nemcsak csoportok összehasonlításra alkalmazható, hanem minden változást mér az életkörülmények, egészségi állapot, környezet tekintetében, amely stresszel járhat. Adaptációját Stauder és mtsai. végezték el 2006-ban (Stauder és mtsai. 2006). A kérdőív 14 tételből áll, melyet ötfokú Likert skálán kell megítélni 0-4 pont között. A fordított tételek átkódolandók. A tételekre adott pontszámok összege adja meg az észlelt stressz globális mutatóját. A magasabb pontszámok magasabb stressz-szintet jeleznek. A magasabb stressz-szint jó prediktora a különböző testi-lelki zavarok kockázatának.

*Reménytelenség Skála (Hopelessness Scale, Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)*

A Reménytelenség Skálát (RS) Beck és mtsai. 1974 dolgozták ki az öngyilkossági szándék, illetve késztetés felmérése céljából. Alapfeltevése, hogy a reménytelenség a szuicid késztetés legfőbb előjelzője. A kérdőív belső konzisztenciája igen magas (Cronbach alfa: 0,93), magas reliabilitás és validitás jellemzi. Az eredeti kérdőív 20 állításból áll, de a Hungarostudyban használt három tétel is megbízhatónak bizonyult (Perczel-Forintos, Rózsa, & Kopp 2007; Perczel-Forintos, Sallai, Rózsa 2001, Perczel Forintos és mtsai. 2001). A három tétel szoros korrelációban állva az eredeti skálával, magas konzisztenciát mutat és jól reprezentálja azt. Jelen kutatásunkban a három tételes, rövidített változatot alkalmaztuk. A három tételből álló változat: 1. Sötéten látom a jövőmet. 2. Sosem fognak úgy alakulni a dolgok, ahogy én akarom. 3. Fölösleges igazán törni magam valamiért, amit akarok, mert valószínűleg úgy sem érem el.

*Aspirációs Index Kérdőív (Aspiration Index, AI, Kasser és Ryan, 1996)*

Az Aspirációs Index (AI)- (Kasser és Ryan 1996) kérdőív az általános és hosszútávú célok vizsgálatára szolgál. A kérdőív 7 alskálája, nevezetesen három intrinzik (fejlődés, kapcsolatok, társadalom), három extrinzik (gazdagság, hírnév, megjelenés) és egy egészséggel kapcsolatos, a motiváció három fő területét méri. A rövidített Aspirációs Index kidolgozása Martos és mtsai. nevéhez fűződik (2006), akik 14 tételes változatot dolgoztak az aspirációk felmérésére (Martos és mtsai. 2006).

*Spielberger-féle vonás-szorongás (Spielberger, Gorsuch, & Lushene 1970, STAI-T)*

A szorongás mértékének a mérésére kidolgozott, széles körben alkalmazott 40 tételből álló kérdőív, melyet Spielberger és mtsai dolgoztak ki 1970-ben, és Sipos és Sipos adaptáltak hazai viszonyokra 1978-ban. A kérdőív két részből áll, az egyik a pillanatnyi, állapot-szorongást mérő STAI-S (20 tétel), a másik a szorongást, mint konstans személyiségvonást vizsgálja, ez utóbbi a STAI-T (20 tétel). Az állításokat egy 4 fokú Likert skálán értékeli a vizsgálati személy azon szempont alapján, hogy az mennyire jellemezi őt (egyáltalán nem/valamennyire/eléggé/nagyon). Fordított tételket is tartalmaz. Az 1-20 tételhez tartozó pontokat külön adjuk össze, ez képezi a STAI-S-t vagyis az állapotszorongást, a 21-40 tételhez tartozók a vonás-szorongást (STAI-T) mutatják. Mindkét részsiklán minimum 20, maximum 80 pont érhető el.

Kutatásunkban mi csak a vonás-szorongást (STAI-T) vizsgáltuk. A vonás-szorongás standard értékei férfiaknál átlag: 40,96 (szórás:7,78), nők esetén az átlag: 45,37 (szórás: 7,97)

(Ágoston és Szili 2001, Kopp és Fóris 1993).

## STATISZTIKAI FELDOLGOZÁS, EREDMÉNYEK

Elemzéseink előtt normalitásvizsgálatot végeztünk skáláinkon, mely szerint skáláink – egy skála, az extrinzik motiváció kivételével – szignifikánsan eltérnek a normáeloszlástól. Ennek értelmében robusztus próbákat és rangkorrelációs elemzéseket használtunk (lásd Takács 2012, vagy Takács 2016).

Két hipotézisünk egy elemzési keretben lesz első körben elemezve, mivel szeretnénk volna azt is tesztelni, hogy e feltételezett hatások interakcióban vannak-e egymással. *Így* a korcsoportok és a nemek közti különbségekre 3×2-es rangvarianciaanalízist futtattunk le, melyet az 1. táblázatban mutatunk.

*Korcsoportok közti különbségek*

Első lépésben három életkori csoportok összehasonlításait néztük, de ahogy fentebb leírtuk, kétszemponos rangvarianciaanalízissel, a nemet is független változónak beletéve az elemzésbe (ld. 1. áblázat)

**1. táblázat.** Pszichológiai életminőség mutatók életkor és nem szerinti összehasonlítása robusztus kétszemponos varianciaanalízissel

	Fiatal		Középkorú		Idős		Korcsoportok közötti különbség	Bonferroni post-hoc*	Férfiak		Nők		Nemek közötti különbség		Idős férfiak		Idős nők		p/Mann-Whitney	Interakciós hatás
	átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD			átlag	SD	átlag	SD	átlag	SD	Átlag	SD				
<b>WHO jóllét</b>	1,823	0,726	1,953	0,72	2,028	0,636	F(2; 77,8) = 2,648 (p = 0,1077)	-	1,878	0,712	1,918	0,704	F(1; 113,4) = 0,136 (p = 0,7134)	2	0,535	2,036	0,667	0,565	Khi2(2) = 0,961 (p = 0,6185)	
<b>BDI depresszió</b>	1,622	0,629	1,448	0,456	1,587	0,468	F(2; 75,9) = 3,393 (p = 0,0694)+	-	1,564	0,47	1,582	0,582	F(1; 102,2) = 0,001 (p = 0,9701)	1,644	0,543	1,57	0,446	0,592	Khi2(2) = 0,727 (p = 0,6952)	
<b>STAI szorongás</b>	2,422	0,629	2,086	0,556	2,184	0,486	<b>F(2; 78,5) = 6,935 (p = 0,0102)*</b>	<b>f vs k, f vs ny</b>	2,211	0,596	2,31	0,59	F(1; 110,1) = 0,758 (p = 0,3859)	2,297	0,352	2,15	0,516	0,265	<b>Khi2(2) = 7,409 (p = 0,0246)*</b>	
<b>Reménytelenség</b>	1,122	0,257	1,073	0,24	1,245	0,361	<b>F(2; 58,1) = 8,893 (p = 0,0042)**</b>	<b>f vs ny, k vs ny</b>	1,186	0,319	1,136	0,285	F(1; 48,4) = 1,703 (p = 0,1981)	1,417	0,444	1,194	0,319	0,146	<b>Khi2(2) = 7,526 (p = 0,0232)*</b>	



<b>Intrinzik célok</b>	2,112	0,697	1,804	0,501	2,21	0,589	<b>F(2; 64,5) = 23,546 (p = 0,0000)***</b>	<b>f vs k, k vs ny</b>	4,114	0,614	4,329	0,615	F(1; 80,5) = 3,630 (p = 0,0603)+	3,775	0,722	3,888	0,679	0,004**	Khi2(2) = 0,118 (p = 0,9427)
<b>Extrinzik célok</b>	4,543	0,454	4,167	0,541	3,862	0,687	F(2; 64,2) = 2,621 (p = 0,1103)	.	3,09	0,819	3	0,68	F(1; 92,1) = 1,515 (p = 0,2216)	2,892	0,793	2,858	0,755	0,33	Khi2(2) = 1,009 (p = 0,6039)
<b>Aspirációs in- dex</b>	3,137	0,650	2,935	0,77	2,866	0,759	<b>F(2; 75,6) = 4,808 (p = 0,0314)*</b>	<b>f vs ny</b>	1,009	0,757	1,312	0,714	<b>F(1; 110,2) = 8,585 (p = 0,0041)**</b>	0,883	0,525	1,014	0,646	0,002**	Khi2(2) = 2,037 (p = 0,3611)
<b>Észlelt stressz</b>	1,388	0,757	1,214	0,723	0,984	0,62	<b>F(2; 74,7) = 9,428 (p = 0,0030)**</b>	<b>f vs ny</b>	1,945	0,654	2,122	0,64	<b>F(1; 106,3) = 4,285 (p = 0,0409)*</b>	1,968	0,562	2,283	0,582	0,016*	Khi2(2) = 2,625 (p = 0,2692)
<b>Életcél</b>	4,871	1,089	5,502	0,806	5,414	0,865	<b>F(2; 82,1) = 14,048 (p = 0,0003)***</b>	<b>f vs k, f vs ny</b>	5,017	0,947	5,184	1,035	F(1; 123,3) = 3,725 (p = 0,0559)+	5,08	0,799	5,513	0,864	0,093+	Khi2(2) = 3,768 (p = 0,1520)



Hipotézisünk szerint fiatal korban és időskorban a középkorúakhoz képest magasabb a depresszió és szorongás mértéke, a reménytelenség érzése, és alacsonyabb a jóllét mértéke.

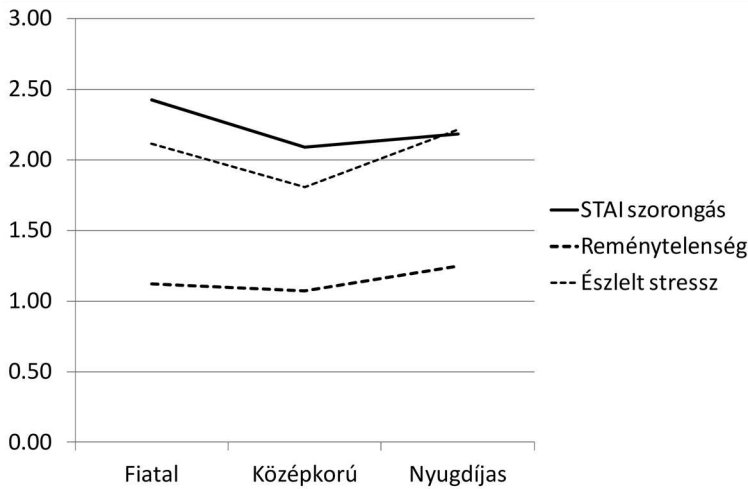
Varianciaanalízis alapján a fiatalok, középkorúak és idősek között nincs szignifikáns különbség sem jóllét, sem depresszió tekintetében. A következő grafikonon (ld. 1. ábra) látható azonban, hogy a jóllét tekintetében az életkorral egy enyhe növekvő tendencia mutatkozik, melyet rangkorrelációs vizsgálattal is megvizsgáltunk. Az életkor és a WHO jóllét pontszám között 0,13-as gyenge, de szignifikáns ( $p = 0,023$ ) rangkorreláció mutatkozott.



1. ábra. Jóllét és depresszió átlagok életkori csoportonként

Szorongás, reménytelenség, stressz és célok tekintetében mutatkoztak szignifikáns különbségek az életkori csoportok között. A fiatalok bizonyultak a legszorongóbbaknak ( $p < 0,001$ ), és az életüket legkevésbé értelmeseleg megélőknék ( $p < 0,001$ ). Észlelt stressz tekintetében pedig azt kaptuk eredményül, hogy a középkorúak rendelkeznek szignifikánsan a legalacsonyabb értékkel ( $p < 0,001$ ), a fiatalok és a nyugdíjasok közötti különbség nem szignifikáns ( $p < 0,05$ ). A következő diagramon (ld. 2. ábra) látható az U alakú mintázat a stressz és reménytelenség tekintetében, miszerint fiatalabbaknál és idősebbeknél magasabb ezen érték.

## IDŐSKORI DEPRESSZIÓ ÉS ÉLETMINŐSÉG



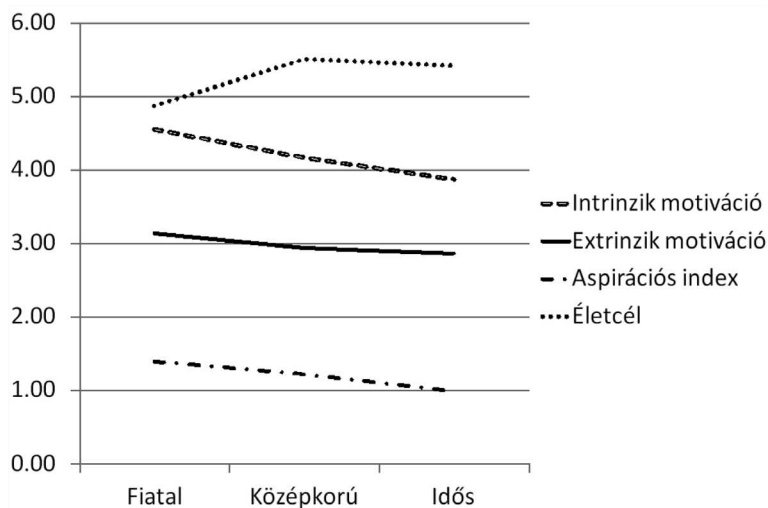
**2. ábra.** Szorongás, észlelt stressz és reménytelenség átlagok életkori csoportonként

Életcélokat (aspirációkat) illetően megállapítható, hogy intrinzik életcélok tekintetében (és az össz aspirációs index tekintetében is) a három életkori csoport szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) elkülönül egymástól: legalacsonyabb átlagértékkel (3,862) a nyugdíjasok rendelkeznek, őket követik a középkorúak (4,167), majd a fiatalok (4,543). Extrinzik életcélok közti különbség nem mutatkozott szignifikánsnak.

Az életcél (élet értelmesség) tekintetében azonban ellentétes eredményeket kapunk: életkorral egyre magasabb pontszámok rajzolódnak ki (ld. 3. ábra).

Az életkorral való rangkorrelációk rámutattak, hogy korral szignifikánsan csökkennek mind az intrinzik ( $\rho = -0,44$ ,  $p = 0,000$ ), mind az extrinzik célok ( $\rho = -0,14$ ,  $p = 0,014$ ), ugyanakkor az élet értelmességének megélése pedig egyre jellemzőbb ( $\rho = 0,25$ ,  $p = 0,000$ ).





3. ábra. Motivációs, aspirációs index és életcél átlagok életkori csoportonként

A korcsoportok közti különbségeket a BDI depresszió kategóriák eloszlása mentén is megvizsgáltuk. A korcsoportok szerint tendenciaszerű eltéréseket kaptunk a BDI kategóriák eloszlásában ( $\chi^2 = 11.654$ ,  $p = 0.0701+$ ). A fiataloknak 21,7%-a legalább közepes mértékben depressziós, ez az arány a középkorúaknál 6,8%, időseknél 17,2%. Látható tehát, hogy a depresszió előfordulása legkevésbé a középkorúakat érinti (2. táblázat).

2. táblázat. Depresszió kategóriák megoszlása életkori csoportonként

	fiatalok (18-34 év)		középkorúak (35-64)		Idősek (65 év felett)		Összesen	
	fő	%	fő	%	fő	%	db	%
<b>BDI</b>								
<b>normál</b>	20	12,4	7	11,9	7	8	34	11,07
<b>enyhe</b>	106	65,8	48	81,4	65	74,7	219	71,34
<b>közepes</b>	25	15,5	2	3,4	14	16,1	41	13,36
<b>súlyos</b>	10	6,2	2	3,4	1	1,1	13	4,23
<b>Összesen</b>	161	100%	59	100%	87	100%	307	100%

A nemek közti különbségeket tekintve hipotézisünk szerint a nők a férfiakhoz képest depressziósabbak és jellemzőbb rájuk a reménytelenség mind a teljes mintát, mind a nyugdíjas mintát tekintve. Hipotézisünk nem teljesült, mivel a kétszemponos robusztus varianciaanalízis szerint a férfiak és nők mindössze az észlelt stressz és az aspirációs mutató tekintetében térnek el egymástól szignifikáns mértékben, mindkét változóban a nők értek el magasabb átlagértéke-

ket. Mindez azt jelenti, hogy bár depresszió szintben nem mutatkozik nemi különbség, a nők stresszesebbek, de ugyanakkor több célról számolnak be.

Külön a nyugdíjasok közti különbségeket vizsgálva is azt tapasztaltuk, hogy nemek közötti szignifikáns különbség csak a stressz és a célok tekintetében mutatkozik, itt is mindegyik esetben a nők értek el magasabb átlagpontszámot. Egy különbség a teljes mintához képest az volt, hogy a nyugdíjasok esetében nem csak az össz aspiráció, hanem kifejezetten az intrinzik motiváltság is magasabb a nőknél a férfiakhoz képest.

Érdeemes megvizsgálni a kapott interakciós eredményeket is: a reménytelenség és a szorongás tekintetében szignifikáns interakciós hatások mutatkoztak. Ezek szerint a nők és a férfiak eltérnek abban, hogy milyen életkori mintázatot mutatnak esetükben a reménytelenség és szorongás szintek. A szorongás tekintetében a nők esetén az idősebb nők kevésbé szorongóak, mint a férfiak, míg férfiaknál nem mutatkozik meg e különbség. A férfiak esetében egy U alakú mintázat mutatkozik meg: a középkorúak alacsonyabb szorongást mutatnak, mint a fiatalok, de az idősek hasonlóan magas szorongást, mint a fiatalok. A reménytelenség tekintetében a férfiak esetében az életkorral növekszik a reménytelenség, a nők esetében nem mutatkozik növekedés.

**3. táblázat.** Szignifikáns kor-nem interakciót mutató skálák átlagértékei és szórásértékei csoportonként

	FÉRFIAK						NŐK					
	Fiatal		Középkorú		Nyugdíjas		Fiatal		Középkorú		Nyugdíjas	
	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD	Átlag	SD
<b>STAI szorongás</b>	2.41 <sub>a</sub>	.71	1.87 <sub>b</sub>	.49	2.30 <sub>a,b</sub>	.35	2.42 <sub>a</sub>	.61	2.20 <sub>a,b</sub>	.56	2.15 <sub>b</sub>	.52
<b>Reménytelenség</b>	1.15 <sub>a</sub>	.23	1.02 <sub>a</sub>	.07	1.42 <sub>b</sub>	.44	1.12 <sub>a</sub>	.26	1.11 <sub>a</sub>	.29	1.19 <sub>a</sub>	.32

Bonferroni tesztek alapján a páros összehasonlításban szignifikánsan különböző csoportok más alsóindexszel rendelkeznek.

### *További eredmények*

Két hipotézisünkön túl megvizsgáltuk azt is, hogy a depressziós és nem depressziós nyugdíjasok mely dimenziókat tekintve térnek el egymástól (ld. 4. sz. táblázat).

4. táblázat. Depressziós vs nem depressziós nyugdíjasok

Változó	nem depressziós (n=72)		depressziós (n=15)		p (Mann-Whitney)
	átlag	szórás	átlag	szórás	
<b>WHO jóllét</b>	2,081	0,628	1,773	0,636	0.088+
<b>STAI szorongás</b>	2,078	0,41	2,693	0,508	0.000***
<b>Reménytelenség</b>	1,073	0,207	1,494	0,382	0.000***
<b>Intrinzik célok</b>	3,894	0,683	3,711	0,708	0.000***
<b>Extrinzik célok</b>	2,808	0,793	3,144	0,499	0.191
<b>Aspirációs index</b>	1,086	0,596	0,498	0,502	0.070+
<b>Észlelt stressz</b>	2,187	0,603	2,324	0,523	0.001***
<b>Életcél (értelem)</b>	5,56	0,786	4,713	0,908	0.613

Mann-Whitney próbával került összevetésre a nem depressziós és depresszióval jellemezhető idős csoport a vizsgálatban használt pszichológiai életminőség mutatók mentén. Eredményeink szerint a depressziós nyugdíjasok a nem depressziósokhoz képest szorongóbbak, nagyobb mértékű reménytelenségről és stresszről számolnak be, kevésbé fontosak számukra az intrinzik életcélok.

A normalitás sérülései miatt Spearman-rho korrelációs elemzéssel történt a jóllét összefüggéseinek feltárása a különböző életkori csoportokban (ld. 5. táblázat). Nyugdíjasok körében megállapítható, hogy a jóllét növekedésével csökken a depresszió, a vonás-szorongás, az észlelt stressz és reménytelenség (ezek mind közepes erősséggel), valamint emelkednek gyenge erővel a különféle életcélok fontosságai, közepes erővel az élet értelmességének érzése. Középkorúak esetében is hasonló kapcsolatokat kaptunk eredményül azzal az elteréssel, hogy a nyugdíjasok körében az életcélokkal kapcsolatos szignifikáns, de gyenge erejű összefüggések a középkorúak körében nem mutatkoztak szignifikánsnak. Fiatalok esetében a depresszió nem mutatott szignifikáns összefüggést a jólléttel, ahogy az észlelt stressz sem. A reménytelenség skála gyenge negatív, az élet értelmességének érzése közepes erősségű pozitív kapcsolatban áll a jólléttel, a vonás-szorongás pedig szignifikáns, közepesen erős negatív irányú kapcsolatban.

5. táblázat. Jólét összefüggései a különböző életkori csoportokban

	Jólét (nyugd)	Jólét (középkorúak)	Jólét (fiatalok)
<b>Depresszió</b>	-0,557**	-0,462**	-0,198+
<b>STAI szorongás</b>	-0,653**	-0,592**	-0,479**
<b>Reménytelenség</b>	-0,519**	-0,384**	-0,298**
<b>Intrinzik célok</b>	0,316**	0,104	0,073
<b>Extrinzik célok</b>	0,158*	-0,06	0,023
<b>Aspirációs index</b>	0,062	0,135	0,076
<b>Észlelt stressz</b>	-0,615**	-0,559**	-0,02
<b>Életcél</b>	0,664**	0,557**	0,514**

## DISZKUSSZIÓ

Kutatásunk célkitűzése a magyar lakosság lelki állapotának, életminőségének vizsgálata olyan pszichés jellemzőkön keresztül, mint depresszió, szorongás, észlelt stressz, életcélok reménytelenség. Három korcsoportot vizsgáltunk: fiatalok, középkorúak és idősek (nyugdíjasok) korosztályát.

Eredményeink szerint a lelki nehézségek a középkorú mintánkat érintették legkevésbé: náluk volt ugyanis legalacsonyabb a stressz és a szorongás szint, valamint a legkisebb arányban mutattak közepesen súlyos vagy súlyos depressziós tüneteket. A fiatalok a középkorúakhoz képest szorongóbbak, stresszesebbek, és összességében is elmondható (jóllehet csak gyenge kapcsolatként), hogy a fiatalabb életkorral alacsonyabb lelki jólét pontszámok láthatóak. A fiataloknál volt a legmagasabb a depressziósok aránya. Ezen eredményeinket az is befolyásolhatta, hogy a mintánkban túlréprezentáltak a negyed és ötödéves egyetemisták, akiknél fokozottabban jelennek meg a kapunyitással kapcsolatos szorongások.

Az idősek sok tekintetben a fiatalokhoz hasonló képet mutattak (hasonló depresszió, stressz szint). Elképzelhető, hogy a fiataloknál a kapunyitás (belépés a nagybetűs életbe, munkahely keresése, szakmai út megválasztása, párkeresés, munkahelykeresés) és az időseknél a kapuzárás (fiziológiai változásokkal, betegségekkel, veszteségekkel, saját elmúlással való szembenézés) sok tekintetben hasonlóképp krízist válthat ki.

Fontos megemlítenünk, hogy magát a depresszió szintjét tekintve nem kaptunk szignifikáns eltérést a csoportok között, azonban a fiatal és az idős korosztályban magasabb volt a depressziósok aránya. A fiatalok 27,1%-a, az idős korosztály 17,2%-a legalább közepes mértékű depresszióban szenvedett, ez az arány a középkorúak esetében csupán 6,8% volt. Eredményünket alátámasztják szakirodalmi eredmények (Rihmer 2005, Kovács és Jeszenszky 2006). Ri-

hmer 2005-ös cikkében leírja, hogy a depresszió manifesztációja 20. életév körül a leggyakoribb, a depressziók incidenciája a 65. életév felett ismét növekszik, és a fiatalabb korból átnyúló depressziókat is tekintetbe véve az organikus kórképek után a depresszió a második leggyakoribb pszichiátriai kórkép idős korban (Rihmer 2005).

Külön kiemelendő, hogy a jóllét tekintetében nem kaptunk különbséget a három korcsoport között, ugyanakkor gyenge, de szignifikáns pozitív összefüggés mutatkozott a jóllét és életkor között, miszerint az idősebb életkorral a jóllét szintje növekszik. Eredményünk ellentmond Susánszky és mtsai. (2006) eredményeinek, miszerint a jóllét csökken az életkorral. Eredményeink szerint mintánkban az életkorral nem csak a jóllét szintje emelkedett, hanem az élet értelmességének megélése is. Az élet a hátralevő idő miatt is sokkal inkább felértékelődik a mérlegelés során. Az általános jóllét és az élet értelmességének megélése (életcél felismerése és teljesítése) a nyugdíjasok mintájában 0,66-os, azaz 0,7 körüli korrelációs, azaz erős összefüggést mutat. Feltételezhetjük, hogy az életet értelmesebbnek megélők esetében a korral nem csökken a pszichés jóllét (sőt akár növekedhet is). Mindezek empirikus alátámasztására célzott longitudinális vizsgálatok szükségesek.

Az idős korosztályt külön vizsgálva is megállapítható, hogy a magasabb jóllétről beszámoló nyugdíjasok alacsonyabb depresszió, szorongás, észlelt stressz és reménytelenség érzésről számolnak be, valamint több aspirációról (célokról). Eredményeinket alátámasztja Susánszky és mtsai. eredménye (2006), miszerint a jóllét negatív kapcsolatban áll a depresszióval és a reménytelenséggel. A célok tekintetében erősebbnek bizonyult az összefüggés az intrinzik (belső), mint extrinzik (külső, materiális) célok esetében: ha egy idős jól érzi magát, fontossá válnak életében az intrinzik célkitűzések, mint a személyiség fejlődése, a kapcsolatok, a társadalom. Az alacsony intrinzik motiváció alacsony jólléttel jár együtt a nyugdíjasok esetében, és a nyugdíjas depressziósok (amellett, hogy reménytelenebbek és szorongóbbak) inkább számolnak be extrinzik célokról (materiális célokról) és kevésbé élük meg életüket értelmesnek.

A nyugdíjas mintán a férfiak reménytelenebbnek, a nők pedig életüket értelmesebbnek megélőknek mutatkoztak. Ezen eredményünk azért is fontos, mert a szakirodalomból tudjuk, hogy a reménytelenség érzése a szuicidium prediktora (Perczel és mtsai. 2001), másrészt a befejezett (öngyilkossággal végződő) szuicidium férfiaknál gyakoribb, és az időskori öngyilkosságok száma igen jelentős (Rihmer 2001). A nemek közti különbségekből még kiemelendő, hogy a 65. életév és feletti nők a férfiakhoz képest alacsonyabb reménytelenség mellett magasabb stressz-szintről is beszámoltak.

Összegezve eredményeink alapján elmondható, az időskorúak lelki jóllétének növelését célzó programoknak egyaránt foglalkozni kell a hangulati problémák felismerésével és csökkentésével, valamint a jóllétet növelő intrinzik értékekre való fókuszálással (kapcsolatokra, nemmateriális értékekre fókuszálás). Mann

és mtsai (2005) szerint a hangulati problémák felismerésében hangsúlyos szerepet kell kapjon az orvosok képzése a depresszió veszélyeztettség szűrési lehetőségeire. Gentile (1991) jónéhány évtizeddel ezelőtt már kiemelte, hogy az idősek gondozásában fontos a fizikai-szociális-kulturális-pszichológiai és környezeti tényezőkre is egyaránt figyelni. Okun (1990) négy területét különíti el a lehetséges intervencióknak: 1) A kontroll növelését szolgáló intervenciók; 2) Szociális aktivitások; 3) Pszichoedukáció; 4) Környezetbarát/ társadalmi tevékenységet. Az intervenciók lehetőségeket illetően érdemes kiemelni az önkéntes munkával kapcsolatos pozitív tapasztalatokat az idősek körében, mely a lehetséges intervenciók területek közül többre is pozitív hatással bír (Musick & Wilson, 2003). Ottoson és Gran (2006) a természeti környezetben végzett intervenciók szerepét hangsúlyozzák, Detweiler és mtsai (2012) külön kiemelik a terápiás célra végzett kertészkedési tevékenységek szerepét. Végezetül néhány szót kell ejtsünk vizsgálatunk korlátairól: mintánk keresztmetszeti, nem reprezentatív és nem tartalmaz klinikai mintát. Fontos megemlítenünk azt is, hogy vizsgálatunk elemszáma a nagyobb, reprezentatív kutatásokhoz (pl. Hungarostudy) képest csekély, és az eredmények validálásához nagyobb mintán végzett vizsgálatokra is szükség van. Az életkori változások nyomonkövetéséhez feltétlenül szükségesek továbbá longitudinális vizsgálatok, a klinikai tünetek vizsgálatához pedig klinikai minta szükséges.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

## IRODALOMJEGYZÉK

- Ágoston, G., Szili, I. (2001): Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. In.: Füredi, J., Németh, A., Tariska, P. (szerk.): A pszichiátria magyar kézikönyve. Medicina kiadó, Budapest.
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990): Psychological perspectives on successful ageing: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P.B., Baltes M.M: Successful ageing: Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge University Press. New York. 1-34.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- Beck, A. T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J.(1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D, Trexler, L. (1974): The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A.T., Beck, R.W. (1972): Shorted version of BDI. *Post. Grad. Med.* 52, 81-85.
- Beck, P., Staehr-Johanse, K., Gudex, C. (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Crumbaugh J. C., & Maholick L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Darvai, L., Rihmer, Z., Balczár, L., Cserháti, Z., Túri, G., Torzsa, P. (2017): Depressziós és szorongásos zavarok az alapellátásban – Több kompetenciát, de segítséget is a háziornak! *Háziornos Továbbképző Szemle*, 22, 161-165.
- Detweiler, M. B., Sharma, T., Detweiler, J. G., Murphy, P. F., Lane, S., Carman, J., ... & Kim, K. Y. (2012). What is the evidence to support the use of therapeutic gardens for the elderly?. *Psychiatry investigation*, 9(2), 100.
- Erikson, E.: (1956). "The problem of ego identity". *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 56–121
- Gentile, K. M. (1991). A review of the literature on interventions and quality of life in the frail elderly. In *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 74-88). Academic Press.
- Kasser, T., Ryan, R. M. (1996): Further examining the American dream: differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 280-287.
- Kaszás, B., Tiringi, I. (2010): Szelekció, Optimalizáció, Kompenzáció: Baltes modellje az időskori alkalmazkodási folyamatokra. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11(3), 191-208.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Swartz, M., Blazer, D. G., & Nelson, C. B. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Survey I: Lifetime prevalence, chronicity and recurrence. *Journal of Affective Disorders*, 29, 85-96.
- Kinsella, K. and Velkoff, V.A. (2001) *An Aging World 2001*. Series P95/01-1, US Census Bureau, Washington DC.
- Konkolý Thege B., Martos, T. (2006): Az Életcél Kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7(3) 203-216.
- Kopp, M., Fóris, N. (1993): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken Kiadó. Budapest.
- Kopp, M., Pikó, B. (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség, pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó. 10-19.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In: Nagy I., Pongrácz T. (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Budapest. TÁRKI- Szociális és Munkaügyi Minisztérium. 117-136.
- Kopp, M., Fóris, N. (1993): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. Végeken sorozat.
- Kovács, M.E., Jeszenszky, Z. (2006): Időskor és életminőség. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó. 134-143.
- Lazarus. R. S, Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984
- Luppa, M., Sikorski, C., Luck, T., Ehreke, L., Konnopka, A., Wiese, B., ... & Riedel-Heller, S. G. (2012). Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 212-221.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... & Mehlum, L. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*, 294(16), 2064-2074.



- Martos, T., Szabó, G., Rózsa, S. (2006): Az Aspirációs Index Rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3, 171-191
- Máttyássy, A., Kelemen, O., Szűcs, A. (2001): Időskori depresszió. In.: Szádóczky E., Rihmer Z.(szerk): *Hangulatzavarok*. Medicina Kiadó. Budapest, 78-91.
- Monostori, J. (2015): Öregedés és nyugdíjba vonulás. In.: Monostori, J., Óri P., Spéder Zs.(szerk): *Demográfiai portré* KSH NKI, Budapest: 115-134.
- Musick, M. A., & Wilson, J. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Social science & medicine*, 56(2), 259-269.
- Okun, M. A., Olding, R. W., & Cohn, C. M. G. (1990). A meta-analysis of subjective well-being interventions among elders. *Psychological Bulletin*, 108, 257-266.
- Ottosson, J., & Grahn, P. (2006). Measures of restoration in geriatric care residences: the influence of nature on elderly people's power of concentration, blood pressure and pulse rate. *Journal of Housing for the Elderly*, 19(3-4), 227-256.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., Rózsa, S. (2001): A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16 (6): 632-643.
- Perczel-Forintos, D., Rózsa, S., & Kopp, M. (2007). A Beck-féle Reménytelenség Skála rövidített változatának vizsgálata Magyarországon egy országos reprezentatív felmérés tükrében. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 22(5), 375-389.
- Rihmer, Z. (2001): Öngyilkosság. In.: Szádóczky E., Rihmer Z. (szerk): *Hangulatzavarok*. Budapest: Medicina Kiadó, 302-319.
- Rihmer, Z.(2005): Depresszív kórképek idős korban. In.: Székács Béla (szerk): *Geriátria- Az időskor gyógyászata*. Medicina Kiadó. Budapest. 206-209.
- Rihmer, Z., Szekeres, Gy., Pestality, P., Balázs, J., Mirnics, Zs., Szili, I., Döme, P. (2017): A bipoláris affektív betegségek diagnosztikájáról és terápiájáról. *Psychiat Hung*. 32 (2):178-224.
- Rihmer, Z., Szili, I., Kalabay, L., Torzsa, P.(2016): A depresszió és öngyilkossági veszély szűrése a házi-orvosi és általános orvosi gyakorlatban. *Lege Artis Medicinae*, 27: 17-24.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI manual for the State-Trait Inventory*. Palo Alto.
- Stauder, A., Konoljy Thege, B. (2006): Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 3: 203-216.
- Susánszky, E., Konkolj Thege B., Stauder, A., Kopp, M. (2006): A WHO Jólét Kérdőív Rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7,3, 247-255.
- Szádóczky, E, Papp, Z, Vitrai, J. (2000). A hangulat és szorongásos zavarok előfordulása a felnőtt magyar lakosság körében. *Orv Hetil*, 141: 17-22.
- Takács, Sz. (2012): Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban, *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29: 67-100.
- Takács, Sz. (2016): *Bevezetés a matematikai statisztikába, elmélet és gyakorlat*, Antársz Kiadó, Budapest.
- WHO: Preventing suicide: A global imperative. Geneva, 2014. [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/),

# MEASURING SCHOOL HAPPINESS AMONG HUNGARIAN ELEMENTARY SCHOOLCHILDREN

DIÓSI Karola, Eötvös Loránd University, Hungary  
TÖRÖK Regina, Károli Gáspár Reformed Church University, Hungary  
Attila OLÁH, Eötvös Loránd University, Hungary  
VARGHA András, Károli Gáspár Reformed Church University, Hungary,  
Eötvös Loránd University, Hungary

## Abstract

Subjective well-being (SWB) has been studied among adults using a variety of self-reported methods. However, there are relatively few tests of SWB available for children. Measuring SWB is also important in the school environment, but there is no valid and reliable Hungarian test for elementary schoolchildren. The aim of the study presented in this paper was to adapt the School Children's Happiness Inventory (Ivens, 2007) to Hungarian and to construct a shorter version of the test. A multistep test reduction yielded a 12 items version that had excellent fit measures in confirmative factor analysis and high level Cronbach's alphas in all grade groups. The validity of the new test was confirmed by means of a mental health test also developed for children. Concordant validity was confirmed by the significant correlations between the subscales of the new test and the Flow item of the mental health test. An interesting additional result is that SWB is in a negative relationship with age among schoolchildren.

**Keywords:** Happiness tests, mental health, SCHI, subjective well-being

## Abbreviations

CEeff: Creative and executing efficiency scale of MHT

CFA: confirmatory factor analysis

GMH: General Mental Health scale of MHT

MHT: Mental Health Test

MHT-C: Children's version of Mental Health Test

Res: Resiliency scale of MHT

Sav: Savouring scale of MHT

SCHI: School Children's Happiness Inventory

SCHI-S: Short Version of School Children's Happiness Inventory

SCHN: Negative subscale of School Children's Happiness Inventory

SCHP: Positive subscale of School Children's Happiness Inventory

SCHT: Total score of School Children's Happiness Inventory

Sreg: Self-regulation scale of MHT

SWB: subjective well-being

WB: Well-being scale of MHT

## INTRODUCTION

Happy people live longer and recover faster from diseases (Diener and Chan, 2011, Veenhoven, 2008), they work harder and are more efficient (Zelenski, Murphy and Jenkins, 2008), empathic and helpful (Hauser, Preston and Stansfield, 2014), and creative (Myers, 2000). The everyday happiness or subjective well-being (SWB) is the individual's overall appraisal of his or her affective state (Ivens, 2007).

For adults there are available several tests of SWB (Caprara et al. 2012, Diener, Emmons, Larsen and Griffin, 1985, Huppert and So, 2013, Milyavskaya and Koestner, 2011, Szabó, 2019). However, for children the repertoire is not so rich. The positive psychological markers of children and adolescents have only recently gained attention.

It should be pointed out that no strong relationships are demonstrated between life satisfaction in children and demographic variables such as age or grade level (Huebner, 2004). Nonetheless, there may be some differences in the recurrence of positive feelings, which reveals that higher positive affect is present in children of elementary schoolchildren than in high school students (Greene, 1990). In this present study, the age parameters were properly designed for middle childhood age range. Moreover, the self-rating measure of life satisfaction and happiness show considerable validity in children over 8 years of age (Ivens, 2007).

However, the happiness of schoolchildren is characterized as a positive emotional state that exists as a result of harmony between specific environmental factors and the student's needs and expectations from the school (Engels, Aelterman, Petegem & Schepens, 2004). It means social relationships, school conditions, health status and self-fulfilment are all related factors regarding school well-being.

Ideally, children should be happy and content while being educated: not only after leaving the school benches or on the weekends. Furthermore, enjoyment and satisfaction of school is related to the demonstration of competencies and school performance (Shernoff and Csikszentmihalyi, 2009).

The study of children's well-being has lagged behind the research of adults. However, the progress for research on children and adults seems the similar: after a long period of focus mainly at psychopathology, recently the issues of positive psychology have yielded more interest. In the 1990s it started to be developed to assess children's and youth's life satisfaction (Huebner, 1991), hope (Snyder et al. 1997) and happiness (Ivens, 2007). These measures take into consideration the developmental differences between children and adults such as interest, life circumstances, psychological and social maturity (Huebner, 2004).

One of the few scales is Ivens' School Children's Happiness Inventory (SCHI) (Ivens, 2007), which has already gained an international reputation. The findings from other research obtained that regarding the reliability and validity of the

inventory were consistent with the results obtained in the original sample where the scale was developed (Telef, 2014, Uusitalo-Malmivaara, 2012, Navarro, Ruiz-Oliva, Larrañaga, and Yubero, 2013, Allodi, 2010).

It was demonstrated that there are significant negative relations between SCHI and depression and negative experiences, besides that significant positive relations between the inventory and positive affections (Telef, 2014, Uusitalo-Malmivaara, 2012). Girls and boys are general equally happy (Uusitalo-Malmivaara, 2012), global happiness between them is the same high magnitude that has been obtained in previous studies with adult (Lyubomirsky and Lepper, 1999). Good and satisfied relationships with other people (not just with family members) seem to be closely related to global and school happiness more often among girls than among boys (Uusitalo-Malmivaara, 2012).

Noddings (2003, p. 2) declares it clearly: happy children learn the best. So why is it so important to assess the level of SWB in school environment? Beyond evident moral reasons we mention that students characterized with a high level of SWB are dominantly in positive, optimistic, confidential conditions, they are eager to acquire knowledge and prone to experience flow in school (Fredrickson and Branigan, 2005, Suldo et al, 2015).

#### INTERNATIONAL WELL-BEING EDUCATION NETWORK<sup>1</sup>

Most of the effort put into schooling has been directed to improving academic achievements and knowledges, not to promoting students' emotional and social well-being. All the same, happy children form better the future because they can find the purpose of their lives sooner, have meaningful goals and are ready to act. They are lively and throw themselves into life with more enthusiasm. Therefore education for well-being is not simply a goal, it is a mission for teachers, parents and governments.

The IWEN (International Well-Being Education Network) Happiness Lessons Programme in schools was launched in Hungary in 2014. The program affects positively the mental and psychological development of schoolchildren, and due to its strict methodological system it also helps to build the class into a solidary team, it strengthens social connections, improves the adult-child relationships. Those who take part in the process, whether parents or teachers, schoolchildren, will experience positive feelings such as joy, gratitude, happiness, autonomy, self-efficacy, confidence. These experiences come from their own and others' rich personalities and their interactions.

The Happiness Lessons Programme consists of ten consequent topics based on positive psychology for primary and secondary school children (such as

<sup>1</sup> see more at <http://iwenhappinesslessons.com/>

kindness, gratitude, tolerance, resilience...). On each level they are meant to unveil the different components and practices of happiness. The Programme provide experience-rich and cheerful tasks, exercises and games which are dedicated to gradually increase joy and happiness of live.

The project embraces a number of various methods whilst focusing on supporting individual and teamwork in many different ways. The lessons are founded on encouraging and supportive pedagogical attitude which using techniques like stress relief, recollection of own experiences, relaxation, common brainstorming and experience-based construction of new knowledge. Happiness Lessons incorporate lots of creative activities like doing music, drawing, improvisations and playing. Each topic has theoretical background, lessons plan and task to choose from.

#### PURPOSE OF THE CURRENT STUDY

The purpose of this study was to adapt SCHI into Hungarian, confirming its reliability and making the first steps in validating the inventory in Hungarian schoolchildren population. Our purpose was also to shorten the 30-item long questionnaire so as making it be more convenient for pupils of lower grades, whose literacy is not so developed as those of pupils of higher grades.

#### METHOD

##### *Participants*

The sample consisted of 1415 schoolchildren from 28 different elementary schools of 22 settlements of Hungary, representing all seven regions, the capital (Budapest) and 13 out of the 19 counties of the country. The number of inhabitants of the 22 settlements varied largely. Six of them were less than 3,000; three between 5,000 and 20,000; eight between 25,000 and 75,000; four between 100,000 and 220,000; and finally one (the capital) above 1.7 million. This heterogeneity with necessarily strongly diverse students insured a kind of areal representativity of the sample and strengthened our statistical results.

The participants studied at the following grades: 237 (16.7%) students at 3rd grade, 446 (31.5%) students at 4th grade, 178 (12.6%) students at 5th grade, 279 (19.7%) students at 6th grade, 158 (11.2%) students at 7th grade and 117 (8.3%) students at 8th grade. All of the schools involved participated in the Happiness Lessons Program with at least one class. 1172 children (in 64 classes 579 males, 590 females, and 3 with unidentified gender) were enrolled during at least one semester in such lessons, whereas 243 (in 16 classes 111 males,

131 females, and 1 with unidentified gender) were not enrolled. Students with different types of disabilities were not excluded from the investigation unless they were totally unable to fill the two questionnaires even with the help of the attendant teacher.

### *Procedure*

A Hungarian translation of SCHI (Vargha, Török, Diósi and Oláh, 2019), and a Mental Health Test adapted for children (Vargha et al., 2019; Vargha, Zábó, Török and Oláh, 2020) were used as data collection instruments in the research. The electronic versions of the two questionnaires were sent to the school principals by means of Foundation *Jobb Veled a Világ*<sup>2</sup>. They were printed at schools and filled by the students anonymously in paper-and-pencil form during appropriately chosen classes.

We asked for written parental permissions and the consent of the participating students. The research gave each participant the opportunity to refuse to participate in the investigation and to decline any time if they wanted.

The filled questionnaires were obtained by the researchers via regular mail. The investigation was carried out in 2018-19. Since the items of Mental Health Test were a bit difficult to understand under 10, it was not administered at grades 3 and 4. Children who did not answer more than four questions in SCHI or more than three questions in SCHI were dropped from the analyses. Sample sizes indicated above do not include these children.

In order to check the validity of the inventory, structure validity (item analysis with Cronbach alpha and confirmatory factor analysis<sup>3</sup>) and criterion related validity were checked. The data of the research were analysed with ROPstat 2.0 (Vargha, Torma and Bergman, 2015) and Mplus 7.3 (Muthén and Muthén, 2011).

### *Measuring Tools*

SCHI, which is especially useful in assessing the effect of school-based interventions and influences on schoolchildren's well-being, consists of 30 items of 4 point Likert scales (1 = I agree a lot, 4 = I disagree a lot). All items refer to feelings of the pupil during the last week in school. The questionnaire was translated from English to Hungarian first by the first author. Then the translation was checked and corrected by professional translators (see the final Hungarian version of the 30-item SCHI in the Appendix of Vargha et al., 2019).

<sup>2</sup> In English: World is Better With You Foundation (see <http://jobbveledavilag.hu/>)

<sup>3</sup> Denoted by CFA in the following

SCHI has a positive (SCHIP) and a negative subscale (SCHIN) based on the idea that SWB includes a positive and a negative component (Diener, 1984). SCHI consists of a balanced number of positive (e. g., I felt good) and negative (e. g., I wanted to cry) SWB items. SCHIP and SCHIN were defined as the averages of the scores of the corresponding items. The total score (SCHIT) was defined as the average of the scores of the 30 items after converting the scores of the negative items.

An important mission and duty of positive psychology is to develop reliable and valid tests of mental health. For the Hungarian adult population Vargha et al. (2020) developed such a questionnaire, called Mental Health Test (MHT). Mental health implies a skill by means of which the individual experiences and maintains its positivity. This needs efficient coping, the capability for savoring, resilience and the presence of dynamic self-control. For this reason MHT is based on the following five pillars of mental health.

1. Well-being (WB): SWB as explained above (Diener, 1984).
2. Savoring (Sav): the conscious and active experience of positive moments in life (Bryant and Veroff, 2007).
3. Creative and executing efficiency (CEff): the competence by which the individual is capable to change physical and social circumstances in order to reach aspired goals and a better accommodation to the surrounding environment (Oláh, 2005).
4. Self-regulation (Sreg): the capacity to control attention, emotional states and mental processes, the persistence in attaining goals (Oláh, 2005), to bring thoughts and behaviour in line with goals and intentions (Wagner and Heatherton, 2015).
5. Resiliency (Res): the capacity of resistance to illness, adaptation, and thriving, the ability to bounce back after encountering difficulty and to recover from stress and mental pits (Block and Kremen, 1996, Smith et al, 2008, Southwick and Charney, 2018).

MHT with its five subscales corresponding to these five pillars, has a reliable construct confirmed by item analysis and confirmatory factor analysis (CFA) both in adult (Vargha et al., 2020) and young (Vargha et al., 2019) population. The original children's version of MHT (MHT-C) consisted of 20 6-point items, 19 of which belonged to one of the five subscales<sup>4</sup>, whereas 1 item referred to the capability of feeling flow. Since one item of subscale Sreg had a nonsignificant item-remainder correlation, it was omitted from the test. With this modification MHT-C indicated an excellent fit in CFA (RMSEA = .037; C95 = [.030; .044]; pClose = .999; SRMR = .043; CFI = .948, TLI = .935).

The English translations of the remaining 19 items with their scale belongingness are listed in Appendix 1. In this final version subscales WB, SReg,

<sup>4</sup> Short name of subscales are WB: Well-being; SReg: Self-regulation; Sav: Savouring; CEff: Creative and executing efficiency; Res: Resiliency.



Sav, CEEff, and Res included 3, 3, 3, 4, and 5 items, respectively. The scores of the subscales were computed as the averages of the scores of the corresponding items, and the total score, GMH<sup>5</sup>, as the average of all five subscales. Since mental health and SWB are closely related constructs (Antaramian, Huebner, Hills, and Valois, 2010), MHT seems to be a perfect tool in validating SCHI.

## RESULTS

Cronbach's alpha values of subscales SCHIP and SCHIN (.863 and .855) indicated an excellent level of internal consistency. However, the fit to a two-dimensional latent factor model based on the two subscales and tested by CFA yielded inconsistent results. Though the absolute fit indices indicated a good model (RMSEA = .051 < .06; C95 = [.048; .053] includes .05; pClose = .359 > .05; SRMR = .058 < .08), the relative fit indices indicated a poor model (CFI = .807, TLI = .792). In Mplus the robust MLMV method<sup>6</sup> was applied, which seems to be one of the best ML-alternative under the violation of normality (Gao, Shi, and Maydeu-Olivares, 2020). The fit did not improve by using another robust alternatives (MLR or MLM), or applying a bifactorial or second-order hierarchical model.

In line with this poor fitting and our initial aim to shorten the 30-item SCHI, we reduced the 30 items in several steps of CFA omitting in each step one or two items having the lowest standardised factor loadings. Finally both subscales were reduced to six items conforming to the requirement proposed by Wuensch for each factor to include at least six items<sup>7</sup>. In this model<sup>8</sup> all factor loadings exceeded .50 (SCHIP: .51–.78; SCHIN: .52–.71), and though the test of fitting was significant due to the large sample size ( $\chi^2 = 135.0$ ,  $df = 53$ ,  $p < .0001$ ), all fit indices were excellent (RMSEA = .035; C95 = [.027; .042]; pClose = 1; SRMR = .026; CFI = .974, TLI = .968). Using MLR method instead of MLMV in CFA the obtained fit indices differed only occasionally in the 3rd decimals. In the obtained CFA model the latent factors beyond SCHIP and SCHIN had a correlation of .715 ( $R^2 = .511$ ), which justifies both the meaningfulness of the two subscales, SCHIP and SCHIN separately, and the meaningfulness of a common scale consisting of all test-items.

With this test reduction the shortened form of SCHI (SCHI-S) subscale SCHIP included items 6, 11, 21, 23, 26, 30 and subscale SCHIN included items 4, 5, 12, 13, 15, 25, using the original test indices (see Appendix 2). SCHIP and

<sup>5</sup> Short name for General Mental Health

<sup>6</sup> Maximum likelihood estimation with robust standard errors and a mean- and variance adjusted test statistic (using a scale-shifted approach); see <http://lavan.ugent.be/tutorial/est.html>

<sup>7</sup> See [core.ecu.edu/psyc/wuenschk/MV/FA/FA-SPSS.pptx](http://core.ecu.edu/psyc/wuenschk/MV/FA/FA-SPSS.pptx)

<sup>8</sup> Number of complete cases:  $N_{comp} = 1288$

SCHIN were computed as the averages of the scores of their items. The total score, SCHIT was computed as the average of the scores of all 12 items after converting the scores of items in SCHIN.

The internal consistency of the SCHI-S subscales was still good, especially in higher grades (see Table 1). It is also important to mention that the correlations between the original and shortened forms of SCHIP, SCHIN, and SCHIT were .911, .906, and .943, respectively ( $N = 1415$ ), that is the test reduction preserved the meaning of the test scales.

The internal consistency of the MHT-C subscales was a bit weaker but still acceptable (for WB, Sav, CEff, Sreg, Res, and GMH the Cronbach's alpha values were .789, .675, .708, .625, .700, and .835, respectively).

Basic statistics of the scales of SCHI-S and MHT-C are summarized in Table 2. Transforming the mean of SCHIN to the scale of SCHIP (using the  $y = 5 - x$  linear transformation), 3.345 is obtained, which is significantly greater than the SCHIP mean, 3.086 ( $t = 18.443$ ;  $df = 1414$ ;  $p < .0001$ ). Cohen's  $d = .474$  indicates a medium size difference between the two means. This means that in the case of the negative items of SCHI-S (and probably of other questionnaires as well) children are more willing to choose options close to the smallest possible value (in SCHI-S it is always 1) than to choose options close to the largest value in case of the positive items. Performing a sign test ( $z = 15.668$ ,  $p < .0001$ ) it turns out also beyond the strong significance that the converted SCHIN value is greater than the corresponding SCHIP value in 65.2% of the children and less than in 25.4% of the children. This result is an important take-home message for those who construct verbal questionnaires with Likert scale items. It is interesting that this phenomena is more typical for males (Cohen's  $d = .574$ ) than for females (Cohen's  $d = .395$ ), confirmed also by the significance of the Gender (male vs. female) by Subscale type of SCHI-S (SCHIP vs. SCHIN) interaction effect in a two-way mixed ANOVA ( $F(1; 1409) = 4.720$ ;  $p = .030$ ).

Based on the values and significances of Skewness and Kurtosis in Table 2 one can conclude that SCHI-S and MHT-C scales (except for CEff) are all heavily nonnormal, which circumstance has to be taken into account in the subsequent statistical analyses.

In the next step intercorrelations were computed for all pairs of test scales. Due to the strong violation of normality assumption Spearman rank correlation  $\rho$  values were computed instead of Pearson correlation  $r$  values (see Table 3).

Based on Table 3 the following conclusions can be drawn.

1. Within SCHI-S both the positive and the negative subscale correlate with the total score with at a high level above .8, underlining the importance of the main SCHIT scale in evaluating SCHI-S test results. However, the medium size correlation between SCHIN and SCHIT ( $\rho = -.494$ ) with an about 30% explained variance (Pearson  $r = -.55$ ) indicates that SCHIN and SCHIT differ not only in their value level but also in their psychological

- meaning. This implies the practical advice: in evaluating SCHI-S it is not enough to interpret the value of SCHIT.
2. Within MHT-C intercorrelations vary in a wide range (from .076 to .530) that confirms the multidimensional feature of MHT-C as a mental health test and opens room for specific meanings of the individual subscales.
  3. However, GMH, the total score of MHT-C correlates most strongly and a very high level ( $\rho = .795$ ) with subscale WB, indicating that GMH is primarily an SWB measure.
  4. Based on correlations between SCHI-S subscales and MHT-C subscales the following conclusions are worth mentioning.
    - a. Correlations are always stronger between SCHIP and MHT-C subscales consisting of only directly formulated positive items (WB, Sav, CEff) than between SCHIN and the same MHT-C subscales (e.g., in case of CEff  $\rho = .412$  vs.  $\rho = -.180$ ). However the situation is just the opposite with MHT-C subscales consisting of only indirectly formulated negative items (Sreg and Res). For these subscale correlations with SCHIN are always stronger than with SCHIP (e.g., between SCHIN and Sreg  $\rho = -.383$ , whereas between SCHIP and Sreg  $\rho = -.187$ ).
    - b. SCHI-S scales correlate most strongly with WB and GMH out of MHT-C scales, which validates SCHI-S as an SWB measuring tool. The strongest such correlations (obtained between SCHIT and WB, and SCHIT and GMH) are around the .70 level.

Regarding the impact of gender and grade the following results were obtained.

1. All three scales of SCHI-S had a lower level of Cronbach's alpha for males (.755, .776, and .831) than for females (.804, .818, and .867). However, the two genders did not differ in the level of these scales (in Mann-Whitney rank test  $p > .05$  for each comparison).
2. SCHIP and SCHIT are in a significant negative ( $\rho = -.207$ , and  $\rho = -.185$ ;  $p < .001$ ) and SCHIN in a significant positive ( $\rho = .105$ ;  $p < .001$ ) relationship with the grade indicating a tendency that in higher grades the SWB of children is at a lower level. This was confirmed by a significant group effect of grade (grouped according to Table 1) in Kruskal-Wallis test on SCHIP ( $H(2) = 73.494$ ,  $p < .001$ ) and on SCHIN ( $H(2) = 18.567$ ,  $p < .001$ ). The rank means of SCHIP and SCHIT in the three grade groups show clearly an opposite trend: while SCHIP shows a gradual decrease with grade, SCHIN shows a gradual increase (see Graph 1). Conducting pairwise comparisons of the rank means with robust Brunner-Munzel rank test (Brunner and Munzel, 2000) applying Bonferroni's correction on the  $p$ -values (Rupert, 1981), a significant decrease of the rank mean of SCHIP occurred from Grades 3-4 to Grades 5-6 ( $p < .001$ ), and Grades 3-4 to Grades 7-8 ( $p < .001$ ). Also, a significant increase of the rank mean

of SCHIN occurred from Grades 3-4 to Grades 7-8 ( $p < .001$ ), and from Grades 5-6 to Grades 7-8 ( $p = .0257$ ).

We computed correlations also between the Flow item of MHT-C (*If I am really interested in something, I can do it with joy and with close attention, even in difficult conditions.*), and the scales of both tests (see Table 4). The obtained results (significant positive correlations with SCHIP and SCHIT, and significant negative correlation with SCHIN) are consistent with the often justified positive relationship between SWB and flow (Csikszentmihalyi, Abuhamdeh and Nakamura, 2005). We have to mention also that the levels of SCHI-S subscales did not depend on whether the child belonged to a class participating in the Happiness Lessons Program or not.

As the final step of validation analyses Pearson and Spearman correlations between SCHI-S subscales and individual test items of MHT-C were computed. It is only worth mentioning that SCHIP correlated most strongly with all three items of WB subscale of MHT-C: 1. (*„Joy is present more than sorrow in my everyday.”*  $r = .603$ ;  $\rho = .594$ ), 15. (*„My general psychological state is good.”*:  $r = .572$ ;  $\rho = .557$ ), and 19. (*„How you feel about your life as a whole?”*:  $r = .577$ ;  $\rho = .539$ ). All these correlations were significant at  $p < .001$  level. The same results were obtained also for SCHIN, but with somewhat weaker correlations.

## DISCUSSION

Measuring SWB is important also in school environments, but such a test has not been available for Hungarian children so far. The purpose of the present paper was to present a study on the first steps of the test adaptation of Ivens' School Children's Happiness Inventory (Ivens, 2007) to Hungarian schoolchildren population along with a shortening of the original 30-item long questionnaire. A multistep test reduction yielded a 12-item long version of SCHI (called SCHI-S), yielding excellent fit measures in CFA and high level Cronbach's alpha values in each grade group (see Table 1).

This result is consistent with the findings from other research with SCHI (Telef, 2014, Uusitalo-Malmivaara, 2012, Navarro et al., 2013, Allodi, 2010). Furthermore it is also shown that the self-rating measure of SWB is valid and reliable in children over 8 years of age (Ivens, 2007).

Though the positive and negative subscales of SCHI-S, SCHIP and SCHIN fit to the same construct of SWB, they correlate with each other only at a moderate (about .5) level. This justifies both the meaningfulness of the two subscales, SCHIP and SCHIN separately, and the meaningfulness of a common scale consisting of all test-items (SCHIT). This implies the practical advice: in evaluating SCHI-S it is not enough to interpret the value of SCHIT alone. In order to clarify the

unique psychological meaning of SCHIP and SCHIN and the way to interpret these subscales further investigations are needed. Other adaptation of SCHI do not mention any results concerning the separate treatment of the positive and negative subscales (Eloff, 2008, Telef, 2014, Uusitalo-Malmivaara, 2012). A special result obtained in our study concerning the difference between positive and negative subscale is that in case of negative items children are more willing to choose options close to the smallest possible value than to choose options close to the largest value in case of the positive items. This phenomena is more typical for males than for females and the reason for this gender difference may be that boys are more reluctant to admit their weakness, mistakes, and negative emotions than girls (Chaplin, 2015).

The relevance of formulated items in positive or negative form may also be reflected in the result that the subscales of MHT-C consisting of only positive items (WB, Sav, and CEff) correlate always more strongly with SCHIP than with SCHIN, and the subscales of MHT-C consisting of only negative items (Sreg and Res) correlate always more strongly with SCHIN than with SCHIP (see first two lines in Table 3).

An important result is that SWB of Hungarian elementary schoolchildren measured by SCHI-S is steadily decreasing from grade 3 to grade 8 (see Graph 1). A similar result was obtained also with Finnish schoolchildren (Uusitalo-Malmivaara, 2012), and as Greene (1990) states positive emotions are more dominant in children of elementary school than in high school student. This result may be due to the gradually increasing demands in the upper grades of the elementary schools. Another possible explanation is that children around 10 feel less responsibility, and therefore are happier than older children. It can be also considered that year by year the children grow and mature, and they become more capable to distinguish between the frequencies of positive and negative feelings.

Beyond psychometric structural validation the strong, often around .70 level correlations between SCHI-S scales (mainly SCHIP and SCHIT) and the WB subscale of MHT-C (see Table 3) confirm that SCHI-S is an SWB test. Here the WB subscale can be regarded as a criterion measure of SWB. Criterion validity was further confirmed by the strong correlations between the subscales of SCHI-S and all items of the WB subscale. Concordant validity was confirmed by the significant correlations between the subscales of SCHI-S and the Flow item of MHT-C (see Table 4).

## CONCLUSIONS

In conclusion, the presented study provided convincing proof that the Hungarian adaptation of Ivens' School Children's Happiness Inventory (Ivens, 2007) was successful. Both structural validity with a well-fitting model, and criterion and convergent validity confirmed the construct of the original English version. However, further investigations are needed for clarifying the special meaning of positive and negative scales of SCHI-S. A weakness of our study is that external validation with a self-report verbal mental health questionnaire was only preformed with schoolchildren of grade 5 to 8. We suggest for younger children a validation with rating scales. We plan also to investigate whole class groups with the method of sociogram and relate individual SCHI-S scores to the position in the social structure.

## CONFLICT OF INTEREST

There were no financial interests or any conflict of interest with regard the present paper.

## BIBLIOGRAPHY

- Allodi, M. W. (2010). Goals and values in school: A model developed for describing, evaluating and changing the social climate of learning environments. *Social Psychology of Education, 13*(2), 207-235.
- Antaramian, S.P., Huebner, E. S., Hills, K. J., & Valois, R. F. (2010). A dual-factor model of mental health: Toward a more comprehensive understanding of youth functioning. *American Journal of Orthopsychiatry, 80*(4), 462-472.
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*(2), 349-371.
- Brunner, E., & Munzel, U. (2000). The nonparametric Behrens-Fisher problem: Asymptotic theory and a small-sample approximation. *Biometrical Journal, 42*(1), 17-25.
- Bryant F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A., & Abela, J., et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment, 24*(3), 701-712.
- Chaplin, T. M. (2015). Gender and Emotion Expression: A Developmental Contextual Perspective. *Emotional Review, 7*(1), 14-21.
- Csikszentmihalyi, M., Abuhamdeh, S., & Nakamura, J. (2005). Flow. In Elliot AJ and Dweck CS (Eds.), *Handbook of competence and motivation* (pp. 598-608). New York: Guilford Publications.

- Diener, E. D., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.
- Diener, E. D. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Eloff, I. (2008). In pursuit of happiness: How some young South African children construct happiness. *Journal of Psychology in Africa*, 18(1), 81-87.
- Engels, N., Aelterman, A., Petegem, K. V. & Schepens, A. (2004). Factors which influence the well-being of pupils in Flemish secondary schools. *Educational Studies*, 30(2), 127-143.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought action repertoires. *Cognition and Emotion*, 19(3), 313-332.
- Gao, C., Shi, D., & Maydeu-Olivares, A. (2020). Estimating the maximum likelihood root mean square error of approximation (RMSEA) with non-normal data: A Monte-Carlo study. *Structural Equation Modeling. Multidiscip. Res. J.*, 27(2), 192-201.
- Greene, A.L. (1990). Patterns of affectivity in the transition to adolescence. *Journal of Adolescent Child Psychology*, 50, 340-356.
- Hauser, D. J., Preston, S. D., & Stansfield, R. B. (2014). Altruism in the wild: When affiliative motives to help positive people overtake empathic motives to help the distressed. *Journal of Experimental Psychology: General*, 143(3), 1295-1305.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the students' life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12, 231-240.
- Huebner, E.S. (2004). Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being. *Social indicators research*, 110(3), 837-861.
- Ivens, J. (2007). The Development of a Happiness Measure for Schoolchildren. *Educational Psychology in Practice*, 23(3), 221-239.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137-155
- Milyavskaya, M. & Koestner, R. (2011). Psychological needs, motivation, and well-being: A test of self-determination theory across multiple domains. *Personality and individual differences*, 50(3), 387-391.
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (1998-2011). *Mplus User's Guide. Sixth Edition*. Los Angeles CA: Muthén & Muthén.
- Myers, D. G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55(1), 56-67.
- Navarro, R., Ruiz-Oliva, R., Larrañaga, E., & Yubero, S. (2013). The Impact of Cyberbullying and Social Bullying on Optimism, Global and School-Related Happiness and Life Satisfaction Among 10-12-year-old Schoolchildren. *Applied Research in Quality of Life*, 10(1), 15-36.
- Noddings, N. (2003). *Happiness and education*. New York: Cambridge University Press
- Oláh, A. (2005). *Anxiety, Coping, and Flow: Empirical studies in interactional perspective*. Budapest: Trefort Kiadó.
- Rupert, G. M. (1981). *Simultaneous statistical inference*. Springer Science & Business Media.



- Sherhoff, D. J., & Csikszentmihalyi, M. (2009). Flow in schools. In R. Gilman, E. S. Huebner, & M. J. Furlong (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 131–145). New York: Routledge
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., et al. (1997). The development and validation of the children's hope scale. *Journal of Pediatric Psychology, 22*(3), 399–421.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15*, 194–200.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. New York: Cambridge University Press.
- Suldo, S. M., Hearon, B. V., Bander, B., McCullough, M., Garofano, J., Roth, R. A., & Tan, S. Y. (2015). Increasing elementary school students' subjective well-being through a classwide positive psychology intervention: Results of a pilot study. *Contemporary School Psychology, 19*(4), 300–311.
- Szabó, A. (2019). Validity of the Hungarian Version of the Subjective Happiness Scale (SHS-HU). *Journal of Mental Health and Psychosomatics, 20*(1), 180–201.
- Telef, B. B. (2014). School Children's Happiness Inventory: The Validity and Reliability Study. *International Online Journal of Educational Sciences, 6*(1), 130–143.
- Uusitalo-Malmivaara, L. (2012). Global and school-related happiness in Finnish children. *Journal of Happiness Studies, 13*(4), 601–619.
- Vargha, A., Torma, B. & Bergman, L. R. (2015). ROPstat: a general statistical package useful for conducting person-oriented analyses. *Journal for Person-Oriented Research, 1*(1-2), 87–98.
- Vargha, A., Török, R., Diósi, K., & Oláh, A. (2019). Boldogságmérés az iskolában. *Magyar Pszichológiai Szemle, 74*(3-4), 327–346.
- Vargha, A., Zábó, V., Török, R., & Oláh, A. (2020). A jóllét és a mentális egészség mérése: A Mentális Egészség Teszt. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika, 21*(3), 281–322.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies, 9*(3), 449–469.
- Wagner, D. D., & Heatherton, T. F. (2015). Self-regulation and its failure: The seven deadly threats to self-regulation. In: Mikulincer, M. and Shaver, P. R. (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology, Volume 1: Attitudes and social cognition* (pp. 805–842). Washington DC: American Psychological Association.
- Watson, D., & Tellegen, A. (1999). Issues in dimensional structure of affect—effects of descriptors, measurement error, and response formats: Comment on Russell and Carroll (1999). *Psychological Bulletin, 125*(5), 601–610.
- Zelenski, J. M., Murphy, S. A., & Jenkins, D. A. (2008). The happy-productive worker thesis revisited. *Journal of Happiness Studies, 9*(4), 521–537.

## TABLES

**Table 1.** Cronbach's alpha values of the scales of SCHI-S for different grade groups

Grade groups	Sample size	SCHIP	SCHIN	SCHIT
<b>Grades 3-4</b>	683	.724	.751	.812
<b>Grades 5-6</b>	457	.745	.828	.853
<b>Grades 7-8</b>	275	.762	.833	.864
<b>Total sample</b>	1415	.780	.799	.851

**Table 2.** Basic statistics of the scales of SCHI-S and MHT-C

Scale	Sample size	Mean	SD	Skewness	Kurtosis
<b>SCHIP</b>	1415	3.086	0.565	-0.662***	0.224
<b>SCHIN</b>	1415	1.655	0.547	1.027***	1.100***
<b>SCHIT</b>	1415	3.215	0.489	-0.932***	1.080***
<b>WB</b>	707	4.396	1.000	-0.589***	0.306
<b>Sav</b>	707	4.439	1.027	-0.489***	-0.009
<b>CEeff</b>	707	3.662	0.863	0.140	0.204
<b>Sreg</b>	707	3.887	1.027	-0.491***	0.152
<b>Res</b>	707	4.446	0.834	-0.792***	1.039***
<b>GMH</b>	707	4.166	0.648	-0.456***	0.959***

Notation: \*.  $p < .05$  \*\*.  $p < .01$  \*\*\*.  $p < .001$

**Table 3.** Spearman's rank correlation matrix of all scales of SCHI-S and MHT-C (sample sizes: within SCHI-S  $N = 1415$ , for all other couples of variables  $N = 707$ )

Scale	SCHIN	SCHIT	WB	Sav	CEeff	Sreg	Res	GMH
SCHIP	-.494**	.871**	.674**	.463**	.412**	.187**	.445**	.644**
SCHIN		-.843**	-.544**	-.248**	-.180**	-.383**	-.552**	-.572**
SCHIT			.697**	.410**	.340**	.321**	.570**	.698**
WB				.512**	.395**	.220**	.530**	.795**
Sav					.425**	.091*	.220**	.679**
CEeff						.076*	.151**	.583**
Sreg							.444**	.549**
Res								.670**

Notation: \*:  $p < .05$  \*\*:  $p < .01$

**Table 4.** Pearson and Spearman correlations of SCHI-S and MHT-C scales with the Flow item of MHT-C ( $N = 706$ )

Skála	Pearson $r$	Spearman's $\rho$
SCHIP	.317**	.316**
SCHIN	-.214**	-.205**
SCHIT	.296**	.301**
WB	.366**	.348**
Sav	.369**	.372**
CEeff	.392**	.386**
Sreg	.023	.020
Res	.176**	.145**
GMH	.387**	.376**

Notation: \*:  $p < .05$  \*\*:  $p < .01$

## APPENDIX 1: THE MENTAL HEALTH TEST FOR CHILDREN (MHT-C)

	Very Strongly Disagree	Strongly Disagree	Slightly Disagree	Slightly Agree	Strongly Agree	Very Strongly Agree
1. Joy is present more than sorrow in my everyday. /WB						
2. I easily become impatient. /SReg-						
3. It's easy for me to revive the joy from pleasant memories. /Sav-						
4. I am dissatisfied or bored with everything. /Res-						
5. I often have ideas that are taken further by others. /CEff						
6. I am too tired to do anything. /Res-						
7. Others describe me as a problem solver. /CEff						
8. I am impulsive: I act first and think second. /SReg-						
9. If I am really interested in something, I can do it with joy and with close attention, even in difficult conditions. /Flow						
10. It often feels like the world is just passing me by. /Res-						
11. I like to store memories of fun times that I go through so that I can recall them later. /Sav						
12. Other people seem to change but I feel like I am walking in circles. /Res-						
13. I can make myself feel good by imagining what a happy time that is about to happen will be like. /Sav						
14. I feel I am a complete failure as a person. /Res-						
15. My general psychological state is good. /WB						
16. I am good at jobs that need new and original ideas. /CEff						
17. I become nervous if things turn out differently than I expected. /Sreg-						
18. I often know, how people think and feel. /CEff						
19. How you feel about your life as a whole? (1=very strongly unhappy, 6=very strongly happy) /WB .....						

Abbreviations of the subscale names: WB: Well-being; SReg: Self-regulation; Sav: Savouring; CEff: Creative and executing efficiency; Res: Resiliency (items suffixed by a minus sign are to be converted)

APPENDIX 2: THE SUGGESTED ITEMS OF THE SHORT VERSION OF SCHI,  
WITH THEIR ORIGINAL INDICES

---

During the last week in school:

---

4 I was cross

6 I felt relaxed

5 I was sad

11 I felt positive

12 I felt angry

21 I felt good

13 I wanted to cry

23 I was confident

15 I was in a bad mood

26 I felt wide awake

25 I wanted to give up

30 I liked being with other people

---