

***PSYCHOLOGIA***  
***HUNGARICA***  
***Caroliensis***

2022, 10. É V F O L Y A M, 3. S Z Á M

A Károli Gáspár Református Egyetem és a L'Harmattan Kiadó közös kiadása

Cím: 1088 Budapest, Reviczky u. 4.

Felelős kiadó: Gyenes Ádám és Dr. Sepsi Enikő

Felelős szerkesztő: Dr. Vargha András

© Károli Gáspár Református Egyetem, 2023

© A kötetben publikáló szerzők, 2023

SSN 2064-2504 (Nyomtatott)

ISSN 2064-2504

Megjelenik

A L'HARMATTAN KIADÓ GONDOZÁSÁBAN

Kiadványterv

KASEK ROLAND | [www.kasek.com](http://www.kasek.com)

A nyomdai előkészítést

Csernák Krisztina, a nyomdai munkákat a Könyvpont Nyomda Kft. végezte

Kiadó

KÁROLI GÁSPÁR REFORMÁTUS EGYETEM PSZICHOLÓGIAI INTÉZETE

A kiadásért felel: Sepsi Enikő

Levélcím: KRE Pszichológiai Intézet, H-1037 Budapest, Bécsi út 324

telefon: +36 1 430 2349

[www.kre.hu](http://www.kre.hu)

## TARTALOM

- Palotás Andrea, Rózsa Sándor, Nyitrai Erika, Szabó-Bartha Anett,  
Kiss Enikő Csilla:  
*Gyermekeiket egyedül és párban nevelő szülők reziliencia vizsgálata  
a SARS-CoV-2 pandémia alatt, tekintettel az észlelt stressz, megküzdési  
módok és a társas támasz összefüggéseire* . . . . . 5
- Ferenczi Andrea, Bozóki Gabriella Alexandra, Mészáros Veronika:  
*A hála, mint védőfaktor a koronavírus által okozott pszichés kihívá-  
sokkal szemben* . . . . . 32
- Arató Judit, Rózsa Sándor:  
*Kell-e foglalkozni az irigységgel? A diszpozicionális irigység  
pszichológiai jelentősége* . . . . . 57
- Rózsa Sándor, Arató Judit, Mészáros Veronika, Kiss Enikő Csilla,  
Kövesdi Andrea, Nyitrai Erika, Ferenczi Andrea, Fazekas Ágnes,  
Ferencz Valéria, Mirnics Zsuzsanna:  
*A konspiratív gondolkodás és a bizalom szerepe az oltási  
bizonytalanságban* . . . . . 76
- Mirnics Zsuzsanna, Nagy Virág, Szilágyi Tünde, Rózsa Sándor:  
*Összeesküvés-elméletekben való hit, korai maladaptív sémák  
és személyiségjellemzők* . . . . . 110
- Jakab Laura, Szabó-Bartha Anett:  
*A terápiás kapcsolat megélése az online és személyes konzultációk  
összehasonlításának tükrében* . . . . . 129

## SZERKESZTŐSÉG

---

A LAP ALAPÍTÓJA VASS ZOLTÁN  
SZUMMER CSABA | főszerkesztő

## ROVATVEZETŐK

---

FERENCZI ANDREA | könyvszemle, interjú  
MIRNICS ZSUZSANNA | személyiséglélektan  
PÁLI JUDIT | fejlődés- és neveléslélektan, iskola- és fejlődésneuropszichológia  
KÖVI ZSUZSANNA | pszichometria  
KISS PASZKÁL | szociálpszichológia

## SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR

---

SÜLE ZSUZSA

## TUDOMÁNYOS TANÁCSADÓ TESTÜLET

---

BAGDY EMŐKE, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország  
BERECZKEI TAMÁS, Pécsi Tudományegyetem, Magyarország  
BERGMAN, LARS. R., University of Stockholm, Svédország  
BUDA BÉLA †  
CSABAI MÁRTA, Szegedi Tudományegyetem, Magyarország  
DELANEY, HAROLD, University of New Mexico, USA  
DEMETROVICS ZSOLT, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország  
DÜLL ANDREA, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország  
FRECSKA EDE, Debreceni Tudományegyetem, Magyarország  
GREZSA FERENC, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország  
HOYER MÁRIA, Semmelweis Egyetem, Magyarország  
KISS ENIKŐ CSILLA, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország  
PATAKY ILONA, Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Magyarország  
PÉLEY BERNADETT, Pécsi Tudományegyetem, Magyarország  
RÁCZ JÓZSEF, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Magyarország  
RÓZSA SÁNDOR, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország  
SZABÓ ATTILA, University of Oslo, Norway  
SZOKOLSZKY AGNES, Szegedi Tudományegyetem, Magyarország  
TAMÁS FAZEKAS, Universitäs Wien, Ausztria  
TÚRY FERENC, Semmelweis Egyetem, Magyarország  
VARGHA ANDRÁS, Károli Gáspár Református Egyetem, Magyarország

# GYERMEKÜKET EGYEDÜL ÉS PÁRBAN NEVELŐ SZÜLŐK REZILIENCIA VIZSGÁLATA A SARS-COV-2 PANDÉMIA ALATT, TEKINTETTEL AZ ÉSZLELT STRESSZ, MEGKÜZDÉSI MÓDOK ÉS A TÁRSAS TÁMASZ ÖSSZEFÜGGÉSEIRE

PALOTÁS Andrea, RÓZSA Sándor, NYITRAI Erika,  
SZABÓ-BARTHA Anett, KISS ENIKŐ Csilla

Károli Gáspár Református Egyetem, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék  
Levelező szerző: Kiss Enikő Csilla: [kiss.eniko.csilla@kre.hu](mailto:kiss.eniko.csilla@kre.hu)

## Absztrakt

Kutatási célkitűzésünk a gyermeküket egyedül és párban nevelő szülők vizsgálata volt, mely során azt feltételeztük, hogy az egyedül gyermeket nevelő szülőknél az észlelt stressz magasabb, a társas támasz és a reziliencia értéke alacsonyabb lesz, míg a megküzdési módok tekintetében az érzelemfókuszú megküzdés nagyobb szerepet játszik náluk. Mintánkat 154 egészséges személy alkotta, akik közül 38 fő egyedül nevelte gyermekét, 116-an pedig párban. A vizsgálati személyek kényelmi mintavételi módszerrel interneten keresztül kerültek bevonásra, akikkel észlelt stressz, társas támasz, reziliencia és megküzdési módok kérdőíveket vettünk fel. Az eredmények alátámasztották hipotézisünket, miszerint a gyermeküket egyedül nevelő szülők alacsonyabb társas támasszal rendelkeznek (alacsonyabb a baráti kapcsolatok száma, valamint a pozitív szociális interakción alapuló támasz és az instrumentális támasz), a reziliencia faktorain belül az észlelt társas támogatottság alacsonyabb mértékű, és az érzelemfókuszú megküzdésen belül magasabb az érzelmi indíttatású cselekvés mértéke. Többszörös lineáris regresszió elemzéssel azt az eredményt kaptuk, hogy az érzelmi információs támasz, a pozitív szociális interakción alapuló támasz és a kognitív átstrukturálás pozitív bejósolója a szülői rezilienciának, míg az észlelt stressz negatív prediktor. Vizsgálatunk alátámasztotta a gyermeküket egyedül nevelő szülők azon nehézségeit, amelyek gátolják a mindennapi élethelyzetükhöz történő rugalmas alkalmazkodást.

**Kulcsszavak:** gyermeküket egyedül és párban nevelő szülők ■ reziliencia ■ észlelt stressz ■ társas támasz ■ megküzdési módok

## Abstract

The aim of our research was to study parents raising their children alone and in pairs and we assumed that in the case of the single parents the perceived stress would be higher, the value of social support and resilience would be lower, while emotion-focused coping would play a greater role in coping modes. Our sample consisted of 154 sine morbo respondents, of whom 38 raised their children alone and 116 in pairs. The subjects were drawn into the survey online using a comfort sampling method, where perceived stress, social support, resilience and coping methods were measured. The results supported our hypothesis that single parents had lower social support (lower number of friends and positive social interaction-based support and instrumental support), lower perceived social support within resilience factors, and a higher level of emotionally motivated

action within emotion-focused coping. Through multiple linear regression analyses, we found that emotional information support, support based on positive social interaction, and cognitive restructuring had a positive relationship with resilience, while perceived stress had a negative impact. Our study confirmed that the difficulties which were faced by single parents prevented them from adapting flexibly to the state of their daily life.

---

**Keywords:** single parents ■ parents raising their children in pairs ■ resilience ■ perceived stress ■ social support ■ ways of coping

---

## 1. BEVEZETÉS

A világ meghatározó változással találta magát szemben 2020 tavaszán, amikor a Föld népességének nagy része lezárás alá került annak érdekében, hogy megakadályozhatóvá váljon egy újonnan fejűt felütő járvány, a COVID-19 terjedése. Emberek millióinak változott meg az életformája, hétköznapi élete. Ennek egyik jellemzője lett, hogy az élet áthelyeződött az online térbe, elterjedtté vált az otthonról történő munkavégzés, vagyis a home office, aminek következtében a munka, tanulás és a családi élet tere egybefolyt. Az egészség fenyegetettségének megélése, a megváltozott helyzettel kapcsolatos kihívások számos új nehézséget hoztak, amelyekkel szembe kellett nézni. Mindennek következtében általánosan megemelkedett az emberek által megélt stressz mértéke. Salari és munkatársai (2020) szisztematikus áttekintésükben és metaelemzésükben a stressz, a szorongás és a depresszió előfordulását vizsgálták átlag egészséges populáció körében a COVID-19 világjárványt követően. A másodlagos adatelemzés megfelelő módszereit követve 17 kapcsolódó kutatási eredményt vizsgáltak. A tanulmányban felhasznált cikkek mind keresztmetszeti jellegűek voltak. Elemzésük szerint a stressz prevalenciája, a teljes mintaméretben 9074, 29,6%-os volt (95%-os konfidenciahatár: 24,3–35,4), a szorongás prevalenciája 63 439 mintamérettel 31,9%-os (95%-os konfidenciaintervallum: 27,5–36,7), a depresszió prevalenciája pedig 44 531 mintamérettel, 33,7% -os volt (95% -os konfidenciaintervallum: 27,5–40,6).

Xiong és munkatársai (2020) szisztematikus összehasonlító elemzésükben viszonylag magas arányban számoltak be a szorongás (6,3–50,9%), a depresszió (14,6–48,9%), a poszttraumás stressz zavar (7–53,8%), és a stressz (8,1–81,9%) tüneteinek megjelenéséről Kínában, Spanyolországban, Olaszországban, Iránban, az Egyesült Államokban, Törökországban, Nepálban és Dániában, a COVID-19 világjárvány idején.

Wang és munkatársai (2020) is arról számoltak be, hogy az első járvány idején a kínai lakosság körében megemelkedett a stressz, a szorongás és a depresszió szintje. Verma és Mishra (2020) tanulmánya szerint Indiában a COVID-19 járvány alatt a felmérésben résztvevő 354 válaszadó 11,6%-a élt át magas stressz szintet, míg Mazza és munkatársainak (2020) kutatásában az olaszországi fel-

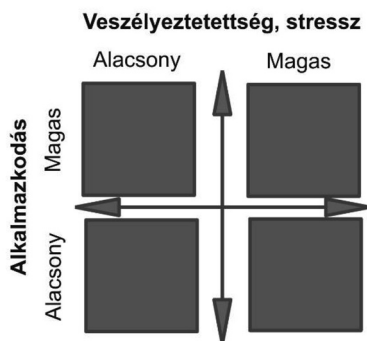
mérés 2766 résztvevője 27,2%-nál mutatták ki a stressz magas vagy kiemelkedően magas értékét a DASS-21 kérdőív alkalmazásával.

Kutatásunk célkitűzése a COVID-19 pandémia alatt átélt stresszhelyzetben a 7-10 év közötti gyermekeket párban, illetve egyedül nevelő szülők rezilienciájának vizsgálata volt, elsősorban az észlelt stresszre, a társas támaszra és a megküzdési módokra való tekintettel. Feltételezésünk szerint az egyedül gyermekeket nevelők nehezebb helyzetben vannak, nagyobb stressz mellett alacsonyabb társas támasszal rendelkeznek, és megküzdési stratégiáikban gyakrabban jelenik meg az érzelemorientált megküzdés. Várakozásunk szerint a nehéz élethelyzetben megjelenő reziliencia mértéke az egyedülállóknál alacsonyabb lesz, mint a párban élőkénél.

## 2. ELMÉLETI HÁTTÉR

### *A reziliencia magyarázó modelljei*

A reziliencia témája az 1990-es években jelent meg a kutatási beszámolókbán. A jelenséget a szerzők többféleképpen közelítik meg. Masten és munkatársai (1990) felosztása alapján a reziliencia három fajtáját különbözteti meg: (1) a magas-kockázatú környezet megtapasztalása ellenére pozitív kimenetel jön létre; (2) megfelelő funkcionálás az akut vagy krónikus stresszorok ellenére; (3) a traumából való felépülés.

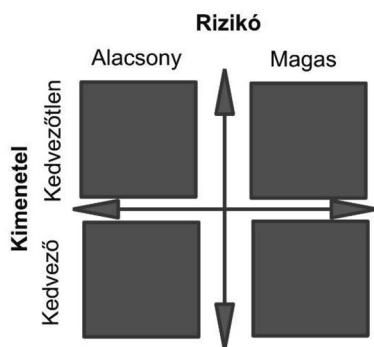


**1. ábra.** A reziliencia értelmezése Masten és munkatársai után (1990) szerint

Az elmúlt években a reziliencia működésére vonatkozóan több modellt alakítottak ki, amelyek közül néhány jelentősebbet említünk meg. A kimenetelre irányuló elméleti modellek közül Masten és munkatársai alapján a reziliencia nem más, mint a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Masten és mtsai., 1990).

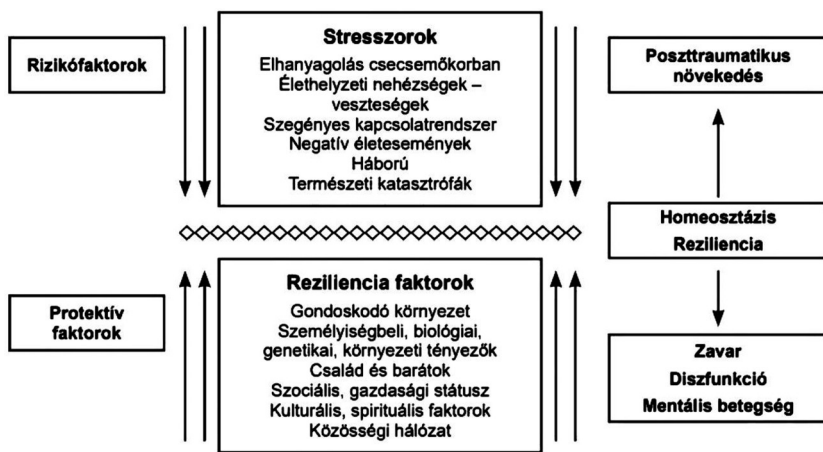
Ha megnézzük az 1. ábrán található mátrixot, a függőleges oszlopokban a veszélyeztetettségnek és a stressznek a mértékét látjuk (alacsony, illetve magas), a vízszintes sorok pedig az alkalmazkodás sikerességét, illetve sikertelenségét mutatják. Alacsony stressz esetében, amikor az alkalmazkodás sikeres, akkor kompetenciáról beszélünk, ha a stressz mértéke fokozott és az alkalmazkodás ennek ellenére sikeres, akkor jön létre a reziliencia, illetve, ha magas a stressz szintje, az alkalmazkodás pedig sikertelen, akkor jelenik meg a sérülékenység, mint következmény.

A következő elméleti modellben Tiet és Huizinga (2002) a rizikó mértékét és a kedvező, illetve kedvezőtlen kimenetelt vetik össze a fejlődés szempontjából (2. ábra). A mátrixban a függőleges oszlopok a rizikó alacsony, illetve magas voltát mutatják, míg a vízszintes oszlopok a kimenetel kedvezőtlen, illetve kedvező formáját. Ebben a modellben is elkülöníthetjük a személyek három csoportját, 1. magas rizikó és a kedvezőtlen kimenetel, 2. az alacsony rizikó és a kedvező kimenetel, 3. a magas rizikó és a kedvező kimenetel. A reziliencia kutatások a harmadik csoport vizsgálatára irányulnak.



**2. ábra.** A reziliencia értelmezése a rizikó és a fejlődési kimenetel alapján (Tiet és Huizinga, 2002)

Herrman és munkatársai (2011) dinamikus interaktív modelljében a multidimenzionális megközelítések eredményei is összegzésre kerülnek, a modellben azok a faktorok jelennek meg, amelyek növelik, illetve csökkentik a rezilienciát, továbbá ezen faktorok egymásra gyakorolt hatását is vizsgálják. Hangsúlyozásra kerülnek a modellben az extrém traumák, a súlyos élethelyzeti nehézségek, amelyekkel az egyénnek szembe kell néznie. Ezen tényezők egymásra gyakorolt hatásának eredményeként poszttraumatikus növekedés (egy magasabb szinten történő funkcionálás), reziliencia (a homeosztatisztikus állapot egy korábbi működési módjának visszatérése), illetve különböző diszfunkciók és mentális betegségek jöhetnek létre (3. ábra).



**3. ábra.** A reziliencia dinamikus interaktív modellje Herrman és munkatársai (2011) alapján

### *A szülői reziliencia*

A szülői reziliencia olyan tényező, amely a szülő azon képességére utal, hogy különböző személyes, családi vagy környezeti kockázati tényezők jelenléte ellenére kompetens és minőségi szintű nevelést tud nyújtani gyermeke számára (Gavidia-Payne és mtsai., 2015).

A szülői rezilienciát vizsgáló tanulmányokban elsősorban az atipikusan és neurotipikusan fejlődő gyermekek szülei rezilienciáját vizsgálják, ezek szerint az atipikus fejlődést mutató gyermekek szülei minden esetben nagyobb stresszt élnek meg, ennek ellenére a szülők egy részénél nem volt kimutatható a veszélyeztető tényező következménye (Miranda és mtsai., 2015; Schieve és mtsai., 2007). Smith és munkatársai (2012) a protektív tényezők közül kiemelik a társas támogatottságot, mint a szülői reziliencia fontos tényezőjét, amely a sikeres alkalmazkodás elősegítője. Eszerint a mentális jóllét magasabb szintje volt megfigyelhető a szélesebb kapcsolati hálóval rendelkezőknél, míg a mentális jóllét alacsonyabb értékét találták alacsonyabb számú társas támogatottság esetén (Smith és mtsai., 2012). A társas támogatás multidimenzionális jellegét és szerepét hangsúlyozza többek között Thompson és munkatársai (2006), különbséget téve a különböző támogatási formák között, mint például az érzelmi vagy instrumentális támasz. Az érzelmi támasz szerepére hívja fel a figyelmet Sim és munkatársai (2019) tanulmányában, amelyben szíriai menekült anyák rezilienciáját vizsgálta.

Az atipikus gyermeket nevelő reziliens szülő három fő jellemzője Suzuki és munkatársai (2015) szerint, hogy a szülő ismeri gyermeke egyéni adottságait, viselkedését, rendelkezik észlelt társas támogatottsággal és saját szülői szerepéhez

pozitívan viszonyul. A három konstruktumra kialakított kérdőívük érvényességét azóta több különböző kultúrájú országban is alátámasztották (Yorke és mtsai., 2018; Markó és mtsai., 2019; Widyawati és mtsai., 2020; Sallay és mtsai., 2021).

Widyawati és munkatársai (2020) a szülői reziliencia és az atipikusan fejlődő gyermek életminőségével összefüggésben – egy átfogó tanulmányban, amelyben 822 család vett részt Indonéziában – azt az eredményt kapták, hogy az anyagi jólét, a társas-érzelmi jólét, a kommunikáció és hatékonyság, az aktivitás és fejlődés egyaránt kapcsolatban volt a szülői rezilienciával.

Az egyszülős családok vizsgálatában továbbá a reziliencia protektív tényezőjeként jelenik meg az optimizmus, a hit, a kitartás, az érzelmek kifejezése és az önbizalom (Greeff & Ritman, 2005). Az említett személyiségtényezők pozitív szerepének leírása egybecseng a korábbi reziliencia-kutatások eredményével (Agaibi & Wilson, 2005).

A pandémia alatti reziliencia mértékét számos kutatás vizsgálta a szülők és gyermekek vonatkozásában (Barzilay és mtsai, 2020; Fallon és mtsai, 2020; Fuller & Huseith-Zosel, 2020; Kimhi és mtsai, 2020; Luthar és mtsai, 2021; Miller és mtsai, 2020; Ramadhana, 2020; Ying és mtsai, 2020). Gayatri és Iyawatri (2022) a COVID-19 alatt vizsgált családi rezilienciára vonatkozóan metaanalízisükben azt az eredményt kapták, hogy a pandémia olyan mentális problémákat okozott, mint a stressz, szorongás, depresszió, de a magasabb fokú családi rezilienciával összefüggésben ezek az értékek alacsonyabbnak mutatkoztak. A családi rezilienciát továbbá olyan tényezők támogatták, mint az egészséges családi kapcsolatok, a megfelelő kommunikáció, a pozitív gondolkodásmód és a szociális kapcsolatok építése, amelyek adaptív megküzdési módokatoknak bizonyultak a kritikus élethelyzettel szemben.

Egy longitudinális vizsgálatban Kövesdi és munkatársai (2021, 2022) megerősítették azt az eredményt a pandémia alatt, hogy a családi kapcsolatokat tekintve minél jobb volt a gyermek családdal való kapcsolata, annál magasabb volt a rezilienciája és alacsonyabb az észlelt stressz mértéke. Hat hónap elteltével azt az eredményt kapták, hogy a jó családi kapcsolat továbbra is együttjárt az alacsonyabb stressz-értékekkel.

### *A társas támasz*

A társas támasz az egyedülálló szülő esetében különösen fontos szerepet tölt be (Weinraub & Wolf 1983, Hamid & Salleh 2013). Ezekben az esetekben a szülők egyedül szembesülnek a stresszel, a saját pszichológiai, érzelmi és fizikai szükségleteikkel, miközben egyidejűleg gondoskodnak gyermekeik igényeiről. A legtöbb egyedül álló szülő nem tudja egyensúlyba hozni az idejét a munka és a családi szerepek között, ami a gyermekeknél depresszióhoz és az iskolai lemorzsolódás kialakulásához vezet (Schmiege & Richards, 1993; Heiss, 1996). Továb-

bá az egyedülálló szülők instabil jövedelme negatívan befolyásolja gyermekeik oktatását (Nelson, 2000; Halemán, 2004) és viselkedési problémákat, gyengébb tanulmányi teljesítményt eredményezhet (Aurora, 1993). A vizsgálatok azt is alátámasztották, hogy a dolgozó egyedülálló anyák megküzdési stílusa képességeik és felkészültségük alapján különbözik, ami megjelenik a szociális intézményi hálózatok vagy támogató rendszerek kihasználásának mértékében.

### *Megküzdési módok*

A megküzdési stratégiák eredményességét több tanulmány vizsgálta. Shinn és munkatársai (1989) egy és két szülő családotknál vizsgálta a megküzdési módokat. Az eredmények alapján a problémafókuszú megküzdés pozitív kimenetelű eredményeket mutatott, míg az érzelemfókuszú megküzdés negatív pszichológiai kimenetelt indikált. Az egyedülálló anyák nagyobb mértékű érzelemfókuszú megküzdésről számoltak be, mint a házasságban élő anyák, akik viszont több problémafókuszú megküzdésről számoltak be, mint a házasságban élő férfiak.

A szülői reziliencia fontos protektív tényezőjeként említett pozitív megküzdési stratégiák, amelyek a Brief COPE kérdőívben a pozitív megküzdés skálájába tartoznak (két-két tétel), a humor használata és a pozitív átkeretezés, illetve (egy-egy tétel) az elfogadás és az érzelmi szociális támasz (Hastings és mtsai, 2005). A vizsgálatba olyan anyák kerültek beválasztásra, akik autizmus spektrum zavarral küzdő gyermeket neveltek. Megfigyelhető volt, hogy a szülők depresszív tüneteinek előfordulási gyakorisága csökkent a pozitív megküzdési stratégiák alkalmazásával, míg a pszichológiai distressz növekedett az elkerülő megküzdés esetében.

### *Észlelt stressz*

Az egyedülálló anyák több tényező miatt is magasabb stresszt élnek meg, mint a gyermeküket közösen nevelő szülők. A legfontosabb tényezők ezek közül az alacsonyabb szintű társadalmi-gazdasági jólét, a többszörös szerepvállalásból eredő terhek és az állandósuló időhiány (Csoboth & Susánszky, 2010).

Korábbi kutatások azt támasztják alá, hogy a gyermeküket egyedül nevelő szülők által megélt stressz szintje a nemek szerint is különbözik. Collings és munkatársai (2013) 905 egyedülálló és 4860 párban élő szülő adatait használták fel. Az egyedülálló anyák 15,7%-a, az egyedülálló apák 9,1%-a, a párban gyermeket nevelő anyák 6,1%-a és a párban gyermeket nevelő apák 4,1%-a számolt be magas/nagyon magas pszichés szorongásról. Továbbá az egyedülálló nők 1,46-tal magasabb pontszámmal rendelkeztek, mint az egyedülálló férfi szülők.

Az észlelt stressz mértékére továbbá az atipikusan fejlődő gyermekeknél a szülők által megélt helyzet feletti kontroll érzete fontos hatást gyakorol. Harrison és Sofronoff (2002) ADHD-s gyermekek szüleit vonták be a vizsgálataikba és azt tapasztalták, hogy annak függvényében csökkent a szülők észlelt distressz szintje, hogy milyen mértékben érezték úgy, hogy képesek a gyermekük viselkedését kezelni, kontrollálni.

### 3. HIPOTÉZISEK

Vizsgálatunkban egyrésről azt feltételeztük, hogy a gyermeküket egyedül nevelő szülők esetében az észlelt stressz magasabb lesz, a társas támasz, valamint a szülői reziliencia alacsonyabb, mint a párban nevelő szülőknél. Mindezek mellett az egyedül nevelő szülők gyakrabban alkalmazzák az érzelemorientált megküzdést, mint a párban nevelő szülők.

Feltételeztük továbbá, hogy az észlelt társas támogatás és a problémaorientált megküzdés a szülői reziliencia protektív faktora, míg az érzelemindíttatású cselekvés és az észlelt stressz a szülői reziliencia negatív bejósolója.

### 4. MÓDSZER

#### 4.1. Vizsgálati minta

A vizsgálat során 154 szülő (26 férfi és 128 nő) töltötte ki a kérdőíveket. A vizsgálatban való részvétel feltétele az volt, hogy a kitöltő – a saját bevallása szerint – egyedül vagy párban nevelő szülő és egyben egészséges személy legyen, azaz ne rendelkezzen semmilyen diagnosztizált mentális zavarral. A vizsgálati személyek kényelmi mintavételi módszerrel interneten keresztül kerültek bevonásra, a tesztbattériát online töltötték ki. Életkoruk 30 és 61 év között van (1. táblázat). A válaszadók közül 38-an egyedül élnek (özvegyek, elváltak, hajadonok), 116-an pedig párban (házasságban vagy élettársi kapcsolatban) (2. táblázat). Többségük felsőfokú (74,4%) illetve középfokú (20,8%) végzettségű. Érettségi nélküliek mindössze 7-en vannak. Legtöbben fővárosi lakosok (57,8%), a kérdőívet kitöltőknek csak 15,6 %-a falusi. 38 személy neveli egyedül gyermekét. Ezen belül jelentős különbség mutatkozik a szülő nemét illetően. A férfiaknak mindössze 7,7 %-a neveli egyedül a gyermekét, míg ez az arány a nők esetében 28,1 %. A gyermeküket egyedül vagy párban nevelő szülők csoportja között nem találtunk szignifikáns különbséget, sem az életkor, sem a legmagasabb iskolai végzettség esetében. Ugyanakkor gyermekét egyedül nevelő édesapa csak 2 volt, míg édesanya 36. A kérdőíveket kitöltő személyek fontosabb demográfiai adatai az 1. és 2. táblázatban láthatók.

**1. táblázat.** A vizsgálati minta nemi eloszlása

| <b>A válaszadó neme</b> | <b>Gyakoriság<br/>[fő]</b> | <b>Relatív<br/>gyakoriság<br/>[%]</b> | <b>Életkor<br/>átlag<br/>[év]</b> | <b>Életkor<br/>szórása<br/>[év]</b> | <b>Életkor<br/>minimum<br/>[év]</b> | <b>Életkor<br/>maximum<br/>[év]</b> |
|-------------------------|----------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Férfi                   | 26                         | 16,9                                  | 46,23                             | 5,736                               | 39                                  | 61                                  |
| Nő                      | 128                        | 83,1                                  | 41,63                             | 4,73                                | 30                                  | 59                                  |

**2. táblázat.** demográfiai változók

| Demográfiai változók                |                            | Gyakoriság<br>[fő] | Relatív<br>gyakoriság<br>[%] |
|-------------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------|
| A válaszadók családi állapota       | egyedülálló                | 10                 | 6,5                          |
|                                     | párkapcsolatban élő        | 16                 | 10,4                         |
|                                     | özvegy                     | 1                  | 0,6                          |
|                                     | elvált                     | 27                 | 17,5                         |
|                                     | házas                      | 100                | 64,9                         |
| A válaszadók végzettségének szintje | főiskola, egyetem          | 115                | 74,7                         |
|                                     | gimnázium, szakközépiskola | 32                 | 20,8                         |
|                                     | szakmunkásképző            | 4                  | 2,6                          |
|                                     | általános iskola           | 2                  | 1,3                          |
|                                     | egyéb                      | 1                  | 0,6                          |
| A válaszadók lakóhelyének jellege   | falu                       | 24                 | 15,6                         |
|                                     | város                      | 27                 | 17,5                         |
|                                     | megyeszékhely              | 14                 | 9,1                          |
|                                     | főváros                    | 89                 | 57,8                         |
| A gyermekét egyedül nevelők neme    | Férfi                      | 2                  | 7,7                          |
|                                     | Nő                         | 36                 | 28,1                         |
|                                     | Összesen                   | 38                 | 24,7                         |
| A gyermeküket párban nevelők neme   | Férfi                      | 24                 | 92,3                         |
|                                     | Nő                         | 92                 | 71,9                         |
|                                     | Összesen                   | 116                | 75,3                         |

## 4.2. Mérészközök

### 4.2.1. Társas Támasz

#### (Medical Outcomes Study – Social Support Survey MOS-SSS)

A MOS-SSS kérdőív 20 tételt tartalmaz, az első kérdés a szociális háló kiterjedtségét vizsgálja a bizalmi kapcsolatok számán keresztül (Sherbourne & Stewart, 1991). A további tizenkilenc tétel az egyén támogatottságának különböző megjelenési formáit méri. A kitöltőnek azt kell eldöntenie egy ötfokú Likert-skálán, hogy az adott támasz milyen gyakran áll rendelkezésére. A magyar nyelvű adaptáció 3 faktor meglétét igazolta (Sz. Makó és mtsai, 2016): 1. Érzelmi-információs támasz (8 tétel) 2. *Pozitív szociális interakción alapuló támasz* (7 tétel) és 3. *Instrumentális támasz* (4 tétel). A hazai eredmények alapján a kérdőív megbízhatósága magas, a belső konzisztencia értékek (Cronbach-alfa) 0,89 és 0,95 között alakultak. Jelen vizsgálatban a 3 skála Cronbach-alfa értékei a fentebb bemutatott skálák sorrendjében az alábbiak szerint alakultak (zárójelben a tételek közötti átlag korrelációk): 0,93 (0,63), 0,91 (0,59) és 0,89 (0,66). Tekintve a skálákat alkotó tételek számát, az 5 fokozatú Likert skálás válaszformátumot és a tételek közötti átlag korrelációkat, valamennyi skála a szimulációs adatok alapján elvárt érték feletti belső konzisztenciát jelez (T. Kárász és mtsai, 2022).

### 4.2.2. Megküzdés Módok Kérdőív

#### (Ways of Coping, WOC-22)

Megküzdési Módok Kérdőív (Ways of Coping WOC-22, Folkman & Lazarus (1980), a vizsgálati személy a kérdésekre adott válaszaival értékeli az életében történt nehéz szituációban tanúsított magatartását. A válaszadás négyfokú Likert-skálán történik (a nem volt jellemzőtől a nagyon jellemző volt válaszlehetőségig). Kopp és Skrabski (1995) nyolc dimenzió mentén 22 tételesre redukálták a kérdőívet, majd a Problémaközpontú és Érzelempözpontú megküzdési besorolásokat használták. A Problémaorientált megküzdés faktorba 3 alfaktort soroltak, ezek a *Problémaelemzés*, a *Kognitív átstrukturálás* és az *Alkalmazkodás*. Az Érzelemorientált faktor szintén három alfaktort tartalmaz, melyek az Érzelmindíttatású cselekvés, az Érzelmiegyensúly keresése és a *Visszahúzó*dás. A harmadik típusú, támogatást kereső megküzdési módozatban található a *Segítségkérés* faktora, amely önállóan kerül értelmezésre. A kérdőív összesített mutatójának Cronbach-alfa értéke 0,77. Jelen vizsgálatunkban a 3 tételes skála belső konzisztencia mutatója 0,44, a tételek közötti átlag korreláció pedig 0,23. A kapott Cronbach-alfa meghaladja a szimulációs adatok alapján elvárt értéket, így a kevés tételből álló skála megbízhatóságát elfogadhatónak tekintjük.

#### 4.2.3. Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS)

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Cohen és mtsai, 1983) a személy stressz észlelését vizsgálja, azokra az érzésekre és gondolatokra kérdez rá, amit a válaszadó az elmúlt hónapban szubjektíven stresszként élt meg. A 14 kérdést tartalmazó kérdőívre 5 fokú Likert-skála szerint lehet megadni a válaszokat (0=soha, 1=szinte soha, 2=néha, 3=elég gyakran, 4=nagyon gyakran). A magasabb pontszámok a sikeresebb megküzdést, illetve a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát jelzik.

A Perceived Stress Scale magyar verzióját Stauder és Konkoly Thege (2006) készítette el. Az Észlelt Stressz Kérdőív könnyen kitölthető és széles körben alkalmazható beteg és egészséges populációban egyaránt. A skála egydimenziós-nak tekinthető, a magyar adaptáció pszichometriai mutatói jók, a Cronbach-alfa értéke 0,88. Jelen vizsgálatban a 14 tételes skála Cronbach-alfa értéke 0,89, míg a tételek közötti átlag korrelációk 0,37. A skála a szimulációs adatok alapján elvárt érték feletti belső konzisztenciát jelez.

#### 4.2.4. A Szülői Reziliencia Kérdőív (Parenting Resilience Elements Questionnaire, PREQ)

A kérdőív Suzuki és munkatársai (2015) által került kidolgozásra a szülői reziliencia mérésére. Az atipikus gyermeket nevelők olyan tulajdonságait vizsgálja, amelyek összefüggésben állnak a gyermeknevelés nehézségeivel és kihívásaival, valamint azokat a tényezőket, amelyek kapcsolatba hozhatók a szülői rezilienciával. Az eredeti változat 29 tételből áll, a magyar nyelvű változatot azonban a pszichometriai eredményeket figyelembe véve 16 tételre redukálták. A válaszadás hétfokú Likert-skálán történik a határozottan igaztól a határozottan nem igaz válaszopcióig. A magyar nyelvű adaptációt Markó és munkatársai (2019) végezték el. A PREQ három alskálával rendelkezik: a *Gyermek jellemzőinek ismerete* (5 tétel), az *Észlelt társas támogatottság* (4 tétel) és a *Szülőség pozitív észlelése* (4 tétel). A *Gyermek jellemzőinek ismerete* olyan tételeket tartalmaz, amelyek felméri, hogy a szülő mennyire ismeri a gyermekét és ez az ismerete mennyire segíti hozzá a neveléshez szükséges képességekhez és tudáshoz. Az *Észlelt társas támogatottság* faktorba olyan tételek rendeződtek, amelyek a társas támogatottság és annak következményeit mérik. A *Szülőség pozitív észlelésének* tételei a gyermeknevelésből fakadó örömet és boldogságot, illetve a szülői szerep elfogadását foglalja magába.

A PREQ hazai változatának pszichometriai mutatói megfelelőek, a vizsgált három alskála Cronbach-alfa értékei 0,65-0,71 között ingadoztak, az összesített mutatóé pedig 0,81. Jelen vizsgálatban a 3 skála Cronbach-alfa értékei a fentebb bemutatott skálák sorrendjében az alábbiak szerint alakultak (zárójelben a téte-

lek közötti átlag korrelációk): 0,72 (0,37), 0,82 (0,54) és 0,76 (0,46). Az összesített tételekből képzett skálái pedig 0,83 (0,29). Valamennyi skála a szimulációs adatok alapján elvárt érték feletti belső konzisztenciát jelez.

### 4.3. Eljárás

A vizsgálatban önkitöltős kérdőíves módszert alkalmaztunk, keresztmetszeti elrendezésben. A vizsgálati személyeket általános iskolai online szülői csoportokból toboroztuk, ezt később kifejezetten egyszülős online csoportok felkeresésével bővítettük. A kérdőívcsomag első részében szociodemográfiai kérdések szerepeltek: nem, életkor, iskolai végzettség, családi állapot, lakóhely, további kiegészítő demográfiai kérdés pedig a gyermek életkora volt, illetve az, hogy egyedül vagy párban neveli-e gyermekét. A kérdőívcsomag második felében a fentiekben bemutatott mérőeszközök felvételére került sor. A résztvevők a kérdőíveket a Google Forms felületen keresztül töltötték ki. A kapott eredmények adatelemzése a ROPStat 2.0 és az IBM/AMOS 22. statisztikai szoftver csomaggal történt. A statisztikai elemzések elméleti és gyakorlati alkalmazásához Takács (2016, 2017) vonatkozó kötetei szolgáltak. A kutatás etikai engedélyét a KRE IKEB adta meg, száma: BTK/5257-1/2021.

## 5. EREDMÉNYEK

### *A társas támasz statisztikai vizsgálata*

A társas támasz nyilvánvaló alapkövetelménye, hogy a szülőnek legyenek barátai. A barátok számára adott válaszokból kiderült, hogy míg a párban nevelők barátainak átlaga 9 felett van, addig az egyedül nevelők átlagosan 6-nál kevesebb baráttal rendelkeznek, ami szignifikáns különbséget ( $p < 0,001$ ,  $d = -0,448$ ) jelent a két csoport között. A 3. táblázatból látható továbbá az is, hogy az Érzelmi-információs támaszban nincs szignifikáns különbség ( $p = 0,165$ ,  $d = -0,317$ ) a gyermeküket egyedül nevelők és a párban nevelők között. A gyermeküket párban nevelők *Pozitív szociális interakción alapuló támasz*- ( $p < 0,001$ ,  $d = -0,861$ ), illetve *Instrumentális támaszának* ( $p < 0,001$ ,  $d = -1,065$ ) eloszlásai viszont dominálják az egyedül nevelőkének eloszlásait, a két csoport közötti különbség szignifikáns a gyermeküket párban nevelők javára.

**3. táblázat.** A társas támasz statisztikai vizsgálatának eredményei a MOS SSS-H alapján

|                                                      |                    | <b>Eset<br/>szám</b> | <b>Rang-<br/>átlag</b> | <b>O'Brien-<br/>próba</b> | <b>Mann-<br/>Whitney-próba</b> | <b>Cohen-féle<br/>hatásmérték</b> |
|------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| Barátok száma                                        | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 56,91                  | $F(1,0; 54,7)=0,030$      | $Z=-3,300$                     |                                   |
|                                                      | Párban<br>nevelők  | 116                  | 84,25                  | $p=0,8625$                | $p<0,001^{***}$                | $d=-0,448$                        |
| Érzelmi-<br>információs<br>támasz                    | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 68,84                  | $F(1,0; 58,4)=0,654$      | $Z=-3,300$                     |                                   |
|                                                      | Párban<br>nevelők  | 116                  | 84,25                  | $p=0,4220$                | $p=0,165$                      | $d=-0,317$                        |
| Pozitív szociális<br>interakción ala-<br>puló támasz | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 51,83                  | $F(1,0;50,9)=0,280$       | $Z=-4,119$                     |                                   |
|                                                      | Párban<br>nevelők  | 116                  | 85,91                  | $p=0,5988$                | $p<0,001^{***}$                | $d=-0,861$                        |
| Instrumentális<br>támasz                             | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 51,13                  | $F(1,0;48,0)=0,970$       | $Z=-4,293$                     |                                   |
|                                                      | Párban<br>nevelők  | 116                  | 86,14                  | $p=0,3295$                | $p<0,001^{***}$                | $d=-1,065$                        |

### *A szülői reziliencia statisztikai vizsgálata*

A szülői rezilienciát mérő kérdőív (PREQ) három alskálából áll, amelyek a *Gyermekek jellemzőinek ismerete*, az *Észlelt társas támogatottság* és a *Szülőség pozitív észlelése*. Eloszlásaik normalitása sérül (kivéve gyermekük jellemzőinek ismeretét az egyedül nevelő szülők esetében) ezért az elemzéseknél robusztus módszereket (Mann-Whitney-próba) alkalmaztunk. Az eloszlások szóráshomogenitása az O'Brien-próba szerint valamennyi esetben megfelelő volt. A statisztikai vizsgálatok eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

Az eredményekből látható, hogy a *Gyermekek jellemzőinek ismerete* faktorban a gyermeküket egyedül, illetve párban nevelők között nincs szignifikáns különbség.

Az Észlelt társas támogatásban azonban már szignifikáns különbség mutatkozott, éspedig a gyermeküket párban nevelők eloszlása dominálja az egyedül nevelőkéét. A Cohen-féle hatásmérték szerint közepes mértékű eltérés van a két eloszlás között ( $d=-0,673$ ).

A *Szülőség pozitív észlelésének* eloszlásaiban csekély különbség látszott ugyan, de nem volt szignifikáns: az egyedül nevelők sztochasztikusan nem dominálják a párban nevelők eloszlását.

Összességében a szülői reziliencia faktoraiban az Észlelt társas támogattságban kaptunk különbséget a gyermeküket egyedül nevelő szülők és a párban nevelő szülők között.

**4. táblázat.** A szülői reziliencia statisztikai vizsgálatának eredményei

|                                       |                    | <b>Eset<br/>szám</b> | <b>Rang-<br/>átlag</b> | <b>O'Brien-próba</b>            | <b>Mann-<br/>Whitney-próba</b> | <b>Cohen-féle<br/>hatásmérték</b> |
|---------------------------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| A gyermek<br>jellemzőinek<br>ismerete | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 71,11                  | F (1,0;57,9) =0,000<br>p=0,7026 | Z=-1,022<br>p=0,307            | d=-0,169                          |
|                                       | Párban<br>nevelők  | 116                  | 79,59                  |                                 |                                |                                   |
| Észlelt társas<br>támogatottság       | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 61,82                  | F (1,0;57,8) =2,626<br>p=0,1106 | Z=-2,518<br>p=0,012*           | d=-0,673                          |
|                                       | Párban<br>nevelők  | 116                  | 82,64                  |                                 |                                |                                   |
| Szülőség pozitív<br>észlelése         | Egyedül<br>nevelők | 38                   | 79,03                  | F (1,0;62,1) =0,295<br>p=0,5888 | Z=0,244<br>p=0,807             | d=0,072                           |
|                                       | Párban<br>nevelők  | 116                  | 77,00                  |                                 |                                |                                   |

*A megküzdési módok és a szülői reziliencia*

A megküzdési módok skála eloszlásainak normalitása valamennyi esetben sérül, de a szóráshomogenitásuk lehetővé tette a Mann-Whitney-próba alkalmazását (5. táblázat). A különböző megküzdési módok közül csak az Érzelmi indíttatású cselekvés esetében kaptunk szignifikáns eltérést a két csoport között, az egyedül nevelő szülők esetében az Érzelmi indíttatású cselekvés szignifikánsan magasabb, mint a párban nevelőké ( $U=1597$ ,  $p=0,010$ ,  $d=0,133$ ).

**5. táblázat.** A megküzdési módok és a szülői reziliencia összefüggései

|                                             |                                     |                    | Eset<br>szám | Levene-<br>próba<br>p | Rang-<br>átlag | Mann-<br>Whitney-U/p | Cohen-d |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------|-----------------------|----------------|----------------------|---------|
| Probléma-<br>orientált<br>megküzdési<br>mód | Probléma-<br>elemzés                | Egyedül<br>nevelők | 38           | 0,793                 | 70,18          | 2482                 | -       |
|                                             |                                     | Párban<br>nevelők  | 116          |                       | 79,90          | 0,235                |         |
|                                             | Kognitív át-<br>strukturálás        | Egyedül<br>nevelők | 38           | 0,760                 | 76,20          | 2154                 | -       |
|                                             |                                     | Párban<br>nevelők  | 116          |                       | 77,93          | 0,834                |         |
|                                             | Alkalmazkodás                       | Egyedül<br>nevelők | 38           | 0,927                 | 84,50          | 1938                 | -       |
|                                             |                                     | Párban<br>nevelők  | 116          |                       | 75,21          | 0,255                |         |
| Érzelem-<br>orientált<br>megküzdési<br>mód  | Érzelmi<br>egyensúly<br>keresése    | Egyedül            | 38           | 0,512                 | 81,51          | 2051,5               | -       |
|                                             |                                     | Párban             | 116          |                       | 76,19          | 0,512                |         |
|                                             | Visszahúzóadás                      | Egyedül            | 38           | 0,829                 | 82,64          | 2008,5               | -       |
|                                             |                                     | Párban             | 116          |                       | 75,81          | 0,405                |         |
|                                             | Érzelmi<br>indíttatású<br>cselekvés | Egyedül            | 38           | 0,018*                | 93,47          | 1597                 | 0,133   |
|                                             |                                     | Párban             | 116          |                       | 72,27          | 0,010                |         |
| Támogatást<br>kereső meg-<br>küzdési mód    | Segítségkérés                       | Egyedül            | 38           | 0,616                 | 67,30          | 1816,5               | -       |
|                                             |                                     | Párban             | 116          |                       | 80,84          | 0,097                |         |

*Az észlelt stressz és a szülői reziliencia*

Az észlelt stressz eloszlása mind a gyermeküket egyedül, mind a párban nevelők esetén normális (egyedül nevelők:  $D=0,067$ ,  $p=0,200$ ; párban nevelők:  $D=0,066$ ,  $p=0,200$ ). Az egyedül nevelők átlaga nem különbözött szignifikánsan a párban nevelő szülők átlagától (6. táblázat).

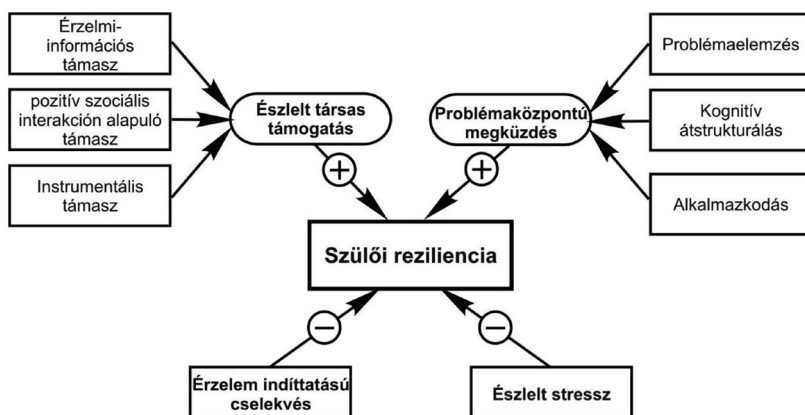
**6. táblázat.** Az észlelt stressz és a szülői reziliencia összefüggései

| Nevelők száma   | Eset szám | Átlag | Kolmogorov-Smirnov-próba D/p | Kétmintás t-próba |
|-----------------|-----------|-------|------------------------------|-------------------|
| Egyedül nevelők | 38        | 28,37 | 0,067/0,200                  | t (152) = 0,465   |
| Párban nevelők  | 116       | 27,53 | 0,066/0,200                  | p = 0,642         |

### *A szülői reziliencia regressziós modellje*

A vizsgálatunkban szereplő, a szülői rezilienciára hatást gyakorló tényezőkből a szakirodalom alapján felállítottunk egy elméleti modellt, miszerint az észlelt társas támogatás és a problémaközpontú megküzdés pozitív kapcsolatban áll a rezilienciával, míg az érzelmi indíttatású cselekvés és az észlelt stressz negatív hatással van rá (4. ábra).

Majd az összefüggések vizsgálatára elvégeztük a szülői reziliencia regressziós modelljét, ebben a társas támasz hatását az érzelmi-információs támaszon, a pozitív szociális interakción alapuló támaszon és az instrumentális támaszon, mint a társas támasz alskáláin keresztül vettük figyelembe. A problémaorientált megküzdési módot a problémaelemzés, a kognitív átstrukturálás és az alkalmazkodás képviseli. Az érzelmi indíttatású cselekvés és az észlelt stressz esetén további alskálákra történő bontás nem volt indokolt.

**4. ábra.** A szülői reziliencia elméleti modellje

A többszörös lineáris regresszióanalízis eredményei a 7. táblázatban láthatók. A modellben szereplő prediktorok együttes magyarázóereje 39,3%.

**7. táblázat.** A szülői reziliencia többszörös lineáris regressziójának eredményei

| Magyarázó változó             | Regressziós együttható (B) | Standard hiba | Standardizált regressziós együttható (Béta) | t-érték | p-érték   |
|-------------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------------------------|---------|-----------|
| Konstans                      | 47,886                     | 5,535         | .                                           | 8,652   | 0,0000*** |
| Érzelmi-információs támasz    | 0,3661                     | 0,133         | 0,27                                        | 2,75    | 0,0067**  |
| Pozitív szociális interakció  | 0,4257                     | 0,166         | 0,248                                       | 2,571   | 0,0111*   |
| Instrumentális támasz         | 0,3196                     | 0,411         | 0,058                                       | 0,778   | 0,4381    |
| Problémaelemzés               | 0,1701                     | 0,285         | 0,048                                       | 0,597   | 0,5516    |
| Kognitív átstrukturálás       | 1,0627                     | 0,453         | 0,170                                       | 2,345   | 0,0204*   |
| Érzelmi indíttatású cselekvés | -0,1669                    | 0,229         | -0,048                                      | -0,730  | 0,4665    |
| Észlelt stressz               | -0,1664                    | 0,070         | -0,175                                      | -2,369  | 0,0192*   |

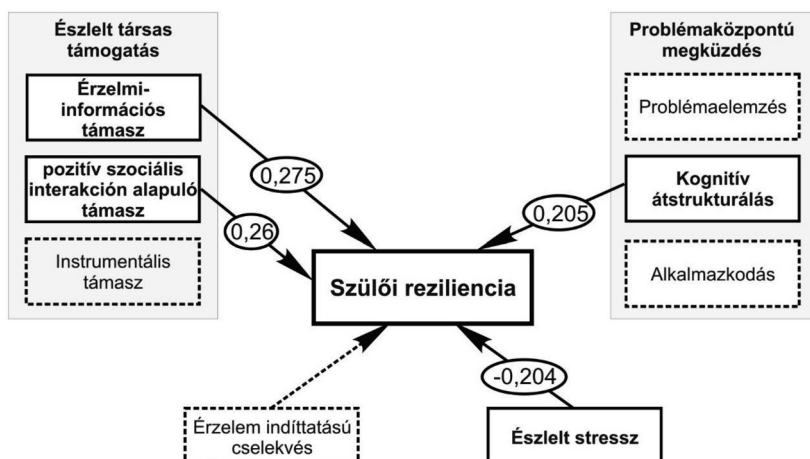
Látható, hogy több olyan változó is előfordul a modellben, amely nem szignifikáns, ezért, ha kiemeljük az *instrumentális támaszt*, a *problémaelemzést* és az érzelmi indíttatású cselekvést, akkor a modell lényegesen leegyszerűsödik. A négy szignifikáns prediktor együttes magyarázó ereje 39,9% ([F(4;149)=26,356, (p=0,0000\*\*\*), R=0,644, korrigált R<sup>2</sup>=0,399], a standardizált béták pedig mind a négy esetben meghaladják a 0,2-et (8. táblázat).

**8. táblázat.** A szülői reziliencia többszörös lineáris regressziójának eredményei

| Magyarázó változó            | Regressziós együttható (B) | Standard hiba | Standardizált regressziós együttható (Béta) | t-érték | p-érték   |
|------------------------------|----------------------------|---------------|---------------------------------------------|---------|-----------|
| Konstans                     | 49,813                     | 5,137         | .                                           | 9,697   | 0,0000*** |
| Érzelmi-információs támasz   | 0,3731                     | 0,132         | 0,275                                       | 2,816   | 0,0055**  |
| Pozitív szociális interakció | 0,4466                     | 0,164         | 0,26                                        | 2,724   | 0,0072**  |
| Kognitív átstrukturálás      | 1,2814                     | 0,402         | 0,205                                       | 3,19    | 0,0017**  |
| Észlelt stressz              | -0,1937                    | 0,066         | -0,204                                      | -2,916  | 0,0041**  |

Látható, hogy a szülői reziliencia szignifikáns magyarázó változói az érzelmi-információs támasz (Béta=0,275) és a *pozitív szociális interakció* (Béta=0,260) (a társas támasz alskálái), a *kognitív átstrukturálás* (Béta=0,205) (a megküzdési módok alskálája), valamint negatív együtthatóval az észlelt stressz (Béta=-0,204). Az *instrumentális támasz*, a *problémaelemzés*, az *alkalmazkodás* és az érzelmi indíttatású cselekvés nincs szignifikáns összefüggésben a szülői rezilienciával. Az 5. ábrán összefoglaljuk a szülői rezilienciával összefüggést mutató

tényezőket. Szaggatott vonallal azokat a változókat jelöltük, amelyek az elemzés szerint a szülői rezilienciával nem mutatnak szignifikáns kapcsolatot.



5. ábra. A szülői reziliencia regressziós modellje

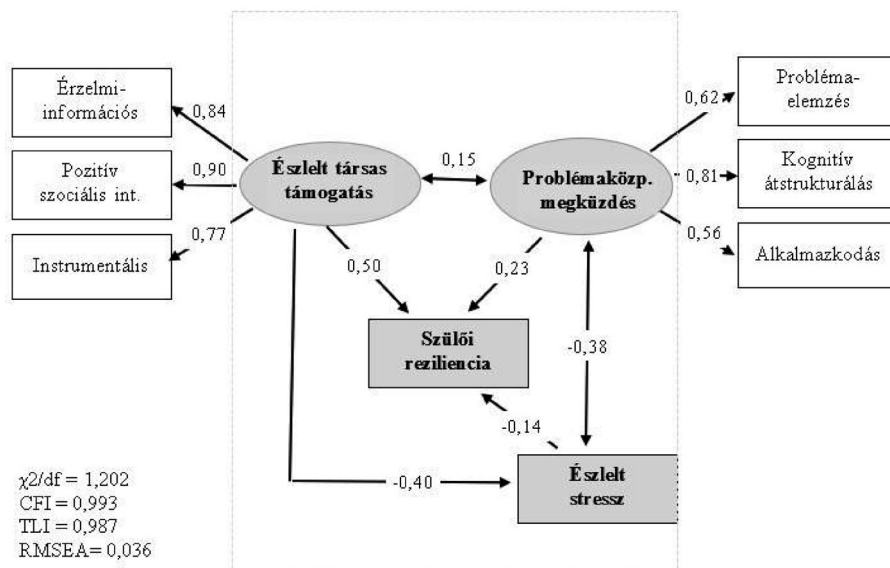
### A szülői reziliencia összegző modellje

A regressziós elemzések során kapott eredmények alapján felállítottunk egy újabb összegző modellt, amelyet az ún. Strukturális Egyenlet Modellezéssel (SEM) vizsgáltunk. Ennek a modern, kauzális összefüggéseket elemző eljárásnak az előnye, hogy lehetőséget biztosít az elméleti modell és az adataink illeszkedésének becslésére, látens változók alkalmazására, valamint a mérési és strukturális modellek megkülönböztetésére. Az előzetes eredmények alapján 3 fontos prediktor hatását feltételeztük: észlelt társas támogatás, *problémaközpontú megküzdés* és észlelt stressz. A SEM segítségével az észlelt társas támogatást, mint látens változót a 3 alskálából képeztük, ami a 3 változó közös varianciához nyújtja. Ez a megközelítés mérési hibától mentesebb konstrukció becslést eredményez, szemben a klasszikus módszerrel, amikor a 3 alskálát alkotó tételek eredményeit egyszerűen és súlyozatlanul összegezzük. Ugyanígy jártunk el a problémaközpontú megküzdés látens változójánál is, ahol szintén a 3 alskálából képeztünk látens változót. Érdekes megjegyeznünk, hogy a regressziós elemzések alapján csak a kognitív átstrukturálás alskála volt szignifikáns prediktor, a másik két alskála (problémaelemzés és alkalmazkodás) nem érte el a szignifikancia szintet, ennek ellenére úgy gondoltuk, hogy a modellezésbe mégis az átfogó problémaközpontú megküzdést, mint széles körben validált konstrukciót emeljük be. A 6. ábrán téglalapokkal jelöltük a közvetlenül mért változókat, míg

körvonalakkal a látens változókat. A látens változók és az alskálák kapcsolódását faktorsúlyokkal jellemezhetjük. A látens változókat alkotó konstruktumok jóságát többnyire a magas faktorsúlyok jelzik. Láthatjuk, hogy az észlelt társas támogatás esetében a pozitív szociális interakció alksála a legerősebb komponens, míg a problémaközpontú megküzdés esetében a kognitív átstrukturálás. Ezek a szaggatott téglalapon kívül eső mutatók adják a mérési modellt, míg a szaggatott vonalon belül eső mutatók a strukturális jellemzőket, amelyre elsődlegesen kíváncsiak vagyunk. Az elméleti modellünk és az adataink illeszkedésének becslésére több mutatót is használhatunk.

Az elemzés során a következő illeszkedési mutatókat vettük figyelembe:  $\chi^2$  és a szabadságfok hányadosa ( $\chi^2/\text{df}$ ), összehasonlító illeszkedési mutató (Comparative Fit Index, CFI), Tucker–Lewis-féle Illeszkedési mutató (Tucker–Lewis Nonnormed Fit Index, TLI; Tucker & Lewis, 1973), valamint a becslési hiba négyzetes átlagának gyöke (Root-Mean-Square Error of Approximation, RMSEA, Steiger, 1990). A mintanagyságból fakadó korlátot gyakran a  $\chi^2$ -próba szabadságfokhoz mért arányával kompenzálják ( $\chi^2/\text{df}$ ), amelynek ugyan nincs pontos kritériuma, de az ajánlások általában 2-től 5-ig terjednek, és a határérték alatti érték jelez megfelelő illeszkedést (Tabachnick & Fidell, 2007; Wheaton és mtsai., 1977). A CFI és TLI mutatók értéke 0 és 1 közötti tartományba eshet, ahol az 1-hez közeli érték jelzi a szoros illeszkedést. A kutatási gyakorlatban kezdetben a mutatók elfogadhatósági kritériumának 0,90-et adtak meg, de az utóbbi időben inkább a 0,95-öt tekintik az elfogadhatóság alsó határának (Hu & Bentler, 1999). Az RMSEA értéke is 0 és 1 közé eshet, itt azonban a kisebb, 0-hoz közel eső érték jelzi a jobb illeszkedést. Browne és Cudeck (1993) szerint az RMSEA értékei 0,05-ig szoros illeszkedést jeleznek; 0,08-os értékig pedig megfelelő illeszkedést, elfogadható populáción belüli becslési hibákkal. A 6. ábrán közölt modell illeszkedési mutatói kiválóak, ami az elméleti modell és az adatok jó illeszkedését támasztja alá.

A kapott eredményeink alapján a szülői reziliencia egyik legfontosabb komponense az észlelt társas támogatás, amit a problémaközpontú megküzdés és az észlelt stressz követ. A prediktorok a szülői reziliencia összvarianciájának 44,6%-át magyarázzák ( $R^2=0,446$ ). Az észlelt társas támogatottság és az észlelt stressz mértéke, illetve a problémaközpontú megküzdés és az észlelt stressz között közepes mértékű negatív együttjárás figyelhető meg. Érdeemes megjegyeznünk, hogy az egyedül és párban nevelő szülői csoportokon végzett modellelemzés összességében hasonló összefüggéseket eredményezett.



6. ábra. A szülői reziliencia összegző modellje (SEM)

## 6. DISZKUZZIÓ

Vizsgálatunk célkitűzése a COVID-19 pandémia alatt átélt stresszhelyzetben a hét és tíz év közötti gyermekeket párban, illetve egyedül nevelő szülők rezilienciájának vizsgálata volt. Feltételezésünk szerint az egyedül gyermeket nevelők nehezebb helyzetben vannak, nagyobb észlelt stressz mellett alacsonyabb társas támasszal rendelkeznek, és megküzdési stratégiáikban gyakrabban jelenik meg az érzelemorientált megküzdés.

A kapott eredmények megerősítették, hogy a gyermeküket egyedül nevelők társas támogatottsága alacsonyabb, mint a gyermeküket párban nevelő szülőké. Az elvégzett elemzések azt is alátámasztották, hogy az egyedül nevelő szülők esetében az észlelt stressz magasabb, illetve az érzelemorientált megküzdés magasabb mértékben jelenik meg, míg a problémaorientált megküzdésben nincs különbség. A kapott eredmények egybecsengenek korábbi kutatásokkal, melyek az egyedülálló szülő társas támogatottságának szerepét hangsúlyozzák (Hamid & Salleh 2013; Smith és mtsai., 2012).

A társas támasz egyes tényezőit kibontva vizsgálatunkban alátámasztást nyert, hogy a gyermeküket egyedül nevelő szülők kevesebb számú olyan *baráttal* rendelkeznek, akikkel nem feszélyezik magukat, és bármiről tudnak velük beszélgetni, mint a gyermeküket párban nevelő szülők. A társas támasz egyes alskáláin belül emellett hasonló tendencia látható a *pozitív szociális interakción*

*alapuló támasz*, illetve az *instrumentális támasz* eloszlásaiban: a hatásmértéket figyelembe véve tekintve mindkettő esetében erős szignifikáns eltérés mutatkozik. Az egyedül nevelő szülők kevesebb instrumentális támasszal rendelkeznek és a pozitív szociális interakción alapuló támasz is alacsonyabb náluk. Egyedül az érzelmi-információs támasz esetében nem kaptunk szignifikáns különbséget a két csoport között. Ezek a tényezők arra utalnak, hogy a gyermeküket egyedül nevelő szülők társas támogatottsága több tekintetben hátrányosabb, mint a gyermeküket párban nevelő szülőké.

A szülői rezilienciára vonatkozó kérdőíves felmérésünk statisztikai vizsgálata azt mutatja, hogy a rezilienciát meghatározó három változó közül az észlelt társas támogatottság esetében a gyermeküket egyedül nevelő szülők értéke alacsonyabb, mint a párban nevelőké, míg a *gyermek jellemzőinek ismerete* és a *szülőség pozitív észlelése* változók esetében szignifikáns eltérés nem volt kimutatható a két csoport között. Ez arra utal, hogy a szülők mindkét esetben tisztában vannak gyermekük sajátosságaival és szülői szerepüket hasonló mértékben elfogadják. Különbség közöttük az észlelt társas támogatottságban mutatkozott meg, ami alátámasztja korábbi, a társas támasszal kapcsolatos vizsgálatunk eredményét, miszerint az egyedül nevelő szülők jelentősen kevesebb társas támogatásban részesülnek. A kapott eredményeket Suzuki és munkatársai (2015) eredményeivel egybevetve a *gyermek jellemzőinek ismerete* és a *szülőség pozitív ismerete* faktorokban nem kaptunk eltérést a két csoport között, amit azzal magyarázhatunk, hogy a mintánkban nem atipikusan fejlődő gyermekek szüleit vizsgáltuk.

A megküzdési stratégiákat vizsgálva a *problémaorientált megküzdési módok* alskálái nem mutattak szignifikáns különbséget a gyerekeket egyedül, illetve párban nevelő szülők válaszai között, azaz ennek alapján az derül ki az eredményeinkből, hogy sem a problémaelemzés, a kognitív átstrukturálás és az alkalmazkodás tekintetében nincs különbség a két csoport között. A szülők mindkét csoport esetében hasonló mértékben alkalmazzák ezeket a megküzdési stratégiákat a gyermeknevelés során.

Az érzelemorientált megküzdési módok alskálái közül az érzelmi egyensúly keresése és a *visszahúzódnás* esetében nem kaptunk szignifikáns különbséget a két csoport között, viszont az érzelmi indíttatású cselekvésre vonatkozó kérdésekre adott válaszok azt mutatják, hogy az egyedül nevelő szülőknél gyakrabban jelenik meg ez a reakció mód, ami utalhat a segítség- és időhiányra, ami megmutatkozik az életükben az érzelemfókuszú megküzdés, mint a párban nevelők esetében.

A megküzdési stratégiák közül a *támogatást kereső megküzdési módok* nem mutattak szignifikáns különbséget a szülők számától függően, ami azt jelzi, hogy a szülők hasonló mértékben éltek a segítségkérés eszközével. A megküzdést vizsgáló coping stílusok esetében a korábbi kutatásokhoz hasonló eredményeket kaptunk (Kopp & Skrabski, 1995), azon hipotézisünk pedig nem nyert

alátámasztást, miszerint az egyedülálló szülők inkább az érzelemorientált megküzdést alkalmazzák, ezek közül egyedül az érzelmi indíttatású cselekvés mutatott magasabb értéket. Véleményünk szerint egyik magyarázat ebben az esetben is a normatív minta lehet, vagyis a szülők mindkét mintában neurotipikus gyermeket nevelnek.

Az észlelt stressz eloszlás vizsgálata nem erősítette meg azt a feltételezésünket, hogy a gyerekeket egyedül nevelő szülők esetében az észlelt stressz magasabb, mint a párban nevelőké: a két csoport eloszlása sztochasztikusan egyenlő, átlaguk eltérése nem szignifikáns. Ez az eredmény arra utal, hogy a minta adatai alapján a vizsgált pandémiás időszakban nem éltek meg magasabb szintű stresszt az egyedül nevelő szülők a párban nevelő szülőkhöz képest. Ezzel szemben a szakirodalmi adatok általában megerősítik, hogy az egyedülálló szülők magasabb stresszt élnek meg, mint a gyerekeket közösen nevelő szülők, azonban azt is hangsúlyozzák, hogy az egyes protektív és kockázati tényezők interakcióba lépnek egymással és sokat számít a stresszor egyéni megítélése is (Hamid & Salleh, 2013).

Hipotéziseinkben továbbá feltételeztük, hogy a szülői rezilienciával az észlelt társas támogatás és a problémaorientált megküzdés pozitív kapcsolatban áll, míg az érzelemindíttatású cselekvés és az észlelt stressz a szülői rezilienciával negatív kapcsolatban van.

A többszörös lineáris regressziós elemzéseink eredményeiből kiderült, hogy a szülői reziliencia szignifikáns magyarázó változói az érzelmi-információs támasz, a *pozitív szociális interakción alapuló támasz*, a *kognitív átstrukturálás*, valamint negatív együttthatóval az észlelt stressz, az *instrumentális támasz*, a *problémaelemzés*, az *alkalmazkodás* és az érzelmi indíttatású cselekvés azonban nem.

Az összegző modellezéssel (SEM) kapott eredményeink a regressziós eredményekből felállított elméleti modell empirikus igazolását adják. Láthatjuk, hogy a szülői reziliencia olyan központi tényező, amelynek az észlelt stresszel szembeni hatékony megküzdésben alapvető szerep jut. Bár a keresztmetszeti vizsgálati elrendezésünk nem teszi lehetővé a kauzalitás és a cirkuláris okság pontos feltérképezését, ennek ellenére a modell alátámasztja a szakirodalmi eredményeket. A magas szintű szülői reziliencia általában csökkenti az észlelt stresszt, és növeli a társas támogatottságot, amely a problémaközpontú megküzdés hatékonyságát támogatja. A magas szintű társas támogatottság és a problémaközpontú megküzdési stílus továbbá hozzájárulhat a szülők rezilienciájának fenntartásához és növeléséhez, amikor stresszes helyzetekkel szembesülnek. Az észlelt stresszel, mint potenciális vészhelyezettel szemben az olyan protektív faktorok működnek hatékonyan, amelyek a társas támasz és a problémaorientált megküzdés. A kapott kutatási eredmény az egyedül álló szülők esetében rámutat arra, hogy a társas támogatottság növelése lehet az a hatékony tényező, ami protektív szerepet tölthet be a szülői reziliencia erősítésében.

## 7. KORLÁTOK, KITEKINTÉS

Megemlíthető a kutatás limitációjaként a kérdőívek önkitöltő és online formájából adódóan előforduló esetleges torzítás, ezt azonban nem tudtuk kiküszöbölni, mivel az adatfelvétel már a COVID-19 pandémia negyedik hulláma alatt történt, amikor ugyan a lezárások enyhültek, de még mindig jellemző volt az óvintézkedésekhez tartozó maszk használat és a távolságtartás, ami a személyes adatfelvételt megnehezítette volna.

A kutatást továbbá érdemes lenne longitudinális formában folytatni, ami lehetővé tenné az ok-okozati összefüggések feltárását. Továbbá a járvány alatt kapott eredményeket össze lehetne hasonlítani egy olyan időszakkal, amikor a járvány már nem játszik szerepet a családok életében. Ezáltal a pandémia hatását is jobban megítélhetnénk.

## IRODALOM

- Agaibi CE & Wilson JP. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 6(3):195-216. DOI:10.1177/1524838005277438
- American Psychological Association (APA) (2014). The road to Resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Aurora, J. P. (1993). Black, Single, Working Mothers in Poverty: Preferences for Employment, Well-being, and Perceptions of Preschool-Age Children. *Social Work, Vol. 38* (1), 26-34. <https://doi.org/10.1093/sw/38.1.26>
- Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., Didomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C. & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19–related stress, anxiety and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational Psychiatry, 10*(291), 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-00982-4>
- Browne, M.W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K.A. Bollen & J.S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour, 24*, 385-396. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Collings, S., Jenkin, G., Carter, K. & Signal, L. (2013). Gender differences in the mental health of single parents: New Zealand evidence from a household panel survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49*, 811–821. DOI 10.1007/s00127-013-0796-6
- Csoboth Cs. & Susánszky É. (2010). Egyedülálló anyák és apák egészségi állapota. Van nemi különbség? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 11*.(4), 335–348 DOI: 10.1556/Mental.11.2010.4.6
- Fallon, B., Lefebvre, R., Collin-v, D., Houston, E., Joh-carnella, N., Malti, T., Filippelli, J., Schumaker, K., Manel, W., Kartusch, M. & Cash, S. (2020). Screening for economic hardship for child welfare-involved families during the COVID-19 pandemic: A rapid partnership response. *Child Abuse & Neglect, 110*(Pt 2), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104706>

- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Manual for the ways of coping questionnaire. Consulting Psychologists Press.
- Fuller, H. R., & Huseth-Zosel, A. (2020). Lessons in resilience: Initial coping among older adults during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(1), 114–125. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa170>
- Gayatri, M. & Irawaty, D. K. (2022) Family Resilience during COVID-19 Pandemic: A Literature Review The Family Journal, 30(2), 132-138. <https://doi.org/10.1177/10664807211023875>
- Gavidia-Payne, S., Denny, B., Davis, K., Francis, A., & Jackson, M. (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *Clinical Psychologist*, 19(3), 111–121. <https://doi.org/10.1111/cp.12053>
- Greeff, A. P. & Ritman, I. N. (2005). Individual Characteristics Associated With Resilience in Single-Parent Families [Abstract]. *Psychological Reports*, 96, 36–42. doi: 10.2466/PRO.96.1.36-42.
- Haleman, D. L. (2004). Great Expectations: Single Mothers In Higher Education. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, Vol. 17 (6). <https://doi.org/10.1080/0951839042000256448>
- Hamid, S. R. A. & Salleh, S. (2013). Exploring single parenting process in Malaysia: Issues and coping strategies. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1154 – 1159. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.718
- Harrison, C. & Sofronoff, K. (2002). ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 703–711. DOI: 10.1097/00004583-200206000-00010
- Hastings, R. P., Kovshoff, H., Brown, T., Ward, N., J., Espinosa, F., D. & Remington, B. (2005). Coping strategies in mothers and fathers of preschool and school-age children with autism. *Pubmed*, 9(4), 377-391. DOI: 10.1177/1362361305056078.
- Heiss, J. (1996). Effects of African American Family Structure On School and Performance. *Social Problems*, 43, 246-267.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E., L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265. DOI: 10.1177/070674371105600504
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Kimhi, S., Marciano, H., Eshel, Y. & Adini, B. (2020). Resilience and demographic characteristics predicting distress during the COVID-19 crisis. *Social Science & Medicine*, 265(September), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113389>
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (1995): Magyar lelkiállapot. Végeken Kiadó, Budapest.
- Kövesdi A., Csikós, G., Törő K., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa S., & Földi R. (2021). The Role of Self-efficacy in Adaption Regarding Parental and Child Resilience - A Longitudinal Study on the Two Waves of Covid 19 *Acta Scientífic Neurology* 4 : 3. 53-62.
- Kövesdi A., Soltész-Várhelyi K., Törő K., Csikós G., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa S & Földi R., (2022). Reziliencia változása és támogató szerepe a szülő-gyermek kapcsolatban – longitudinális vizsgálat COVID-19. *Psychologia Hungarica Caroliensis VIII* : 3. 7-29.
- Luthar, S. S., Ebbert, A. M., & Kumar, N. L. (2021). Risk and resilience during COVID-19 : A new study in the Zigler paradigm of developmental science. *Development and Psychopathology*, 33, 565–580. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001388>

- Markó É., Bandi Sz. & Kiss E. Cs. (2019). A 16 ítemes Szülői Reziliencia Kérdőív (PREQ16) magyar adaptációja – első hazai mérési tapasztalatok. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 2019, 74.4/2. 447–462. DOI: 10.1556/0016.2019.74.4.2
- Masten, A., Best, K. & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2. 425–444. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579400005812>
- Mazza C, Ricci E, Biondi S, Colasanti M, Ferracuti S, Napoli C, Roma P. (2020). A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*.17(9), 3165. doi: 10.3390/ijerph17093165.
- Miller, J. J., Niu, C. & Moody, S. (2020). Child welfare workers and peritraumatic distress: The impact of COVID-19. *Children and Youth Services Review*, 119 (September), 105508. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105508>
- Miranda, A., Tárraga, R., Fernández, M. I., Colomer, C. & Pastor, G. (2015). Parenting stress in families of children with autism spectrum disorder and ADHD. *Exceptional Children*, 82(1) 81–95. DOI: 10.1177/0014402915585479
- Nelson, M. K. (2000). Single Working Mothers and Social Support: The Commitment to, and Retreat. *Reciprocity Qualitative Sociology*, Vol. 23 (3). DOI: <https://doi.org/10.25071/1920-7336.40690>
- Ramadhana, M. R. (2020). A dataset for emotional reactions and family resilience during COVID-19 isolation period among Indonesian families. *Data in Brief*, 31, 105946. <https://doi.org/10.1016/j.dib.2020.105946>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S. & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*. 6;16(1):57. o. DOI: 10.1186/s12992-020-00589-w. PMID: 32631403; PMCID: PMC7338126.
- Sallay V., Simon-Zámbori P. & Martos T. (2021). A szülői reziliencia mintázatai átlagos és átlagostól eltérő fejlődésű gyermeket nevelő anyák esetében. *Alkalmazott Pszichológia*, 1(4): 53–73. DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2021.4.53
- Schieve, L., Blumberg, S., Rice, C., Visser, S. & Boyle, C. (2007). The relationship between autism and parenting stress. *Pediatrics*, 119(1), 114–121. DOI: 10.1542/peds.2006-2089Q
- Shinn, M., Wong, N., Simko, P. & Ortiz-Torres, B. (1989). Promoting the well-being of working parents: Coping, social support, and flexible job schedules. *American Journal of Community Psychology*, 17(1), 31-55. DOI:10.1007/BF00931201
- Schmiege, C. J. & Richards, A. L. (1993). Problems and Strengths of Single-Parent Families: Implications for Practice and Policy. *Family Relations*, Vol. 42 (3), 277-285.
- Sherbourne, D. C., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32, 705-714. DOI: 10.1016/0277-9536(91)90150-b
- Sim, A., Bowes, L. & Gardner, F. (2019) The Promotive Effects of Social Support for Parental Resilience in a Refugee Context: a Cross-Sectional Study with Syrian Mothers in Lebanon. *Prevention Science* 20, 674–683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>

- Smith, L., Greenberg, J., & Seltzer, M. (2012). Social support and well-being at mid-life among mothers of adolescents and adults with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42(9), 1818–1826. doi: 10.1007/s10803-011-1420-9
- Stauder A. & Konkoly Thege B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* (7), 203–216. DOI: 10.1556/Mental.7.2006.3.4
- Steiger, J.H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173–180. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502\\_4](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2502_4)
- Suzuki, K., Kobayashi, T., Moriyama, K., Kaga, M., Hiratani, M., Watanabe, K., Yamashita, Y. & Inagaki, M. (2015). Development and Evaluation of a Parenting Resilience Elements Questionnaire (PREQ) Measuring Resiliency in Rearing Children with Developmental Disorders. *PLoS One*. 3;10(12):e0143946. DOI: 10.1371/journal.pone.0143946. Erratum in: *PLoS One*. 2015;10(12):e0146090. PMID: 26633810; PMCID: PMC4669138.
- Sz. Makó, H., Bernáth, L., Szentiványi-Makó, N., Veszprémi, B., Vajda, D. & Kiss, E. Cs. (2016). A MOS SSS - Társas Támasz mérésére szolgáló kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3):145–162. DOI: 10.17627/ALKPSZICH.2016.3.145
- T. Kárász, J., Nagybányai Nagy, O., Széll, K., & Takács, S. (2022). Cronbach-alfa: vele vagy nélküle? *Magyar Pszichológiai Szemle*, 77(1), 81–98. <https://doi.org/10.1556/0016.2022.00004>
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York: Allyn and Bacon.
- Takács, Sz. (2016). *Bevezetés a matematikai statisztikába: Elmélet és gyakorlat*. Budapest, Magyarország: Antaresz Kiadó.
- Takács, Sz. (2017). *Bevezetés a matematikai statisztikába 2.: Többváltozós statisztikai módszerek*. Budapest, Magyarország: Antaresz Kiadó.
- Thompson, C. A., & Prottas, D. J. (2006). Relationships among Organizational Family Support, Job Autonomy, Perceived Control, and Employee Well-Being. *Journal of Occupational Health Psychology*. 11(1) 100–118. doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.100
- Tiet, Q Q., & Huizinga, D. (2002). Dimensions of the Construct of Resilience and Adaptation Among Inner-City Youth. *Journal of Adolescent Research*, 17, 3, 260–276. <https://doi.org/10.1177/07435584021730>
- Tucker, L.R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1–10.
- Verma S, Mishra A. Depression, anxiety, and stress and socio-demographic correlates among general Indian public during COVID-19. (2020). *Int J Soc Psychiatry*. 66(8), 756–762. doi: 10.1177/0020764020934508.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F.N. Tran, B., Ho, R., Sharma, V.K., & Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. 87 40–48 DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.028
- Weinraub, M., & Wolf, B. M. (1983). Effects of Stress and Social Supports on Mother-Child Interactions in Single- and Two-Parent Families. *Child Development*, 54(5), 1297–1311. <https://doi.org/10.2307/1129683>
- Wheaton, B., Muthen, B., Alwin, D.F., & Summers, G. (1977). Assessing reliability and stability in panel models, *Sociological Methodology*, 8(1), 84–136. <https://doi.org/10.2307/270754>

- Widiyawati J, Otten R, Kleemans T, & Scholte R.H.J (2022) Parental Resilience and the Quality of Life of Children with Developmental Disabilities in Indonesia, *International Journal of Disability, Development and Education*, 69:6, 1946-1962, DOI: 10.1080/1034912X.2020.1834078
- Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, Chen-Li D, Iacobucci M, Ho R, Majeed A, & McIntyre, RS. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Dec 1;277:55-64. DOI: 10.1016/j.jad.2020.08.001. Epub 2020 Aug 8. PMID: 32799105; PMCID: PMC7413844.
- Ying, Y., Ruan, L., Kong, F., Zhu, B., Ji, Y., & Lou, Z. (2020). Mental health status among family members of health care workers in Ningbo, China, during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02784-w>
- Yorke, I., White, P., Weston, A., Rafla, M., Charman, T., & Simonoff, E. (2018). The association between emotional and behavioral problems in children with autism spectrum disorder and psychological distress in their parents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 48(10), 3393-3415. DOI: 10.1007/s10803-018-3605-y

# A HÁLA MINT VÉDŐFAKTOR A KORONAVÍRUS ÁLTAL OKOZOTT PSZICHÉS KIHÍVÁSOKKAL SZEMBEN

FERENCZI Andrea<sup>1</sup>, BOZÓKI Gabriella Alexandra<sup>2</sup>, MÉSZÁROS Veronika<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék, Budapest

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Budapest, hallgató

<sup>3</sup>Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet, Általános Lélektani és Módszertani Tanszék, Budapest

Levelező szerző: Ferenczi Andrea: [ferenczi.andrea@kre.hu](mailto:ferenczi.andrea@kre.hu)

Corresponding author: Andrea Ferenczi: [ferenczi.andrea@kre.hu](mailto:ferenczi.andrea@kre.hu)

## Absztrakt

**Háttér és célkitűzések:** A koronavírus világjárvány kihívásai – saját és hozzátartozók egészségének feltétele, fokozott halálszorongás, társas izoláció, anyagi biztonság elvesztése – kedvezőtlenül hatnak a krízissel való hatékony megküzdésre, ezáltal befolyásolják a mentális egészséget. Jelen tanulmány célja a vonáshála összefüggéseinek feltárása néhány mentális egészség szempontjából jelentős pszichológiai konstrukttal, valamint a hálaintervenció lelki jólétre gyakorolt hatásának vizsgálata. **Módszer:** Online, kvantitatív vizsgálatunkban 163 (129 nő, 34 férfi) 18 év feletti (MD=36, SD= 14,85; min.-max.=18–66) egészséges személy adatait elemeztük. A résztvevőket kísérleti (n=112) és kontrollcsoportra (n=51) osztottuk. Elsőként mindenki kitöltött egy kérdőívcsomagot, majd a kísérleti csoport tagjai két hétig hálánaplót vezettek. A kontrollcsoport tagjai semmilyen instrukciót nem kaptak. A két hét elteltével mindkét csoport ismételtén kitöltötte ugyanazon kérdőíveket. Vizsgálatunkban a következő mérőeszközöket alkalmaztuk: GRAT Hála Kérdőív, Pszichológiai Jólét Kérdőív, Élet Értelme Kérdőív, Reménytelenség Skála, valamint Multidimenzionális Halálfélelem Skála. **Eredmények:** Vizsgálataink azt mutatják, hogy a vonáshála teljes skálája, valamint azon belül a „bőség érzékelése” van figyelemreméltó kapcsolatban a pszichológiai jóléttel. Továbbá ezek a tényezők azok, amelyek az intervenció hatására a vizsgálati csoportban változást mutatnak (teljes hála kérdőív: (F(1, 80,2)=15,323; p=,0025\*\*)); (bőség érzékelés faktor: (F(1, 161) = 8,788; p = 0,003\*\*)). Emellett a hálánapló vezetés hozzájárul az élet értelmességének nagyobb megéléséhez (F(1, 161) = 6,826; p = 0,001\*\*), továbbá a teljes reménytelenség (F(1, 161) = 4,359; p = 0,0384\*), valamint a reménytelenség jövővel kapcsolatos negatív érzéseinek (F(1, 161) = 11,621; p <0,001\*\*\*) csökkenéséhez. **Összegzés:** Eredményeink alapján elmondható, hogy a vonáshála pozitív kapcsolatban áll a mentális egészség több aspektusával. A hálaintervenció pedig olyan tapasztalatokkal gazdagítja az egyént, amelyek értékelhetővé teszik számára az egyszerű, mindennapi élményeket, az élet egészét megélésre érdemesebbnek mutatják, továbbá kimozdítják az önmagára, a jövőjére és a világra vonatkozó negatív várakozások rendszeréből.

**Kulcsszavak:** diszpozicionális hála ■ hálaintervenció ■ pszichológiai jólét ■ élet értelmességének megélése ■ halálszorongás ■ koronavírus.

## Abstract

**Background and aims:** The challenges of the coronavirus pandemic - fear for one's own health and the health of loved ones, increased fear of death, social isolation, loss of financial security - have a negative impact on coping effectively with the crisis, thereby affecting mental health. The aim of the present study is to explore the association of trait gratitude with some psychological constructs relevant to mental health, and to examine the impact of gratitude intervention on psychological well-being. **Methods:** Our online quantitative study data from 163 (129 women, 34 men) healthy individuals aged 18 years and older ( $MD=36$ ;  $min-max=18-66$ ) were analyzed. Participants were split to experimental ( $n=112$ ) and control ( $n=51$ ) groups. First, everyone completed a questionnaire pack, and then the experiment group members kept a gratitude diary for two weeks. Members of the control group did not receive any instructions. After two weeks, both groups completed the same questionnaires again. The following measures have used in our study: the GRAT Gratitude Questionnaire, the Psychological Well-Being Questionnaire, the Sense of Life Questionnaire, the Hopelessness Scale, and the Multidimensional Fear of Death Scale. **Results:** The following factors differed as a result of the intervention: overall gratitude ( $F(1, 80.2)=15.323$ ;  $p=.0025^{**}$ ), and perception of abundance: ( $F(1, 161) = 8.788$ ;  $p=.003^{**}$ ). In addition, gratitude journal keeping contributed to a higher experience of meaningfulness in life ( $F(1, 161) = 6.826$ ;  $p = 0.001^{**}$ ) reduction in overall hopelessness ( $F(1, 161) = 4.359$ ;  $p = 0.0384^{*}$ ) and hopelessness about the future ( $F(1, 161) = 11.621$ ;  $p < 0.001^{***}$ ). **Conclusion:** Our results suggest that trait gratitude is positively related to several aspects of mental health. In turn, a gratitude intervention provides individuals with experiences that make simple, everyday experiences more valuable, make their overall sense of life more worthwhile, and can pull them out of their false expectations about themselves, their future, and the world.

**Keywords:** dispositional gratitude ▪ gratitude intervention ▪ psychological well-being ▪ presence of meaning in life ▪ death anxiety ▪ coronavirus

## Hála

*Hófehér szárnyak karoltak,  
tisztító csermelyek lángoló erdőket oltottak;  
ölelő kézfogásod tartott, s valóra válthattuk álmunk.  
Egy köszönömöt suttogtam vad ricsajokban,  
kezed ott volt, mit mennydörgések rabló szeleinél is karoltam.  
Köszöntem újra, s szent fény gyűllott a tájra,  
mit kínzó sötétség ítélt félhomályra.  
Köszöntem, mielőtt kértem,  
halálom kapujából is reméltem;  
áhitattal őrzött ajándék költözött holnaptól tegnapon át a mára;  
így született arany bölcsőben, angyali szárnyak által ringatva a hála.*  
Bozóki Gabriella Alexandra

## ELMÉLETI BEVEZETŐ

A koronavírus világjárvány a XXI. század első olyan eseménye, amely minden ember életére hatást gyakorolt földrajzi elhelyezkedéstől és szocioökonómiai státusztól függetlenül. A saját egészség és a hozzátartozók fizikai jólléte miatti fokozott aggodalom, valamint a felerősödött halálfélelem mellett a társas izolá-

ció és az anyagi biztonság elvesztése miatti szorongás jelentették a legnagyobb stresszfaktort. A segítő szakemberek a járvány kitörését követően a kialakult helyzethez gyorsan alkalmazkodva igyekeztek feltárni azokat az erőforrásokat, amelyek segítséget nyújthatnak a krízishelyzettel való hatékonyabb megküzdéshez, ezáltal elősegítve a mentális egészség megőrzését és fejlesztését.

Egészségügyi dolgozók körében nagy elemszámú mintán végzett kutatások eredményei alapján megállapították, hogy a COVID-19 jelentős negatív hatást gyakorolt a pszichológiai jóllétre (De Kock és mtsai., 2021). Rossi és munkatársai (2021) onkológiai betegek körében végzett vizsgálatának tapasztalatai alátámasztották, hogy a koronavírustól való félelem fokozta a reménytelenség érzését. Egy szociális munkások körében megvalósuló kutatás igazolta, hogy a pandémia hatására a résztvevők jelentősebb mértékű halálfélelemről számoltak be (Martínez-López és mtsai., 2021).

Az empirikus megközelítések egyik fő célja azon pszichológiai konstrukciók feltérképezése volt, amelyek protektív faktorként szolgálhatnak a COVID-19 világjárvány által okozott pszichés terhekkel szemben. Tong és Oh (2021) igazolták, hogy azok a személyek, akikre a hála magasabb diszpozíciója volt jellemző, könnyebben elfogadták és jobban betartották a járványügyi intézkedéseket. Emellett azt találták, hogy a hála elősegítette a pozitív történések észlelését és kedvezően hatott az optimizmusra és a rezilienciára is. Az eredmények alátámasztják azokat az elméleti modelleket, amelyek szerint a hála kulcsfontosságú erőforrás lehet a válsághoz való alkalmazkodásban (Israel-Cohen és mtsai., 2015).

A hála tudományos vizsgálatára a kétezres évek elejétől a pozitív pszichológia irányzata teremtett lehetőséget. Ezt megelőzően Melanie Klein foglalkozott elsőként a hálával. Klein a hálát a fejlődés eredményének, az érzelmi érettség jelének tekintette, ami abban mutatkozik meg, hogy az ember képes önmagában és másokban is megbecsülni a jót. Ő szorgalmazta először a hála terápiában való alkalmazását (Klein, 1962). Az érzelekmént vagy érzelmi állapotként (state) megjelenő hála Emmons (2012) érvelése szerint megkülönböztetendő a diszpozicionális hálától, amely stabil személyiségvonásként értelmezhető (trait). Az előbbit (state) akkor tapasztaljuk, amikor hálásak vagyunk valakinek a támogatásáért, a segítségéért, a jóért, amit értünk tett. Személyiségvonásról (trait) pedig akkor beszélünk, amikor valakinek nemcsak a helyzetre adott válasza vagy reakciója a hála, hanem általában véve is hálás. Azok a személyek, akikre vonásszinten jellemző a hála, erősebb hálát éreznek egy pozitív esemény hatására, gyakrabban vált ki náluk hálát egy kisebb gesztus vagy kedvesség is, illetve életük több területén és több személlyel kapcsolatban megélik a hálát (McCullough és mtsai., 2002).

Emmons és McCullough (2003) vizsgálatai arra mutattak rá, hogy a hála számos kedvező hatást gyakorol a jóllétre: a hálás személyek jóval több pozitív érzelmet (öröm, boldogság) élnek át, életüket értelmesebbnek, jövőjüket reményteljesebbnek látják. A hála és a szubjektív jóllét kapcsolatát vizsgáló meg-

annyi kutatáshoz képest csupán néhány foglalkozik a hála pszichológiai jólétre gyakorolt hatásával. Wood és munkatársai (2009) arra világítottak rá, hogy a vonáshála a pszichológiai jólétnek is fontos előre jelzője. Szoros összefüggést találtak az önelfogadás, a másokkal való pozitív kapcsolatok és a személyes növekedés, közepesen erős pozitív kapcsolatot a környezeti hatékonyság és az életcél, valamint gyenge pozitív kapcsolatot az autonómia és a vonáshála mértéke között. Kashdan és munkatársainak (2006) vizsgálata a hála és a társas aktivitás, valamint a céltudatos tevékenységek között mutatott rá együttjárásra. Jun és munkatársai (2015) egészségügyben dolgozó nők bevonásával vizsgálták a hála és a pszichológiai jólét kapcsolatát. Eredményeik alapján a hála szignifikáns, közepes erősségű pozitív kapcsolatban áll a pszichológiai jóléttel, illetve szignifikáns, közepes erősségű negatív kapcsolatban a depresszióval (Jun és mtsai., 2015). A hála, mint vonás traumatizáló élmények után is véd a hangulatzavarokkal szemben (Fredrickson és mtsai., 2003), csökkenti az észlelt stressz egészségre gyakorolt káros hatását (Krause, 2006; Wood és mtsai., 2008), kedvezően hat az immunrendszer működésére és mérsékli a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát (Kendler és mtsai., 2003).

Disabato és munkatársai (2017) felnőttek körében végzett longitudinális vizsgálatukban szignifikáns, pozitív kapcsolatot mutattak ki a vonáshála és az élet értelmességének megélése között, amelyet Oriol és munkatársai (2020) is megerősítettek egyetemisták bevonásával folytatott vizsgálatukban. A GRAT Hála Kérdőív lengyel mintán történő faktorszerkezetének elemzése során vizsgálták a skála kapcsolatát az Élet Értelme Kérdőívvel (MLQ) és azt találták, hogy a GRAT összpontszáma, illetve a *bőség érzékelése* és az *egyszerű dolgok megbecsülése* faktorok szignifikánsan pozitívan korrelálnak az értelmesség megélését mérő alskálával (Tomaszek & Lasota, 2018). A kutatások eredményei arra mutatnak, hogy azok, akikre a hála magasabb diszpozíciója jellemző, fokozottabban megélik az élet értelmességét.

A diszpozicionális hála és a reménytelenség közötti negatív kapcsolatot több kutatás eredménye is alátámasztja. Kleiman és munkatársai (2013) egyetemisták körében végzett vizsgálata arra mutatott rá, hogy a diszpozicionális hála szignifikáns, negatív irányú kapcsolatban van a reménytelenséggel, valamint a depresszív tünetekkel és az öngyilkossági gondolatokkal. A szerzők emellett azt is igazolták, hogy a vonáshála moderálja a reménytelenség és a szuicid gondolatok, illetve a depresszió és az öngyilkossági késztetések közötti pozitív kapcsolatot (Kleiman és mtsai., 2013). A Gratitude Questionnaire (GQ-6) spanyol adaptációja során serdülők körében vizsgálták a diszpozicionális hála és a reménytelenség kapcsolatát, amelynek eredményei szintén megerősítették a két konstruktum közötti szignifikáns, negatív irányú összefüggését (Rey és mtsai., 2018).

A vonáshála halálszorongással szembeni protektív szerepére több kutatás is rámutatott. Yun és Wee (2016) a Baby boom (1946-1964) korszakban született nők körében végzett vizsgálata során a hála és a halálszorongás között szignifi-

káns negatív kapcsolatot talált. Ezt Poordad és Momeni (2019) idősök bevonásával végzett vizsgálata is megerősítette. Ruini és Vescovelli (2013) mellrákkal diagnosztizált nők körében tanulmányozta a diszpozicionális hála pszichés jólétre gyakorolt hatását. Vizsgálatuk eredményei arra mutattak, hogy a hála szignifikáns, pozitív kapcsolatban áll a poszttraumás növekedéssel, valamint egyes komponenseivel: az élet tiszteletével, a személyes erő átélésével, a spirituális változással, a társas kapcsolatok elmélyülésével, illetve az új életlehetőségek felismerésével. A szorongással és a depresszióval pedig szignifikánsan negatívan korrelál (Ruini & Vescovelli, 2013). Althaus és munkatársai (2018) palliatív ellátásban részesülő betegek körében vizsgálták a hála mentális egészségre gyakorolt hatását. A hála magasabb diszpozíciójával jellemezhető személyek nagyobb mértékű poszttraumás növekedésről, illetve mérsékeltabb distresszről számoltak be.

Míg a hála és a jóllét közötti szoros kapcsolatot egyre növekvő számú kutatás igazolja, jóval ritkábban vizsgálják, hogy a hála tudatosítását elősegítő intervenciók miképpen tudják növelni a vonáshála szintjét és azon keresztül a jóllét mértékét, illetve milyen módon használhatók terápiás eszközként.

Az intervenció hatékonyságát igazoló kutatásokban résztvevők túlnyomó többsége a hálapló vezetőst élvezetesnek és én-megerősítőnek találta, illetve sokan döntöttek úgy, hogy később is folytatják a hála tudatos gyakorlását (Seligman és mtsai., 2005; Ferenczi & Kövi, 2022). A vizsgálatok eredményei a többi között igazolták, hogy a hálaintervenció képes megnövelni a diszpozicionális hála szintjét (Emmons & McCullough, 2003), csökkenti a reménytelenség érzését (Leyland, 2015), továbbá csökkenti a haláltól való szorongás mértékét is (Lau & Cheng, 2011; Otto és mtsai., 2016).

## KUTATÁS CÉLJA

Elsődleges célunk a diszpozicionális hála és egyes mentális egészség szempontjából jelentős pszichológiai konstruktumok kapcsolatának feltárása volt. Kíváncsiak voltunk arra, hogy a vonáshála magasabb szintje együttjárást mutat-e a pszichológiai jóllét magasabb, illetve a reménytelenség és a halálszorongás alacsonyabb mértékével.

Másodlagos célunk a hálaintervenció hatásának vizsgálata volt. Vagyis azt szándékoztunk feltérképezni, hogy a hála napi szintű tudatosítása képes-e megnövelni a hála diszpozícióját, valamint az élet értelmességének megélését, illetve csökkenti-e a reménytelenséget és a halálszorongást.

A témában végzett és fent összegzett kutatási eredmények alapján a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

- Azok a személyek, akikre a hála magasabb diszpozíciója jellemző, pozitívabban értékelik pszichológiai jóllétüket, kevésbé jellemző rájuk a reménytelen-

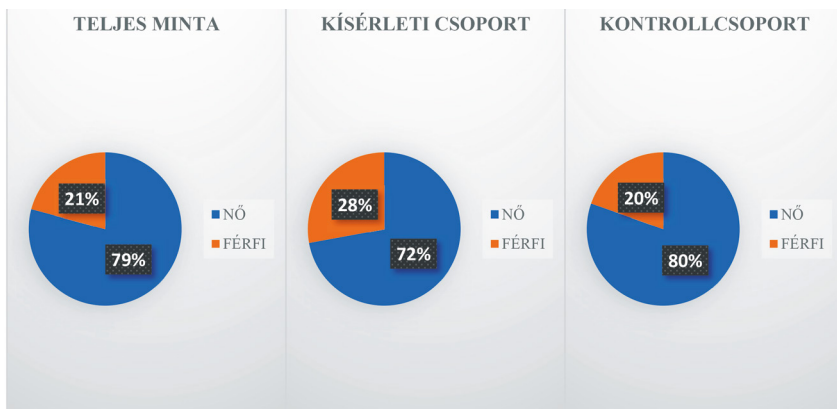
ség érzése, illetve kisebb mértékben szoronganak a haláltól, szemben azokkal, akiknél alacsonyabb a vonáshála szintjük.

– A hálapló vezetés hatására nő a hála diszpozíciója, az élet értelmességének megélése, valamint csökken a reménytelenség érzése és a halálszorongás.

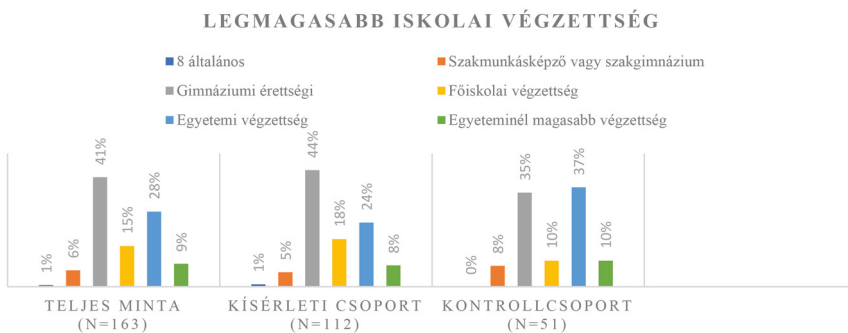
## MÓDSZEREK

### *Vizsgálati személyek*

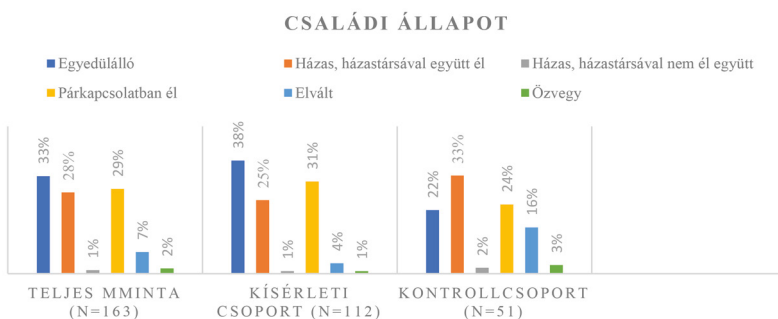
A vizsgálatot a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Etikai Bizottsága engedélyével folytattuk le (IKEB-engedély száma: 52/2020/P/ET). Az adatgyűjtés 2020. szeptembere és 2021. januárja között zajlott. A vizsgálatba 18. életévüket betöltött magyar anyanyelvű személyeket vontunk be. A részvételbe 248 fő egyezett bele, 85 fő azonban nem töltötte ki minkét alkalommal a kérdőívsomagot és/vagy nem végezte el a vizsgálatához szükséges instrukciókat, így a minta végleges elemszáma 163 fő lett. Az átlagéletkor 36,11 év (SD= 14,85 év; min.=18 év; max.=66 év); a vizsgálati csoportban 34,26 év (SD= 15,05 év; min.=18 év; max.=66 év), a kontrollcsoportban pedig 40,18 év (SD= 13,68 év; min.=20 év; max.=62 év). A demográfiai jellemzőket az 1., a 2., a 3., a 4., az 5., a 6., illetve a 7. ábra szemlélteti.



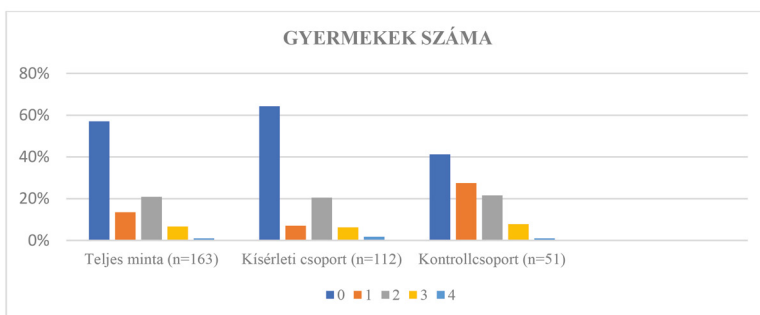
**1. ábra.** A vizsgálati személyek nemek szerinti eloszlása



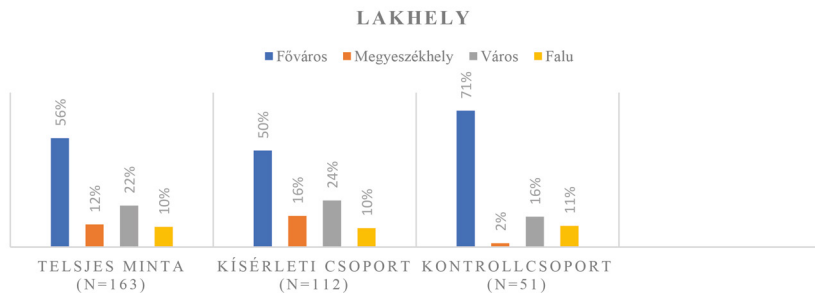
**2. ábra.** A vizsgálati személyek legmagasabb iskolai végzettség szerinti eloszlása



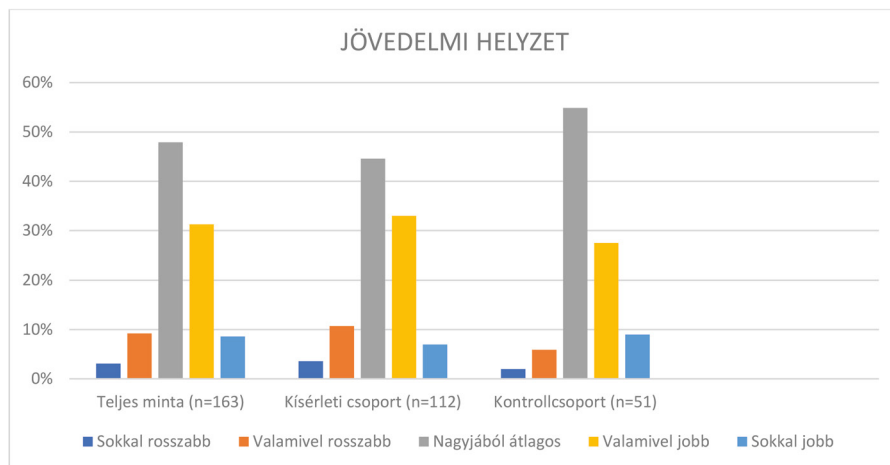
**3. ábra.** A vizsgálati személyek családi állapot szerinti eloszlása



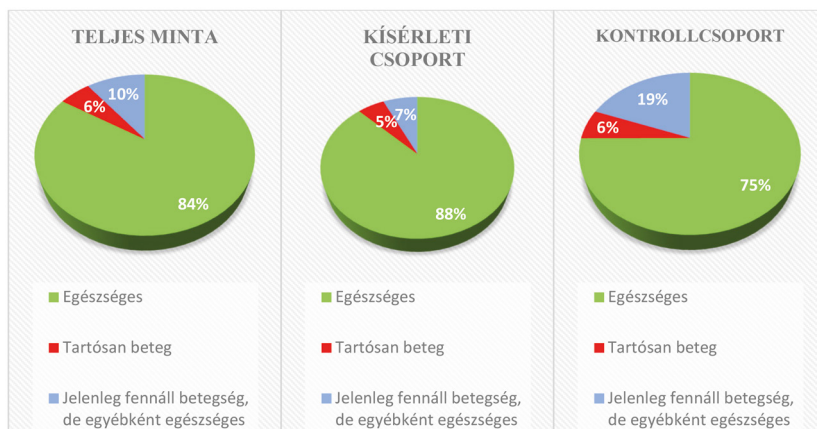
**4. ábra.** A vizsgálati személyek gyermekszám szerinti eloszlása



**5. ábra.** A vizsgálati személyek lakhely szerinti eloszlása



**6. ábra.** A vizsgálati személyek jövedelmi helyzet szerinti eloszlása



**7. ábra.** A vizsgálati személyek egészségi állapot szerinti eloszlása

## *Mérőeszközök*

### **1. Hála Kérdőív (Gratitude, Resentment, and Appreciation Test, GRAT)**

A diszpozicionális hála mérésére a Watkins és munkatársai (2003) által kidolgozott Hála Kérdőívet használtuk. A kérdőív 44 tételből áll, amelyek három alskálába rendeződnek. A „*bőség érzékelése*” (a későbbiekben *GRAT\_AB*: Sense of abundance) azt méri, hogy az egyén mennyire érzékeli az őt körülvevő jólétet, bővelkedést. Az „*egyszerű dolgok megbecsülése*” (a későbbiekben *GRAT\_SA*: Appreciation of simple pleasures) a mindennapi örömök értékelését helyezi a fókuszba. A „*mások értékelése*” (a későbbiekben *GRAT\_AO*: Appreciation for others) pedig azt ragadja meg, hogy az egyén mennyire értékeli az őt körülvevő embereket, és mennyire tartja őket fontosnak saját boldogsága szempontjából. Az állításokkal való egyetértést a válaszadók 5-fokú Likert-skálán jelölik (*1= egyáltalán nem értek egyet; 5= nagyon egyetértek*). A magasabb pontszám minden faktornál a diszpozicionális hála magasabb szintjét jelenti. A kérdőív belső konzisztenciája megfelelő, a teljes skála Cronbach-alfa értéke 0,92, illetve minden faktornál 0,75 felett van.

### **2. Pszichés Jólét Kérdőív (Psychological Well-Being Scales, PWBS)**

A pszichológiai jóllétet Ryff és Keyes (1995) Pszichés Jólét Kérdőívével mértük. Első megjelenése óta a mérőeszköznek több különböző verziója is kidolgozásra került, jelen kutatásban a 18 tételes változatot alkalmaztuk, amely hat faktorból áll (Oláh, 2012). Az állítások a pszichológiai jóllét hat komponensét mérik: az *önelfogadást* (a későbbiekben *PWBS\_SA*), az *életcélt* (a későbbiekben *PWBS\_PL*), a *környezeti hatékonyságot* (a későbbiekben *PWBS\_EM*), a *pozitív kapcsolatok* (a későbbiekben *PWBS\_PR*), a *személyes növekedést* (a későbbiekben *PWBS\_PG*), valamint az *autonómiát* (a későbbiekben *PWBS\_AU*). Az állításokkal való egyetértést a válaszadók 7-fokú Likert-skálán jelölik (*1= egyáltalán nem értek egyet; 7= tökéletesen egyetértek*). A magasabb pontszám minden skálánál a pszichológiai jóllét adott komponensének magasabb szintjét jelenti. A mérőeszköz belső konzisztenciája megfelelő, Cronbach-alfa értéke 0,85 felett van a teljes skálánál és az összes faktornál is (Ryff & Keyes, 1995).

### **3. Élet Értelme Kérdőív (Meaning in Life Questionnaire, MLQ)**

Az élet értelmességének mérésére Steger és munkatársai 2006-ban publikált Élet Értelme Kérdőívet alkalmaztuk. A kérdőív 10 tételből áll, amelyből öt az értelmesség megélését (a későbbiekben *MLQ\_P*), míg öt az értelem keresését

(a későbbiekben *MLQ\_S*) méri. A válaszadás 7-fokú Likert-skálán történik (*1 = egyáltalán nem igaz, 7 = teljesen igaz*). A kérdőív kiértékelése a két alskálára adott válaszok pontszámának külön-külön történő átlagolása alapján történik, így a minimálisan elérhető átlag az egyes alskálákon 1, a maximálisan megszerezhető pedig 7. A magasabb pontszámok skálánként az értelmesség nagyobb megélésére, illetve erőteljesebb keresésére utalnak. A kérdőív hazai adaptációját Martos és Konkoly Thege (2012) készítette el. A magyar változat belső konzisztenciája megfelelő, Cronbach-alfa értéke az értelmesség megélésénél 0,89, az értelem keresésénél pedig 0,85.

#### 4. Reménytelenség Skála (Beck Hopelessness Scale, BHS)

A reménytelenség mérésére Beck és Steer (1988) Reménytelenség Skáláját alkalmaztuk. A skálát az öngyilkossági veszélyeztetettség, illetve szándék felmérésére készítették a szerzők, amely legfontosabb előre-jelzőjének a magas fokú reménytelenséget látták. A kérdőív 20 tételből áll, az állítások a reménytelenség három komponensét mérik: (1) affektív faktor: a *jövővel kapcsolatos (negatív) érzések* (a későbbiekben *BHS\_A*), (2) motivációs faktor: a *motiváció elvesztése* (a későbbiekben *BHS\_M*), illetve (3) kognitív faktor: a *jövővel kapcsolatos elvárások* (a későbbiekben *BHS\_C*). A válaszadók minden állításról eldöntik, hogy az elmúlt egy hétben igaz volt-e rájuk vagy hamis (beleértve a tesztfelvétel napját is), és ezt a megfelelő betűjellel jelölik (I: Igaz; H: Hamis) az adott item mellett. Minden válaszra egy-egy pont adható. A 4 és 8 közötti igaz válaszok száma közepes mértékű reménytelenségre, a 9 és 14 közöttieké moderált reménytelenségre, a 15 és 20 közötti igaz válaszok száma pedig fokozott reménytelenségre utal. A mérőeszköz magyar adaptációja Perczel Forintos és munkatársai (2001) nevéhez köthető, ugyanazon tételekből és faktorokból áll, mint az eredeti változat. Belső konzisztenciája megfelelő, a teljes skála Cronbach-alfa értéke 0,91, illetve minden faktor esetében 0,70 felett van.

#### 5. Multidimenzionális Halálfélelem Skála (Multidimensional Fear of Death Scale, MFODS)

A halálszorongás mértékét a Neimeyer és Moor (1994) által megalkotott Multidimenzionális Halálfélelem Skála segítségével térképeztük fel. A mérőeszköz 42 tételből áll. Az állítások a halálszorongás nyolc faktorát mérik, amelyek a következők: *félelem a meghalás folyamatától* (a későbbiekben *MFODS\_DP*), *félelem a halottól* (a későbbiekben *MFODS\_D*), *félelem a megsemmisüléstől* (a későbbiekben *MFODS\_BD*), *jelentős társak féltése* (a későbbiekben *MFODS\_O*), *félelem az ismeretlentől* (a későbbiekben *MFODS\_U*), *félelem a halál tudatos átélésétől*

(a későbbiekben *MFODS\_CD*), a *test féltése a halál után* (a későbbiekben *MFODS\_B*), valamint *félelem a korai haláltól* (a későbbiekben *MFODS\_P*). A válaszadók 5-fokú Likert-skálán jelölik, hogy mennyire értenek egyet az állításokkal (*1=egyáltalán nem értek egyet; 5=teljesen egyetértek*). A magasabb pontszám minden faktornál a haláltól való szorongás nagyobb mértékét jelenti. Az *MFODS* magyar adaptációja Zana és munkatársai (2006) nevéhez fűződik. A kérdőív ugyanazon tételekből és faktorokból áll, mint az eredeti változat. A magyar verzió belső konzisztenciája megfelelő, a teljes skála Cronbach-alfa értéke 0,91, a nyolc faktorból hét esetében 0,60 felett van, egyedül a *félelem az ismeretlentől* faktornál nem éri el a minimális értéket (Zana és mtsai., 2006). Kutatásunkban a vizsgálat szempontjából csupán három releváns alskálát használtuk (a 42-ből 15 tétel): *jelentős társak féltése, félelem az ismeretlentől és félelem a korai haláltól*.

## ELJÁRÁS

A vizsgálat a COVID-19 koronavírus járvány második hulláma alatt zajlott. A mintavétel személyes megkeresés, online felületen való felkérés, valamint hólabda módszer segítségével történt. A jelentkezés során a résztvevők maguk dönthették el, hogy a kísérleti- vagy a kontrollcsoportba kívánnak-e tartozni. A kísérleti csoport tagjait a két tesztfelvétel időpontja között arra kértük, hogy két héten át jegyezzenek le legalább öt dolgot az adott napra vonatkozóan, amiért hálásak. Ezt neveztük el hálanaplónak. A kontrollcsoport ez idő alatt nem kapott feladatot. A kísérleti csoport tagjai az egyedi kódjukkal és az aktuális hét számával ellátott naplójukat az erre célra létrehozott google mappába töltötték fel. A két hét letelte után mind a vizsgálati, mind a kontrollcsoportban megismételtük a kiindulási kérdőívcsomag felvételét.

## ELEMZÉSEK

A kérdőívek belső konzisztenciáját itemanalízissel vizsgáltuk. A *PWBS* és a *GRAT* magyar adaptációja még folyamatban van, az *MFODS* nyolc faktorából pedig csak három, a vizsgálat szempontjából releváns alskálát használtuk (a 42-ből 15 tétel), amelyek a következők: *jelentős társak féltése (MFODS\_O)*, *félelem az ismeretlentől (MFODS\_U)*, *félelem a korai haláltól (MFODS\_P)*. A skálák közötti összefüggést korreláció segítségével elemeztük. Mivel az eloszlás eltért a normális eloszlástól, Spearman-féle korrelációt alkalmaztunk. Az intervenció és kontroll csoport összehasonlítására, valamint az intervenció előtti és utáni állapot elemzésére kétszemponyos varianciaanalízist alkalmaztunk, ahol a független szempontot a két csoport eredményei, az összetartozó szempontot pedig az intervenció előtti és utáni mérés képviseli.

## EREDMÉNYEK

*Mérőeszközök belső konzisztenciája***1. táblázat.** A PWBS, a BHS, az MLQ, az MFODS és a GRAT teljes skálájának és alskáláinak Cronbach-alfa értéke

| Mérőeszközök és alskáláik | Belső konzisztencia-Cronbach-alfa ( $\alpha$ ) |          |
|---------------------------|------------------------------------------------|----------|
|                           | Előteszt                                       | Utóteszt |
| PWBS                      | 0,78                                           | 0,79     |
| PWBS_SA                   | 0,82                                           | 0,75     |
| PWBS_PL                   | 0,77                                           | 0,78     |
| PWBS_EM                   | 0,78                                           | 0,80     |
| PWBS_PR                   | 0,76                                           | 0,72     |
| PWBS_PG                   | 0,76                                           | 0,73     |
| PWBS_AU                   | 0,82                                           | 0,74     |
| BHS                       | 0,71                                           | 0,74     |
| BHS_A                     | 0,80                                           | 0,75     |
| BHS_M                     | 0,71                                           | 0,78     |
| BHS_C                     | 0,73                                           | 0,74     |
| MLQ                       | 0,78                                           | 0,79     |
| MLQ_P                     | 0,85                                           | 0,84     |
| MLQ_S                     | 0,82                                           | 0,83     |
| MFODS                     | 0,82                                           | 0,84     |
| MFODS_O                   | 0,77                                           | 0,75     |
| MFODS_U                   | 0,79                                           | 0,71     |
| MFODS_P                   | 0,77                                           | 0,73     |
| GRAT                      | 0,95                                           | 0,96     |
| GRAT_AO                   | 0,83                                           | 0,85     |
| GRAT_AB                   | 0,84                                           | 0,82     |
| GRAT_SA                   | 0,82                                           | 0,83     |

Megjegyzés: A Cronbach-alfa értéke 0,70 felett elfogadható.

A belső konzisztenciát a teljes minta ( $n=163$ ) elő- és utóteszt eredményeinek figyelembevételével itemanalízissel teszteltük. A Cronbach-alfa értéke a *PWSB*, a *BHS*, az *MLQ*, az *MFODS* és a *GRAT* teljes skálájánál és összes faktoránál eléri a 0,60-as értéket, tehát a belső konzisztencia minden esetben megfelelő (1. táblázat).

### *Hipotézisek tesztelése*

Elsőként azt néztük meg, hogy azok a személyek, akikre a hála magasabb diszpozíciója jellemző, pozitívabban értékeli-e pszichológiai jóllétüket, valamint alacsonyabb-e náluk a reménytelenség és a halálszorongás szintje.

Eredményeink alapján a hála kérdőív, illetve alskálái jelentősebb összefüggéseket mutattak a pszichológiai jólléttel, mint a reménytelenséggel és a halálszorongással. Tendenciájában erősebb együttjárás figyelhető meg a teljes hála kérdőív és a bőség érzékelése alskálá, valamint a pszichológiai jóllét között (rendre:  $r_s = -0,013$ - $0,646$ , illetve  $r_s = -0,028$ - $0,537$ ), összehasonlítva a mások értékelése és az egyszerű dolgok megbecsülése alskálák jólléttel mutatott összefüggéseivel (rendre:  $r_s = 0,033$ - $0,383$ , illetve  $r_s = 0,062$ - $0,415$ ). A hála a reménytelenséggel, valamint a halálszorongással elhanyagolható mértékű negatív összefüggést mutat (rendre:  $r_s = -0,147$ - $-0,258$ , illetve  $r_s = -0,054$ - $-0,305$ ) (2. táblázat). Így elmondható, hogy első hipotézisünk a jóllét tekintetében teljesült, azonban a reménytelenség és a halálszorongás esetében a kapott eredményekből messze-menő szakmai következtetések nem vonhatók le.

Ezt követően a hálanapló vezetés hatását vizsgáltuk meg a vonáshála, az élet értelmességének megélése, a reménytelenség és a halálszorongás szintjére.

**2. táblázat.** A GRAT és a PWBS, BHS és az MFODS közötti korreláció erőssége, a szignifikancia mértéke

| Mérőeszközök és alszállók | GRAT                            | GRAT_AO                        | GRAT_AB                         | GRAT_SA                         |
|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| PWBS                      | $r_s=0,562$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,383$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=0,537$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,415$<br>$p<0,001^{***}$  |
| PWBS_SA                   | $r_s=0,480$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,343$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=0,471$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,350$<br>$p<0,001^{***}$  |
| PWBS_PL                   | $r_s=0,428$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,252$<br>$p=0,001^{**}$  | $r_s=0,485$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,197$<br>$p=0,012^*$      |
| PWBS_EM                   | $r_s=0,232$<br>$p=0,003^{**}$   | $r_s=0,223$<br>$p=0,004^{**}$  | $r_s=0,198$<br>$p=0,011^*$      | $r_s=0,229$<br>$p=0,003^{**}$   |
| PWBS_PR                   | $r_s=0,646$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,526$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=0,529$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,498$<br>$p<0,001^{***}$  |
| PWBS_PG                   | $r_s=0,418$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,27$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,377$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,363$<br>$p<0,001^{***}$  |
| PWBS_AU                   | $r_s=0,013$<br>$p=0,870$        | $r_s=0,033$<br>$p=0,673$       | $r_s=0,028$<br>$p=0,727$        | $r_s=0,062$<br>$p=0,432$        |
| BHS                       | $r_s=-0,284$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=-0,231$<br>$p=0,003^{**}$ | $r_s=-0,244$<br>$p=0,002^{**}$  | $r_s=-0,320$<br>$p<0,001^{***}$ |
| BHS_A                     | $r_s=-0,147$<br>$p=0,061$       | $r_s=-0,147$<br>$p=0,062$      | $r_s=-0,084$<br>$p=0,284$       | $r_s=-0,258$<br>$p<0,001^{***}$ |
| BHS_M                     | $r_s=-0,244$<br>$p=0,002^{**}$  | $r_s=-0,159$<br>$p=0,043^*$    | $r_s=-0,229$<br>$p=0,003^{**}$  | $r_s=-0,211$<br>$p=0,007^{**}$  |
| BHS_C                     | $r_s=-0,250$<br>$p=0,001^{**}$  | $r_s=-0,210$<br>$p=0,007^{**}$ | $r_s=-0,233$<br>$p=0,003^{**}$  | $r_s=-0,259$<br>$p<0,001^{***}$ |
| MFODS                     | $r_s=-0,055$<br>$p=0,483$       | $r_s=-0,011$<br>$p=0,887$      | $r_s=0,151$<br>$p=0,055$        | $r_s=0,056$<br>$p=0,474$        |
| MFODS_O                   | $r_s=0,267$<br>$p<0,001^{***}$  | $r_s=0,247$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=0,112$ $p=0,074$           | $r_s=0,237$<br>$p=0,002^{**}$   |
| MFODS_U                   | $r_s=-0,195$<br>$p=0,012^*$     | $r_s=-0,166$<br>$p=0,034^*$    | $r_s=-0,252$<br>$p=0,001^{**}$  | $r_s=-0,075$<br>$p=0,340$       |
| MFODS_P                   | $r_s=-0,225$<br>$p=0,004^{**}$  | $r_s=-0,111$<br>$p=0,159$      | $r_s=-0,305$<br>$p<0,001^{***}$ | $r_s=-0,054$<br>$p=0,494$       |

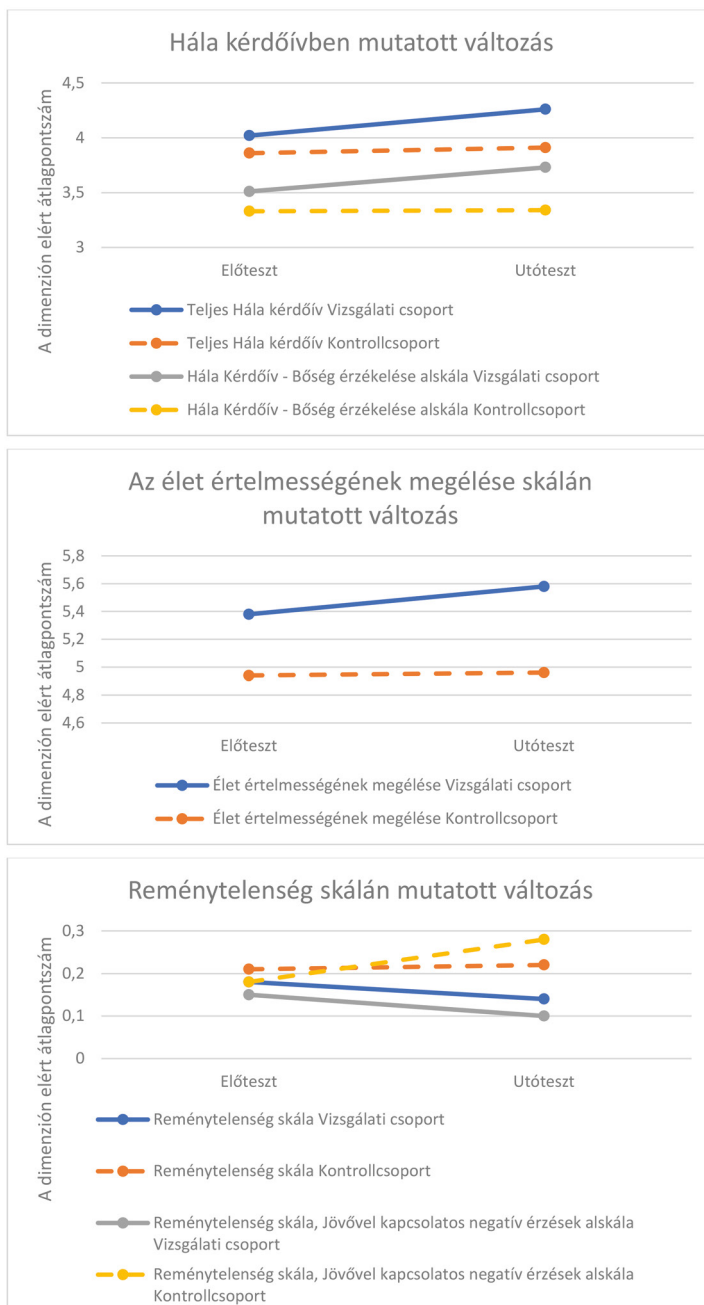
Megjegyzés:  $r_s$ : Spearman's rho: korrelációs együttható (kapcsolat erősségének abszolút értéke: 0-0, 19: elhanyagolhatóan gyenge; 0, 20-0, 39: gyenge; 0, 40-0, 59: közepes; 0, 60-0, 79: erős; 0, 80-1: nagyon erős);  $p$ : szignifikancia (\*:  $p<0,05$ ; \*\*:  $p<0,01$ ; \*\*\*:  $p<0,001$ ); a skálák rövidítésének ismertetése a „Módszerek” fejezetben a „Mérőeszközöknél” található.

**3. táblázat.** A GRAT, az MLQ, a BHS és az MFODS összpontszámának és alsókálainak átlaga, valamint a vegyes kétszemponos varianciaanalízis főhatásainak és interakciós hatásának mértéke és szignifikanciája

|         |                    | MD<br>Előteszt | MD<br>Utóteszt | Csoportok<br>összehasonlí-<br>tását vizsgáló<br>szempont<br>F(df); p | Az intervenció<br>előtti és utáni<br>állapotot vizs-<br>gáló szempont<br>F(df); p | A csoportokat és<br>az intervenció<br>együttes hatását<br>vizsgáló interak-<br>ciós szempont<br>F(df); p |
|---------|--------------------|----------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GRAT    | Vizsgálati csoport | 176,91         | 187,65         | 6,535(1, 80)                                                         | 18,389(1, 161)                                                                    | 15,323(1, 80,2)                                                                                          |
|         | Kontrollcsoport    | 170,04         | 171,82         | 0,0118*                                                              | <0,001***                                                                         | 0,0025**                                                                                                 |
| GRAT_AO | Vizsgálati csoport | 52,39          | 55,66          | 10,54(1, 74,2)                                                       | 10,631(1, 161)                                                                    | 6,890 (1, 161)                                                                                           |
|         | Kontrollcsoport    | 49,8           | 50,16          | 0,0018**                                                             | 0,0014**                                                                          | 0,0095**                                                                                                 |
| GRAT_AB | Vizsgálati csoport | 59,69          | 63,39          | 13,283(1, 161)                                                       | 11,095(1, 161)                                                                    | 8,788(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 56,53          | 56,75          | <0,001***                                                            | 0,001**                                                                           | 0,003**                                                                                                  |
| GRAT_SA | Vizsgálati csoport | 64,83          | 68,6           | 1,172(1, 106,5)                                                      | 9,675(1, 161)                                                                     | 2,537 (1, 161)                                                                                           |
|         | Kontrollcsoport    | 63,71          | 64,92          | 0,285                                                                | 0,0022**                                                                          | 0,1131                                                                                                   |
| MLQ     | Vizsgálati csoport | 50,16          | 52,06          | 2,401(1, 69,4)                                                       | 1,340(1, 161)                                                                     | 3,846(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 48,14          | 48,63          | 0,1258                                                               | 0,0516                                                                            | 0,2488                                                                                                   |
| MLQ_P   | Vizsgálati csoport | 26,09          | 27,92          | 5,182(1, 161)                                                        | 8,459(1, 161)                                                                     | 6,826(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 24,69          | 24,78          | 0,024*                                                               | 0,004**                                                                           | 0,001**                                                                                                  |
| MLQ_S   | Vizsgálati csoport | 24,07          | 24,14          | 0,130(1, 87,6)                                                       | 0,203(1, 161)                                                                     | 0,097(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 23,45          | 23,84          | 0,6638                                                               | 0,0653                                                                            | 0,7560                                                                                                   |
| BHS     | Vizsgálati csoport | 3,571          | 2,848          | 6,589(1, 74,7)                                                       | 1,274(1, 161)                                                                     | 4,359(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 4,118          | 4,333          | 0,0123*                                                              | 0,2608                                                                            | 0,0384*                                                                                                  |
| BHS_A   | Vizsgálati csoport | 0,884          | 0,589          | 16,566(1, 76)                                                        | 1,400(1, 161)                                                                     | 11,621(1, 161)                                                                                           |
|         | Kontrollcsoport    | 1,098          | 1,706          | 0,001***                                                             | 0,2385                                                                            | <0,001***                                                                                                |
| BHS_M   | Vizsgálati csoport | 1,339          | 1,366          | 2,382(1, 161)                                                        | 0,033(1, 161)                                                                     | 0,233(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 1,588          | 1,529          | 0,125                                                                | 0,857                                                                             | 0,630                                                                                                    |
| BHS_C   | Vizsgálati csoport | 1,348          | 0,893          | 0,693(1, 161)                                                        | 15,872(1, 161)                                                                    | 0,380(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 1,431          | 1,098          | 0,406                                                                | <0,001***                                                                         | 0,5385                                                                                                   |
| MFODS   | Vizsgálati csoport | 50,55          | 49,87          | 1,105(1, 161)                                                        | 2,161(1, 161)                                                                     | 0,098(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 52,45          | 51,39          | 0,295                                                                | 0,144                                                                             | 0,755                                                                                                    |
| MFODS_O | Vizsgálati csoport | 24,46          | 24,19          | 1,110(1, 161)                                                        | 0,057(1, 161)                                                                     | 1,477(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 24,86          | 25,27          | 0,315                                                                | 0,812                                                                             | 0,226                                                                                                    |
| MFODS_U | Vizsgálati csoport | 14,32          | 14,10          | 2,183(1, 161)                                                        | 3,960(1, 161)                                                                     | 1,027(1, 161)                                                                                            |
|         | Kontrollcsoport    | 15,41          | 14,73          | 0,141                                                                | 0,048*                                                                            | 0,312                                                                                                    |
| MFODS_P | Vizsgálati csoport | 11,77          | 11,58          | 0,024(1,161)                                                         | 3,199(1, 161)                                                                     | 1,0206(1, 161)                                                                                           |
|         | Kontrollcsoport    | 11,61          | 11,42          | 0,878                                                                | 0,076                                                                             | 0,274                                                                                                    |

A vizsgálati és kontrollcsoport összehasonlításából (3. táblázat: a „csoportok összehasonlítását vizsgáló szempont”) látható, hogy a vizsgálati csoportban valamennyi fő és alskála vonatkozásában magasabb a vonáshála és az élet értelmességének megélése, valamint alacsonyabb a reménytelenség és a halálszorongás pontszáma, mint a kontrollcsoportban. A különbség 6 esetben (a 16-ból) szignifikáns. Így ennek a csoportnak a tagjai a vizsgálat kezdetén az élet értelmességét jobban megélik és kevésbé jellemző rájuk a reménytelenség, valamint halálszorongásuk is alacsonyabb. Az intervenció előtti és utáni mérést (3. táblázat: „az intervenció előtti és utáni állapotot vizsgáló szempont”) összehasonlítva, a hála kérdőív, valamint alskálái esetében figyelhető meg szignifikáns pontszámemelkedés. Így kiemelhető, hogy a naplózás a hála megélt szintjével összefügg. A csoportokat és az intervenciót együtt vizsgáló interakciós szempont (3. táblázat) elemzése során azonban kiderül, hogy a hála kontstruktum szempontjából a hálanapló vezetésnek csak a teljes hála kérdőív ( $F(1, 80,2)=15,323$ ;  $p=,0025^{**}$ ), valamint a bőség érzékelés faktor ( $F(1, 161) = 8,788$ ;  $p = 0,003^{**}$ ) szempontjából van hozzáadott értéke. Emellett megfigyelhető, hogy a hálanaplóvezetés az élet értelmességének megélése ( $F(1, 161) = 6,826$ ;  $p = 0,001^{**}$ ), a teljes reménytelenség ( $F(1, 161) = 4,359$ ;  $p = 0,0384^{*}$ ), illetve a reménytelenség jövővel kapcsolatos érzéseinek ( $F(1, 161) = 11,621$ ;  $p < 0,001^{***}$ ) szempontjából is szerepet játszik.

Az intervenció előtti, illetve utáni mérések között mutatkozott szignifikáns különbségeket diagrammon is ábrázoltuk. A könnyebb érthetőség kedvéért minden skálát leosztottunk a tételei számával, tehát a skálaátlagokat ábrázoltuk. Így a *Hála Kérdőív* (GRAT) és *bőség érzékelése* (GRAT\_AB) alskálája esetében 5-fokú, az élet értelmességének megélése (MLQ\_P) kapcsán 7-fokú, a teljes *Reménytelenség Skála* (BHS), valamint a *reménytelenség jövővel kapcsolatos érzéseinek* (BHS\_A) komponensével kapcsolatosan 2-fokú (igaz-hamis) skálán ábrázoltuk a kapott eredményeket (8. ábra).



**8. ábra.** A vizsgálati és kontrollcsoport átlagértékei a hálanaplóvezetés előtt (előteszt) és utána, két hét elteltével (utóteszt)

Második hipotézisünk tehát részben teljesült. A hálanapló vezetés összefügg az összesített hála pontszámmal, a bőség érzékelésével, az élet értelmességének megélésével, a reménytelenséggel, valamint a reménytelenséghez kapcsolódó jövőbeli érzésekkel.

## DISZKUSSZIÓ

Vizsgálatunkban először a diszpozicionális hála és a mentális egészség szempontjából meghatározó néhány pozitív pszichológiai változó kapcsolatát jártuk körül egy korábban nem tapasztalt kihívásokkal terhelt időszakban, a koronavírus világjárvány második hullámában. Feltételeztük, hogy azok, akiket a vonáshála magasabb szintje jellemez, pozitívabban értékelik pszichológiai jóllétüket, kevésbé jellemző rájuk a reménytelenség érzése és kisebb mértékben szoronganak a haláltól. Eredményeink értelmében a hála összpontszáma, illetve alszkálái jelentősebb összefüggést mutattak a pszichológiai jólléttel, mint a reménytelenséggel és a halálszorongással. Tendenciájában erősebb kapcsolat figyelhető meg a hála teljes skálája, valamint a bőség érzékelése faktor és a pszichológiai jóllét között, mint a mások értékelése, illetve az egyszerű dolgok megbecsülése és a jóllét viszonylatában. Azok a személyek tehát, akik egy pozitív esemény kapcsán erősebb hálát éreznek, gyakrabban élik át ezt az érzelmet, és életük számos területén sokak iránt megnyilvánul, jobban realizálják személyes potenciáljait, illetve a képességeik és aktivitásuk közötti kongruencia is erősebb, ami biztosítja személyes fejlődésüket és növekedésüket. Eredményeink alátámasztották azon kisszámú vizsgálat tapasztalatait, amelyek a hála pszichológiai jóllétre gyakorolt hatásával foglalkoznak. A diszpozicionális hála fontos kapcsolatban áll a pszichológiai jólléttel; szoros összefüggés mutatható ki az önelfogadás, a másokkal való pozitív kapcsolat és a személyes fejlődés, közepes a kompetencia, valamint az életcél, továbbá gyenge, pozitív kapcsolat az autonómia és a hála szintje között (Wood és mtsai., 2009).

A koronavírus világjárvány kedvezőtlenül hatott a pszichológiai jóllétre (De Kock és mtsai., 2021), nagymértékben fokozta a reménytelenség (Rossi és mtsai., 2021) és a halálszorongás (Martínez-López és mtsai., 2021) mértékét, a hála viszont adaptívabb coping stratégiák kialakításán keresztül hozzájárulhat a jóllét erősítéséhez. Wood és munkatársainak (2007) vizsgálata szerint a magas diszpozicionális hálával jellemezhető személyek gyakrabban választják az aktív megküzdést, a tervezést vagy a pozitív újra-értelmezést, szemben a viselkedés feladásával vagy a tagadás elkerülő stratégiáival.

Kíváncsiak voltunk arra is, hogy a hála átélésének gyakorisága és intenzitása, azaz a vonáshála fejleszthető-e. Ezt a kísérleti csoportnál kéthetes hálanapló vezetéssel kívántuk igazolni. A hálaintervenció hatásaként a diszpozicionális hála növekedése mellett számoltunk azzal is, hogy nő az élet értelmességének

megélése, ugyanakkor csökken a reménytelenség érzése és a halálszorongás. Eredményeink szerint azok, akik vállalkoztak a hálanapló vezetésre, eleve magasabb diszpozicionális hálával rendelkeztek, magasabb volt náluk az élet értelmességének megélése, továbbá alacsonyabb reménytelenség és halálszorongás jellemezte őket.

A kísérleti és kontrolcsoport eredményeinek összehasonlítása azt mutatja, hogy a kéthetes hálanapló vezetés képes volt szignifikánsan tovább növelni a hála diszpozícióját, az intervenció hozzáadott értéke továbbá megfigyelhető az élet értelmességének megélése, valamint a teljes reménytelenség skála, illetve a reménytelenség jövővel kapcsolatos érzések faktora tekintetében is.

A hálanapló vezetés hatásaként megragadható szignifikáns növekedés a hála összpontszámában, illetve a bőség érzékelése faktorban igazolja, hogy a hála érzésének és élményének tudatosításával ez a vonás fejleszthető. Ez összhangban van korábbi kutatások eredményeivel, amelyek a hálaintervenció vonáshátlára gyakorolt pozitív hatását támasztották alá (Emmons & McCullough, 2003; Froh és mtsai., 2008).

Egyik legfontosabb eredményünk szerint a hálátételek napi és rendszeres számbavétele, illetve lejegyzése hozzájárult az élet értelmességének fokozottabb megéléséhez. A hálanapló vezetés, akár két hét alatt is, olyan tapasztalatokkal képes gazdagítani az egyént, amelyek az élet egészét megélésre érdemesebbé teszik, függetlenül attól, hogy az összességében kielégítő-e. Az élet értelmessé váló megélése magába foglalja azt is, hogy az általunk nem módosítható, kedvezőtlen adottságokban és körülményekben is értelmet találunk, illetve akkor is értelmesnek éljük meg az életünket, ha pillanatnyilag vagy időlegesen beszűkülnek, vagy korlátozottak azok a lehetőségek, amelyek azt egyébként értelmessé teszik. Az értelemmel való betöltöttség Frankl (1997) szerint személy- és helyzetspecifikus értékek megvalósításának következtében jön létre, amelyek egyikeként a *beállítódási értékeket* nevezi meg. Ezek az értékek a megváltoztathatatlan adottságokhoz való hozzáállásban nyilvánulnak meg, mint amilyen például a betegség, a szenvedés vagy a halál méltósággal történő elfogadása. A beállítódási értékek olyasféle felkészültségeket mozgósítanak az egyénben, amelyek segítségével nehézségeitől függetlenül – megélése idején vagy előtte, bennük reménykedve – úgy érzi, megéri élni.

Az élet értelmességének konstruktuma esetében együttjárást találtak a pszichológiai jóllét több indikátorával (Kundi és mtsai., 2003; Reker & Fry, 2003; Shek, 1992; Zika & Chamberlain, 1992). Az értelmesség megélése alacsonyabb érzelmi labilitással függ össze (Steger és mtsai., 2006; Steger és mtsai., 2008) és pozitív együttjárást mutat az intrinzik életcélok fontosságával (Konkolj Thege és mtsai., 2010; Martos, és mtsai., 2006; Martos & Kopp, 2012). Eredményeink tehát arra engednek következtetni, hogy a hálanapló vezetés az értelmesség megélésének növelésével hozzájárul a személy pozitív lelki egészségének és adaptív működésének fejlesztéséhez.

Vizsgálatunk másik lényeges felismerése szerint a hálaintervenció hatására szignifikánsan csökkent a reménytelenség összpontszáma, illetve a reménytelenség affektív faktora, a jövővel kapcsolatos negatív érzések is mérséklődtek. Tehát az egyén önmagával és jövőjével kapcsolatos negatív szemléletmódja és attitűdjei pozitív irányú változást mutatnak. A reménytelenség érzelmi állapotának jelentősége abban áll, hogy szorosan összefügg számos pszichológiai betegséggel (Beck és mtsai., 1974), kapcsolatba hozható fizikai megbetegedésekkel (Jensen, 1987; Stein és mtsai., 1989), továbbá elégtelen szociális élettel és kapcsolatrendszerrel jár együtt (Everson és mtsai., 1996). Beck szerint (1976) a jövőre vonatkozó negatív várakozások rendszere a depressziós személyek gondolkodásának jellegzetes aspektusa. A reménytelenség maga után vonja a jövőperspektíva lezárulását, így az öngyilkossági veszélyeztetettségnek is megbízható indikátora (Perczel Forintos, 2011).

A hálaintervenció eredményeink által felmutatott jellemzői rávilágítanak a módszer mechanizmusára is. A naplóvezetés segít észrevenni és rögzíteni az élet azon aspektusait, amelyek felett az egyén a mindennapok során legtöbbször átsiklana, nem venné figyelembe őket, vagy nem ruházná fel azokat különösebb érzelmi tartalommal. Amikor figyelmünket arra irányítjuk, ami van, ahelyett, hogy mentális életünket az uralná el, ami hiányzik, illetve amikor a dolgok milyensége helyett a dolgok meglétére kezdünk el koncentrálni, újraértelmezzük azt is, hogy mi számít fontosnak; felismerhetjük, hogy a rendelkezésünkre álló dolgok bőségesen elegendők. A hálanapló vezetés segít örülni, számba venni és megünnepelni a napokat, megragadni fontos pillanatokat, mielőtt azok lepergenének a tapasztalat homokóráján. Továbbá az írás során az események mellé pozitív emóciók (remény, öröm, boldogság, elégedettség) asszociálódnak, amelyek egyfelől az élettel kapcsolatos pozitív attitűdöt, másfelől a hangulati állapotot is alakítják. Mindemellett azok, akik gyakrabban élnek át a hálát, többször tapasztalnak meg más pozitív érzelmeket is és ritkábban negatívakat (Emmons & McCullough, 2003; Froh & Sefick, 2008). A naplóvezetés gyakorlatilag segíthet elfogadni a körülmények realitását, és a tapasztalatokban meglátni a lehetőséget.

A halálszorongás változatlanságának magyarázatát a konstruktum komplexitása adhatja, amelyet a kéthetes időintervallumban a hálanaplózás mellett számos egyéb tényező is befolyásolhatott. Olyan, az egyén jellemzőiből fakadó aspektusok is hatással lehetnek rá, mint például a nem, életkor, vallásosság, családi és egészségi állapot (Yalom, 2018). Ennek elemzésére egy hosszabb intervenció és nagyobb minta adna lehetőséget. A kontrollcsoportban, ahogy feltételeztük, nem változott a vonáshála, az élet értelmességének megélése és a reménytelenség, hiszen náluk nem történt beavatkozás.

A koronavírus-járvány alatt jelentősen megnőtt a mentális problémákkal segítséget kérők száma, a depressziós, szorongásos tünetek gyakorisága, felerősödött a halálfélelem. Vizsgálatunk eredményei arra engednek következtetni, hogy a hálanapló vezetés alkalmas eszköz lehet a mentális egészség és az adaptívabb

megküzdés támogatásában. Előnye, hogy egyszerű, könnyen és gyorsan megvalósítható. Kutatásaink során azt láttuk, hogy gyakran az intervenciók időszak után is folytatják a résztvevők az írást. Számos kutatás igazolta, hogy amikor gondolatainkra és érzéseinkre írásban reflektálunk, az segít értelmet találni a velünk történetekben és kezelni az eseményekhez kapcsolódó érzelmeinket (Pennebaker & Seagal, 1999). A hála – vizsgálatunk tükrében – felfogható egyfajta előfeszítettségként is arra vonatkozóan, hogy különböző helyzeteket és életeseeményeket pozitívan interpretáljunk, tágabb értelemben pedig az élet egészére vonatkozó, abban a jó dolgokat felismerő és megbecsülő szemléletmódként is.

Végül szükséges említést tennünk vizsgálatunk korlátairól is. Mindenekelőtt önbecslő skálákat használtunk, ezért az ebből fakadó torzításokat nem tudjuk elkerülni. Mintánkban a nők felülreprezentáltak. Eredményeinkben visszatükröződik, hogy a vizsgálat során a személyek maguk dönthették el, hogy a kísérleti vagy a kontrollcsoportban kívánnak-e részt venni. Azoknál ugyanis, akik vállalkoztak a hálanapló vezetésre, eleve magasabb volt a diszpozicionális hála és az élet értelmességének megélése, illetve alacsonyabb a reménytelenség és halálszorongás érzése. A kutatás természetesebb elrendezésére törekedtünk azzal, hogy a vizsgálati személyeket nem random módon soroltuk be egyik vagy másik csoportba, mérlegelve annak lehetőségét, hogy az ösztönzés vagy presszió hatására történő hálanaplózás torzíthatja az eredményeket, vagy akár ellenállást is kiválthat. Vizsgálatunk továbbá arra is rámutat, hogy a kéthetes intervenció az eleve magas vonáshálát és értelmesség megélését is képes szignifikánsan tovább növelni, a reménytelenség érzését pedig csökkenteni. Annak ellenére, hogy a módszertani követelményektől eltértünk, eredményeink jól értelmezhetőek és hasznos támpontokkal szolgálnak mind a későbbi kutatások számára, mind pedig gyakorlatban dolgozó szakemberek eszköztárának bővítése szempontjából.

## IRODALOM

- Althaus, B., Borasio, G. D., & Bernard, M. (2018). Gratitude at the end of life: A promising lead for palliative care. *Journal of palliative medicine*, 21(11), 1566–1572.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L., (1974) The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861–865.
- De Kock, J. H., Latham, H. A., Leslie, S. J., Grindle, M., Munoz, S. A., Ellis, L., ... & O'Malley, C. M. (2021). A rapid review of the impact of COVID-19 on the mental health of healthcare workers: implications for supporting psychological well-being. *BMC Public Health* 21, 104. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10070-3>

- Disabato, D. J., Kashdan, T. B., Short, J. L., & Jarden, A. (2017). What predicts positive life events that influence the course of depression? A longitudinal examination of gratitude and meaning in life. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 444–458.
- Emmons, R. A. (2012). Queen of the virtues? Gratitude as human strength. *Reflective Practice: Formation and Supervision in Ministry*, 32, 49–63.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J., Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and Risk of Mortality and Incidence of Myocardial Infarction and Cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), 113–121.
- Ferenczi, A. & Kövi, Zs. (2022). A diszpozicionális hála és a mentális egészség kapcsolata várandós nők körében. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai. Theologia Reformata Transylvanica* 67(1), 126–146.
- Frankl, V. E. (1997). Orvosi lélegzõgondozás. A logoterápia és az egzisztencia-analízis alapjai. Budapest: UR Kiadó.
- Fredrickson, B.L., Tugade, M.M., Waugh, C.E., & Larkin, G.R. (2003). What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 365–376.
- Froh, J.J., Sefick, W.J., & Emmons, R.A. (2008). Counting blessings in early adolescents: An experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46(2), 213–233.
- Israel-Cohen, Y., Uzevovsky, F., Kashy-Rosenbaum, G., & Kaplan, O. (2015). Gratitude and PTSD symptoms among Israeli youth exposed to missile attacks: examining the mediation of positive and negative affect and life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 99–106.
- Jensen, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breastcancer. *J Pers*, 55, 317–342.
- Jun, W. H., Lee, E. S., & Lee, K. L. (2015). Relationships among Gratitude, Depression, and Psychological Well-being in Clinical Nurses. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(2), 136–144.
- Kashdan, T.B., Uswatte, G., & Julian, T. (2006). Gratitude and hedonic and eudaimonic well-being in Vietnam war veterans. *Behaviour Research and Therapy*, 44(2), 177–199.
- Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M. E., Larson, D., & Prescott, C. A. (2003). Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 160(3), 496–503. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.3.496>
- Kleiman, E. M., Adams, L. M., Kashdan, T. B., & Riskind, J. H. (2013). Gratitude and grit indirectly reduce risk of suicidal ideations by enhancing meaning in life: Evidence for a mediated moderation model. *Journal of Research in Personality*, 47(5), 539–546.
- Klein, M. (1962). *Envy and gratitude: A study of unconscious sources*. London: Tavistock. [Magyarul: Irigység és hála. Budapest: Animula, 2000.]
- Konkolj Thege, B., Martos, T., Bachner, Y. G., & Kushnir, T. (2010). Development and psychometric evaluation of a revised measure of meaning in life: The Logo-Test-R. *Studia Psychologica*, 52(2), 133–145.
- Krause, N. (2006). Gratitude toward God, stress, and health in late life. *Research on Aging*, 28(2), 163–183. <https://doi.org/10.1177/0164027505284048>

- Kundi, M., Wurst, E., Längle, A. (2003): Existential analytical aspects of mental health. *European Psychotherapy*, 4(1), 109–118.
- Lau, R. W., & Cheng, S. T. (2011). Gratitude lessens death anxiety. *European Journal of Ageing*, 8(3), 169–175.
- Leyland, M. (2015) Gratitude diaries as part of the CBT toolkit: Do they ameliorate depression, negative thinking and hopelessness, and increase gratitude? Conference: BABCP conference.
- Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Death anxiety in social workers as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences*, 11(5), 61.
- Martos T., & Konkoly Thege B. (2012). Those who search and those who find—Assessing the presence of and search for the meaning in life with the Hungarian version of the Meaning in Life Questionnaire. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 125–149.
- Martos T., Szabó G., & Rózsa S. (2006). Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 171–191.
- Martos, T. & Kopp, M. (2012). Life Goals and Well-Being: Does Financial Status Matter? Evidence from a Representative Hungarian Sample. *Social Indicators Research*, 105(3), 561–568. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9788-7>
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J.-A. (2002). The grateful disposition: conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112–127. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.1.112>
- Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application* (pp. 103–119). Washington: Taylor & Francis.
- Oláh, A. (2012). A megküzdés szívárványszínei: a stresszkezeléstől a boldogság növeléséig. In M. Fülöp, & É. Szabó (Szerk.), *A pszichológia, mint társadalomtudomány (507–522). A 70 éves Hunyady György tiszteletére*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Oriol, X., Miranda, R., Bazán, C., & Benavente, E. (2020). Distinct routes to understand the relationship between dispositional optimism and life satisfaction: self-control and grit, positive affect, gratitude, and meaning in life. *Frontiers in Psychology*, 11, 907.
- Otto, A. K., Szczeny, E. C., Soriano, E. C., Laurenceau, J. P., & Siegel, S. D. (2016). Effects of a randomized gratitude intervention on death-related fear of recurrence in breast cancer survivors. *Health Psychology*, 35(12), 1320–1328.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.
- Perczel Forintos, D. (2011). Gátolt menekülés az öngyilkosság kognitív modellje, *Magyar Pszichológiai Szemle*, 66(1), 185–201.
- Perczel Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(6), 632–643.
- Perczel Forintos, D., Sallai, J., & Rózsa, S. (2010). Adaptation of the Beck hopelessness scale in Hungary. *Psychological Topics*, 19(2), 307–321.
- Poordad, S., & Momeni, K. (2019). Death anxiety and its relationship with social support and gratitude in older adults. *Iranian Journal of Ageing*, 14(1), 26–39.
- Reker, G. T., & Fry, P. S. (2003). Factor structure and invariance of personal meaning measures in

- cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences*, 35(5), 977–993. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(02\)00312-4](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00312-4)
- Rey, L., Sánchez-Álvarez, N., & Extremera, N. (2018). Spanish Gratitude Questionnaire: Psychometric properties in adolescents and relationships with negative and positive psychological outcomes. *Personality and Individual Differences*, 135, 173–175. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.005>
- Rossi, A. A., Marconi, M., Taccini, F., Verusio, C., & Mannarini, S. (2021). From fear to hopelessness: the buffering effect of patient-centered communication in a sample of oncological patients during COVID-19. *Behavioral Sciences*, 11(6), 87.
- Ruini, C., & Vescovelli, F. (2013). The role of gratitude in breast cancer: Its relationships with post-traumatic growth, psychological well-being and distress. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 263–274.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Seligman, M.E.P., Steen, T.A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410–421.
- Shek, D. T. (1992). Meaning in life and psychological well-being: An empirical study using the Chinese version of the Purpose in Life questionnaire. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 153(2), 185–200. <https://doi.org/10.1080/00221325.1992.10753712>
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of Personality*, 76(2), 199–228. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x>
- Stein, S., Linn, M. W., & Stein, E. M. (1989). Psychological correlates of survival in nursing home cancer patients. *Gerontologist*, 29, 224–228.
- Tomaszek, K., & Lasota, A. (2018). Gratitude and its measurement—the Polish adaptation of the Grat-R Questionnaire. *Czasopismo Psychologiczne*, 24(2), 251–260.
- Tong, E. M. W., & Oh, V. Y. S. (2021). Gratitude and adaptive coping among Chinese Singaporeans during the beginning of the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 11:628937. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2020.628937/full>
- Watkins, P. C., Woodward, K., Stone, T., & Kolts, R. L. (2003). Gratitude and happiness: Development of a measure of gratitude, and relationships with subjective well-being. *Social Behavior and Personality*, 31(5), 431–451.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 443–447.
- Wood, A.M., Joseph, S., & Linley, P.A. (2007). Coping style as a psychological resource of grateful people. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 1108–1125.
- Wood, A.M., Maltby, J., Gillet, R., Linley, P.A., & Joseph, S. (2008). The role of gratitude in the development of social support, stress, and depression: Two longitudinal studies. *Journal of Research in Personality*, 42(4), 854–871.

- Yalom, I. D. (2018). *Egzisztenciális pszichoterápia*. Budapest: Park Könyvkiadó.
- Yun, J. W., & Wee, H. (2016). A Study on Death Anxiety, Death Preparation, Gratitude and Quality of Life among Korean Baby-boom Generation Women. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(3), 207–216.
- Zana Á., Hegedűs K., & Szabó G. (2006). A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 257–266.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*, 83(1), 133–145. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1992.tb02429.x>

# KELL-E FOGLALKOZNI AZ IRIGYSÉGGEL? A DISZPOZICIONÁLIS IRIGYSÉG PSZICHOLÓGIAI JELENTŐSÉGE<sup>1</sup>

ARATÓ Judit, RÓZSA Sándor

KRE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

Levelező szerző: Arató Judit: aratojudit@gmail.com

## Absztrakt

**Háttér:** Az irigység témájával évezredek óta foglalkozik az emberiség, a pszichológia tudománya is szinte a kezdetektől fogva érdeklődik iránta. Nincs azonban egységes álláspont a diszpozicionális irigység konceptualizálásában, magyar mintán pedig alig van a témát érintő kutatás, holott a diszpozicionális irigység a nemzetközi kutatási eredmények alapján pszichológiai szempontból jelentősnek tekinthető.

**Célkitűzés:** Az elemzések elsődleges célja a diszpozicionális irigység hazai kutatásának ösztönzése, azáltal, hogy feltárjuk és a nemzetközi szakirodalom alapján megerősítjük legfontosabb korrelátumait, modellt építünk.

**Módszer:** A mintát a Károli Gáspár Református Egyetem „Életünk a koronavírus-járvány idején” című kvázi reprezentatív mintájú kutatásában a 18. életévüket betöltő személyek adták (n = 2205). Az egyes változók közötti kapcsolatok feltárására korrelációs elemzések szolgáltak, a változók közötti kapcsolatrendszer feltérképezésére modell elemzés (SEM) készült.

**Eredmények:** A modell alapján almonddható, hogy a diszpozicionális irigység jól meghatározza a depressziót és a jóllétet. A modell a diszpozicionális irigység varianciájának 27%-át, a depresszió varianciájának 38%-át, az általános jóllét varianciájának 42%-át magyarázza. A nők és a férfiak diszpozicionális irigység szintje között szignifikáns, de elhanyagolható hatásmértékű különbség van.

**Következtetés:** A diszpozicionális irigység és a jóllét kapcsolata mintánkon megerősítést nyert, a vizsgálatok a diszpozicionális irigység pszichológiai jelentőségét és további vizsgálatának szükségességét támasztják alá. A részletesebb elemzés a gyakorlat számára is hasznos lehet.

**Kulcsszavak:** diszpozicionális irigység ▪ depresszió ▪ jóllét ▪ SEM ▪ COVID-19

## Abstract

**Background:** envy has been a subject of human interest for thousands of years, and the science of psychology has been interested in it almost from the beginning. However, there is no consensus on the conceptualisation of dispositional envy, and there is hardly any research on the subject in Hungary, although international research has shown that dispositional envy is psychologically significant.

**Aim:** The main goal of our study is to encourage Hungarian research on dispositional

<sup>1</sup> A tanulmány „A diszpozicionális irigység pszichológiai jelentőség és mérése” című OTDK pályamunkán alapszik (Arató, 2023).

envy by exploring and confirming its most important correlates and building a model based on the international literature.

*Method:* The sample was a quasi-representative sample of individuals aged 18 years and older ( $n = 2205$ ) in our study „*Our lives during the coronavirus pandemic*”. Correlation analysis was used first, followed by Structural Equation Modelling (SEM) to explore the relationships between variables.

*Results:* The model suggests that dispositional envy is a strong predictor of depression and well-being. The model explains 27% of the variance of dispositional envy, 38% of the variance of depression, and 42% of the variance of well-being. There is a significant, but negligible effect size difference between the levels of dispositional envy in women and men.

*Conclusion:* The relationship between dispositional envy and well-being is confirmed in our sample, and the results support the psychological significance of dispositional envy and the need for further investigation. More detailed analysis may also be useful for practitioners.

---

**Keywords:** dispositional envy ▪ depression ▪ well-being ▪ SEM ▪ COVID-19

---

## ELMÉLETI HÁTTER

### *Mi az irigység?*

Az irigység kérdésköre évezredek óta foglalkoztatja az emberiséget, filozófusok sora elmélkedett a témáról, és a pszichológia, különösen a pszichoanalízis története során is többször felbukkant (Tóth, 2009; Lange & Protasi, 2021; Freud, 1920; Horney, 1926; Freud, 1933, idézi Borgos, 2017; Mitchel & Black, 2000; Fónagy & Target, 2005), illetve a szociálpszichológia is foglalkozik az irigységgel, például a társas összehasonlítás elméletéhez kapcsolódóan (Festinger, 1954).

Az irigység egy kellemetlen, gyakran fájdalmas érzelem, amely tipikusan két személyt érint, és akkor jelenik meg, amikor egy személy vagy személyek csoportja olyasmit élvez vagy birtokol, amire az irigy személy vágyik (pl. tárgyat, társadalmi pozíciót, tulajdonságot, életformát). Az irigység leginkább akkor jelentkezik, ha a hiány olyan területet érint, amely a személy önmeghatározása szempontjából jelentős. Az irigy személy saját magával szembeni elégedetlensége pedig fokozódik, amikor a felsőbbrendűsége más, alternatív összehasonlítási helyzetekben sem mutatkozik meg. Az irigységet a kisebbségi érzés, az ellenségeség érzése, a rosszindulat, a neheztelés, a vágyakozás, a harag, illetve a büntudat és a tagadás is jellemezheti (Parrott & Smith, 1993; Smith és mtsai., 1999; Smith & Kim, 2007).

Tai és munkatársai (2012) megfogalmazása szerint az irigység a mások jó sorsa, sikere miatt érzett fájdalom. Ben Ze'ev (2000) pedig úgy vélte, az irigység általánosnak tekinthető abban az értelemben, hogy az irigy személy nem minden esetben pontosan azt, illetve pont ugyanolyan kíván megszerezni, mint amivel az irigyelt személy rendelkezik, ezen túl pedig nagyon gyakori, hogy az irigy személy nem egy konkrét személlyel szemben érez irigységet, hanem mind-

azokkal szemben, akik rendelkeznek azzal, aminek a hiánya számára problémát jelent. Több elméletalkotó szerint az irigység kezdeti élményében megjelenik az igazságtalanság érzése, vagyis gyakran előfordul, hogy amikor valaki irigy, akkor úgy érzi, az irigyelt személy valójában érdemtelenül van előnyös helyzetben, vagy legalábbis az irigy személy hátrányos helyzete igazságtalan (Smith és mtsai., 1994; Ben-Ze'ev, 2000).

#### AZ IRIGYSÉG, MINT SZEMÉLYISÉGVONÁS: A DISZPOZICIONÁLIS IRIGYSÉG

Az irigységet szűkebb értelemben véve és a tudományban hagyományosan úgy tekintik, mint ami ellenséges érzéseket tartalmaz, és ellenséges cselekvésekhez, tettekhez vezethet (Smith & Kim, 2007). Az irigység nem feltétlenül egy rövid ideig tartó érzelmi állapot, hanem a feltételezések szerint kialakul (Hoogland és mtsai., 2016), illetve idővel más érzelmi állapotokká alakulhat át (Smith, 2004). Ez különböző affektív, kognitív és motivációs következményekben nyilvánulhat meg, amelyeknek a feltételezések szerint az a céljuk, hogy csökkentsék a különbséget az irigy és az irigyelt személy között (Parrott & Smith, 1993; Van de Ven és mtsai., 2009). Kutatások alátámasztják, hogy az irigység a következő esetekben fokozódik: ha az irigy személy az irigyelt személyt önmagához hasonlónak érzékeli (Henniger & Harris, 2015; Schaubroeck & Lam, 2004), illetve, ha az irigység tárgya társadalmi pozíció szempontjából lényeges (Fiske, 2010).

Elkülönítendő egymástól az epizodikus, más néven állapot irigység (episodic envy) és a diszpozicionális vagy vonás irigység (dispositional envy). Az epizodikus irigység egy adott helyzetben előforduló társas összehasonlításból fakadó komplex érzelem, amely két komponensből áll (érzékelés, és összehasonlítás). Az epizodikus irigység egyes esetekben romboló, más esetekben építő jellegű eredményhez vezet (Hoogland és mtsai., 2016). Smith és munkatársai viszont (1999) az irigységet személyiségvonásként tekintették, amely különböző mértékben ugyan, de mindenkiben megvan. A diszpozicionális irigység az irigy személy felett álló másik személyre irányuló összehasonlításon alapuló vonás szintű érzelem, ami frusztrációhoz vezet (Lang & Crusius, 2015). A vonás szintű érzelmek a hangulati állapotokra hasonlítanak, de elég sokáig állnak fenn ahhoz, hogy az emberek jellemezhetőek legyenek a segítségükkel, így személyiségvonásnak tekinthetők (Desmet, 2002). Azok a személyek, akikre a diszpozicionális irigység jellemzőbb, gyakrabban szenvednek kisebbrendűségi érzéstől, ami viszont az irigységet alapozhatja meg (Smith és mtsai., 1999).

Nincs azonban egységes álláspont a kutatók között abban, hogy miként is kellene konceptualizálni az irigységet, a diszpozicionális irigységet (Lange és mtsai., 2018). Amiben az alább ismertetett diszpozicionális irigység elméletek egyeznek, hogy az irigység meglétéhez elengedhetetlen a következő három ösz-

szetevő: irigy személy, az irigység tárgya, irigyelt személy. E szerint tehát az irigység egy negatív érzelmi állapot, ami azt követően jön létre, hogy az irigy személy az irigység tárgya kapcsán összehasonlítja magát az irigyelt személyrel úgy, hogy az irigyelt személyt maga fölött állónak tekinti (Miceli & Castelfranchi, 2007; Smith & Kim, 2007).

A *Kettős irigység teória* szerint az irigységnek két különböző formája van: a jóindulatú (benign) és a rosszindulatú (malicious) irigység. Funkcionalista megközelítés szerint mindkettő az irigy és az irigyelt személy közötti különbséget hivatott csökkenteni (Van de Ven és mtsai., 2009; Lange & Crusius, 2015). Jóindulatú irigység esetén az irigy személy saját magát igyekszik magasabb szintre emelni, hogy hasonlóan sikeres legyen, mint az irigyelt személy. Rosszindulatú irigység esetén viszont az irigy személy a közte és az irigyelt személy közti különbséget úgy próbálja meg csökkenteni úgy, hogy az irigyelt személyt leértékeli, az általa elért előnyt kisebbíti vagy becsmérli. A *Rosszindulatú irigység elmélet* szerint viszont az irigység egységes érzelm rosszindulatú következményekkel, ez megfeleltethető az említett rosszindulatú irigységnek (Parrot & Smith, 1993; Miceli & Castelfranchi, 2007; Smith & Kim, 2007). Az *Irigység fájdalom elmélete* szerint az irigység egységes érzelm, amelyet a fájdalom vezérel, és egyszerre vezethet konstruktív és destruktív következményekhez. A teória szerint a jóindulatú és a rosszindulatú irigység közös eleme a mások jobb helyzete miatti fájdalom. Averzív érzelmről lévén szó, az irigy személy azt megpróbálja elkerülni, amihez különböző stratégiákat alkalmazhat: az irigységhez kétféle cselekvési tendencia kapcsolódhat, amelyek abból fakadnak, hogy a személy számára az irigység fenyegetésként vagy kihívásként jelenik-e meg. Másként fogalmazva, az irigység és az arra adott reakció homesztatikus folyamat: a másik szerencséje, jobb helyzete miatti fájdalom aktiválja a fenyegetés- és kihívás-orientált cselekvési tendenciákat. Ennek következtében pozitív és negatív cselekvések, és eredmények is lehetségesek (Tai és mtsai., 2012). Az *Egységes Irigység Elmélet* szerint pedig az irigység fájdalmas érzelm, ami magában foglalja az abban való hitet, hogy az irigy személynek hiányzik valamilyen fontos, az én-fogalmával vagy egy versenyhelyezettel összefüggő dolog, ami az irigyelt személynek van. Az irigység tartalmazza a motivációt, hogy a személy csökkentse az általa okozott fájdalmat, és javítson relatív helyzetén (Cohen-Charash & Larson, 2017).

Amíg tehát a *Rosszindulatú irigység elmélet* egyféle, a *Kettős irigység teória* kétféle irigységről beszél, az *Irigység fájdalom elmélete* egyféle irigységről kétféle lehetséges következménnyel, addig az *Egységes Irigység Elmélet* nem tesz különbséget kétféle irigység között, de nem is határozza meg annak jellegét, pozitív vagy negatív voltát.

## MIÉRT FONTOS A DISZPOZICIONÁLIS IRIGYSÉG?

Kutatások szerint a személyiségjellemzők közül a diszpozicionális irigység az egyik, ami befolyásolja a *depressziót*: akinek magasabb a diszpozicionális irigység szintje, érzékenyebb a társas összehasonlításra, ami kisebbségi érzéshez, haraghoz, ellenségességhez, irigységhez vezethet (Smith és mtsai., 1999; Bajraktarov és mtsai., 2017; Xiang és mtsai., 2020). Az irigység két fontos komponense – az ellenségesség és depresszív összetevők – az irigy személy kisebbségi érzéséből, valamint abból fakadnak, hogy az irigy személy úgy érzi, az irigyelt személy előnye nem fair. Ezért azok, akikre magasabb diszpozicionális irigység szint jellemző, magasabb frusztrációra is hajlamosak, valamint fokozottabban élik át az igazságtalanság érzését (Smith és mtsai., 1994; Smith és mtsai., 1999; Luglio, 2002; Smith & Kim, 2007; Milfont & Gouveia, 2009).

Más kutatások a *jóllét (élettel való elégedettség)* és a diszpozicionális irigység kapcsolatát helyezik a fókuszba. Az eredmények alapján elmondható, hogy a diszpozicionális irigység és az élettel való elégedettség között negatív kapcsolat van. Az irigységre hajlamosabb személyek nagyobb valószínűséggel boldogtalanok, elégedetlenek az életükkel, jellemzőbbek rájuk a rossz érzések, a kevesebb energia (Smith és mtsai., 1999; Luglio, 2002; Barr & Caciattore, 2007; Milfont és mtsai., 2009). A depressziós tünetek pedig komoly hatást gyakorolnak például az időségek jóllétére (Beekman és mtsai., 2002). Azok a személyek, akikre komolyabb depressziós tünetek jellemzők, azokon a napokon is alacsonyabb jóllétről számoltak be, amikor pozitív életeseeményekben volt részük, és azokon a napokon is, amikor negatív társas interakcióba kerültek (Steger & Kashdan, 2009).

A diszpozicionális irigység és a Big Five személyiségdimenziók közül eddig csak a Neuroticizmussal találtak közepes erősségű, pozitív szignifikáns kapcsolatot ( $r = 0,43-0,56$ , minden esetben  $p = 0,001$ ) kapcsolatot (Smith és mtsai., 1999; Xiang és mtsai., 2016), mindazonáltal nem jelentős a diszpozicionális irigység és a Big Five dimenziók kapcsolatát firtató kutatások száma. Vizsgálatunk szempontjából kiemelendő még, hogy egy szisztematikus áttekintés szerint a mellett, hogy a magasabb Neuroticizmus szint alacsonyabb pszichés jólléttel jár együtt, a Neuroticizmus nem jelezte előre szignifikánsan a depressziót, amikor a regressziós elemzésbe a depresszióval összefüggő olyan változókat is bevontak, mint a pesszimizmus, a boldogtalanság, a passzív megküzdés (Toni & Tamara, 2017).

A *korai maladaptív* sémák és a diszpozicionális irigység kapcsolatát vizsgáló kutatásról nincs tudomásunk. Egy 54 tanulmányt – ami 24 ezer vizsgálati személy válaszait ölelte föl – figyelembe vevő szisztematikus áttekintés szerint a korai maladaptív sémák szignifikáns pozitív kapcsolatban vannak a depresszióval is (Nicol és mtsai., 2020). A nemzetközi kutatási eredmények alapján elmondható, hogy a korai maladaptív sémák általi meghatározottság magas

Neuroticizmus szinttel jár együtt, és a depressziós tünetek előrejelzésében a Big Five személyiségdimenzióknál jobb prediktornak bizonyulhat (Thimm, 2009).

## CÉLKITŰZÉSEK

A nemzetközi szakirodalom alapján elmondható, hogy a diszpozicionális irigység olyan konstruktumnak tekinthető, amely negatív kapcsolatban áll a személyek életminőségével, jóllétével, a depressziós tünetek kialakulását pedig elősegítheti (Bajraktarov és mtsai., 2017; Xiang és mtsai., 2020; Smith és mtsai., 1994; Smith és mtsai., 1999, Luglio, 2002; Smith & Kim, 2007; Milfont & Gouveia, 2009; Barr & Cacciatore, 2007). Úgy tűnik továbbá, hogy a kutatások inkább a diszpozicionális irigység egy-egy aspektusát vizsgálják, a korai maladaptív sémák és a diszpozicionális irigység kapcsolatát feltáró kutatásra pedig nem leltünk. Mindezek alapján célunk feltáró jelleggel megvizsgálni kvázi reprezentatív magyar mintán a diszpozicionális irigység és a jóllét, a depresszió, a korai maladaptív sémák, valamint a Neuroticizmus kapcsolatát. Ezek alapján olyan modell felépítésének megkezdése a cél, amelyre a későbbi kutatások során támaszkodni lehet.

## MÓDSZER

### *Vizsgálati minta és az eljárás menete*

A vizsgálati mintát a Károli Gáspár Református Egyetem „Életünk a koronavírus-járvány idején” című kutatásának adatbázisa adta (a továbbiakban Poszt-COVID kutatás). A mintavétel hozzáférés alapú volt, megadott kvótákkal. A teljes minta ( $n = 2700$ ) nemre, életkorra, legmagasabb iskolai végzettségre nézve reprezentatívnak mondható. Jelen tanulmány szempontjából a reprezentativitás nem volt döntő szempont, az elemzésekhez 2005 18 év fölötti, Magyarországon élő személy válaszait használtuk föl. A kitöltők 58,5%-a nő volt, az életkori átlag 45,69 év ( $SD = 18,03$ ), a legfiatalabb válaszadó személy 18 éves, a legidősebb 95 éves volt. A részletes szociodemográfiai jellemzőket az 1. táblázat tartalmazza.

Az adatgyűjtés döntően online, kisebb részben papír alapú lekérdezéssel történt, a hatályos jogszabályok figyelembevételével, az anonimitás biztosítása mellett. A válaszadó személyek a kutatásban önkéntesen és ellenszolgáltatás nélkül vettek részt. A kutatást a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (az etikai engedély száma: BTK/2763-1/2021).

**1. táblázat.** A minta szociodemográfiai jellemzői

|                                   | <b>Szociodemográfiai<br/>adatok</b> | <b>n</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------|----------|
| Nem                               | férfi                               | 915      | 41,5     |
|                                   | nő                                  |          |          |
| Életkor                           | 18-34 éves                          | 698      | 31,7     |
|                                   | 35-54 éves                          | 804      | 36,5     |
|                                   | 55-64 éves                          | 287      | 13,0     |
|                                   | 65-95 éves                          | 416      | 18,9     |
| Legmagasabb<br>iskolai végzettség | 8 általános vagy<br>kevesebb        | 254      | 11,5     |
|                                   | szakmunkásképző                     | 369      | 16,7     |
|                                   | szakközépiskola vagy<br>gimnázium   | 833      | 37,8     |
|                                   | főiskolai vagy<br>egyetemi diploma  | 749      | 34,0     |

### Mérőeszközök

*Diszpozicionális Irigység Skála* (DES, Smith és mtsai., 1999). Nyolctételes, ön-beszámolón alapuló kérdőív, amely öt fokozatú Likert-skálán mér. Az 1-es érték a teljes elutasítást („Egyáltalán nem értek egyet”), az 5-ös érték a teljes egyetértést („Teljesen egyet értek”) jelenti. A magasabb összpontszám magasabb diszpozicionális irigység szintet jelez. A mérőeszközt eredetileg egydimenziós-nak mutatták be, jó reliabilitási mutatókkal (Cronbach-alfa = 0,83 – 0,86), a teszt-reteszt korreláció 0,80 volt (Smith és mtsai., 1999). A nemzetközi adaptációk során a Cronbach-alfa értéke 0,79 és 0,86 között volt a teljes skálát tekintve (Milfont & Gueva, 2009; Medeiros és mtsai., 2016; Mola és mtsai., 2014; Blachnio & Przepiorka, 2015; Suzuki és mtsai., é.n.; Xiang és mtsai., 2016). A kétfaktoros olasz megoldás esetén a 6 tételes faktor Cronbach-alfa mutatója 0,77 volt (Nannini és mtsai., 2019). A skála hazai mintán történő részletes pszichometriai elemzése alapján elmondható, hogy a DES hazai mintán egydimenziós elrendezést mutat (Arató, 2023).

*Jóllét Skála* (PHS-WB, Bann és mtsai., 2012). A mérőeszköz összesen 10 tétele tartalmaz, az általános jóllét a három komponens – *mentális jóllét* (öt tétel), *szociális jóllét* (két tétel), *testi jóllét* (három tétel) – összege. A kérdőív egy számjegyekkel megválaszolandó kérdést tartalmaz, valamint öt- és tízfokozatú Likert-skálákat használ. (Az 1-es érték az „Egyáltalán nem értek egyet”; „Soha”;

„Nagyon elégedetlen vagyok” válaszokat jelenti. Az 5-ös érték a „Teljes mértékben egyet értek”; „Mindig”, a 10-es érték pedig a „Teljesen elégedett” válaszopciót jelenti.) A teljes kérdőív Bann és munkatársai (2012) elemzése szerint jó reliabilitási mutatóval rendelkezett (Cronbach-alfa = 0,87).

*Depresszió Skála* (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995). A kérdőívcsomag a 42 tételes DASS skála rövidített, 21 tételes változatát tartalmazza, amely megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik (Henry & Crawford, 2005). A kérdőív valamennyi alszála hét tételből áll, és négyfokú Likert-skálán mér (1 = „Egyáltalán nem volt rám jellemző”; 4 = „Igen tekintélyes mértékben, vagy nagyon gyakran jellemző volt rám”). A DASS-21 a szerzők elemzése szerint megbízható mérőeszköz, a Cronbach-alfa mutató a Depresszió skála esetében 0,81 volt. A mérőeszköz pszichometriai mutatói több, mint ezer fős normatív magyar mintán is kiválóak (Rózsa és mtsai., előkészületben).

Ötfaktoros Személyiség Kérdőív (BFI-10, Rammstedt & John, 2007). Az *Extroverzió*, *Barátságosság*, *Lelkiismeretesség*, *Érzelmi instabilitás* (*Neuroticizmus*), *Nyitottság* egymástól független dimenzióit a tíztételes mérőeszköz két-két tétellel méri. A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = „Egyáltalán nem értek egyet” 5 = „Teljesen egyetértek”). A BFI-t számos nemzetközi kutatásban használták, annak jó reliabilitási, érvényességi mutatóit és faktorszerkezetét igazolva. Az elmúlt tíz év számos hazai kutatási adatbázisának egyesítésével 6000 fős minta áll rendelkezésre, amelynek elemzésével megerősítették az ötfaktoros struktúrát, az egyes dimenziók belső konzisztencia mutatói jónak bizonyultak (Cronbach-alfa = 0,73 és 0,81 között) (Rózsa és mtsai., 2020).

*Young-féle séma kérdőív* (YSQ, Young, 1999). A korai maladaptív sémákat a 244 tételes YSQ kérdőív a Poszt-COVID kutatás számára készült 16 tételes rövidítése méri. A válaszadó személyeknek hatfokú Likert-skálán kellett válaszolniuk, hogy az állítások milyen mértékben igazak rájuk. A válaszok az 1 = „Egyáltalán nem jellemző” – től a 6 = „Teljes mértékbe igaz” - ig terjedtek. Az eredeti kérdőív jó reliabilitási mutatókkal rendelkezik (Rijkeboer, 2012).

*Szociodemográfiai adatok*. A kutatás során több alapvető demográfiai adatot rögzítettünk, így a nemet, az életkort, a legmagasabb iskolai végzettséget.

### *Alkalmazott statisztikai módszerek*

A mérőeszközök leíró statisztikáinál a skálák átlagai és szórásai mellett a ferdeség és csúcsosság mutatókat ismertetjük. Nincs ugyan egységesen elfogadott kritérium, de a módszertani ajánlások szerint nagyobb elemszámú mintáknál ( $n > 300$ ) a ferdeség 2 alatti, a csúcsosság 7 alatti értéke a faktorelemzések során és a SEM-modellek készítése esetén is még elfogadható (Chou & Bentler, 1995; Curran és mtsai., 1996; Muthén & Kaplan, 1985; Ryu, 2011). A skálák megbízhatóságának megismeréséhez a Cronbach-alfa mutatókat használtuk támpon-

tul, valamint a tétel-maradék korrelációkat is ellenőriztük. A Cronbach-alfa megfelelő értékét általában 0,7 fölött határozzák meg (Nunnally & Bernstein, 1994). A tétel-maradék korrelációk esetében pedig a 0,2 vagy a fölötti érték tekinthető megfelelőnek (Klein, 2015).

A csoportok (nők és férfiak; életkori csoportok) közötti összehasonlításokhoz kétmintás *t*-próbát, illetve egyszempontos varianciaanalízist használtunk. A változók közötti együttjárásokat Pearson-féle korrelációs együtthatókkal jellemeztük, az eredményeket a Spearman-féle rangkorrelációval és a Kendall-féle tau-*b* mutató segítségével is ellenőriztük.

Végül az egyes változók közötti oksági kapcsolat feltérképezésére a strukturális egyenletek modellezése (Structural Equation Modeling, SEM) szolgált eszközül, a Maximum Likelihood (ML; legnagyobb valószínűség) módszerével, a normalitás sérülése miatt bootstrap eljárás alkalmazásával, 500 véletlenszerű minta képzésével, a *bias-corrected confidence intervals* (torzítást kiküszöbölő konfidenciaintervallumok) módszert választva, 95%-os konfidenciaintervallummal (T. Kárász, 2019). Az adatbázisban szereplő adatok és a feltételezett modell egymásnak való megfeleltethetőségéhez a következő illeszkedési mutatók szolgáltak támpontul:  $\chi^2$ -próba, amely esetében a nullához közeli érték és nem szignifikáns eredmény jelenti a jó illeszkedést; Bollen-Stein bootstrap *p* érték (B-*Sp*), amelyet a normalitás sérülése esetén a hagyományos  $\chi^2$ -próba mellett, illetve helyett használnak, a jó illeszkedést 0,05-nél nagyobb érték jelenti (Bollen & Stine, 1992; Byrne, 2010). A CMIN/DF, amely 3 és 5 közötti érték esetén megfelelő; RMSEA, amely 0,05 alatti érték esetén nagyon jó, 0,05–0,08 közötti értéknél jó, 0,08–0,10 értéknél elfogadható, 0,10 fölötti érték esetén pedig gyenge illeszkedést jelez. A TLI és a CFI mutató, amelyek 0,90 vagy annál nagyobb érték esetén elfogadható, 0,95 vagy annál nagyobb érték esetén nagyon jó illeszkedést jelez (Mc Donald & Moon-Ho, 2002; Hooper és mtsai., 2008; Byrne, 2010).

A leíró statisztikai elemzéseket, a csoportok közötti összehasonlításokat, a változók közötti kapcsolatokat elemzését az SPSS 25 (IBM Corp. 2017) programcsomagjával készítettük el, a modell elemzéshez az IBM SPSS Amos 22-es verzióját használtuk.

## EREDMÉNYEK

### *Leíró statisztikák*

Elsőként a skálák ferdeségi és csúcsossági mutatóinak kiszámítása, valamint a normalitás ellenőrzése történt. (A részletes eredményeket a 2. táblázat tartalmazza.) A normalitás nem csak az egyes skálák, hanem az életkor esetében is sérült (ferdeség = 0,26, csúcsosság = - 0,89). A Cronbach-alfa mutató minden skála esetében elérte a legalább megfelelő értéket, a tétel-maradék korrelációk

szintén valamennyi esetben meghaladták az elvárt legalább 0,2-es értéket. A Cronbach-alfa mutatók és az item-maradék korrelációk a BFI-skálák esetében, nem kerültek kiszámításra, mert az skálánként csak két tételt tartalmaz, de a mérőeszköz a nemzetközi és hazai kutatási eredmények szerint megbízható (John & Srivastava, 1999; Rammstedt & John, 2007; Rózsa és mtsi., 2020).

**2. táblázat.** A mérőeszközök leíró statisztikái, megbízhatósági mutatói, a ferdeségi és csúcossági mutatók

| Mérő-eszköz | Tételek-száma | Átlag (SD)   | Item-maradék korrekciók | Cronbach-alfa | Ferdeség | Csúcosság |
|-------------|---------------|--------------|-------------------------|---------------|----------|-----------|
| DES         | 8             | 14,92 (4,81) | 0,23-0,63               | 0,86          | 0,78     | 0,66      |
| PHS-WB Ált  | 10            | 4,78 (0,66)  | 0,44-0,64               | 0,80          | -0,60    | 0,40      |
| DASS Depr   | 7             | 1,43 (0,55)  | 0,59-0,75               | 0,89          | 1,83     | 3,60      |
| YSQ         | 16            | 35,80 (11,9) | 0,26-0,55               | 0,81          | 0,62     | 0,60      |
| BFI Extr    | 2             | 7,37 (1,90)  | -0,41                   | -0,54         |          |           |
| BFI Bar     | 2             | 7,01 (1,46)  |                         |               | -0,33    | -0,10     |
| BFI Lelk    | 2             | 7,41 (1,65)  |                         |               | 0,24     | -0,48     |
| BFI Neur    | 2             | 5,81 (1,92)  |                         |               | 0,90     | -0,49     |
| BFI Nyit    | 2             | 7,03 (1,88)  |                         |               | -0,26    | -0,56     |

Megjegyzés: \*\*  $p < 0,01$ ; DES = Diszpozicionális Irigység Skála; PHS-WB Ált = PHS-WB kérdőív általános jóllét skála; DASS Depr = DASS kérdőív depresszió skála; YSQ = Korai maladaptív sémák kérdőív 16 tétele; BFI Extr = BFI-10 Extraverzió skála; BFI Bar = BFI-10 Barátságosság skála; BFI Lelk = BFI-10 Lelkiismeretesség skála; BFI Neur = BFI-10 Neuroticizmus skála; BFI Nyit = BFI-10 Nyitottság skála.

### *A változók közötti kapcsolatok vizsgálata és összehasonlító elemzések*

A diszpozicionális irigység és a depresszió között közepes erősségű pozitív kapcsolat van [ $r(2203) = 0,47$ ,  $p = 0,001$ ]. A diszpozicionális irigység és az általános jóllét közepes erősségű negatív együttjárást mutat [ $r(2203) = -0,40$ ,  $p = 0,001$ ]. A diszpozicionális irigység és a korai maladaptív sémák között szintén közepes erősségű, pozitív kapcsolat van [ $r(2203) = 0,49$ ,  $p = 0,001$ ].

A depresszió az általános jólléttel közepes erősségű negatív, a depresszió a korai maladaptív sémákkal közepes erősségű pozitív kapcsolatban van [ $r(2203) = -0,61$ ,  $p = 0,001$ ;  $r(2203) = 0,57$ ,  $p = 0,001$ ]. Az általános jóllét közepes erősségű negatív kapcsolatban van a korai maladaptív sémákkal [ $r(2203) = -0,46$ ,  $p = 0,001$ ].

A diszpozicionális irigység a Big Five faktorok közül csak a Nyitottsággal nem mutat szignifikáns kapcsolatot, az Extraverzióval, és a Lelkiismeretességgel gyenge, a Barátságossággal közepes erősségű negatív, a Neuroticizmussal

pedig közepes erősségű pozitív szignifikáns kapcsolatban van (a szignifikáns mutatók rendre a következők:  $r(2203) = -0,22$ ,  $p = 0,001$ ;  $r(2203) = -0,28$ ,  $p = 0,001$ ;  $r(2203) = -0,31$ ,  $p = 0,001$ ;  $r(2203) = 0,33$ ;  $p = 0,001$ ). Az egyes skálák közötti együttjárásokat a 3. táblázat mutatja.

A DES és az életkor közötti gyenge negatív együttjárás alapján megállapítható, hogy a diszpozicionális irigység és az életkor között gyenge negatív kapcsolat van [ $r(2203) = -0,14$ ,  $p = 0,001$ ]. Életkori csoportokra bontva a varianciaanalízis (amely szignifikáns eredményt adott) és a post hoc páros összehasonlítás alapján elmondható, hogy a 18-34 éves korosztályra jellemzőbb a diszpozicionális irigység a többi életkori csoporthoz képest a [ $F(3,20) = 16,25$ ,  $p = 0,001$ ]. (A diszpozicionális irigység skála eredményei: a 18-34 éveseknél  $M = 15,99$ ,  $SD = 5,34$ ; a 35-54 éveseknél  $M = 14,43$ ,  $SD = 4,48$ ; az 55-64 éveseknél  $M = 14,41$ ,  $SD = 4,32$ ; a 65-95 éveseknél  $M = 14,41$ ,  $SD = 4,41$ .)

Ami a legmagasabb iskolai végzettséget illeti, a varianciaanalízis szintén szignifikáns eredményt mutatott [ $F(3,20) = 3,76$ ,  $p = 0,01$ ]. A post hoc elemzés alapján elmondható, hogy a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezők és a nyolc általánost vagy vannál kevesebbet végzettek között van szignifikáns különbség: utóbbi csoport diszpozicionális irigység szintje a magasabb. (A diszpozicionális irigység skála eredményei: a nyolc általánost vagy annál kevesebbet végzetteknekél  $M = 15,54$ ,  $SD = 4,96$ ; a szakmunkásképzőt végzetteknekél  $M = 15,25$ ,  $SD = 5,02$ ; a szakközépiskolát vagy gimnáziumot végzetteknekél  $M = 14,99$ ,  $SD = 4,85$ ; a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezőknekél  $M = 14,49$ ,  $SD = 4,57$ .)

Végül pedig a nők és férfiak összehasonlítása következett. A kétmintás  $t$ -próba eredménye szerint szignifikáns különbség van, a nők ( $M = 15,30$ ;  $SD = 4,86$ ), és a férfiak ( $M = 14,75$ ;  $SD = 4,71$ ) diszpozicionális irigység szintje között [ $t(2205) = 2,66$ ;  $p = 0,008$ ], tehát a nők átlaga magasabb a DES skálán, a hatásmérték azonban elhanyagolható ( $d = 0,12$ ).

**3. táblázat.** A változók közötti kapcsolatok

|                                    | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> | <b>7</b> | <b>8</b> |
|------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1. Diszpozicionális irigység (DES) | 0,47**   | -0,40**  | 0,49**   | -0,22**  | -0,31**  | -0,28**  | 0,33**   |
| 2. Depresszió (DASS-21)            |          | -0,61**  | 0,57**   | -0,30**  | -0,25**  | -0,29**  | 0,36**   |
| 3. Általános Jóllét (PHS-WB)       |          |          | -0,46**  | 0,35**   | 0,22**   | 0,29**   | -0,34**  |
| 4. Korai maladaptív sémák (YSQ)    |          |          |          | -0,27**  | -0,24**  | -0,31**  | 0,35**   |
| 5. Extraverzió (BFI-10)            |          |          |          |          |          |          |          |
| 6. Barátságosság (BFI-10)          |          |          |          |          |          |          |          |
| 7. Lelkiismeretesség (BFI-10)      |          |          |          |          |          |          |          |
| 8. Neuroticizmus (BFI-10)          |          |          |          |          |          |          |          |

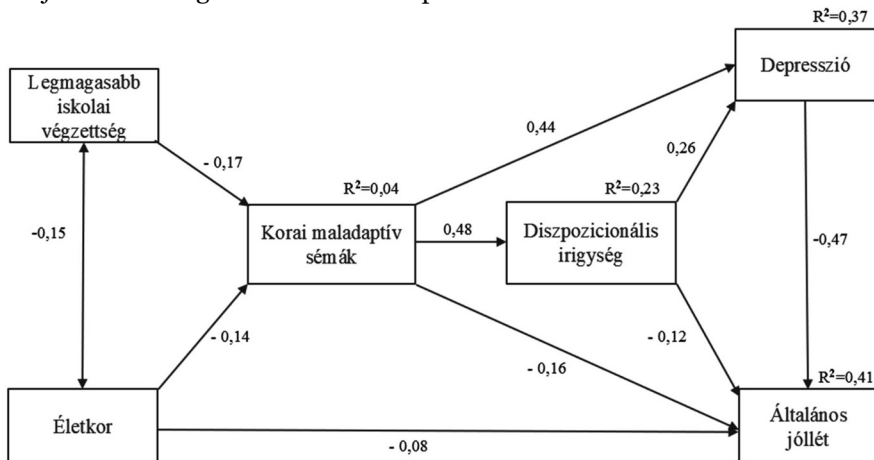
Megjegyzés: \*\*  $p < 0,01$ .

*Modell elemzés strukturális egyenletek (SEM) módszerével*

A változók kapcsolatainak feltárása után került sor a modell, illetve modellek felépítésére, több lépésben. Az első modell a következőket tartalmazza: prediktor változóként az életkort és a legmagasabb iskolai végzettséget (szociodemográfiai változók), mediátor változóként a korai maladaptív sémák és a diszpozicionális irigység, kimeneti változóként pedig a depresszió és az általános jóllét szerepeltek.

Az 1. ábrán látható modell jó illeszkedési mutatókkal rendelkezik. A  $\chi^2$ -próba ugyan szignifikáns [ $\chi^2(5) = 13,067$ ,  $p = 0,023$ ], a Bollen-Stein bootsrap  $p$  értéke alacsony ( $B-Sp = 0,005$ ), az RMSEA, a CFI, a TLI és a CMIN/DF mutató mind elfogadhatónak mondható (RMSEA = 0,029; CFI = 0,997; TLI = 0,990; CMIN/DF = 2,613).

A modell a diszpozicionális irigység varianciájának 23%-át magyarázza. A modell alapján a diszpozicionális irigység jól meghatározza a depressziót és az általános jóllétet; az életkor és a legmagasabb iskolai végzettség a korai maladaptív sémák és a diszpozicionális irigységen keresztül fejt ki hatását a depresszióra és az általános jóllétre (a magyarázott variancia 37% és 41%). A standardizált Béta mutatókból látszik, hogy a modellben a korai maladaptív sémák és a diszpozicionális irigység, a diszpozicionális irigység és a depresszió, valamint a depresszió és az általános jóllét között a legerősebb a kapcsolat (előbbi kettőnél pozitív, utóbbinál negatív irányú). A modell csak nőkre, illetve csak férfiakra lefuttatva nem adott számottevő különbséget egymáshoz, illetve a teljes mintán végzett elemzéshez képest.

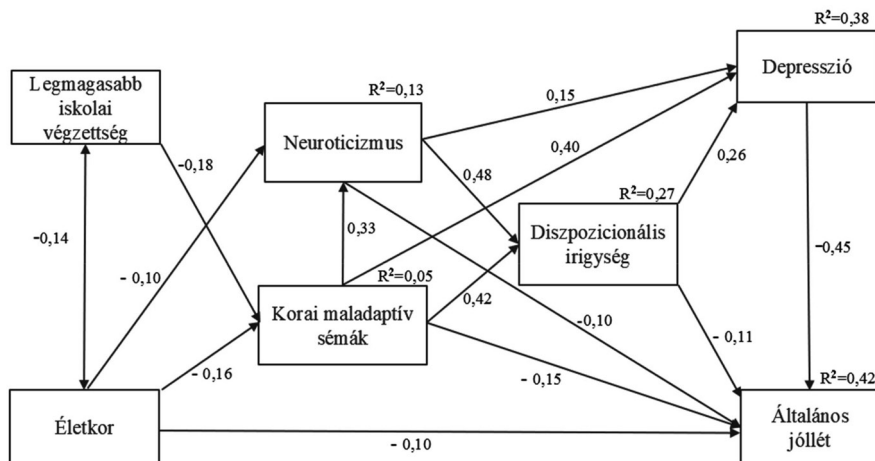


$\chi^2(5) = 13,067$ ,  $p = 0,023$ ; B-S<sub>p</sub> = 0,005; RMSEA = 0,029; CFI = 0,997; TLI = 0,990; CMIN/DF = 2,613

**1. ábra.** Modell elemzés, első változat: a változók, a köztük lévő szignifikáns utak, az R<sup>2</sup> értékek, a standardizált Béta mutatók és az illeszkedési mutatók

Következő lépésként a Big Five személyiségdimenziók közül azok a változók kerültek be a modellbe, amelyek a korrelációs elemzések alapján szignifikáns kapcsolatban álltak a diszpozicionális irigységgel. Az így kapott modell azonban sem az illeszkedési mutatókat tekintve, sem a szignifikáns utak, valamint a magyarázó erő tekintetében nem bizonyult megfelelőnek. Így végül a diszpozicionális irigységgel a nemzetközi szakirodalomban is megjelenő módon kapcsolatban lévő változóval, a Neuroticizmussal bővült a már említett első modell – figyelembe véve Thimm (2009) eredményeit is, amelyek szerint a korai maladaptív sémák és a Neuroticizmus pozitív szignifikáns kapcsolatban van egymással, illetve, hogy a depressziós tünetek előrejelzésében a Big Five személyiségdimenzióknál jobb prediktornak bizonyulhatnak a korai maladaptív sémák. Ez a változat is elfogadható illeszkedési mutatókkal rendelkezett. A  $\chi^2$ -próba ugyan ismét szignifikáns lett, [ $\chi^2(6) = 12,116$ ,  $p = 0,059$ ], de a további illeszkedési mutatók megfelelőek voltak (RMSEA = 0,023; B-Sp = 0,079; CFI = 0,998; TLI = 0,990; CMIN/DF = 2,019).

Mint az a 2. ábrán látható, a modell a diszpozicionális irigység varianciájának 27%-át, a depresszió varianciájának 38%-át, az általános jóllét varianciájának pedig 42%-át magyarázza. Az első modellhez képest ugyan a magyarázott variancia értékek nem változtak számottevően, azonban a Neuroticizmus jelentőségét mutatja az is, hogy a diszpozicionális irigységen keresztül kifejti hatását a depresszióra. A modell csak nőkre, illetve csak férfiakra lefuttatva szintén nem adott számottevő különbséget egymáshoz, illetve a teljes mintán végzett elemzéshez képest.



$\chi^2(6) = 12,116$ ,  $p = 0,059$ ; B-Sp. = 0,079; RMSEA = 0,023; CFI = 0,998; TLI = 0,990; CMIN/DF = 2,019

**2. ábra.** Modell elemzés, második változat: a változók, a köztük lévő szignifikáns utak, az R² értékek, a standardizált Béta mutatók és az illeszkedési mutatók

## DISZKUSSZIÓ

Az irigységgel életünk során feltehetően mindannyian találkozunk, de nem szívesen beszélünk róla (Smith és mtsai., 1999; Miceli & Castelfranci, 2007; Smith & Kim, 2007). Nemzetközi kutatási eredmények azt mutatják, hogy azok a személyek, akikre jellemzőbb a diszpozicionális irigység, alacsonyabb jóllét és magasabb depresszió mutatókkal rendelkeznek (Smith és mtsai., 1999; Luglio, 2002; Barr & Cacciatore, 2007; Milfont, és mtsai., 2009). Ennek alapján indokoltnak látszott a diszpozicionális irigység személyiségpszichológiai és egészségpszichológiai szempontú vizsgálata annál is inkább, mert magyar mintán végzett, a diszpozicionális irigységet fókuszba helyező pszichológiai kutatásról nincs tudomásunk, és nemzetközi szinten sem készült átfogó modell a diszpozicionális irigység gyökereinek, működésének, korrelátumainak és következményeinek vizsgálatára.

Jelen tanulmány egyik célja az volt, hogy feltérképezze a diszpozicionális irigység, a depresszió, a jóllét kapcsolatát, bevonva a korai maladaptív sémákat és a Neuroticizmust is az elemzésbe. Az eredmények nagyrészt összhangban állnak a nemzetközi kutatási eredményekkel. Sikerült elfogadható illeszkedési mutatókkal rendelkező modellt kialakítani, amely alapján elmondható, hogy a diszpozicionális irigység jól meghatározza a depressziót és a jóllétet. A korai maladaptív sémák és az irigység kapcsolatának vizsgálata új elem. A felépített modell eredményei alapján pedig elmondható, hogy Neuroticizmust is érdemes bevonni a diszpozicionális irigységgel kapcsolatos további vizsgálatokba. A későbbiekben számos lehetséges modellt szükséges megvizsgálni, bevonva például a társas összehasonlítást, önértékelést is.

A nemzetközi és a fent ismertetett kutatási eredmények figyelembevételével megállapítható, hogy az irigységre, mint személyiségvonásra olyan konstruktumként érdemes tekinteni, amely közvetlenül és közvetve is hathat az egyének mindennapjaira, életminőségére, jóllétére, sőt a depressziós tünetek (ki)alakulását is befolyásolhatja, így megbízható és torzításoktól minél inkább mentes mérése, valamint további vizsgálata indokolt és a gyakorlat szempontjából is hasznos.

Mint a kutatások esetében előfordul, jelen tanulmány elkészítése során is szembesültünk korlátokkal. Az egyik ilyen, hogy a korai maladaptív sémákat eredetileg egy 244 tételes kérdőív (YSQ; Young, 1999) hivatott mérni, amelyből jelen kutatási tesztbattériába 16 tétel került be. Így – habár a skála megbízható (Cronbach-alfa = 0,81) – kérdés, hogy a 16 tétel valójában azt méri-e, hogy a személyekre mennyire jellemző a korai maladaptív sémák általi meghatározottság, és nem egy általános negatív affektivitást, valamint, hogy a hosszú tesztbattéria mennyire határozta meg a személyek válaszbeállítódását. A depresszió mérése kapcsán meg kell jegyezni, hogy a vizsgálatok normatív mintán történtek.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A publikáció a Kulturális és Innovációs minisztérium ÚNKP-22--2-II-KRE-3 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült (Arató Judit).

## IRODALOM

- American Psychological Association (2023). Letöltve: 2022. 10. 15. innen: <https://dictionary.apa.org/envy>
- Arató, J. (2023). A diszpozicionális irigység pszichológiai jelentősége és mérése. [OTDK pályamunka]. Károli Gáspár Református Egyetem.
- Bajraktarov S, Gudevanikovska D, Manuševa N. & Arsova S. (2017). Personality characteristics as predictive factors for the occurrence of depressive disorder. *Open Access Maced J Med Sci.* (5)1, 48-53. DOI: 10.3889/oamjms.2017.022
- Bann, C.M., Kobau, R., Lewis, A. M., Zack, M. M., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, 21(6), 1031–1043. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0002-9>
- Barr, P., & Caciatore, J. (2007). Problematic emotions and maternal grief. *Omega: Journal of Death and Dying* (56), 331-348. DOI: 10.2190/om.56.4.b
- Beekman, A.T.F., Penninx, B.W.J.H., Deeg, D.J.H.; Beurs, E., Geerlings, S. W. & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20–27. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x
- Ben-Ze'ev, A (2000). *The subtlety of emotions*. MIT Press.
- Blachnio, A. & Przepiorka, A. (2015). I want to have what you have and I do not want you to have it. *Studia Psychologica*, 57(4), 243-253. DOI: 10.21909/sp.2015.04.697
- Bollen, K. A., & Stine, R. A. (1992). Bootstrapping Goodness-of-Fit Measures in Structural Equation Models. *Sociological Methods & Research*, 21(2), 205–229. DOI: 10.1177/0049124192021002004
- Borgos, A. (2017). Pszichoanalitikus elméletek nőiségképe Freudtól a feminista pszichoanalízisig. Társadalmi Nemek. In: Kovács Mónika (Ed.) *Elméleti megközelítések és tudományos eredmények* (pp- 21-37). Elte Eötvös Kiadó.
- Byrne, B. M. (2010). Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203805534>
- Chou, C.-P. & Bentler, P. M. (1995). *Estimates and tests in structural equation modeling*.
- Cohen-Charash, Y. (2009). Episodic envy. *Journal of Applied Social Psychology*, 39(9), 2128–2173. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00519.x>
- Cohen-Charash, Y. & Larson, E. C. (2016). What Is the Nature of Envy? DOI: 10.1093/acprof:oso/9780190228057.003.0001
- Cohen-Charash, Y. & Larson, E. C. (2017). An Emotion Divided: Studying Envy Is Better Than Studying “Benign” and “Malicious” Envy. *Current Directions in Psychological Science*, 26(2), 174–183. DOI: 10.1177/0963721416683667

- Curran, P. J., West, S. G. & Finch, J. F. (1996). The robustness of test statistics to nonnormality and specification error in confirmatory factor analysis. *Psychological Methods*, 1(1), 16. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.1.16>
- Desmet, P. (2022) *Designing Emotions*. Delft University of Technology, Department of Industrial Design.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations* (7), 117-140. doi:10.1177/001872675400700202
- Fiske, S. T. (2010). Envy up, scorn down: How comparison divides us. *American Psychologist*, 65, 698–706. doi:10.1037/0003-066X.65.8.698
- Freud, S. Three Contributions to the Theory of Sex. (1920). Letölve: 2022. 09. 27., innen: <https://mindspain.com/wp-content/uploads/2020/08/Three-Contributions-to-the-Theory-of-Sex-by-Sigmund-Freud.pdf>
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). Pszichoanalitikus elméletek a fejlődési pszichopatológia tükrében. Gondolat.
- Hargitai, R., Rózsa, S., Hupuczai, E., Birkás, B., Hartung, I. Hartungné Somlai, E., Tiringner, I, Martin, L. & Kállai, J. (2020). Az énkép egyértelműség mérése és korrelátumai. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75(4), 557–580 DOI: 10.1556/0016.2020.00033
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. DOI: 10.1348/014466505X29657
- Henniger, N. E. & Harris, C. R. (2015). Envy Across Adulthood: The What and the Who. *Basic and Applied Social Psychology*, (), 1–16. doi:10.1080/01973533.2015.1088440
- Hoogland, C. E., Thielke, S., & Smith, R. H. (2016). Envy as an evolving episode. Oxford University Press.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M.R. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Journal of Business Research Methods*, 6, 53–60. Letölthető innen: [www.ejbrm.com](http://www.ejbrm.com)
- Horney, K. (1926). Menekülés a nőiség elől (ford. Battyán Katalin). Thalassa.
- Hu, L., & Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). Guilford Press.
- Kline, P. (2015). *A Handbook of Test Construction*. Routledge.
- Lange, J., & Crusius, J. (2015). Dispositional envy revisited: Unraveling the motivational dynamics of benign and malicious envy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41, 284–294. doi:10.1177/0146167214564959
- Lange, J., Weidman, A. C., & Crusius, J. (2018). The painful duality of envy: Evidence for an integrative theory and a meta-analysis on the relation of envy and schadenfreude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(4), 572–598. <https://doi.org/10.1037/pspi0000118>
- Lange, J. & Protasi, S. (2021). An Interdisciplinary Perspective on the Value of Envy. *Review of Philosophy and Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s13164-021-00548-3>

- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343. DOI: 10.1016/0005-7967(94)00075-u
- Luglio, C. L. (2002). The mediating role of personality in the association between relational ethics and dispositional envy. *Dissertation Abstracts International*, 63(6-B).
- Medeiros, E. D., Soares, A. K. E., Nascimento, A. M., Silva, J. B. S. & Gouveia, V. V. (2016). An Ungrateful Disposition: Psychometric Properties of the Dispositional Envy Scale in Brazil. *Paidéia*, 26(65), 351-358. doi:10.1590/1982-43272665201605
- Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2007). The envious mind. *Cognition & Emotion*, 21, 449–479. doi:10.1080/02699930600814735
- Milfont, T. L., & Gouveia, V. V. (2009). A Capital Sin: Dispositional Envy and its Relations to Wellbeing. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(3), 547-551. ISSN: 0034-9690. Letöleve: 2022. 08. 30., innen: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28412903014>
- Mitchell, S.A. & Black, M. J. (2000). *A modern pszichoanalitikus gondolkodás története*. Animula.
- Mola, D.J., Saavedra, B.A. & Reyna, C. (2014). Evidences of Reliability and Validity of the Dispositional Envy Scale in Argentinian Samples. *INT.J.PSYCHOL.RES.* 7 (1): 73-80. <https://doi.org/10.21500/20112084.668>
- Muthén, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38(2), 171–189. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00832.x>
- Nannini, V., Caputoa, A., Marchinia, F., Martinob, G. & Langhera, V. (2019). Italian Adaptation and Validation of the Dispositional Envy Scale. *Rassegna di Psicologia* (36)3, 73-91. DOI: 10.4458/2733-06
- Nicol, A., Mak, A. S., Murray, K., Walker, I. & Buckmaster, D. (2020). A meta-analysis of the relationship between early maladaptive schemas and depression in adolescence and young adulthood. *Cognitive Therapy and Research* (44), 715–751. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10092-6>
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory*. McGraw-Hill.
- Parrott, W. G., & Smith, R. H. (1993). Distinguishing the experiences of envy and jealousy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 906–920. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.906>
- Rammstedt, B. & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- Rijkeboer, M. (2012). Validation of the Young Schema Questionnaire. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 531–539. Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch40>
- Rózsa, S., Hupczai, E., Martin, L., Birkás, B., Hartung, I., Hargitai, R., Varga, J., Láng, A., Tiringier, I., & Kállai, J. (2019). A Tellegen Abszorpciós Skála részletes pszichometriai elemzése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 20(1), 1–43 DOI: 10.1556/0406.20.2019.003
- Rózsa, S., Vincze G., Török, I. A., Hupczai, E., Hargitai, R., Martin, L., Hartung, I., Tiringier, I., Simon, M. & Kállai, J. (2020). A Mágikus Fogalomképzés Skála hazai változatának kialakítása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 21(4), 401– 441 DOI: 10.1556/0406.21.2020.018

- Rózsa, S. Tárnok, Zs. & Nagy, P. (2020). *A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák*. EFOP Kiadvány, Budapest, 78-83. [efop-d.aEEK.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK\\_tesztkonyv.pdf](http://efop-d.aEEK.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK_tesztkonyv.pdf)
- Rózsa, S., Szabó, M., Kő, N. (előkészületben). A Depresszió, Szorongás és Stressz Kérdőív hazai adaptációja
- Ryu, E. (2011). Effects of skewness and kurtosis on non-normal theory based maximum likelihood test statistics in multilevel structural equation modelling. *Behavior Research Methods* 43, 1066–107. DOI: 10.3758/s13428-011-0115-7
- Schaubroeck, S. & Lam, S.K. (2004). Comparing lots before and after: Promotion rejectees' invidious reactions to promotees. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 94(1), 33-47. DOI: 10.1016/j.obhdp.2004.01.001
- Smith, R. H., Parrott, W. G., Diener, E. F., Hoyle, R. H., & Kim, S. H. (1999). Dispositional Envy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(8), 1007–1020. doi:10.1177/0146167299251100
- Smith, R. H., Parrot, W. G., Ozer, D., & Moniz, A. (1994). Subjective injustice and inferiority as predictors of hostile and depressive feeling in envy. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 705 – 711. <https://doi.org/10.1177/0146167294206008>
- Smith, R. H. (2004). *Envy and its transmutations*. Cambridge University Press
- Smith, R. H., Turner, T. J., Garonzik, R. Leach, C. V. Urch-Duskat, V. & Weston C. M. (1996). Envy and Schadenfreude. *PSPB* 22(2), 158-168. DOI: 10.1177/0146167296222005
- Smith, R. H. & Kim, S. H. (2007). Comprehending Envy. *Psychological Bulletin* 133(1), 46–64. DOI: 10.1037/0033-2909.133.1.46
- Steger, M.F. & Kashdan, T.B. (2009). Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *J Couns Psychol.* 56(2), 289–300. doi:10.1037/a0015416.
- Suzuki, A., Kunisato, Y. & Shimotomai, A. (é.n.). Development of Japanese version of Dispositional Envy Scale and Episodic Envy Scale. DOI: 10.4992/pacjpa.78.0\_2AM-2-011
- Tai, K., Narayanan, J., & McAllister, D. J. (2012). Envy as pain: Rethinking the nature of envy and its implications for employees and organizations. *Academy of Management Review*, 37, 107–129. doi: 10.5465/amr.2009.0484
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380. doi:10.1016/j.jbtep.2010.03.009
- T. Kárász J. (2019). Hibabecslési eljárások véletlen jelenségek paramétereinek becslésére. *Psychologia Hungarica Caroliensis*, 7(2), 104–114.
- Toni, D. & Ownsworth, T. (2017). The Big Five personality factors and psychological well-being following stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, (), 1–12. doi:10.1080/09638288.2017.1419382
- Tóth, L. (2009). Az irigység gazdaságpszichológiai elmezése. Irigység a posztiszocialista társadalomban. [Doktori disszertáció]. Szegedi Tudományegyetem.
- Van de Ven, N., Zeelenberg, M., & Pieters, R. (2009). Leveling up and down: The experiences of benign and malicious envy. *Emotion*, 9, 419-429. doi:10.1037/a0015669
- Xiang, Y., Kong, F., Wen, X., W, Q. & Mo, L. (2016). Neural correlates of envy: Regional homogeneity of resting-state brain activity predicts dispositional envy. *NeuroImage*. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2016.08.003>

- Xiang, Y., Dong, X., & Zhao, J. (2020). Effects of Envy on Depression: The Mediating Roles of Psychological Resilience and Social Support. *Psychiatry investigation*, 17(6), 547–555. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.0266>
- Young, J. E. (1999). Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press.

# A KONSPIRATÍV GONDOLKODÁS ÉS A BIZALOM SZEREPE AZ OLTÁSI BIZONYTALANSÁGBAN

RÓZSA Sándor, ARATÓ Judit, MÉSZÁROS Veronika, KISS Enikő Csilla,  
KÖVESDI Andrea, NYITRAI Erika, FERENCZI Andrea, FAZEKAS Ágnes,  
FERENCZ Valéria, MIRNICS Zsuzsanna

Levelező Szerző: Rózsa Sándor: rozsa.sandor@kre.hu

## Absztrakt

A COVID-19 világjárvány hatására számos összeesküvés-elmélet látott napvilágot, amelyek középpontjában a járvány kitörésének körülményei, vagy a vakcina eltitkolt manipulációs felhasználása állt (pl. biometrikus adatok gyűjtése, befolyásolás). Az ilyen konspiratív meggyőződések jelentős negatív hatást gyakorolnak az oltási attitűdre és kedvezőtlenül befolyásolják az oltási szándékot.

Tanulmányunkban az oltási bizonytalanságot meghatározó tényezők azonosítására és komplex hatásmechanizmusainak feltárására vállalkozunk, melynek empirikus hátterét az „Életünk a koronavírus-járvány idején” című online, megközelítően reprezentatív mintavételű keresztmetszeti kutatás adta (N=1779, 922 nő és 857 férfi). Az alkalmazott tesztbatteria az oltási bizonytalanságot meghatározó tényezők széles köréleli fel: pl. védőoltással szembeni attitűd, a koronavírussal összefüggő konspiratív gondolatok, bizalom a tudományban és a kormányban, félelem a COVID-tól, egészségtudatosság, stressz.

Eredményeink megerősítik, hogy a koronavírussal kapcsolatos konspiratív meggyőződéseknek jelentős szerepe van az oltásellenes attitűd kialakulásában, ami pedig oltási bizonytalanságot vagy az oltás elutasítását eredményezi. Átfogó kauzális modellünk rávilágít arra is, hogy a konspiratív gondolatok a tudományba és a kormányba vetett bizalom csökkenésén keresztül közvetve is képesek negatívan befolyásolni az oltással szembeni attitűdöt, és így magát az oltási szándékot. Az oltási bizonytalanság olyan oltásspecifikus prediktorainak hatásmechanizmusát is sikerült igazolnunk, mint például a koronavírustól való félelem, vagy az influenza elleni védőoltások korábbi felvétele. Átfogó modellünk alapján az alapvető szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor és iskolai végzettség) szerepe is hangsúlyos, bár ezek a tényezők többnyire csak közvetve hatnak az oltási bizonytalanságra.

A kapott eredmények betekintést nyújtanak az oltási bizonytalanság komplex kapcsolatrendszerébe és segítenek megérteni a kialakulás folyamatát, mindezek mellett pedig hasznos gyakorlati támpontokat nyújthatnak az oltási bizonytalanság és az elutasítás csökkentését célzó beavatkozások tervezésébe.

**Kulcsszavak:** oltási bizonytalanság • összeesküvés-elmélet • kauzális modell • COVID-19

## Abstract

In the aftermath of the COVID-19 pandemic, a number of conspiracy theories have evolved, concentrating on the outbreak's circumstances or the vaccine's covert manipulation (e.g., biometric data gathering, modification). Such conspiracy theories have a considerable negative impact on vaccination attitudes and intentions.

In our study, we aim to identify the determinants of vaccination hesitancy and explore their complex mechanisms of action, using the online cross-sectional survey „Our lives during the coronavirus pandemic” with an approximately representative sample

(N = 1779, 922 women and 857 men). The test battery employed encompassed a wide range of vaccine hesitancy factors, including attitudes against vaccination, conspiracy theories concerning coronaviruses, trust in science and government, fear of COVID, health awareness, and stress.

Our findings indicate that conspiratorial ideas regarding coronavirus play an important role in the formation of anti-vaccine attitudes, which lead to vaccine hesitancy or refusal. Our comprehensive causal model also revealed that conspiratorial ideas, through reducing trust in science and government, can indirectly influence negative attitudes against vaccination, and therefore intention. We have also demonstrated the mechanism of action of vaccine-specific predictors of vaccine hesitancy, such as fear of coronaviruses or early influenza vaccine uptake. Our overall model also emphasizes the relevance of basic sociodemographic parameters (gender, age, and education) despite the fact that these factors have only a minor impact on vaccination uncertainty.

The findings shed light on the intricate interrelationships of vaccination hesitancy and aid in understanding the development process. They may also provide practical guidance for the development of strategies to reduce vaccination hesitation and refusal.

---

**Keywords:** vaccination ▪ vaccine hesitancy ▪ conspiracy theory ▪ causal model ▪ COVID-19

---

## BEVEZETÉS

A COVID-19 világjárvány gyors terjedése világszerte azzal a kihívással szembesítette az egészségügyi szakembereket és a kormányokat, hogy a fertőzés és a betegség megelőzése érdekében hatékony egészségügyi intézkedéseket vezessenek be a lakosság védelme érdekében. Kezdetben a maszkviselés, a távolságtartás, a kézhigiénia, valamint a kijárási korlátozások jelentették a fertőzés elleni küzdelem elsődleges és hatékony formáit. A COVID-19 vakcinák megjelenését követően azonban, a korábbi fertőző betegségekhez hasonlóan a védőoltás vált az egyik leghatékonyabb és leginkább költségkímélő közegészségügyi beavatkozássá, amely a vírusterjedést lassíthatta (Paterson és mtsai., 2016; Eitze és mtsai., 2021; Giublini, 2021).

A védőoltási programok sikere azonban nemcsak a vakcina klinikai eredményességétől, valamint a védőoltás elérhetőségétől függ, hanem a lakosság nagy részének oltási hajlandóságától is, ami a nyájimmunitást biztosíthatja (Heininger és mtsai., 2012; Jacobson és mtsai., 2015). A jelenlegi vakcinák kiváló hatékonysággal rendelkeznek, a klinikai vizsgálatok például a Pfizer-BioNTech és a Moderna vakcinák mindkét adagja után 94-95%-os védettségről számolnak be (Hodgson és mtsai., 2021).

A fertőzés magas kockázatával és a megbetegedés súlyosságával kapcsolatos információk és tapasztalatok, valamint az ingyenes vakcinák elérhetősége nem mindenkinél eredményezett oltási hajlandóságot. A tudományos szakirodalmak szisztematikus áttekintései alapján a védőoltások elfogadásának aránya a különböző országokban élő lakosság körében meglehetősen széles övezet-

ben, 23% és 97% között ingadozott, az elfogadottsági arányt pedig világszer-  
te 61-79% közöttinek becsülték (Sallam, 2021; Wang és mtsai., 2021; Fathalla  
Aboelsaad és mtsai., 2021; Shakeel és mtsai., 2022; Norhayati és mtsai., 2022;  
Lazarus és mtsai., 2023).

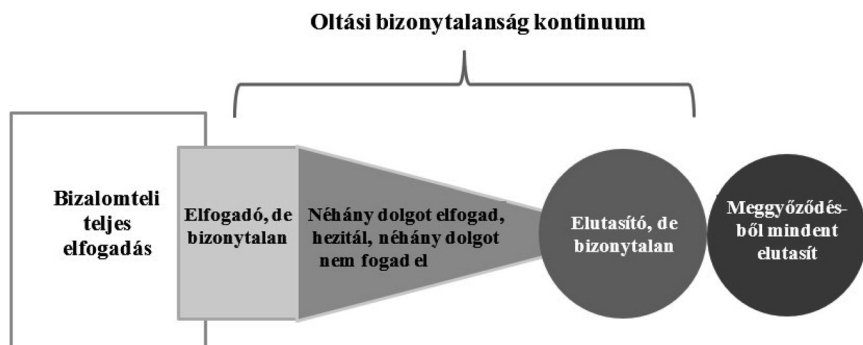
A tudományos eredményeket interaktív grafikonok és térképek segítsé-  
gével szemléltető és összegző *Our World in Data* online internetes platform  
alapján elmondható, hogy napjainkra a világ lakosságának 70%-a kapott lega-  
lább egy COVID-19 védőoltást, 35%-uk pedig megerősítő oltásban is részesült.  
A becslések szerint világszer- 13,5 milliárd adagot adtak be, ami naponta 47617  
adaggal növekszik. A fejlődő országokban élők 32%-a kapott legalább egy adag  
védőoltást. Magyarországon 2022 végére a lakosság 64%-a részesült legalább  
egy COVID-19 védőoltásban, megerősítő oltást pedig az oltottak 44%-a kapott  
(Mathieu és mtsai., 2023).

Shakel és munkatársai (2022) 81 tudományos közlemény szisztematikus  
áttekintésekor azt találták, hogy az oltás viszonylag magas elfogadási arányát  
Dél-Amerikában, Ausztráliában és Európában leginkább az embereknek a  
COVID-19 elleni védőoltás előnyeit hatékonyan kommunikáló kormányzati  
egészségügyi politika, illetve az abba vetett bizalom táplálta. Ezzel szemben  
Ázsiában és Afrikában az alacsony iskolázottságból fakadó egészségügyi ismer-  
etek hiánya, a kormányzatok elégtelen és hatástalan erőfeszítései, valamint a  
vakcinával kapcsolatos hiteles tájékoztatás hiányából fakadó bizalmatlanság  
kedvezőtlenül hatottak az oltási hajlandóságra.

## AZ OLTÁSI BIZONYTALANSÁG ÉS A VEDŐOLTÁS FELVÉTELÉT MEGHATÁROZÓ TÉNYEZŐK

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) meghatározása szerint az oltási bizony-  
talanság az elérhető vakcinák beadásáról vagy be nem adatásáról való döntés ha-  
logatását, az ezzel kapcsolatos hezitálást jelenti. A WHO már a COVID-19 világ-  
járványt megelőzően 2019 elején a globális egészséget fenyegető tíz legnagyobb  
veszély közé sorolta a vakcinákkal kapcsolatos bizonytalanságot. A korábbi vé-  
dőoltásokkal foglalkozó kutatások és a SAGE oltási bizonytalansággal foglalkozó  
munkacsoport (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) termino-  
lógiai behatárolásai is rávilágítottak arra, hogy az oltásokkal kapcsolatos attitű-  
döket érdemes egy kontinuumon elképzelni, melynek egyik végpontja a teljes el-  
fogadás, míg a másik végpont a teljes elutasítás, az oltásellenesség (MacDonald,  
2015). Az 1. ábrán látható, hogy a bizonytalanok csoportjába tartozik minden  
olyan személy, aki már gondolkodott az oltás felvételén, de még nem döntött mel-  
lette véglegesen; illetve azok is, akik tiltakoznak a vakcina ellen, de még meggyőz-  
hetőek, jól megalapozott és hathatós érvek hatására elgondolkodnának a védőol-  
tás felvételén (MacDonald, 2015; Yang és mtsai., 2021; Dubé & MacDonald, 2022).

A védőoltások felvételéhez kapcsolódó bizonytalanság, hezitálás nagy tömegeket érint. A COVID-19 világjárvány még inkább ráirányította a figyelmet a vakcinákkal kapcsolatos bizonytalanság kérdésre, és megerősítette, hogy ezek a dinamikusan változó és formálható vélemények mennyire befolyásolhatóak megfelelő információáramlással és hatékony védőoltási kampánnyal (Hudson & Montelpare, 2021).



**1. ábra.** A védőoltásokkal szembeni bizonytalanság folytonossági modellje a bizalomteli teljes elfogadástól a teljes elutasításig (MacDonald, 2015)

Az influenza elleni oltással kapcsolatos bizonytalanságot meghatározó tényezők áttekintése alapján a SAGE munkacsoport több mint 70 faktort azonosított, amelyeket a következő 3 nagy csoportba soroltak: *kontextuális tényezők* (pl. életkor, nem, társadalmi egyenlőtlenségek, politikai és vallási meggyőződés), *egyéni és csoportos hatások* (pl. bizalom és a személyes tapasztalatok, oltási előzmények, az egészséggel és megelőzéssel kapcsolatos meggyőződések és attitűdök, összeesküvés-elméletek), valamint *oltóanyag és oltáspecifikus hatások* (pl. a vakcina biztonságosságával és hatékonyságával kapcsolatos aggodalmak, a vakcinával kapcsolatos ismeretek, meggyőződések és attitűdök) (Larson és mtsai., 2014; Dubé és mtsai., 2014). A COVID-19 védőoltással kapcsolatos bizonytalansági tényezők 31 szisztematikus áttekintő tanulmányának elemzésekor Kafadar és munkatársai (2022) a fenti 3 csoport mellett egy negyedik megkülönböztetést is jónak látták, ez pedig a *betegségspecifikus tényezők* voltak: pl. COVID-19-ről alkotott elképzelések, valamint a betegség észlelt kockázata és súlyossága.

A fenti szisztematikus áttekintő tanulmányok eredményeinek összegzése alapján Kafadar és munkatársai (2022) az oltási bizonytalanságot befolyásoló legfontosabb kontextuális tényezőknek az alábbiakat tartották: *nem, életkor, etnikai hovatartozás, alacsony iskolai végzettség és jövedelmi szint*. Az egyéni és csoportos hatások közül a leggyakrabban előforduló tényezők az *információforrásokhoz, a bizalomhoz és a személyes tapasztalatokhoz* kapcsolódtak. Az oltá-

si hajlandóságot leginkább befolyásoló, vakcinaszpecifikus tényezők a COVID-19 vakcina biztonságossága és hatékonysága, a COVID-19 vakcina gyors fejlesztésével kapcsolatos aggodalmak és a COVID-19 vakcinával kapcsolatos ismeretek hiánya voltak. A betegséggel kapcsolatos tényezők pedig összefüggésbe hozhatóak a COVID-19 ismereteivel és a COVID-19 megítélésével. A vakcina elfogadottságát legjelentősebben növelő tényező a széles körű ismeret, a COVID-19 fertőzés fokozottan észlelt kockázata és a megbetegedés súlyossága volt.

A fentiekből látható, hogy az oltási bizonytalanság rendkívül összetett jelenség és több olyan tényezővel is összefügghet, amelyek nem befolyásolhatóak (pl. nem, életkor, etnikai hovatartozás), de olyanokkal is, amelyek átmeneti életszakaszhoz tartoznak (pl. családot tervezők, terhes vagy szoptató anyák), vagy befolyásolhatóak. Az olyan mélyen gyökerező problémák megoldása, mint a következetes oltásellenesség, a vakcinákkal vagy az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos korábbi negatív tapasztalatok, vallási korlátozás, faji megkülönböztetés vagy az összeesküvés-elméletekben való hit, hosszabb és összetettebb beavatkozást igényelhetnek (Kafader és mtsai., 2022).

A képet tovább árnyalja, hogy az oltottaknak világszerte csak körülbelül a 60-70%-a kapta meg az emlékeztető oltást. Így az oltatlanokhoz hasonlóan a beoltott, de a későbbiekben emlékeztető oltást nem kapott személyek is csökkenthetik a széles körű vírusvédelem hatékonyságát. Az emlékeztető oltással kapcsolatos bizonytalanság kevésbé kutatott, de az eddig publikált tanulmányok eredményei alapján feltételezhetően különbözik az általános oltási bizonytalanságtól (Lin és mtsai., 2023ab; Hajian & Rostami, 2023). Az eddigi kutatások eredményei alapján az emlékeztető oltás felvételének csökkenésében leginkább a fertőzés alacsonyabb kockázatának észlelése, vagy a kockázattal kapcsolatos közömbösség játszik főszerepet, amit a megbetegedések számának csökkenése és a járvány előtti „normalitáshoz” való visszatérésre utaló környezeti jelzések (pl. korlátozások feloldása) erősítenek meg. Tény azonban, hogy a korábbi védőoltási előzmények (pl. influenza elleni) a legerősebb előrejelzői annak, hogy valaki a COVID-19 emlékeztető oltást is beadatja. Mindezek mellett az empirikus eredmények azt is jól tükrözik, hogy az első adag beadásával kapcsolatos bizonytalanság többszörösére növeli az emlékeztető adag beadásával kapcsolatos hezitálás valószínűségét (Paul & Fancourt, 2022; Koh és mtsai., 2022).

#### AZ OLTÁSI SZÁNDÉK ÉS BIZONYTALANSÁG AZ EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI MAGYARÁZÓ MODELLEK TÜKRÉBEN

Mivel az oltási bizonytalanság egyéni döntéshozatali folyamatának megértése kulcsfontosságú ahhoz, hogy az oltási szándékot célzott beavatkozással segítsék, így számos empirikus kutatás irányult a bizonytalanság pszichológiai hátterétényezőinek vizsgálatára. A kutatások nagyban támaszkodtak az egészség-

pszichológiában már meglévő és igazolt magyarázó modellekre, amelyek az egészségvédő és a változást célzó viselkedés megvalósítására, illetve az egészségkárosító magatartás megszüntetésére irányulnak. A modellek egy része a szándék–viselkedés kapcsolatra épít, de az újabb modellek több tényezőt is integrálnak. Az alábbiakban három széles körben alkalmazott magyarázó modell védőoltásokra vonatkozó adaptációját szemléltetjük: *tervezett viselkedés elmélet* (Ajzen, 1991), *5C modell* (Betsch és mtsai., 2018) és *egészséghiedelem modell* (Becker, 1974).

Az oltási szándék, az észlelt kockázatok és az oltással kapcsolatos attitűdök összefüggéseinek megértéséhez kiváló értelmezési keretet kínál a tervezett viselkedés elmélete (Theory of Planned Behavior, Ajzen, 1991; Fishbein & Ajzen, 1975), amely az egészségpszichológiai kutatásokban is gyakran használt az egészségvédő magatartások magyarázatára és előrejelzésére. A modell szerint a viselkedési döntést a következő három tényező határozza meg: *attitűdök*, *szubjektív normák* és észlelt viselkedési kontroll.

A kutatási eredmények alapján az oltási szándék egyik legerősebb előrejelzője a *védőoltással szembeni attitűd*, mind az általános oltások, mind a COVID-19 oltás esetében (Britt & Englebert, 2018; Cha & Kim, 2019; Capasso és mtsai., 2021; Paul és mtsai., 2021). Az oltási attitűd a védőoltás kedvező vagy kedvezőtlen értékelésére utal, beleértve mind a *kognitív* (az oltás beadatása hasznos, biztonságos és hatékony), mind az *affektív* (az oltás beadatása kívánatos és nem jár kellemetlenséggel) komponenseket. A *szubjektív normák* az egyén számára fontos személyek (például a család vagy a barátok) elvárásaival kapcsolatos hiedelmekre vonatkoznak. Az észlelt viselkedéskontroll pedig az adott viselkedés kivitelezésével kapcsolatos könnyedség vagy nehézség észlelésére utal. Elvárható, hogy egy olyan egyén, aki már túl van egy vagy több oltáson, magas észlelt viselkedéskontrollal rendelkezzen, mivel már bizonyította, hogy képes az oltás(ok) felvételére.

Az oltási magatartással foglalkozó korábbi szakirodalmak integrálásával több olyan elméleti modellt is kidolgoztak, amelyek az oltóanyag elfogadásának személyszintű tényezőit ragadják meg, és amelyek a kutatás és a gyakorlat számára egyaránt jól használhatóak. Az oltási magatartás mozgatórugóit leíró *5C modell* az egyik olyan kiterjesztett elméleti megközelítés (előzmények 3C és 4C modellek), ami a COVID-19 vakcinával kapcsolatos bizonytalanság megértéséhez a következő komponenseket tartalmazza: *bizalom* (Confidence), *hamis biztonságérzet* (Complacency), *korlátok* (Constraints), *kockázatszámítás* (risk Calculation) és *kollektív felelősség* (Collective responsibility) (Betsch és mtsai., 2018).

A *bizalom* magában foglalja a vakcina hatékonyságába és biztonságosságába, valamint az oltóanyagot biztosító egészségügyi rendszerbe és a politikai döntéshozókba vetett bizalmat. A *hamis biztonságérzet* vagy elbizakodottság azt fejezi ki, ahogyan az egyén a betegség kockázatát észleli. Ha valaki úgy véli, hogy a védőoltással megelőzhető betegség egyébként csekély fenyegetettséget

jelent az egészségi állapotára, akkor az oltási szándék is alacsony (MacDonald & Dubé, 2015). Az átoltottság *korlátai* a védőoltáshoz való hozzáférés nehézségeit, akadályoztató tényezőit tartalmazzák: pl. hozzáférhetőség, megfizethetőség, nyelvi vagy egészségügyi ismeretekből fakadó nehézségek, orvosi beavatkozástól (injekciós tűtől, vértől) való félelem (Wismans és mtsai., 2021). A *kockázat-számítás* a fertőzés és a védőoltás személyes egészségügyi kockázatelemzésére, a költség–haszon elemzésre utal, amelynek alapján a személy képes eldönteni, hogy beoltassa-e magát vagy sem (Betsch és mtsai., 2018). A *kollektív felelősség* abban nyilvánul meg, hogy valaki hajlandó-e másokat védeni a fertőzésveszélytől azzal, hogy saját magát beoltatja.

Az *egészség-hiedelem modell* az egyik legszélesebb körben használt modell, amit az oltási magatartás megértésére alkalmaznak (Cheney & John, 2013; Limbu és mtsai., 2022). Az elmélet szerint az egészséggel kapcsolatos viselkedés több tényező kombinációjától függ. Ezek az észlelt sebezhetőség és a betegség észlelt súlyossága, a vakcina észlelt előnyei és kockázatai, valamint a cselekvésre ösztönző tényezők és az énhatékonyság (Rosenstock, 1982). Az egyéni kockázatesztelés két fontos komponense a betegség súlyosságának megítélése és az észlelt sebezhetőség. Az észlelt sebezhetőség arra utal, hogy a személy mekkora esélyt ad annak, hogy megfertőződjön és megbetegedjen, az észlelt súlyosság pedig a betegség megjelenéséből fakadó következmények súlyosságát jelzi. Az észlelt fenyegetettség a betegség súlyosságának megítéléséből és az észlelt sebezhetőségből származtatható. A modell a COVID-19-re és a védőoltásra alkalmazva a következőkből áll: a COVID-19 megbetegedés észlelt súlyossága és a sebezhetőség, a COVID-19 vakcina megszerzésének észlelt előnyei és hátrányai, valamint a cselekvésre ösztönző jelzések, amelyek implicit vagy explicit ösztönzők vagy helyzetek, amelyek a védőoltás felvételének motiválására szolgálnak, például tömegtájékoztatási eszközökből származó információk (Shmueli, 2021).

Bár a fenti modellek összevetése a komponensek átfedése, a kutatási elrendezések, a mérési módszerek és a kiegészítő tényezők miatt meglehetősen nehéz, ennek ellenére számos szisztematikus áttekintés és metaelemzés irányult a modellek COVID-19 helyzetre való alkalmazhatóságának igazolására. Érdekes kiemelni Limbu és munkatársainak (2022) szisztematikus áttekintését, amelyben 16 olyan tanulmány eredményeit tekintették át, amelyek a COVID-19 vakcinával kapcsolatos oltási bizonytalanságot az egészség-hiedelem modell keretei között vizsgálták. A védőoltás észlelt előnyei és hátrányai voltak a leggyakoribb egészség-hiedelem konstrukciók, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak az oltási bizonytalansággal. Az észlelt hátrányok pozitív összefüggésben álltak a bizonytalansággal, míg az előnyök fordított kapcsolatot mutattak. További gyakran vizsgált és fordítottan összefüggő változók az észlelt sebezhetőség, a cselekvésre ösztönző jelek, az észlelt súlyosság és az énhatékonyság. A modellt azonban gyakran a külső szociodemográfiai tényezők (pl. nem, iskolázottság, életkor, földrajzi elhelyezkedés) is jelentősen befolyásolták. Az ered-

mények összességében azt mutatták, hogy az egészséghiedelem modell hasznos a COVID-19 vakcinával kapcsolatos bizonytalanság előrejelzésében.

Hossain és munkatársai (2021) azt vizsgálták, hogy a COVID-19-cel kapcsolatos oltási bizonytalanságot a fentiekben ismertetett három modell közül melyik képes legjobban bejósolni az 1497 fős bangladesi reprezentatív mintán. A COVID-19 vakcinával kapcsolatos bizonytalansági ráta 41% volt, amit a *tervezett viselkedés elmélet modell* tudott legjobban bejósolni ( $R^2$ : 43%), míg az *5C és egészséghiedelem modell* bejósoló ereje 32% és 31% volt.

Óvatosságra inthet azonban, hogy akad olyan összehasonlító elemzés, melyben az egészséghiedelem modell erősebb prediktornak mutatkozott, mint a tervezett viselkedés elmélet. Shmueli (2021) 398 fős izraeli mintán hierarchikus regresszioelemzés segítségével például azt találta, hogy az egészséghiedelem modell az oltási szándék teljes varianciájának 45%-át magyarázta, míg a tervezett viselkedés elméleten alapuló modell csak 35%-ot, amihez a szociodemográfiai tényezők mindkét esetben 29%-os magyarázott varianciával csatlakoztak.

## INFODÉMIA, OLTÁSELLENES ÖSSZEESKÜVÉS-ELMÉLETEK ÉS BIZALOM

A szakirodalmi eredmények egybehangzóan alátámasztják, hogy az oltással szembeni attitűdöt az oltásellenes összeesküvés-elméletek jelentősen meghatározzák (Jolley és Douglas, 2014; Shapiro és mtsai., 2016; Hornsey és mtsai., 2018; Kafadar és mtsai., 2022). Az összeesküvés-elméletek általában úgy próbálnak megmagyarázni bizonyos eseményeket vagy helyzeteket, hogy azokat olyan hatalommal rendelkező felettes és titkos erők tevékenységének eredményeként értelmezik, amelyek egymással összehangolva vagy titkos egyetértésben, képesek ártó szándékkal egyéni és kollektív döntéseket befolyásolni (Douglas & Sutton, 2011; Mancosu és mtsai., 2017; Mészáros és mtsai., 2021). Ezek az elméletek a jelenségek széles körére terjednek ki, többek között az éghajlatváltozásra, a genetikailag módosított termékekre, a terrortámadásokra és a háborúkra, de ide tartozik a COVID-19 világjárvány eredete vagy az oltásokkal kapcsolatos manipulációs feltételezések is (Van Prooijen és Jostmann, 2013; Pummerer és mtsai., 2022). Akad például olyan népszerű COVID-19 vakcinával kapcsolatos összeesküvés-elmélet, miszerint az oltások mikrochipeket tartalmaznak, amelyeken keresztül biometrikus adatokat lehet gyűjteni, illetve az 5G hálózatok segítségével a chipekre jelek küldhetők, így a beoltott személyek irányíthatóvá válnak (Goodman és Carmichael, 2020; Islam és mtsai., 2021; Sal-lam és mtsai., 2021).

A modern kori információáramlás okozta elbizonytalanodás és az igazságtartalom kiszűrésének nehezítettsége kedvez a félrevezető információk terjedésének, ami fokozhatja a konspirációs teóriák elfogadására való hajlamot. Az információs hadviselés új korszakába lépve az online platformokat gyakran

fegyverként használják a hamis információkkal folytatott célzott kampányok lefolytatására. A dezinformáció következményei az élet minden területére nézve károsak és pusztítóak lehetnek (Zannettou és mtsai., 2019; Szirmai, 2021). Az infodémia (az „információs járvány” angol nyelvű rövidítése), amelyet először 2003-ban, a SARS-járvány idején írtak le, az információk olyan túlburjánzását jelenti, amely megnehezíti az emberek számára, hogy megbízható forrásokat találjanak (Ghaddar és mtsai., 2022). Mivel a világhálón terjedő hírtömeg tudományos értékét nehéz ellenőrizni, a szenzációhajlás és félelemkeltő információk vonzóbbak, meggyőzőbbek és a felhasználók sokkal inkább megosztják azokat, mint az unalmasnak tűnő, ugyanakkor pontos tudományos tényeket. Az infodémia valójában a problémás közösségi médiahasználatot és az álhírek terjesztését foglalja magába, amelyek jelentős zavart és bizonytalanságot keltethetnek az emberekben (Szirmai, 2021).

Annak ellenére, hogy az összeesküvés-elméletekre való hajlam pszichológiai tényezőinek vizsgálatára számos kutatás irányul, viszonylag kevés figyelmet fordítottak az oltásellenes összeesküvés-elméletek hatásaira, különösen azokra a folyamatokra, amelyek révén befolyásolhatják a COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos attitűdöket és az ebből következő oltási szándékot (Capasso és mtsai., 2021). Néhány kutatási eredmény arra utal, hogy a koronavírus konteókkal kapcsolatos hiedelmek egyik fő következménye a bizalom csökkenése, amely különböző területeket érinthet: pl. a tudományba, egészségügyi intézményekbe vagy a kormányzatba vetett bizalom területeit (Jolley & Douglas, 2014; Einstein & Glick, 2015; Freeman és mtsai., 2020; Jennings és mtsai., 2021; Mari és mtsai., 2022). Fontos azonban megjegyezni, hogy a bizalom összetett fogalom, amelyet gyakran a tárgy szerint csoportosítanak: pl. interperszonális, intézményi és politikai (Hwang, 2017). Az intézményi bizalom azon meggyőződésére utal, hogy az intézmények (pl. kormányzat, igazságszolgáltatás, egészségügyi intézményrendszer, tudomány) igazságosan és átláthatóan, valamint a lakosság érdekeit szolgáló módon járnak el (pl. Fukuyama, 1996/2022). Azok az emberek, akik bíznak az intézményeikben, várhatóan pozitívabban viszonyulnak a COVID-19 elleni védőoltáshoz, mivel nagyobb valószínűséggel hisznek abban, hogy a vakcinák biztonságosságára és hatékonyságára vonatkozó hivatalos információk valóságok, hitelesek és pontosak. Ezzel szemben az intézményi bizalmatlanság számos negatív kimenetelhez kapcsolódik. A COVID járvány idején végzett kutatások ezt alá is támasztják. Mind az állami intézményekbe, mind a tudományba vetett bizalom összefüggött a COVID-19 oltással kapcsolatos pozitív attitűdökkel és a nagyobb oltási hajlandósággal (pl.: Allington és mtsai., 2021; Jensen és mtsai., 2021; Troiano & Nardi, 2021; Kafadar és mtsai., 2022). Ezzel szemben a tudományba vetett bizalmatlanság pozitív összefüggést mutatott az oltásellenes attitűdökkel és az oltási vonakodással (pl.: Chen és mtsi., 2021; Kreps és mtsai., 2021; Malesza & Wittmann, 2021; Soares és mtsai., 2021; Kafadar és mtsai., 2022).

A vírusfertőzéssel és a megbetegedésekkel kapcsolatos tudományos ismeretek elfogadása döntő fontosságú, hiszen az ismeretek hiánya tovább növelheti a kormányzati és egészségügyi intézményekkel és gyógyszercégekkel szembeni bizalmatlanságot (Allum és mtsai., 2008; Freimuth és mtsai., 2014; Dordevic és mtsai., 2021). Mindezek mellett a közösségi média lehetővé teszi, sőt gyakran ösztönzi a csoportpolarizációt és a homogenizálódást az egészségügyi kérdések körül azáltal, hogy az emberek saját hitrendszerükhöz igazodó online közösségekbe tömörülnek, és ezekben az ún. visszhangkamrákban (echo chamber) osztják meg közös, de gyakran ellenőrizetlen vagy téves nézeteiket (Del Vicario és mtsai., 2016ab; Cinelli és mtsai., 2022).

### A TANULMÁNY CÉLKITŰZÉSEI ÉS AZ ELEMZÉSI STRATÉGIA

Tanulmányunk elsődleges célkitűzése, hogy az oltási bizonytalanságot meghatározó tényezőket nagy elemszámú, megközelítőleg reprezentatív hazai mintán is megvizsgáljuk, azonosítsuk. Kiindulásként a nemzetközi szakirodalomban szisztematikusan összegyűjtött legjelentősebb potenciális tényezőket igyekeztünk alapul venni (MacDonald, 2015; Kafadar és mtsai., 2022). A *kontextuális tényezők* közül az alapvető szociodemográfiai jellemzőket (nem, életkor, iskolai végzettség, szubjektív jövedelem, vallásosság), az *egyéni és csoportos hatások* esetében a bizalmat (a kormányban és a tudományban), a konspiratív gondolkodást, a korábbi influenza elleni védőoltást, a krónikus megbetegedést, az egészségtudatosságot, a lelkiismeretességet és a stresszt, míg a *betegség- és oltásspecifikus hatásoknál* a COVID-19 diagnózist, a COVID-tól való félelmet és az oltásellenes attitűdöt elemeztük. Fontos kiemelni, hogy néhány terület (személyiségjellemzők, affektív tényezők, megküzdés, társas támogatottság) esetén végeztünk előelemzéseket is, és ezek eredményeit felhasználva döntöttünk a végleges prediktorokról. Az általános személyiségjellemzők közül például a Big Five valamennyi dimenzióját, a pszichológiai distressz tünetek közül a szorongást és depressziót, illetve a társas támogatottság és a reziliencia lehetséges szerepét is vizsgáltuk, de ezek hatása nem mutatkozott számottevőnek sem az oltásellenes attitűd, sem az oltási bizonytalanság szempontjából. Mindezek ellenére a nemzetközi eredményeket figyelembe véve néhány változóval az általános személyiségjellemzőket (lelkiismeretesség), az egészségtudatosságot, a COVID-tól való félelmet és a distressz tüneteket (stressz) is igyekeztünk megragadni. Az oltási bizonytalanság meghatározó tényezőit legalaposabban feldolgozó és összegző munkában (Kafadar és mtsai., 2022) jól áttekinthető, hogy az altruisztikus vonásokat, a felelősségvállalást, a vallásosságot, az egészségtudatosságot, valamint a stressz, szorongás és a depresszió szerepét több kutatás is vizsgálta, ezért indokoltnak láttuk az elemzéseink körét kiterjeszteni ezen változókra is.

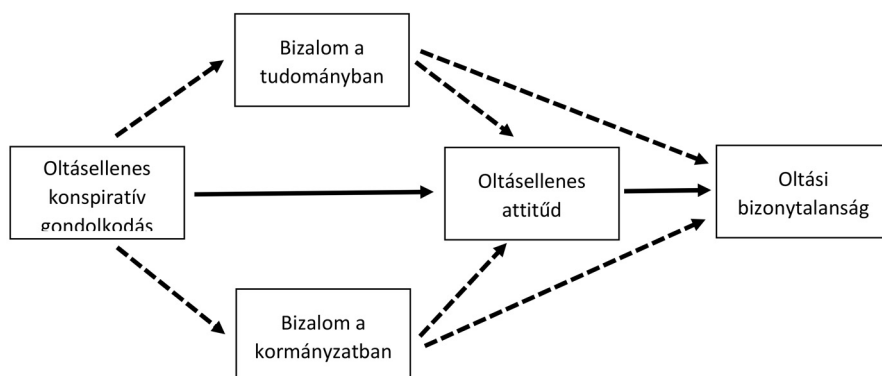
A fentiek mellett, a saját és az eddigi nemzetközi kutatási eredmények alapján (Capasso és mtsai., 2021; Blackburn és mtsai., 2023) jelentős prediktoroknak mutató tényezőkből egy átfogó oksági modellt is teszteltünk, amely az oltási bizonytalanság háttérében álló oltásellenes összeesküvés-elméletek és a kormányzatba, valamint a tudományba vetett bizalom szerepét igyekeznek megragadni (2. ábra). Ezt a modellt az elemzéseink során kapott eredmények alapján bővítettük, így az oltási bizonytalanságot egy átfogóbb keretben vizsgáltuk, ahol az alapvető szociodemográfiai és oltással kapcsolatos változókat is beemeltük. A kiinduló kauzális modellünk érvényessége mellett szól, hogy Blackburn és munkatársai (2023) modellelemzése egy olyan nagy adatbázison történt, amiben 137 ország több mint 15.000 kitöltőjének adatai szerepeltek. Az adatgyűjtés időszaka hozzávetőlegesen megegyezik a saját kutatási adatgyűjtésünk idejével, mivel a „*The COVIDiSTRESS II: Global Survey, Living a Year with the Pandemic*” online kutatást 2021. május 28. és 2021. augusztus 29. között végezték.

Az elemzési stratégiánkkal kapcsolatosan érdemes elmondani, hogy elsőként az elemzésbe bevont skáláink és mutatóink leíró statisztikáit és megbízhatóságát vizsgáltuk, ellenőrizve, hogy ezek a változók és az adataink minősége mennyire alkalmasak többváltozós statisztikai elemzésre. Mivel a szakirodalomban az oltásbizonytalanság számos prediktorát azonosították (lásd pl. SAGE munkacsoport eredményeit, MacDonald, 2015), így célkitűzésünk az volt, hogy az adatainkon minél több potenciális prediktor szerepét megvizsgáljuk, majd a jelentőseket megtartva egy átfogó kauzális modellben tisztázzuk a kapcsolatrendszerüket. Ez a megközelítés igyekszik az oltási bizonytalanságot komplexitásában megragadni, beleértve a különböző kauzális hatásokat és mediációs folyamatokat.

Felmerül a kérdés, hogy a keresztmetszeti vizsgálatunk adatai mennyire alkalmasak egy ilyen átfogó kauzális modell felépítésére és tesztelésére. Válaszként azt kell kiemelnünk, hogy az ilyen típusú elemzéseknél nem az oksági kapcsolatok feltárásán van a hangsúly, hanem a feltételezett kapcsolatok és kapcsolatrendszerek megerősítő elemzésén, tesztelésén, a kauzalitást pedig elméleti alapokra támaszkodva feltételezzük. A többszörös lineáris regressziós elemzéseink során a pszichológiai ismeretekre hagyatkozva tekinthettük az oltási bizonytalanságot vagy szándékot egy viselkedéses kimeneti változónak, amelyet az attitűdök és más determinánsok (pl. szociodemográfiai tényezők) meghatároznak. A modellezés során szintén a pszichológiai ismeretekre és az időbeli lefolyásra hagyatkozva állítottuk fel az oksági kapcsolatrendszert. Példaként említhetjük az elmúlt 5 évben kapott influenza elleni védőoltás hatását a COVID oltási bizonytalanságra, vagy az oltással szembeni attitűdre. Itt egyértelműen feltételezhető, hogy az időben jóval korábban kapott vagy nem kapott influenza védőoltással kapcsolatos attitűdök és magatartás meghatározó tényezője az aktuális oltásellenes attitűdnek és a bizonytalanságnak. Vagyis például az elmúlt 5 évben kapott influenza elleni védőoltás alkalmas a korábbi védőoltással szembeni attitűd megragadására. Amikor a kauzális modellbe egy ilyen kapcsolatot beépítünk,

akkor az illeszkedési mutatók azt jelzik, hogy a feltételezett kapcsolatot az adataink mennyire támogatják, amiben nem csak a kapcsolatok oksági relációja, hanem a mérési hiba is szerepet játszik. Módszertani szempontból fontos kiemelni, hogy a kontextuális tényezőket olyan stabil jellemzőknek tekinthetjük, amelyek a koronavírussal kapcsolatos meggyőződéseket és attitűdöket befolyásolhatják, mivel ezek olyan ún. determinánsok (a modellezésben használt kifejezés), amelyek a koronavírus megjelenése előtt léteztek. Az egyéni és csoportos hatásokhoz olyan változókat sorolhatunk, amelyek mintegy közvetítőnek tekinthetők a kontextuális tényezők, valamint a betegség- és oltásspecifikus hatások között.

A felállított oksági modell legkényesebb kérdése, hogy a koronavírussal kapcsolatos konspiratív gondolkodás és a bizalom oksági kapcsolatát hogyan tudjuk egyértelműen alátámasztani. Az összeesküvéselmélet-kutatásokban jól ismert a Pierre-féle kétkomponensű modell (Pierre, 2020), ami az összeesküvés-elméletek kialakulásának hátterében a bizalmatlanságot és az információtorzítást feltételezi. Az elmélet szerint a kettő ötvözete biztosítja az összeesküvésre jellemző hiedelemrendszer kialakulását. A modellünkben azonban ennek ellenkezőjét feltételezzük, mégpedig azt, hogy a COVID-dal kapcsolatos konspiratív gondolkodás okozza a tudományba és a kormányba vetett bizalom csökkenését (lásd pl. Capasso és mtsai., 2021; Blackburn és mtsai., 2023). Ez az ellentmondás úgy oldható fel, hogy egyrészt feltételezzük, a mintánkban kevés megszilárdult összeesküvés hitrendszerrel rendelkező személy vett részt, akiknél a bizalomvesztés már feltehetően korábban megtörtént, másrészt pedig a kérdőívünkben (és az ilyen modelleket használó nemzetközi vizsgálatok kérdőíveiben is) igyekeztünk a kérdések megfogalmazásakor az aktuális koronavírussal kapcsolatos meggyőzésekre és az ezzel kapcsolatos közvetlen hatásokra (pl. bizalom a kormányban vagy a tudományban) rákérdezni. Ezek a feltételezések természetesen mind a saját, mind a nemzetközi kutatási eredmények komoly korlátjának tekinthetők.



**2. ábra.** A COVID-19 oltással kapcsolatos bizonytalanságot meghatározó tényezők hipotetikus modellje (a folyamatos vonalak pozitív, míg a szaggatott vonalak negatív feltételezett hatásokat jeleznek)

## MÓDSZER

*A vizsgálati minta és az eljárás menete*

Elemzéseink empirikus hátterét a jelen kötetben részletesen bemutatott „*Életünk a koronavírus-járvány idején*” című egyetemi kutatás adta, amelynek adatfelvételére 2021 augusztus 5. és szeptember 5. között került sor. A megközelítően reprezentatív mintás adatbázis 1779 kitöltő (922 nő és 857 férfi) válaszait tartalmazza. A 18 évestől 94 éves korig terjedő vizsgálati minta átlagéletkora 44,6 év (szórás: 17,7), a válaszadók túlnyomórésze érettségivel rendelkezett (38,7%), de közel hasonló volt a diplomások aránya is (33,2%).

Az adatgyűjtés egyetemi hallgatók segítségével történt, akik meghatározott kvóta alapján vontak be személyeket a kapcsolati hálójukból. A felkért személyek a SurveyMonkey online felületén tölthették ki a tesztbattériát. Azoknak a többnyire idős személyeknek, akik nem rendelkeztek internettel vagy számítógéppel, lehetőséget biztosítottunk papíralapú kitöltésre is. A kutatást az egyetem etikai bizottsága hagyta jóvá (BTK/2763-1/2021).

*Mérőeszközök*

A tesztbattéria első részében a beleegyező nyilatkozat kitöltése után az általános szociodemográfiai kérdések, majd a COVID-19-cel kapcsolatos kérdésblokk (kapott-e védőoltást, változások a járvány hatására, védőoltással szembeni attitűd, konspiratív gondolkodás, fertőzés, tünetek) kapott helyet. Ezt követően az általános állapot- és személyiségjellemzőkkel kapcsolatos kérdések következtek (pl. általános személyiségjellemzők, reziliencia, jóllét, társas támogatottság) és egyéb opcionális modulok (munka, távmunka /„home office”/ és online oktatás).

Az alábbiakban csak az elemzésünk szempontjából releváns kérdéseket és skálákat szemléltetjük. Mivel fő célkitűzésünk a védőoltással szembeni attitűd és az oltási bizonytalanság legfontosabb prediktorainak feltárása, így a változókat a korábban már bemutatott SAGE oltási bizonytalansággal foglalkozó munkacsoport felosztása szerint rendeztük, az elemzésbe való beemelésüket pedig az áttekinthető részben már említett Kafadar és munkatársainak (2022) 31 szisztematikus áttekinthető tanulmányra kiterjedő elemzésének alapján végeztük. Igyekeztünk a szakirodalomban fellelhető legfontosabb prediktorok bejósoló hatását a mi vizsgálati mintánkon is ellenőrizni.

A COVID-19-cel kapcsolatos oltási bizonytalanságot két mutató figyelembevételével képeztük: az első oltás tényleges felvételéből (rendelkezik-e védőoltással: igen vagy nem), illetve a további emlékeztető oltások felvételi szándékának értékeléséből: 1. még nem gondolkodtam rajta, nem tudom; 2. bizonyta-

lan vagyok, még nem döntöttem el; 3. már döntöttem, nem fogom magamnak beadatni; 4. már döntöttem, be fogom magamnak adatni. A fentiek alapján az oltási bizonytalanságot 4 fokozat mentén ragadtuk meg, ahol az egyik végpon-  
ton a védőoltás teljes elfogadása szerepel, míg a másikon a teljes elutasítás:  
1. rendelkezem védőoltással, és már eldöntöttem, hogy az emlékeztetőt is be fo-  
gom magamnak adatni; 2. az első oltásom megvan, de az emlékeztető oltásban  
bizonytalan vagyok, még nem döntöttem el; 3. az első oltás megvan, de eldön-  
töttem, hogy többet nem adatok be; 4. nem rendelkezem védőoltással, de nem  
is szeretném beadatni.

### **Kontextuális tényezők**

A kontextuális tényezők közé a szakirodalmi adatok alapján a nemet, az élet-  
kort, a legmagasabb iskolai végzettséget, a jövedelem szubjektív megítélését és  
a vallásosságot soroltuk. A jövedelem szubjektív megítélése 5 fokozatú skálán  
történt (1: jelentősen az átlag alatt – 5: jelentősen az átlag felett), a vallásosság  
feltárása pedig az 5 tételes Duke Vallásosság Index (Duke University Religion  
Index, DUREL, Koenig & Büssing, 2010) segítségével. A skála 2 kérdését 6 fo-  
kozatú (pl. Milyen gyakran vesz részt egyházi vagy más vallási összejöveteleken  
/pl. istentisztelet/?), míg 3-at (pl. Vallási meggyőződésemet igyekszem az élet  
minden területén érvényesíteni.) 5 fokozatú Likert-skálán értékelhette a kitöltő.  
Az 5 tétel a vallásosságot három fő területen keresztül ragadja meg: vallásgya-  
korlás szervezeti és nem szervezeti keretek között, illetve belső motivációs erő-  
ként ható intrinzik vallásosság. A skálán elért magasabb pontszámok a fokozott  
vallásosságot jelzik.

### **Egyéni és csoportos hatások**

Ezeknél a tényezőknél az általunk kidolgozott 15 tételes Bizalom Indexből a  
kormányzatba és a tudományba vetett bizalomra vonatkozó kérdéseket, a  
COVID-19-cel összefüggő konspiratív gondolkodást felmérő 9 tételes skálát, a  
korábbi (elmúlt 5 év) influenza elleni védőoltás felvételét (kapott – nem kapott),  
a krónikus megbetegedéseket (van – nincs), az egészségtudatosságot, a Big Five  
Kérdőív lelkiismeretesség skáláját, és a DASS stressz skáláját vontuk be az elem-  
zésekbe.

A COVID-19-cel kapcsolatos összeesküvés-elméletekben való hiedelmet  
a Brotherton és munkatársai (2013) által kifejlesztett Általános összeeskü-  
vés-elméletek skálája (Generic Conspiracist Beliefs, GCB) alapján dolgoztuk  
ki úgy, hogy a legtöbb tétel tartalmát a koronavírus-járványra vonatkoztatva  
fogalmaztuk át: pl. A koronavírus-járvány nem a véletlen műve, valakik szán-

dékosan szabadították el; A járvánnyal kapcsolatos tájékoztatások többsége téves, manipulált; A koronavírus hasonló az influenzához, de sokan felnagyítják. Az állításokat 5 fokozatú Likert-skálán ítélték meg a kitöltők (1: egyáltalán nem értek egyet – 5: teljesen egyetértek). Az elemzések során a kérdések 2 dimenzió köré szerveződtek: a COVID-19-cel kapcsolatos összeesküvés-elméletekhez és COVID-19 tagadásához köthetőek. Az összeesküvés-elméletekhez elsősorban olyan tételek tartoztak, amelyek a vírus szándékolt terjesztését, laboratóriumi termék jellegét hangsúlyozzák, míg a koronavírus tagadással kapcsolatos nézetekhez elsősorban a vírus súlyosságának bagatellizációja, valamint a tájékoztatás manipulált, téves jellege sorolható. Az elemzési eredmények alapján a két dimenzió összegezhető és egy átfogóbb faktort eredményez. Jelen kutatásban ezt az összpontszámot használtuk, amelynél a magasabb pontszám a fokozott konspiratív gondolkodást jelzi.

Az egészségtudatosság mérésére a Gould (1990) által kifejlesztett kérdőív általunk rövidített 5 tételből álló változatát használtuk: pl. „Általában odafigyelek az egészségemre, ügyelek arra, hogy egészségesen éljek”; „Érdekelnek az egészséggel kapcsolatos információk, sokat olvasok róla, vagy szívesen hallgatom és nézek ilyen rádió vagy tv műsorokat”. Az értékelés 5 fokozatú Likert-skálán történt, ami az 1: egyáltalán nem értek egyet válaszlehetőségtől a 5: teljesen egyet értek-ig terjedt.

A lelkiismeretességet a Big Five Kérdőív (BFI, John & Srivastava, 1999; Ramstedt & John, 2007; Rózsa és mtsai., 2020) 2 tételből álló skálájával mértük, melyeket 5 fokozatú Likert-skálán (1: egyáltalán nem értek egyet – 5: teljesen egyetértek) értékelték a kitöltők. A magasabb pontszám fokozott lelkiismeretességet jelez.

Az észlelt stressz mértékét a Depresszió, Szorongás és Stressz Skála (DASS-21, Lovibond & Lovibond, 1995; Rózsa és mtsai., 2020) 7 tételből álló stressz skálájával mértük, amelyet 4 fokozatú Likert-skálán értékelhettek a kitöltők (1: egyáltalán nem volt jellemző – 4: igen tekintélyes mértékben, vagy nagyon gyakran jellemző volt).

### **Betegség- és oltásspecifikus hatások**

A COVID-19-cel összefüggő betegség- és oltásspecifikus hatásokhoz a diagnosztizált megbetegedést (0: nem volt – 1: volt), a fertőzéstől és betegségtől való félelmet, valamint a védőoltással szembeni attitűdöt soroltuk.

A COVID-19-től való félelmet a következő 2 tétellel mértük: „Félek a koronavírus-fertőzéstől”; „Kényelmetlenül érzem magam, ha a koronavírusra gondolok.” Az állításokat 5 fokozatú Likert-skálán (1: egyáltalán nem értek egyet – 5: teljesen egyetértek) értékelhettek a kitöltők.

A COVID-19-cel szembeni oltásellenes attitűdöt az általunk összeállított 5 tétellel mértük, amelynek kidolgozási alapját Martin és Petrie (2017) elemzési eredményei adták. A szerzőpáros a Vaccination Attitudes Examination (VAX) kérdőív faktorelemzésével 4 jól elkülönülő dimenziót határozott meg: (1) bizalmatlanság a vakcina hasznával kapcsolatban, (2) aggodalmak az előre nem látható mellékhatások miatt, (3) a gyógyszergyártó cégek haszonszerzésével kapcsolatos aggodalmak, és (4) a természetes immunitás előnyben részesítése. Az állításokat 5 fokozatú (1: egyáltalán nem igaz – 5: nagyon igaz) Likert-skálán a COVID-19-re vonatkoztatva ítéltettük meg: pl. „Nem bízom az oltás hatékonyságában”; „Aggódom az előre nem látható káros hatások miatt”; „Úgy gondolom, hogy a védőoltás elsődlegesen a gyógyszergyártó cégek haszonszerzéséről szól. Minél magasabb az összpontszám, annál erősebb az oltásellenes attitűd.

### *Adatelemzési módszerek*

Elsőként a változóink leíró statisztikáit (átlag, szórás, pontszám övezet, ferdeség és csúcosság mutatók) és megbízhatóságukat (Cronbach-alfa) vizsgáltuk. Mivel a feltételezett átfogó oksági modellünk teszteléséhez többszörös lineáris regressziós elemzést és strukturális egyenletekkel történő modellezést terveztünk, így a változóink normális eloszlástól való eltéréseit a ferdeség és csúcosság mutatókkal szemléltettük. Kritériumként a kutatási gyakorlatban széles körben használt tartományt alkalmaztuk: a ferdeség és csúcossági mutatók abszolút értékben ne haladják meg az 1-et. Az átlagok nemek szerinti összevetésére t-próbákat, illetve a szóráshomogenitás sérülése esetén Welch-féle d-próbát alkalmaztuk. A próbák hatásméreteit Cohen-féle d-vel jellemeztük. A változóink közötti kapcsolatok feltárására Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztunk.

A védőoltással szembeni attitűdöt és a védőoltási bizonytalanságot elkülönítetten, lépésenkénti többszörös lineáris regresszió segítségével elemeztük. A modellbe bevont tényezők egymásra való hatásának vizsgálata érdekében a változók közötti multikollinearitás kizárása érdekében ellenőriztük a változók variancia infláló faktorát (Variance Inflation Factor, VIF), amelyhez kritikus küszöb ugyan nem adható, de a kutatási gyakorlatban általában 2-ig elfogadhatónak, 5-ig tűrhetőnek, míg az 5 feletti értéket magasnak és veszélyesnek tartják.

Az oksági modellezésnél a kapott eredményeinkre és a már empirikusan igazolt nemzetközi magyarázó modellekre támaszkodtunk. A strukturális egyenletekkel történő modellezésnél az adatok és a teoretikus modell egybeesésének mértékét jelző illeszkedési mutatóknál a módszertani ajánlásokban megfogalmazott kritériumokat használtuk (pl. Tanaka, 1993; Hu & Bentler, 1999; West és mtsai., 2023). Általánosan elfogadott és ajánlott, hogy a modell illeszkedésének jószágát több kritérium alapján ítéljük meg. Elemzéseink során az aláb-

bi illeszkedési mutatókat vettük figyelembe:  $\chi^2$ /szabadságfok, Összehasonlító illeszkedési mutató (Comparative Fit Index, CFI), Tucker–Lewis-féle illeszkedési mutató (Tucker-Lewis Non-normed Fit Index, TLI; Tucker & Lewis, 1973), valamint a Becslési hiba négyzetes átlagának gyöke (Root-Mean-Square Error of Approximation, RMSEA, Steiger, 1990). A mintanagyságból fakadó korlátot gyakran a  $\chi^2$ -próba szabadságfokhoz mért arányával próbálják kompenzálni ( $\chi^2$ /szabadságfok), amelynek ugyan nincs pontos kritériuma, de az ajánlások általában 2-től 5-ig terjednek, és a határérték alatti érték jelez megfelelő illeszkedést (Tabachnick és Fidell, 2019). A CFI és a TLI azt méri fel, hogy egy feltételezett hipotetikus modell milyen mértékben reprodukálja a valós adatokon nyugvó kovariancia-mátrixot egy független modellhez képest. A TLI mutató a modellben használt szabadságfokot is figyelembe veszi, így kiküszöböli a vizsgálati minta méretének befolyásoló szerepét. A CFI és TLI mutatók értéke 0 és 1 közötti tartományba eshet, ahol az 1-hez közeli érték jelzi a szoros illeszkedést. Kezdetben a mutatók elfogadhatósági kritériumának 0,90-et adtak meg, de az utóbbi időkben inkább a 0,95-öt tekintik az elfogadhatóság alsó határának (Hu & Bentler, 1999). A Steiger-féle RMSEA mutatót a modell populációs kovariancia mátrixhoz viszonyított illeszkedésének becsléséhez használjuk. Az RMSEA az elemszámtól függetlenül hasonlítja össze, hogy a valós és az optimális paraméterekkel rendelkező hipotetikus modell kovariancia mátrixa milyen mértékben illeszkedik. Az RMSEA a modell takarékoságának megbízható jelzője, a komplex modellek hibás specifikálásának hatékony mutatója. Az RMSEA értéke is 0 és 1 közé eshet, itt azonban a kisebb, 0-hoz közel eső érték jelzi a jobb az illeszkedést. Browne és Cudeck (1993) szerint az RMSEA értékei 0,05-ig szoros illeszkedést jeleznek; 0,08-os értékig pedig megfelelő illeszkedést, elfogadható populáción belüli becslési hibákkal.

A leíró statisztikai elemzéseket és a többszörös lineáris regressziót az SPSS 22 (IBM Corp. 2013), az oksági modellezést pedig AMOS 23 (Arbuckle, 2014) statisztikai programok segítségével készítettük el.

## EREDMÉNYEK

*A mérőeszközök leíró statisztikai és megbízhatóságuk*

Mivel az elemzéseink során alkalmazott skálák megbízhatóságát és eloszlás mutatóit a jelen kötetben található módszertani cikkben már részletesen kifejtettük, így az alábbiakban csak röviden összefoglaljuk a kapott eredményeket (1. táblázat). A felmérésben alkalmazott skálák megbízhatóságát becsülő belső-konzisztencia-mutatókat összességében elfogadhatónak értékeljük. A 2 tételből álló „skálák” esetében (Lelkiismeretesség és Félelem a fertőzéstől, megbetegedéstől) a megbízhatóságot becsülő Cronbach-alfa mutató a hagyományos 0,7-es kritériumnak ugyan nem felel meg, de a néhány tételből álló skálák esetében, például olyan epidemiológiai felmérésekben, ahol nincs lehetőség hosszabb skálák alkalmazására, ezt az alacsony értéket is elfogadhatónak tartják. Itt kell megjegyeznünk, hogy egyetlen tétel esetében nincs lehetőség a belső konzisztencián alapuló megbízhatóság becslésére és sok kutató szerint a 2-3 tételből álló skálák sem értelmezhetőek a klasszikus pszichometriai mutatókkal.

Az elemzésben alkalmazott változóink eloszlását becsülő ferdeség és csússág mutatók, a DASS Stressz skálájának ferdeségétől eltekintve a kutatási gyakorlatban gyakran használt abszolút értékben 1 közé esnek, jelezve, hogy a normális eloszlástól való eltérés még nem befolyásolja számottevően a hagyományos statisztikai próbák eredményeit (pl. kétmintás t-próba, többszörös lineáris regresszió).

A nemek közötti összehasonlítás során a nők szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a férfiak a Duke Vallásosság Indexen ( $p < 0,001$ ), az Egészségtudatosság ( $p < 0,001$ ), a Lelkiismeretesség ( $p < 0,001$ ), a Stressz ( $p < 0,001$ ), a Félelem a fertőzéstől, megbetegedéstől ( $p < 0,001$ ) és a Védőoltással szembeni attitűd skálákon ( $p < 0,001$ ). Ezzel szemben a férfiak eredményei a tudományba vetett bizalom esetében ( $p < 0,001$ ), valamint a védőoltás bizonytalanságban ( $p < 0,018$ ) mutatkoztak szignifikánsan magasabbnak. A Cohen-féle hatásméret mutató ( $d$ ) azonban valamennyi összehasonlítás esetében csekély, pusztán a Félelem a COVID-tól skála összehasonlításakor kaptunk a közepes szintet megközelítő hatásméretet ( $d = 0,37$ ).

A változóink közül a lelkiismeretesség és az oltási bizonytalanság korrelált legszorosabban az életkorral, mindkét esetben enyhe pozitív kapcsolat figyelhető meg.

**1. táblázat.** Az elemzésben alkalmazott mérőeszközök leíró statisztikái és a megbízhatóságukat becsülő Cronbach-alfa mutatók

| Skálák és változók             | tételek száma | Cronbach-alfa | pontszám övezet | ferdeség | csúcsosság | átlag (szórás)  |                 | t-próba p (d)    | korreláció az életkorral |
|--------------------------------|---------------|---------------|-----------------|----------|------------|-----------------|-----------------|------------------|--------------------------|
|                                |               |               |                 |          |            | nők             | férfiak         |                  |                          |
| Duke Vallásosság Index (DUREL) | 5             | 0,91          | 5-27            | 0,53     | -0,99      | 13,39<br>(6,78) | 11,48<br>(6,47) | <0,001<br>(0,29) | 0,14**                   |
| Bizalom a kormányzatban        | 1             | -             | 1-4             | 0,45     | -0,81      | 2,00<br>(0,88)  | 1,99<br>(0,93)  | 0,845<br>-       | 0,17**                   |
| Bizalom a tudományban          | 1             | -             | 1-4             | -0,57    | 0,80       | 3,14<br>(0,63)  | 3,29<br>(0,65)  | <0,001<br>(0,23) | -0,02                    |
| Konspiratív gondolkodás        | 9             | 0,82          | 9-45            | 0,19     | -0,14      | 25,22<br>(6,39) | 24,96<br>(6,59) | 0,396<br>-       | 0,03                     |
| Egészségtudatosság             | 5             | 0,74          | 5-25            | -0,33    | 0,02       | 17,14<br>(3,80) | 16,44<br>(3,89) | <0,001<br>(0,18) | 0,13**                   |
| Lelkiismeretesség              | 2             | 0,36          | 2-10            | -0,22    | -0,48      | 7,59<br>(1,64)  | 7,14<br>(1,64)  | <0,001<br>(0,27) | 0,33**                   |
| Stressz                        | 7             | 0,85          | 1-4             | 1,04     | 0,88       | 1,75<br>(0,61)  | 1,62<br>(0,55)  | <0,001<br>(0,22) | -0,19**                  |
| Félelem a COVID-tól            | 2             | 0,61          | 2-10            | 0,00     | -0,61      | 6,10<br>(1,92)  | 5,36<br>(2,03)  | <0,001<br>(0,37) | 0,18**                   |
| Oltásellenes attitűd           | 5             | 0,86          | 5-25            | 0,18     | -0,57      | 14,24<br>(4,86) | 13,20<br>(5,18) | <0,001<br>(0,21) | 0,09**                   |
| Oltási bizonytalanság          | 1             | -             | 1-4             | -0,60    | -0,75      | 2,21<br>(1,04)  | 2,10<br>(1,03)  | 0,018<br>(0,11)  | 0,22**                   |

### *Az oltási bizonytalanságot befolyásoló tényezők*

A felmérésünk lebonyolításakor (2021. augusztus-szeptember) az 1779 kitöltőből 303 személy (165 nő és 138 férfi, 17%) nem rendelkezett védőoltással. Az oltással rendelkezők közül 203-an (11,4%) arról számoltak be, hogy ők nem akarnak további emlékeztető oltásokat, 747-en (42%) pedig azt jelezték, hogy az emlékeztető oltás beadásában bizonytalanok. A teljes mintából 526 (29,6%) személy ítélte meg úgy, hogy az emlékeztető oltást is be fogja magának adatni.

A lépésenkénti lineáris regresszió elemzés a védőoltással szembeni attitűd esetében 8 szignifikáns prediktort emelt be a modellbe, *amelyek* a teljes variancia több mint felét (53,9%) magyarázták. A konspiratív gondolkodás az oltási attitűd kiugróan erős prediktorának mutatkozott (standardizált  $\beta$ : 0,63\*\*). Bár szignifikáns, de viszonylag alacsony bejósoló erővel bír a korábbi influenza elle-

ni védőoltás és a nem. Mindezek mellett további szignifikáns prediktor volt a legmagasabb iskolai végzettség, a kormányba és a tudományba vetett bizalom, valamint a korábbi COVID-19 fertőzés és a COVID-19-től való félelem. A kapott eredményeink azt sugallják, hogy a védőoltással szembeni kedvezőtlen attitűdért elsődlegesen a konspiratív gondolkodás tehető felelőssé, amihez a kormányzatba és a tudományba vetett bizalmatlanság társul. Mint ahogy azt korábban a nemek szerinti összehasonlításoknál is láthattuk, a nők védőoltással szembeni attitűdje kedvezőtlenebb. Az alacsonyabb iskolai végzettség, a korábbi COVID-19 diagnózis kedvezőtlenebb, míg a COVID-19-től való félelem kedvezőbb oltási attitűdöt eredményez.

A következő regresszioelemzés függő változója az oltási bizonytalanság volt, az alkalmazott prediktorokhoz pedig a védőoltással szembeni attitűdöt is beemeltük. Ennél a regressziós modellnél csak a betegség- és oltásspecifikus változók mutatkoztak szignifikánsnak, közülük pedig a védőoltással szembeni attitűd kimagasló bejósoló erővel (standardizált  $\beta$ : 0,54\*\*) rendelkezett. A kedvezőtlen attitűd a korábbi COVID diagnózissal és a félelem hiányával társulva oltási bizonytalanságot vagy elutasítást eredményez.

Érdemes megjegyeznünk, hogy a modellbe bevont változók multikollinearitását jelző VIF mutatók alacsonyak, egyetlen esetben sem haladják meg a kutatási gyakorlatban általában elfogadott 2-es értéket.

**2. táblázat.** A lépésenkénti többszörös lineáris regresszioelemzés eredményét jelző standardizált regressziós együtthatók ( $\beta$ ), a prediktorok által magyarázott varianciák és a VIF mutatók

|                                               | oltásellenes attitűd | oltási bizonytalanság | VIF  |
|-----------------------------------------------|----------------------|-----------------------|------|
| <b>Kontextuális tényezők</b>                  |                      |                       |      |
| nem (1: férfi, 2: nő)                         | 0,11**               | ns                    | 1,06 |
| életkor                                       | ns                   | ns                    | 1,03 |
| legmagasabb iskolai végzettség                | -0,07**              | ns                    | 1,06 |
| jövedelem szubjektív megítélése               | ns                   | ns                    | 1,01 |
| vallásosság                                   | ns                   | ns                    | 1,01 |
| <b>Egyéni és csoportos hatások</b>            |                      |                       |      |
| bizalom a kormányban                          | -0,05*               | ns                    | 1,03 |
| bizalom a tudományban                         | -0,09**              | ns                    | 1,08 |
| konspiratív gondolkodás                       | 0,63**               | ns                    | 1,96 |
| korábbi influenza elleni védőoltás            | -0,12**              | ns                    | 1,06 |
| krónikus megbetegedés                         | ns                   | ns                    | 1,02 |
| egészségtudatosság                            | ns                   | ns                    | 1,08 |
| lelkiismeretesség                             | ns                   | ns                    | 1,00 |
| stressz                                       | ns                   | ns                    | 1,07 |
| <b>Betegség- és oltásspecifikus hatások</b>   |                      |                       |      |
| korábbi COVID-19 diagnózis (0: nincs, 1: van) | 0,05*                | 0,13**                | 1,00 |
| félelem a COVID-19-től                        | -0,07**              | -0,09**               | 1,03 |
| COVID oltásellenes attitűd                    | –                    | 0,54**                | 1,04 |
| Magyarázott variancia (%)                     | 53,9                 | 34,8                  |      |

Megjegyzés: ns nem szignifikáns.

*Az oltási bizonytalanság átfogó magyarázó modellje*

Az oltási bizonytalanság modellünk kiindulásaként egy olyan elméleti modellt választottunk, amelyet már két kutatócsoport (Capasso és mtsai., 2021; Blacknurn és mtsai., 2023) sikerrel igazolt. A hipotetikus modellt a tanulmány célkitűzése-inél szereplő 2. ábra szemlélteti. Elsőként ezt a modellt, teszteltük, melynek ki-váló illeszkedési mutatói jelezték, hogy a mi adataink is alátámasztják a modell érvényességét. Ezt a modellt azonban a többszörös lineáris regressziókkal kapott eredményeink alapján tovább bővítettük, és így a kiinduló modellbe a nem, az életkor és a legmagasabb iskolai végzettség, mint kontextuális tényezők, az influ-enza védőoltás. mint egyéni és csoportos hatás, valamint a COVID-19-től való fé-

lelem és a COVID-19 diagnózis mint betegség- és oltásspecifikus hatás került be. Bár az életkor nem mutatkozott szignifikáns prediktornak az előzetes elemzéseink során sem az oltásellenes attitűd, sem az oltási bizonytalanság esetében, de a modellépítés során több olyan közbülső változót találtunk, amelynél az életkor meghatározó szerepet játszik (pl. influenza elleni védőoltás, bizalom a kormányban, COVID-19-től való félelem), így ennek az alkalmazását is fontosnak láttuk.

Az oltási bizonytalanságot meghatározó tényezők átfogó modelljét a 3. ábrán szemléltetjük, ahol az átláthatóságot segítve a változóinkat csoportosítottuk, a hatások ábrázolásánál a standardizált regressziós együtthatók nagyságának megfelelően alkalmaztuk a vonalvastagságot, valamint a folyamatos vonalakkal a pozitív, míg a szaggatott vonalakkal negatív hatásokat jeleztük. A kiindulásként alkalmazott modell 5 elemét, amelyet a korábban említett két empirikus munka már igazolt (Capasso és mtsai., 2021; Blacknurn és mtsai., 2023) szürke háttér kiemeléssel láttuk el.

Az elméleti modell és az adatok illeszkedését jelző mutatók kiválóak ( $\chi^2/\text{df}=2,23$ ; CFI=0,986; TLI=0,965; RMSEA=0,028), amelyek összességében a modell érvényességét támasztják alá. Az ábrán csak a szignifikáns hatások szerepelnek, ahol a két változót nem köti össze nyíl, ott a modell feltételeknek megfelelően nincs hatás, mértéke 0. A vonalak végén látható nyilak jelzik a feltételezett ok-okozati összefüggések irányát, ha a vonal mindkét végén nyíl szerepel (pl. iskolai végzettség és életkor), akkor az a korrelációt fejezi ki. Az átfogó modell az oltási bizonytalanság teljes varianciájának 43%-át ( $R^2=0,43$ ) magyarázza. Érdeemes azonban megjegyezni azt is, hogy a modellbe épített változók az oltásellenes attitűd teljes varianciájának 56%-át képesek megmagyarázni ( $R^2=0,56$ ), míg a COVID-19-cel kapcsolatos konspiratív gondolkodás esetében ez a magyarázott variancia már csak 8% ( $R^2=0,08$ ).

A kiindulási modell tényezőit megvizsgálva (szürke háttérrel kiemelt) láthatjuk, hogy az oltási bizonytalanság jelentős meghatározó tényezője az oltásellenes attitűd. Az oltásellenes attitűdöt pedig legjobban a COVID-19 elleni oltással kapcsolatos konspiratív gondolatok határozzák meg, amelyek számottevően csökkentik a tudományba és a kormányba vetett bizalmat. A csökkent bizalom pedig szintén növeli az oltásellenes attitűdöt. Tehát ebben az esetben azt látjuk, hogy a COVID-19-cel kapcsolatos konspiratív gondolkodás közvetlenül és a bizalom csökkenése révén közvetve is kihat az oltásellenes attitűdre. Az itt kapott eredményeink megegyeznek a fentiekben említett két kutatásban kapott eredményekkel (Capasso és mtsai., 2021; Blacknurn és mtsai., 2023).

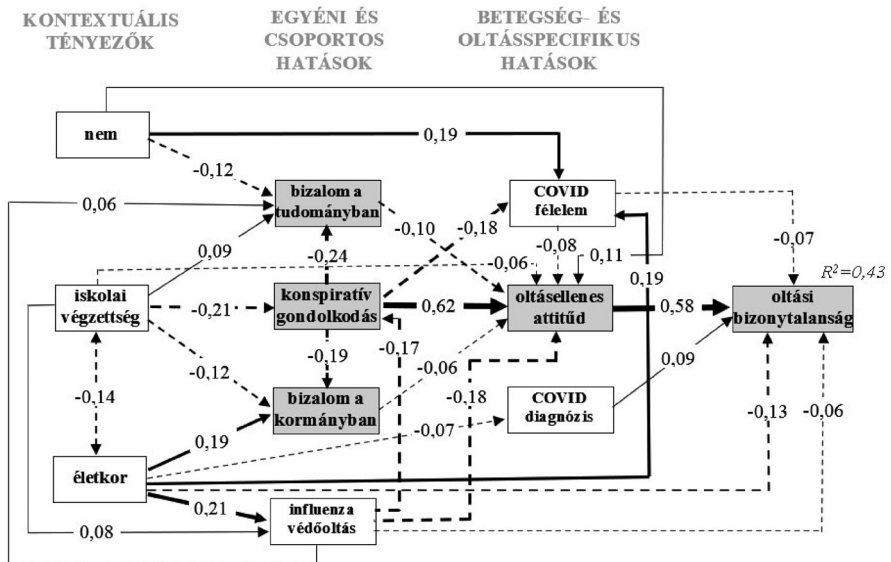
Az oltási bizonytalanságnak az oltásellenes attitűd mellett további három közvetlen bejósolóját azonosítottuk: az életkort, a COVID-19-től való félelmet és az influenza elleni védőoltást. Az eredményekből az látszik, hogy az életkor előrehaladtával az oltási bizonytalanság enyhe csökkenést mutat, de a COVID-19-től való félelem és az előzetesen kapott influenza elleni védőoltás is csökkenti az oltási bizonytalanságot.

Az oltási bizonytalanságot jelentősen meghatározó oltásellenes attitűd legjelentősebb prediktora a COVID-19-el kapcsolatos konspiratív gondolkodás. További szignifikáns prediktornak bizonyultak az influenza védőoltás, a nem, a bizalom a tudományban, a COVID-19-től való félelem, a legmagasabb iskolai végzettség és a kormányba vetett bizalom. A nemektől eltekintve valamennyi hatás negatív, vagyis a fenti tényezők csökkentik az oltásellenes attitűdöt. A pozitív nemi hatás pedig azt jelenti, hogy a nők esetében az oltásellenes attitűd fokozottabb.

Az eredményeink alapján a COVID-19-el kapcsolatos konspiratív gondolkodást csak az iskolai végzettség befolyásolta. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkezőket a konspiratív gondolkodás kevésbé jellemzi, mint az alacsonyabb iskolázottságúakat.

A tudományba vetett bizalomra leginkább a konspiratív gondolkodás hat, de az iskolázottság és az influenza elleni védőoltás felvételében mutatkozó korábbi pozitív oltási attitűd is hatást gyakorol rá. Fontos megjegyezni, hogy a fentiekben feltételezett oksági kapcsolatokhoz a változók időbeli megjelenését vettük alapul (pl. az influenza elleni védőoltás megelőzte a COVID-19 által kiváltott jellemzőket). Az eredményeink azt tükrözik, hogy a férfiak sokkal inkább hajlamosabbak bízni a tudományban, mint a nők.

A kormányba vetett bizalmat a konspiratív gondolkodás és a magasabb iskolai végzettség csökkenti, az életkor növekedése azonban pozitív hatást gyakorol a bizalomra, vagyis az idősebbek kormányba vetett bizalma fokozottabb.



**3. ábra.** A COVID-19 oltással szembeni bizonytalanságot meghatározó tényezők modellje (a folyamatos vonalak pozitív, míg a szaggatott vonalak negatív hatásokat jelzik)

## MEGBESZÉLÉS

Az elemzéseink első részében kapott eredmények alátámasztották azt, hogy az alkalmazott skálák és változók megbízhatóak, többváltozós statisztikai elemzésre, így többszörös lineáris regresszióra és modellezésre alkalmasak. A változóink közötti nemi különbségek és az életkorral mutatott korrelációk összességében az elvárásainknak és a nemzetközi eredményeknek megfelelően alakultak, így az adataink minőségét és érvényességét is elfogadhatónak tekintjük.

A lépésenkénti többszörös lineáris regresszióelemzéssel vizsgált prediktoraink közül az oltási bizonytalanságot három, betegség- és oltásspecifikus hatás jósolta be: a koronavírussal kapcsolatos oltásellenes attitűd, a korábbi COVID-19 diagnózis és a koronavírustól való félelem. A szakirodalmi eredményeknek megfelelően a hazai mintán is az oltásellenes attitűd volt ( $\beta=0,54$ ) az oltási bizonytalanság legerősebb prediktora. A következő lépésenkénti regresszióelemzés az oltásellenes attitűd 8 szignifikáns prediktorát azonosította. A kontextuális tényezők közül a nem és a legmagasabb iskolai végzettség, míg az egyéni és csoportos hatások közül a bizalom a kormányban és a tudományban, a konspiratív gondolkodás és a korábbi influenza elleni védőoltás mutatkozott szignifikánsnak. Bár akadtak olyan nemzetközi kutatási eredmények, ahol a krónikus megbetegedések, az egészségtudatosság, a felelősségvállaláshoz köthető lelkiismeretesség és a stressz az oltási bizonytalanság vagy az oltásellenes attitűd jelentős prediktorának bizonyult, a hazai vizsgálati mintánkon ezek a változók egyik tényező esetében sem mutatkoztak szignifikánsnak, így az átfogó modell elemzésnél ezeket a változókat kihagytuk a további vizsgálatból.

A következő lépésben a többszörös lineáris regressziós elemzések során azonosított prediktorokból egy átfogó kauzális modellt építettünk. Elsőként a már a nemzetközi kutatásokban is igazolt modellt elemeztük, utána pedig a saját változókkal kiegészítettet.

A végső átfogó kauzális modellről elmondható, hogy a szakirodalmi eredményeknek megfelelően a hazai mintán az oltási bizonytalanság legerősebb prediktora az oltással szembeni attitűd volt ( $\beta=0,58$ ). Ugyanez a hatás Capasso és munkatársainak (2021) vizsgálatában 0,65, míg Blackburn és munkatársainak (2023) 137 országra kiterjedő összevont adatain 0,64 volt. A vizsgálatok eredményei közötti enyhe eltérést elfogadhatónak tartjuk, hiszen Blackburnék is beszámoltak az országokon belüli eltérésekről, illetve a mérőeszközeink is különböztek, például Blackburnék 6 fokozatú Likert-skálán mért oltási szándékot használtak függő változóként. Elemzésünk fontos további eredménye, hogy az oltással szembeni attitűd mellett a COVID-19 diagnózis és a koronavírustól való félelem önállóan is képes hatást gyakorolni a bizonytalanságra, még ha ennek a hatásnak a mértéke nem annyira erős is, mint az oltásellenes attitűdé. Jól értelmezhető, és az elvárásoknak megfelel, hogy azok a személyek, akik már átestek a fertőzésen a lekérdezés időpontjában, bizonytalanok, hezitálnak az oltás fel-

vételén, hiszen úgy vélik, hogy egy ideig védettek. A koronavírusról való fokozott félelem ezzel szemben viszont képes a bizonytalanságot csökkenteni, mert az ilyen személyek a félelem hatására mihamarabb szeretnék az oltást megkapni, és védettek lenni.

A kapott eredményeink szerint az oltásellenes attitűd legerősebb prediktora a koronavírussal összefüggő konspiratív gondolkodás ( $\beta=0,62$ ). Erről a konstrukcióról azonban érdemes elmondani, hogy az alkalmazott mérőeszköz a koronavírussal kapcsolatos vélekedések széles körét ölelte fel, amelyek között szerepelnek a járvány kialakulásával és terjedésével kapcsolatos hiedelmek, illetve a COVID-19 megbetegedések súlyosságának tagadása vagy bagatellizálása, valamint a gyógyszergyártó cégek profitorientált hozzáállása. Ezek közül sok elgondolás és meggyőződés azonban önmagában nem mindig tekinthető károsnak. Mindezt azért érdemes kiemelni, mert az itt felmért konspiratív gondolkodás elsődlegesen nem az általános összeesküvés-elméletekkel kapcsolatos hiedelmeket igyekszik megragadni. Feltételezzük, hogy a nagy elemszámú normatív mintás felmérésünkbe kevés olyan személy került, aki szélsőséges összeesküvés-elmélet hívőnek tekinthető. Ők nagy valószínűséggel a gyanakvás és az ellenállás miatt nem is vállalkoztak volna az online tesztbattéria kitöltésére. A koronavírussal összefüggő konspiratív gondolkodást inkább egy olyan meggyőződésnek tekintjük, amelyet a fokozott veszélyhelyzet és a bizonytalanság generált. Érdemes a konspiratív gondolkodás folyamatjellegét kiemelni, hiszen elképzelhető, hogy néhány személy esetében a COVID-19-cel kapcsolatos konspiratív feltételezések már meglévő és megszilárdult összeesküvés-hiedelmekre épültek, de véleményünk szerint ez a vizsgálati mintánkon sokkal inkább egy kiváltó tényezőnek tekinthető, ami további konspirációs elméletekre való nyitottsággal és elfogadásával társulhat. A későbbiekben, a világot összeesküvések által uralt helynek tekintve, az összeesküvés bármely adott esemény alapértelmezett magyarázatává válhat és egy egységes, zárt világnézet alakulhat ki, amelyben a hiedelmek egymást kölcsönösen támogató hitrendszerként alkotnak (Clarke, 2002; Wood és mtsai., 2012; Mészáros és mtsai., 2021). Egy ilyen folyamatnak a mindannyiunkat fenyegető és bizonytalan kimenetű világjárvány igen termékeny táptalajt jelent.

A feltételezéseinkkel és a nemzetközi vizsgálatokkal összhangban az eredményeink megerősítették azt is, hogy a COVID-19-cel összefüggő konspiratív gondolkodás nemcsak közvetlenül fejt ki a hatását az oltásellenes attitűdre, hanem közvetve a tudományba és a kormányzatba vetett bizalom csökkenése révén is. Bár ezek a közvetett hatások jóval kisebbek, mint a konspiratív gondolkodás direkt hatása, ennek ellenére az oltásellenes attitűd kialakulása, megértése és megváltoztatása szempontjából fontosak lehetnek. A regressziós együtthatókat megvizsgálva látható, hogy a COVID-19-cel összefüggő konspiratív gondolkodás a tudományba vetett bizalmat valamivel erősebben aláássa, mint a kormányba vetett bizalmat, de ezek a meggyőzések mindkét esetben károsak és figyelemre méltóak. A tudományba, a tudósok munkájába és a felfedezéseik eredménye-

inek megbízhatóságába vetett bizalom csökkenése különösen fontosnak tűnik a COVID-19 vakcinával összefüggésben, figyelembe véve a kifejlesztésének és jóváhagyásának gyorsított folyamatát, valamint az ebből fakadó kételyeket és aggodalmakat (Rosenthal & Cummings, 2021).

A kormányzatba vetett bizalomra kifejtett negatív hatás összhangban van a COVID-19, illetve a korábbi világjárványokkal kapcsolatos vizsgálatok eredményeivel (pl. influenza, H1N1 járvány), amelyek azt mutatják, hogy a kormányzatnak a világjárvány kezelésével kapcsolatos kompetenciájába vetett bizalmatlanság, habár nem feltétlenül vezet az alapvető ajánlott viselkedési formák (például a kézmosás vagy ajánlott távolságtartás) betartásának hiányához, negatívan jósolja be a vakcina elfogadását. Ez a bizonyíték rávilágít a bizalom kiépítésének és fenntartásának, valamint a közegészségüggyel kapcsolatos hatékony kommunikáció kialakításának szükségességére még a világjárványok megjelenése előtt (Chuang és mtsai., 2015; Capasso és mtsai., 2021).

A modellből az is látható, hogy az oltásellenes attitűdök javítására irányuló erőfeszítések kevésbé hatékonyak, ha azt a konspiratív meggyőződések, és az ebből származtatható bizalmatlanság folyamatosan gátolja. Az ilyen személyek kevésbé fogékonyak az egészségügyi üzenetekre.

Elemzésünk fontos hozadéka, hogy a kiinduló modellbe (Capasso és mtsai., 2021; Blacknurn és mtsai., 2023) beemelt további szociodemográfiai változók (nem, életkor és iskolai végzettség), valamint a korábbi influenza elleni védőoltás, a koronavírussal kapcsolatos félelem és COVID-19 diagnózis fontos kiegészítésnek tekinthető, amelyek ugyan közvetlenül nem hatnak az oltási bizonytalanságra, de más tényezőkön keresztül (pl. konspiratív gondolkodás, oltásellenes attitűdön, vagy koronavírustól való félelem) jelentős közvetett hatást gyakorolnak.

Tanulmányunk fontos gyakorlati haszna, hogy támpontot adhat ahhoz, hogy az oltási bizonytalanság milyen tényezőkön keresztül befolyásolható, és milyen szociodemográfiai vagy klinikai előzményekkel rendelkező csoportok tekinthetők veszélyeztetettnek.

Jól látható, hogy a koronavírussal kapcsolatos oltásellenes attitűdöket leginkább a konspiratív meggyőződések elosztatásával, hiteles és megbízható tájékoztatással lehet leginkább befolyásolni, amely a tudományba és a kormányba fektetett bizalmon keresztül közvetve is képes az oltásellenes attitűdre hatni. Az influenza elleni védőoltás jelentős befolyásoló szerepe azt jelzi, hogy a COVID-19 világjárványt megelőző oltási edukáció megtérülő haszonnal jár, hiszen egy hirtelen kialakuló vészhelyzetben, mint amilyen például a koronavírus járvány, segítheti a védőoltásokba vetett bizalom fenntartását és az oltási szándékot.

Az átfogó modell oksági kapcsolatait visszafejtve a veszélyeztetett csoportok oltási bizonytalanságának kezelésére vonatkozóan is kaphatunk hasznos információkat. Láthatjuk, hogy az alacsony iskolai végzettség fokozott konspiratív gondolkodással jár együtt, ami oltásellenes attitűdhöz, majd oltási bizonytalan-

sághoz vezet. A konspiratív meggyőződések elosztatása mellett, a hazai mintán végzett eredmények azt jelzik, hogy az alacsony iskolai végzettségűek jobban bíznak a kormányban, mint a magasabb iskolai végzettségűek, így ők a kormány részéről könnyebben megszólíthatóak. Ugyanez a hatásmechanizmus a bizalom a tudomány esetében éppen fordított, mivel az alacsonyabb iskolai végzettségűek kevésbé hajlamosak bízni a tudományban, így esetükben a tudományos eredmények egyszerű közlése kevésbé meggyőző.

Az életkori hatások elemzése azt jelzi, hogy az oltási szándék biztosítása az idősek körében tekinthető a legsikeresebbnek. Ezt az is jelzi, hogy az életkor közvetlenül hat az oltási bizonytalanságra, és elmondható, hogy az idősek körében az oltási bizonytalanság kisebb. További védőfaktornak tekinthető, hogy az idősebbek hajlamosabbak bízni a kormányban, a legtöbbjük influenza elleni védőoltással rendelkezik, és a koronavírusról való félelmük segíti az oltás felvételét. Az eredményességet az is tükrözi, hogy az idősebbek körében kevesebben kaptak COVID-19 diagnózist.

Az elemzésünk egyik komoly korlátjáról, a koronavírussal összefüggő konspirációs gondolatok és a bizalom oksági feltételezésének nehézségéről már a tanulmányunk célkitűzései és az elemzési stratégia részénél szoltunk. Mindezek mellett hangsúlyoznunk kell a keresztmetszeti kutatási elrendezésből fakadó nehézségeket és az önjellemzés torzító hatását.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Eredményeink megerősítették az koronavírussal kapcsolatos konspirációs meggyőződések, az oltásellenes attitűd és az oltási bizonytalanság összefüggési láncolatának érvényességét, amelyet már néhány nemzetközi kutatás is igazolt (pl. Capasso és mtsai., 2021; Blackburn és mtsai., 2023). Láthattuk azt is, hogy a konspiratív gondolatok a tudományba és a kormányba vetett bizalom csökkenésén keresztül közvetve is képesek negatívan befolyásolni az oltással szembeni attitűdöt, és így magát az oltási szándékot, aminek fontos gyakorlati implikációja, hogy a koronavírussal kapcsolatos oltásellenes attitűdöket leginkább a konspiratív meggyőződések elosztatásával, illetve a tudományba és a kormányba fektetett bizalom erősítésén keresztül lehet hiteles és megbízható tájékoztatással befolyásolni.

Kiinduló modellünk továbbfejlesztése az oltási bizonytalanság kapcsoltrendszerének olyan komplex modelljét kínálja, amelyben a szociodemográfiai és oltáspecifikus tényezők hatása is jól értelmezhető. Úgy gondoljuk, hogy a lépésenként felépített átfogó modellünk kiváló betekintést nyújt az oltási bizonytalanság komplex kapcsolatrendszerébe és kialakulásának folyamatába, mindezek mellett pedig hasznos gyakorlati támpontokat nyújthat az oltási bizonytalanság és az elutasítás csökkentését célzó beavatkozások tervezésébe, illetve ráirányít-

ja a figyelmet a folyamatos egészségdukáció és intézményi bizalomépítés fontosságára. Bízunk abban, hogy munkánk és eredményeink archiválják a megtörtént eseményeket, és tanulságot szolgálnak a világ népességét érintő újabb vészhelyzet kezelésében egy nagyon távoli jövőben.

## IRODALOM

- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi: 10.1016/0749-5978(91)90020-T.
- Allington, D., McAndrew, S., Moxham-Hall, V., & Duffy, B. (2023). Coronavirus conspiracy suspicions, general vaccine attitudes, trust and coronavirus information source as predictors of vaccine hesitancy among UK residents during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, 53(1), 236–247. doi: 10.1017/S0033291721001434
- Allum, N., Sturgis, P., Tabourazi, D., & Brunton-Smith, I. (2008). Science knowledge and attitudes across cultures: A meta-analysis. *Public Understanding of Science*, 17(1), 35–54. doi: 11.1077/0963662506070159
- Arbuckle, J. L. (2014). *Amos* (version 23.0)[computer program]. Chicago: IBM SPSS.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behaviour, *Health Education Monographs*, 2(4), 409–419. doi: 10.1177/109019817400200407
- Betsch, C., Schmid, P., Heinemeier, D., Korn, L., Holtmann, C., & Böhm, R. (2018). Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PloS One*, 13(12), e0208601. doi: 10.1371/journal.pone.0208601
- Blackburn, A. M., Han, H., Gelpi, R. A., Stöckli, S., Jeftic, A., Chang, B., Koszalkowska, K., Lacko, D., Milfont, T. L., Lee, Y., COVIDiSTRESS II Consortium, & Vestergren, S. (2023). Mediation analysis of conspiratorial thinking and anti-expert sentiments on vaccine willingness. *Health Psychology*, 42(4), 235–246. <https://doi.org/10.1037/hea0001268>
- Britt, R. K., & Englebert, A. M. (2018). Behavioral determinants for vaccine acceptability among rurally located college students. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 6, 262–276. doi: 10.1080/21642850.2018.1505519
- Brotherton, R., French, C. C., & Pickering, A. D. (2013). Measuring belief in conspiracy theories: The generic conspiracist beliefs scale. *Frontiers in psychology*, 4, 279. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00279
- Browne, M. W., Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136–162). Newbury Park, CA: Sage.
- Capasso, M., Caso, D., & Conner, M. (2021). Anticipating pride or regret? Effects of anticipated affect focused persuasive messages on intention to get vaccinated against COVID-19. *Social Science & Medicine*, 289:114416. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114416
- Cha, K.-S., & Kim, K. M. (2019). The Factors related to Mothers' Intention to Vaccinate against Hepatitis A: Applying the Theory of Planned Behavior. *Child Health Nursing Research*, 25, 1–8. doi: 10.4094/chnr.2019.25.1.1
- Cheney, M. K., & John, R. (2013). Underutilization of influenza vaccine: a test of the Health Belief Model. *Sage Open*, 3(2), 2158244013484732. doi: 10.1177/2158244013484732

- Chuang, Y. C., Huang, Y. L., Tseng, K. C., Yen, C. H., & Yang, L. (2015). Social Capital and Health-Protective Behavior Intentions in an Influenza Pandemic. *PLoS One*, 10:e0122970. doi: 10.1371/journal.pone.0122970
- Clarke, S. (2002). Conspiracy theories and conspiracy theorizing. *Philosophy of the Social Sciences*, 32, 131–150. doi: 10.1177/004931032002
- Del Vicario, M., Vivaldo, G., Bessi, A., Zollo, F., Scala, A., Caldarelli, G., & Quattrociocchi, W. (2016a). Echo chambers: Emotional contagion and group polarization on facebook. *Scientific Reports*, 6(1), 37825. doi: 10.1038/srep37825
- Del Vicario, M., Bessi, A., Zollo, F., Petroni, F., Scala, A., Caldarelli, G., ... & Quattrociocchi, W. (2016b). The spreading of misinformation online. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(3), 554–559. doi: 10.1073/pnas.1517441113
- Chen, M., Li, Y., Chen, J., Wen, Z., Feng, F., Zou, H., ... & Sun, C. (2021). An online survey of the attitude and willingness of Chinese adults to receive COVID-19 vaccination. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(7), 2279–2288. doi: 10.1080/21645515.2020.1853449
- Cinelli, M., Etta, G., Avale, M., Quattrociocchi, A., Di Marco, N., Valensise, C., ... & Quattrociocchi, W. (2022). Conspiracy theories and social media platforms. *Current Opinion in Psychology*, 101407. doi: 10.1016/j.copsyc.2022.101407
- Dordevic, J. M., Mari, S., Vdovic, M., & Milosevic, A. (2021). Links between conspiracy beliefs, vaccine knowledge, and trust: Anti-vaccine behavior of Serbian adults. *Social Science & Medicine*, 277, doi: 113930. 10.1016/j.socscimed.2021.113930
- Douglas, K. M., & Sutton, R. M. (2011). Does it take one to know one? Endorsement of conspiracy theories is influenced by personal willingness to conspire. *The British Journal of Social Psychology*, 50(3), 544–552. doi: 10.1111/j.2044-8309.2010.02018.x
- Dubé, E., & MacDonald, N. E. (2022). COVID-19 vaccine hesitancy. *Nature Reviews Nephrology*, 18(7), 409–410. doi: 10.1038/s41581-022-00571-2
- Dubé, E., Gagnon, D., Nickels, E., Jeram, S., & Schuster, M. (2014). Mapping vaccine hesitancy - Country-specific characteristics of a global phenomenon. *Vaccine*, 32(49), 6649–6654. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.09.039
- Einstein, K. L., & Glick, D. M. (2015). Do I think BLS data are BS? The consequences of conspiracy theories. *Political Behavior*, 37, 679–701. doi: 10.1007/s11109-014-9287-z
- Eitze, S., Heinemeier, D., Schmid-Küpke, N. K., & Betsch, C. (2021). Decreasing vaccine hesitancy with extended health knowledge: Evidence from a longitudinal randomized controlled trial. *Health Psychology*, 40(2), 77. doi: 10.1037/HEA00 01045
- Fathalla Aboelsaad, I. A., Hafez, D. M., Almaghraby, A., Abdulmoneim, S. A., El-ganainy, S. O., Hamdy, N. A., ... & Ghazy, R. M. (2021). Systematic review and meta-analysis on COVID-19 vaccine hesitancy. *MedRxiv*, 2021–05. doi: 10.1101/2021.05.15.21257261
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Freeman, D., Waite, F., Rosebrock, L., Petit, A., Causier, C., East, A., et al. (2020). Coronavirus conspiracy beliefs, mistrust, and compliance with government guidelines in England. *Psychological Medicine*, 52, 251–263. doi: 10.1017/S0033291720001890

- Freimuth, V. S., Musa, D., Hilyard, K., Quinn, S. C., & Kim, K. (2014). Trust during the early stages of the 2009 H1N1 pandemic. *Journal of Health Communication*, 19(3), 321–339. doi: 10.1080/10810730.2013.811323
- Fukuyama, F. (1996/2022). Trust: The social virtues and the creation of prosperity. Simon and Schuster. Magyarul: Fukuyama (2022). Bizalom. Európa.
- Ghaddar, A., Khandaqji, S., Awad, Z., & Kansoun, R. (2022). Conspiracy beliefs and vaccination intent for COVID-19 in an infodemic. *PLoS One*, 17(1), e0261559. doi: 10.1371/journal.pone.0261559
- Giubilini, A. (2021). Vaccination ethics. *British Medical Bulletin*, 137(1), 4–12. doi: 10.1093/bmb/ldaa036
- Gould, S. J. (1990). Health Consciousness and Health Behavior: The Application of a New Health Consciousness Scale. *American Journal of Preventive Medicine*, 6(4), 228–237. doi:10.1016/s0749-3797(18)31009-2
- Goodman, J., & Carmichael, F. (2020). Coronavirus: Bill Gates ‘microchip’conspiracy theory and other vaccine claims fact-checked. BBC News, 30.
- Hajian, S., & Rostami, M. (2023). Challenges of COVID-19 Vaccine Booster Dose Hesitancy in Iran. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*, 27(1). doi: 10.5812/jkums-137412
- Heininger, U., Bachtiar, N. S., Bahri, P., Dana, A., Dodoo, A., Gidudu, J., & Dos Santos, E. M. (2012). The concept of vaccination failure. *Vaccine*, 30(7), 1265–1268. doi: 10.1016/j.vaccine.2011.12.048
- Hodgson, S. H., Mansatta, K., Mallett, G., Harris, V., Emary, K. R., & Pollard, A. J. (2021). What defines an efficacious COVID-19 vaccine? A review of the challenges assessing the clinical efficacy of vaccines against SARS-CoV-2. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(2), e26–e35. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30773-8
- Hornsey, M. J., Harris, E. A., & Fielding, K. S. (2018). The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychology*, 37, 307–315. doi: 10.1037/hea0000586
- Hossain, M. B., Alam, M. Z., Islam, M. S., Sultan, S., Faysal, M. M., Rima, S., ... & Mamun, A. A. (2021). Health belief model, theory of planned behavior, or psychological antecedents: what predicts COVID-19 vaccine hesitancy better among the Bangladeshi adults?. *Frontiers in Public Health*, 9, 711066. doi: 10.3389/fpubh.2021.711066
- Hu, L. T., & Bentler, P. M. (1999). Structural equation modeling: a multidisciplinary journal cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1–55. doi: 10.1080/10705519909540118
- Hudson, A., & Montelpare, W. J. (2021). Predictors of vaccine hesitancy: implications for COVID-19 public health messaging. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), 8054. doi: 10.3390/ijerph18158054
- Hwang, I. D. (2017). Which type of trust matters?: Interpersonal vs. institutional vs. political trust. Interpersonal vs. Institutional vs. Political Trust (May 15, 2017). *Bank of Korea WP*, 15.
- IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Islam, M. S., Kamal, A. H. M., Kabir, A., Southern, D. L., Khan, S. H., Hasan, S. M., ... & Seale, H. (2021). COVID-19 vaccine rumors and conspiracy theories: The need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence. *PLoS One*, 16(5), e0251605. doi: 10.1371/journal.pone.0251605

- Jacobson, R. M., Sauver, J. L. S., & Rutten, L. J. F. (2015). Vaccine hesitancy. In *Mayo Clinic Proceedings*, 90, 11, pp. 1562–1568. Elsevier. doi: 10.1016/j.mayocp.2015.09.006
- Jennings, W., Stoker, G., Bunting, H., Valgarðsson, V. O., Gaskell, J., Devine, D., ... & Mills, M. C. (2021). Lack of trust, conspiracy beliefs, and social media use predict COVID-19 vaccine hesitancy. *Vaccines*, 9(6), 593. doi: 10.3390/vaccines9060593
- Jensen, E. A., Pflieger, A., Herbig, L., Wagoner, B., Lorenz, L., & Watzlawik, M. (2021). What drives belief in vaccination conspiracy theories in Germany? *Frontiers in Communication*, 6, 678335. doi: 10.3389/fcomm.2021.678335
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). Guilford Press.
- Jolley, D., & Douglas, K. M. (2014). The Effects of Anti-Vaccine Conspiracy Theories on Vaccination Intentions. *PLoS One* 9:e89177. doi: 10.1371/journal.pone.0089177
- Kafadar, A. H., Tekeli, G. G., Jones, K. A., Stephan, B., & Dening, T. (2022). Determinants for COVID-19 vaccine hesitancy in the general population: a systematic review of reviews. *Journal of Public Health*, 1-17. doi: 10.1007/s10389-022-01753-9
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1(1), 78–85. doi:10.3390/rel1010078
- Koh, S. W. C., Tan, H. M., Lee, W. H., Mathews, J., & Young, D. (2022). COVID-19 vaccine booster hesitancy among healthcare workers: a retrospective observational study in Singapore. *Vaccines*, 10: 464. doi: 10.3390/vaccines10030464
- Kreps, S., Dasgupta, N., Brownstein, J. S., Hswen, Y., & Kriner, D. L. (2021). Public attitudes toward COVID-19 vaccination: The role of vaccine attributes, incentives, and misinformation. *npj Vaccines*, 6(1), 73. ; doi: 10.1038/s41541-021-00335-2
- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M., & Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine*, 32(19), 2150–2159. doi: 10.1016/j.vaccine.2014.01.081
- Lazarus, J. V., Wyka, K., White, T. M., Picchio, C. A., Gostin, L. O., Larson, H. J., ... & El-Mohandes, A. (2023). A survey of COVID-19 vaccine acceptance across 23 countries in 2022. *Nature Medicine*, 29(2), 366–375. doi: 10.1038/s41591-022-02185-4
- Limbu, Y. B., Gautam, R. K., & Pham, L. (2022). The health belief model applied to COVID-19 vaccine hesitancy: A systematic review. *Vaccines*, 10(6), 973. doi: 10.3390/vaccines10060973
- Lin, C., Bier, B., Tu, R., Paat, J. J., & Tu, P. (2023a). Vaccinated Yet Booster-Hesitant: Perspectives from Boosted, Non-Boosted, and Unvaccinated Individuals. *Vaccines*, 11(3), 550. doi: 10.3390/vaccines11030550
- Lin, C., Bier, B., Reed, A. M., Paat, J. J., & Tu, P. (2023b). Changes in Confidence, Feelings, and Perceived Necessity Concerning COVID-19 Booster. *Vaccines*, 11(7), 1244. doi: 10.3390/vaccines11071244
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
- MacDonald, N. E. (2015). Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4164. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036

- MacDonald, N. E., & Dubé, E. (2015). Unpacking vaccine hesitancy among healthcare providers. *EBioMedicine*, 2(8), 792–793. doi: 10.1016/j.ebiom.2015.06.028
- Malesza, M., & Wittmann, E. (2021). Acceptance and intake of COVID-19 vaccines among older Germans. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7), 1388. doi: 10.3390/jcm10071388
- Mancosu, M., Vassallo, S., & Vezzoni, C. (2017). Believing in conspiracy theories: Evidence from an exploratory analysis of Italian survey data. *South European Society and Politics*, 22(3), 327–344. doi: 10.1080/13608746.2017.1359894
- Mari, S., Gil de Zuniga, H., Suerdem, A., Hanke, K., Brown, G., Vilar, R., ... & Bilewicz, M. (2022). Conspiracy theories and institutional trust: examining the role of uncertainty avoidance and active social media use. *Political Psychology*, 43(2), 277–296. doi: 10.1111/pops.12754
- Martin, L. R., & Petrie, K. J. (2017). Understanding the dimensions of anti-vaccination attitudes: The vaccination attitudes examination (VAX) scale. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(5), 652–660. doi: 10.1007/s12160-017-9888-y
- Mathieu, E., Ritchie, H., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., ... & Roser, M. (2023). Coronavirus pandemic (COVID-19). Our world in data. Published online at OurWorldInData.org. Forrás: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Letöltve: 2023. 06. 23.
- Mészáros, V., Kövi, Zs., Mirnics, Zs., Karai, V., Ádám, Sz., Kovács, D., Tanyi, Zs., Szili, I., Vass, Z., Smohai, M., Patrik-Pirk, Zs., Rózsa, S. (2021). Összeesküvés-elméletek és koronavírussal tagadás a demográfiai és pszichés tényezők tükrében. *Szociálpolitikai Szemle*, 7, 2, 80–99.
- Norhayati, M. N., Che Yusof, R., & Azman, Y. M. (2022). Systematic review and meta-analysis of COVID-19 vaccination acceptance. *Frontiers in Medicine*, 8, 783982. doi: 10.3389/fmed.2021.783982
- Paterson, P., Meurice, F., Stanberry, L. R., Glismann, S., Rosenthal, S. L., & Larson, H. J. (2016). Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine*, 34(52), 6700–6706. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.10.042
- Pummerer, L., Böhm, R., Lilleholt, L., Winter, K., Zettler, I., & Sassenberg, K. (2022). Conspiracy theories and their societal effects during the COVID-19 pandemic. *Social Psychological and Personality Science*, 13(1), 49–59. doi: 10.1177/19485506211000217
- Paul, E., & Fancourt, D. (2022). Predictors of uncertainty and unwillingness to receive the COVID-19 booster vaccine: An observational study of 22,139 fully vaccinated adults in the UK. *The Lancet Regional Health–Europe*, 14. doi: 10.1016/j.lanepe.2022.100317
- Paul, E., Steptoe, A., & Fancourt, D. (2021). Attitudes towards vaccines and intention to vaccinate against COVID-19: Implications for public health communications. *The Lancet Regional Health–Europe*. doi: 10.1016/j.lanepe.2020.100012
- Pierre, J. M. (2020). Mistrust and misinformation: A two-component, socio-epistemic model of belief in conspiracy theories. *Journal of Social and Political Psychology*, 8(2), 617–641. doi: 10.5964/jssp.v8i2.1362
- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. doi: 10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Rosenstock, I. M. (1982). The health belief model and nutrition education. *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 43(3), 184–192.
- Rosenthal, S., & Cummings, C. L. (2021). Influence of rapid COVID-19 vaccine development on vaccine hesitancy. *Vaccine*, 39, 7625–7632. doi: 10.1016/j.vaccine.2021.11.014

- Rózsa, S. Tárnok, Zs. Nagy, P. (2020). *A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák*. EFOP Kiadvány, Budapest, 56-61. [efop-d.aEEK.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK\\_tesztkonyv.pdf](http://efop-d.aEEK.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK_tesztkonyv.pdf)
- Sallam, M. (2021). COVID-19 vaccine hesitancy worldwide: a concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines*, 9(2), 160. doi: 10.3390/vaccines9020160
- Sallam, M., Dababseh, D., Eid, H., Al-Mahzoum, K., Al-Haidar, A., Taim, D., ... & Mahafzah, A. (2021). High rates of COVID-19 vaccine hesitancy and its association with conspiracy beliefs: a study in Jordan and Kuwait among other Arab countries. *Vaccines*, 9(1), 42. doi: 10.3390/vaccines9010042
- Shakeel, C. S., Mujeeb, A. A., Mirza, M. S., Chaudhry, B., & Khan, S. J. (2022). Global COVID-19 vaccine acceptance: a systematic review of associated social and behavioral factors. *Vaccines*, 10(1), 110. doi: 10.3390/vaccines10010110
- Shapiro, G. K., Holding, A., Perez, S., Amsel, R., & Rosberger, Z. (2016). Validation of the vaccine conspiracy beliefs scale. *Papillomavirus Research*, 2, 167–172. doi: 10.1016/j.pvr.2016.09.001
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model. *BMC Public Health*, 21(1), 1–13. doi: 10.1101/2020.12.20.20248587
- Soares, P., Rocha, J. V., Moniz, M., Gama, A., Lares, P. A., Pedro, A. R., ... & Nunes, C. (2021). Factors associated with COVID-19 vaccine hesitancy. *Vaccines*, 9(3), 300. doi: 10.3390/vaccines9030300
- Steiger, J.H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 173–180. doi: 10.1207/s15327906mbr2502\_4
- Szirmai, É. (2021). Rémhírek és konteók pandémia idején – Ugyanattól félünk-e az egész világon? *Közösségi Kapcsolódások*, 1–2, 160–174. doi: 10.14232/kapocs.2021.1-2.160-174
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2019). *Using Multivariate Statistics* (7th ed.). Pearson.
- Tanaka, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of fit in structural equations models. In K. A. Bollen, J. S. Long (Ed), *Testing structural equation models*. (pp 10–39). Newbury Park, CA: Sage.
- Troiano, G., & Nardi, A. (2021). Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public health*, 194, 245–251. doi: 10.1016/j.puhe.2021.02.025
- Tucker, L. R., & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38(1), 1–10. doi: 10.1007/BF02291170
- Van Prooijen, J. W., & Jostmann, N. B. (2013). Belief in conspiracy theories: The influence of uncertainty and perceived morality. *European Journal of Social Psychology*, 43(1), 109–115. doi: 10.1002/ejsp.1922
- Wang, Q., Yang, L., Jin, H., & Lin, L. (2021). Vaccination against COVID-19: A systematic review and meta-analysis of acceptability and its predictors. *Preventive Medicine*, 150, 106694. doi: 10.1016/j.ypmed.2021.106694
- West, S.G., Wu, W., McNeish, D., & Savord, A. (2023). Model Fit in Structural Equation Modeling. In R.H. Hoyle, *Handbook of structural equation modeling*, second edition (pp. 185–205). New York, NY: Guilford.
- Wismans, A., Thurik, R., Baptista, R., Dejardin, M., Janssen, F., & Franken, I. (2021). Psychological characteristics and the mediating role of the 5C Model in explaining students' COVID-19 vaccination intention. *PloS One*, 16(8), e0255382. doi: 10.1371/journal.pone.0255382

- Wood, M. J., Douglas, K. M., & Sutton, R. M. (2012). Dead and Alive: Beliefs in Contradictory Conspiracy Theories. *Social Psychological and Personality Science*, 3(6), 767–773. doi: 10.1177/194855061143
- Yang, Z., Luo, X., & Jia, H. (2021). Is it all a conspiracy? Conspiracy theories and people's attitude to COVID-19 vaccination. *Vaccines*, 9(10), 1051. doi: 10.3390/vaccines9101051
- Zannettou, S., Sirivianos, M., Blackburn, J., & Kourtellis, N. (2019). The web of false information: Rumors, fake news, hoaxes, clickbait, and various other shenanigans. *Journal of Data and Information Quality (JDIQ)*, 11(3), 1–37. doi: 10.1145/3309699

# ÖSSZEESKÜVÉS-ELMÉLETEKBEN VALÓ HIT, KORAI MALADAPTÍV SÉMÁK ÉS SZEMÉLYISÉGJELLEMZŐK

MIRNICS Zsuzsanna<sup>1</sup>, NAGY Virág<sup>2</sup>, SZILÁGYI Tünde<sup>2</sup>, RÓZSA Sándor<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Károli Gáspár Református Egyetem BTK, Pszichológiai Intézet,  
Személyiség-és Egészségpszichológiai Tanszék

<sup>2</sup>Károli Gáspár Református Egyetem BTK, Pszichológiai Intézet, hallgató  
Levelező szerző: Minics Zsuzsanna: [mirnics.zsuzsanna@kre.hu](mailto:mirnics.zsuzsanna@kre.hu)

## Absztrakt

Vizsgálatunk célja a konspirációs hiedelmek és a korai maladaptív sémák közti kapcsolat feltárása volt a COVID-19 világjárvány időszakában. A vizsgálati mintát 1290 nő és 915 férfi online teszt kitöltése alkotta, amit a Károli Gáspár Református Egyetem „Életünk a koronavírus-járvány idején” című kutatásának adatbázisából merítettük. A konspiratív hiedelmek mérőeszközét Brotherton és munkatársai (2013) alapján, ehhez kapcsolódó elővizsgálatok nyomán állítottuk össze. A korai maladaptív sémák rövid mérőeszköze mellett a Big Five személyiségdimenziók mérésére a BFI-10 személyiségkérdőívet, a lelki közérzet vizsgálatára pedig a PHS-WB Jólét Skálát és a DASS-21 kérdőívet vettük fel. Eredményeink szerint gyenge, de szignifikáns kapcsolat volt a korai maladaptív sémák és az összeesküvés hiedelmek között. A Big Five személyiségjegyek szintén enyhe, de szignifikáns bejósoló változóként jelentek meg statisztikai számításainkban, a Nyitottság dimenzió esetében a várttal ellentétes irányban. Az összeesküvésekben való hit fontos prediktorának mutatkozott az iskolai végzettség. Adataink arra engednek következtetni, hogy pszichés betegség által nem érintett személyek mintáján a korai maladaptív sémák kis mértékben függenek össze az összeesküvés hiedelmekkel. A korai maladaptív sémákra jellemző kognitív torzítások ilyformán nem teljesen felelnek meg az összeesküvés hiedelmek által implikált kognitív torzításoknak. Eredményeink felvetik egyúttal, hogy azok a személyiségjegyek, amelyek az összeesküvés hiedelmeknek nagyobb teret adnak (pl. szkizotípiá) csak enyhébb mértékben vannak jelen egy normál mintánál. A Nyitottság személyiségdimenzió az általunk használt mérőeszközben a pszichés rugalmasság mutatója lehet, kevésbé utalhat a nem konvencionális hiedelmekre.

**Kulcsszavak:** COVID-19 ■ összeesküvés-elmélet ■ korai maladaptív sémák ■ személyiségjellemzők

## Abstract

The aim of our study was to explore the relationship between conspiracy beliefs and early maladaptive schemas during the COVID-19 pandemic. The study sample consisted of online test completion by 1290 women and 915 men, drawn from the database of the Károli Gáspár Reformed University of the Reformed Church, „Our lives during the coronavirus pandemic”. The measurement instrument of conspiratorial beliefs was based on Brotherton et al. (2013), following related pretesting. In addition to a brief measure of early maladaptive schemas, we used the BFI-10 personality questionnaire to measure the Big Five personality traits, and the PHS-WB Well-Being Scale and the DASS-21 questionnaire

to assess psychological well-being. Our results showed a weak but significant association between early maladaptive schemas and conspiracy beliefs. The Big Five personality traits also appeared as a weak but significant predictor in our statistical analyses, in the opposite direction to what was expected for the Openness dimension. Educational attainment was found to be an important predictor of belief in conspiracies. Our data suggest that in a sample of individuals unaffected by mental illness, early maladaptive schemas are weakly associated with conspiracy beliefs. Cognitive biases associated with early maladaptive schemas thus do not fully correspond to the cognitive biases implied by conspiracy beliefs. At the same time, our results suggest that personality traits that give conspiracy beliefs greater scope (e.g., schizotypy) are only present to a lesser extent in a normal sample. The Openness personality dimension in the questionnaire we used may be an indicator of psychological resilience, less indicative of unconventional beliefs.

---

**Keywords:** COVID-19 ■ conspiracy theory ■ early maladaptive schemas ■ personality traits

---

## ELMÉLETI HÁTTÉR

Az összeesküvés-elméletek jelentős társadalmi és politikai események és körülmények magyarázati kísérletei, amelyek két vagy több befolyásos szereplő titkos összeesküvését feltételezik (Byford, 2011). E témában csak az elmúlt években - kb. 2007 óta - született gazdag publikációs anyag. A kutatók (Pierre, 2020, Klein és mtsai, 2019, Brotherton és mtsai, 2013) felvetették, hogy az összeesküvés-elméletekben való hit mögött egyfajta sajátos mélystruktúra, „mindset” húzódhat meg, amelynek elemei zárt hálózatban „tapadnak össze” (Goertzel, 1994). Egy monologikus hitrendszerben több egymásnak logikailag ellentmondó elem, gondolat megfér (Mancosu és mtsai., 2017a; Stojanov & Halberstadt, 2019), az egyik összeesküvésbe vetett hiedelem pedig előrevetítheti egy másik, hasonló teória elfogadását (Mancosu és mtsai., 2017b; Stojanov & Halberstadt, 2019).

A konspirációs teóriákban („konteókban”) való hit egyik legerősebb motiváló faktora az élet értelmességének keresése, ehhez azonban egyes személyeknek hiányosak a kognitív eszközei, például gyenge a logikus, racionális gondolkodásuk (Ballová Mikušková, 2018). Az élet értelmére való rátalálást az is hátráltatja, ha adott egyén mások szándékainak helyes detektálásában gyengén teljesít (Douglas és mtsai., 2016). Az összeesküvésekben való hitet fenntartó tényezők közt azonosították az értelmezési keret és a biztonság igényét, valamint az egzisztenciális szükségleteket. A konteókban való hit megvédhet az észlelt vagy valós társadalmi veszélyektől (Federico és mtsai., 2018), erőteljesebben van jelen olyankor, amikor a társadalmi folyamatok nem egyértelműek, például társadalmi krízishelyzetekben (Bruder és mtsai., 2013a) a hatékonyság visszaszerzésének és a tehetetlenségtől való megszabadulásnak az eszköze (Pratt, 2003). Az összeesküvés elméletekben való hit népszerűbb az alulértékelt, hátrányos helyzetű és fenyegetett csoportokban (Uscinski & Parent, 2014), amelyek az

énképüket mások lejáratásával próbálhatják validálni. Az összefüggés fordított irányban is fennáll, a konspiratív gondolkodás fokozhatja a csoportokon belüli ellenségeskedést és előítéletességet, a más csoportok diszkriminálását (Mandalaywala és mtsai., 2020; Tabri és mtsai., 2020) a fegyverkezést és az erőszakot (Imhoff & Lamberty, 2017).

Pierre (2020) a konspirációs gondolkodást átfogó, kétkomponensű, szocio-episztemikus modellbe helyezi, együttesen törekedve magyarázni a konteó-hitre való fogékonyt és a konteók elfogadását. A modelljében szereplő első komponens az episztemikus bizalmatlanság, azaz a társadalmi-kulturális kontextusban mérvadó információkban, információforrásokban vagy intézmények álláspontjában való kételkedés, ideértve az egyes kormányok vagy politikai pártok, tudományos szervezetek és vállalatok üzeneteit. Az episztemikus bizalmatlanság különböző vetületei az általános szkepticizmus (Sperber és mtsai., 2010), a gyanakvás, a szubklinikai paranoid gondolkodás, az episztemológiai nihilizmus (Darwin és mtsai., 2011a; Imhoff & Lamberty, 2017; van Prooijen, 2020). A Pierre által azonosított másik tényező az információfeldolgozás már említett deficitje, amely valójában a félretájékoztatás elfogadását és a konszenzuális információval szemben álló narratívák keresését fedi. Számos vizsgálat támasztja alá a kapcsolatot az összeesküvés elméletekben való hit, a kognitív torzítások, az illuzórikus mintaérzékelés, a túlzott mértékű szándéktulajdonítás, a téveszmékre való hajlam, az értelmetlenség elfogadására való fogékonyt és a gyenge analitikus gondolkodás között (Bronstein és mtsai., 2019; Pennycook & Rand, 2021; van Prooijen, 2020). A gyakorlatban mindez azt jelenti, hogy az érintettek egy adott témáról valószínűleg nagyon kevés dolgot tudnak, és amit tudnak, az is helytelen (Sunstein & Vermeule, 2008). Pierre szerint tehát az összeesküvés elméletek a tekintély iránti bizalmatlanságból fakadó ellennarratívák a konszenzuális információval szemben (Harambam & Aupers, 2015).

A konspiratív gondolkodás és az egyes személyiségjegyek kapcsolatát tekintve, a Big Five Nyitottság faktorával pozitív irányú összefüggést találtak, de kisebb számú vizsgálatban ellenkező tendencia is megfigyelhető volt (Goreis & Voracek, 2019, Swami és mtsai., 2010, 2013). A kutatók egy része szerint ez a személyiségdimenzió gazdag fantáziatevékenységgel jár, ami akár fogékonyabbá is tehet a szokatlan hiedelmek kritika nélküli elfogadására (Goreis & Voracek, 2019). A Barátságossággal negatív irányú összefüggést mutattak ki, hiszen e vonás alacsony szintje általában bizalmatlanságra utal (Bruder és mtsai., 2013; Galliford & Furnham, 2017). Az Extraverzió faktor és a konspiratív gondolkodás közt egyes szakemberek nem találtak kapcsolatot (Goreis & Voracek, 2019), míg más esetekben pozitív irányú összefüggés mutatkozott (Cichocka és mtsai., 2022). Az extravertált személyek fokozott társas igényük miatt valószínűleg fogékonyabbak arra, hogy társas helyzetekben manipuláció áldozatává váljanak, vagy szokatlan vélekedésekkel találkozzanak. Dominancia szükségletük következtében nehezebben viselik el a vereség, veszteség érzését, így hát védekezés-

ként konspiratív hiedelmekhez folyamodhatnak. A Neuroticizmus Big Five dimenzió magas értéke szintén előrejelezheti a konteókban való hitet (Arnulf és mtsai., 2022; Cichocka és mtsai., 2022; Galliford & Furnham, 2017), ami azzal magyarázható, hogy az érzelmileg labilis személyek a stresszhelyzeteket hajlamosabbak nagyon fenyegetőként megélni. Több szerző is felveti, hogy személyiségzavar-jegyek és a pszichopatológia egyes indikátorai (pl. szkizotípia) erősebben összefüggnek a konspiratív gondolkodással, mint az egészséges személyek jellemzésére kidolgozott Big Five személyiségtaxonómia (Arnulf és mtsai., 2022; Furnham & Grover, 2022).

A COVID-19 világjárvány általános társadalmi fenyegetettség érzést hozott magával. A pandémia ilyenformán táptalajt kínált az összeesküvés elméletek számára (van Prooijen & van Vugt, 2018). A Pierre-féle modell értelmében egy kiemelt kockázatú helyzet keletkezett alacsony szintű informáltsággal, nagy fokú bizonytalansággal, és a bizalmatlanság kockázatával. A világjárvány okai és rizikói kapcsán hatalmas mennyiségű, de ellentmondásos információ látott napvilágot (például adott pillanatban nem volt egyértelmű a maszkhasználat előnye, a szükséges maszk típusa, az utcán vagy szabad levegőn való tartózkodás kockázata, vagy annak veszélytelensége). Ellentmondó információk birtokában a szorongás és általános bizonytalanság egyre csak nőtt, különösen az arra kiemelten érzékeny személyeknél (Alper és mtsai., 2021). A vizsgálatok tanulsága szerint a COVID-19-hez kapcsolódó összeesküvés-elméletekbe vetett hit a tudományos gondolkodás hiányával, gyengébb elemzési készségekkel, valamint szilárdan fenntartott téves hiedelmekkel járt együtt (Čavojová és mtsai., 2022; Fuhrer & Cova, 2020). A konteó hívők erőteljesen törekedtek csökkenteni a fenyegetettség érzésüket (Taylor, 2022), de a társadalom elfogadott információforrásaihoz távolságtartóan viszonyultak (van Mulukom és mtsai., 2020). Mindezek következtében leginkább a közösségi médiából, nem pedig megbízható tudományos forrásokból és kormányzati médiákból tájékozódtak, amitől a járványról alkotott reprezentációjuk fokozottan torzult.

A kognitív torzítások vonatkozásában a szakirodalom releváns fogalma a korai maladaptív sémák, melyek döntően gyermek- és serdülőkorban kialakuló önsorsrontó kognitív mintázatok. A korai maladaptív sémák egy vagy több, a kritikus fejlődési időszakokban kielégítetlenül maradt érzelmi alapszükségletből fakadnak. Szocializációja során minden egyén sajátos sémacsoportot alakít ki, minek következtében akár pszichés tünetei is keletkezhetnek (Young és mtsai., 2010). Az Elszakítotttság és elutasítotttság, valamint Károsodott autonómia sémataartományok szorongásos tünetekkel járnak együtt (Hawke és mtsai., 2013; Shorey és mtsai., 2015), ezeken belül pedig a Sérülékenységi-veszélyeztetettség és a Bizalmatlanság séma a pánik és PTSD diagnózissal (Cockram és mtsai., 2010; Dutra és mtsai., 2008; Hinrichsen és mtsai., 2007; Kwak & Lee, 2015; LaMotte és mtsai., 2016). Vizsgálatunk szempontjából különösen ez utóbbi két séma érdemel figyelmet. A Bizalmatlanság/Abúzus séma az Elszakítotttság és elutasí-

tottság sémataromány egyik legfontosabb egysége, az interperszonális kapcsolatokban megmutatkozó óvatos, gyanakvó viselkedésre való hajlamot fejezi ki. A Sérülékenység/Veszélyeztetettség séma a Károsodott autonómia sémataromány eleme; az e mintázat birtokában levő egyén úgy érzi, nem képes kontrollt gyakorolni a környezetében fenyegető stresszorokkal szembesülve (pl. akár egy világjárvány helyzetében) az élete vagy az aktuális helyzete felett. A két említett sémának meghatározó szerepe lehet a COVID-19 időszak eseményeinek egyéni értelmezésében. A Bizalmatlanság/Abúzus séma következtében az adott személy kételkedhet a hatósági intézkedések létjogosultságában és sikerességében, az oltság indokoltságában és a médiában közölt adatok valóságában. A Sérülékenység-veszélyeztetettség séma hatására az egyén a járványt katasztrófaként élheti meg, így extrém szorongást és stresszt tapasztalhat a kontrollvesztés érzésével küszködve. Feltételezhető, hogy e két séma az összeesküvés-elméletekben való hit kialakulásánál is releváns (Faustino és mtsai., 2022).

Saját vizsgálati kérdésünk elsősorban azt törekedett feltárni, hogy milyen kapcsolat van a korai maladaptív sémák és a konspiratív gondolkodás között. Young sémaelmélete (Young és mtsai., 2010) nyomán feltételezhető, hogy a korai maladaptív sémák kognitív torzításokkal járnak, akárcsak a konspiratív gondolkodás, ezért úgy véltük, a maladaptív sémák általános intenzitása és a konteó hit között valószínűleg pozitív irányú kapcsolat várható. Miután a konspiratív gondolkodás egyik fő komponense az epiztemikus bizalmatlanság (Pierre, 2020) az is feltételeztük, hogy a konteó hitnek a korai maladaptív sémák köréből különösen a Bizalmatlanság-abúzus sémával lesz összefüggése. Kiegészítésként törekedtünk azonosítani az egyes Big Five személyiségdimenziók és a konspiratív gondolkodás mértéke közti összefüggés jellegét. A korábban talált vizsgálati eredményeknek megfelelően (Goreis és Voracek, 2019) elsősorban a Neuroticizmus (Hollander, 2017), és a Nyitottság faktor esetében számítottunk szignifikáns eredményekre, mindkét esetben pozitív irányban.

## MÓDSZER

Kutatásunkhoz a KRE Pszichológiai Intézet Etikai Bizottságának hivatalos engedélyével rendelkezünk. Az adatfelvételt a KRE Pszichológiai Intézet hallgatói végezték 2021 augusztus-szeptemberében, akik az egységes módszertani eljárás érdekében kérdezőbiztosi tréningen vettek részt. A kvóta szerint választott vizsgálati személyek megkeresése a legtöbb esetben telefonon vagy interneten történt a járványidőszak körülményeire tekintettel. A tájékoztatás és a beleegyező nyomatvány kitöltését követően a kérdezőbiztos online vagy személyes segítséget nyújtott az online kérdőívcsomag minél teljesebb kitöltéséhez. Az adatfelvétel anonim módon történt, a vizsgálati személyek azonosítására egy-egy vizsza nem fejthető kód szolgált.

A vizsgálati mintát a Károli Gáspár Református Egyetem „Életünk a koronavírus-járvány idején” című kutatásának adatbázisa adta. A mintavétel hozzáférés alapú volt, megadott kvótákkal. A teljes minta ( $n = 2205$ ) nemre, életkorra, legmagasabb iskolai végzettségre nézve megközelítően reprezentatívnek mondható. A kitöltők 58,5%-a nő volt, a vizsgált személyek átlagéletkora 45,69 év ( $SD = 18,03$ ), a legfiatalabb 18 éves, a legidősebb 95 éves volt. A részletes szociodemográfiai jellemzőket az 1. táblázat tartalmazza. Az egyes korcsoportok a populáció összetételéhez mérten nem, kor, illetve végzettség szempontjából hozzávetőlegesen reprezentatív, a nők hozzávetőleges fölénnyével, valamint a középfokú végzettségűek túlsúlyával.

1. táblázat. Szociodemográfiai adatok

|                   |                                | n    | %    |
|-------------------|--------------------------------|------|------|
| <b>Nem</b>        | Férfi                          | 915  | 41,5 |
|                   | Nő                             | 1290 | 58,5 |
| <b>Életkor</b>    | 18-34                          | 698  | 31,7 |
|                   | 35-54                          | 804  | 36,5 |
|                   | 55-64                          | 287  | 13,0 |
|                   | 65-                            | 416  | 18,9 |
| <b>Végzettség</b> | 8 általános vagy kevesebb      | 254  | 11,5 |
|                   | szakmunkásképző                | 369  | 16,7 |
|                   | szakközépiskola vagy gimnázium | 833  | 37,8 |
|                   | főiskola vagy egyetem          | 749  | 34,0 |

### Mérőeszközök

Kutatásunkhoz komplex kérdőívsomagot használtunk online formában, a mérőeszközzel nyert adatoknak a jelen tanulmány csak egy részét dolgozza fel. A kérdőívsomag jelen vizsgálat esetében releváns részei a következők.

Összeesküvés-hiedelmek: A konspiratív hiedelmeket Brotherton, French és Pickering (2013) által összeállított *Measuring belief in conspiracy theories: the generic conspiracist beliefs scale* alapján állítottuk össze, úgy, hogy a felhasznált tételeket a koronavírus-járványra adaptáltuk. A kérdőív válaszlehetőségeit 5 fokozatú Likert-skálán értékelhették a kitöltők (1: egyáltalán nem jellemző – 5 teljesen jellemző). A 11 tételből két tétel fordított megfogalmazású. A skála (összeesküvéshit) az előzetes faktorelemzések alapján két további alskálára bontható: *konspirációhit* (5 tétel) és *vírustagadás* (4 tétel). A teljes skála belső

konzisztenciáját becsülő Cronbach-alfa mutató értéke 0,85, míg a konspirációhit alskáláié 0,83, a vírustagadásé pedig 0,85.

*Jóllét Skála* (PHS-WB). A mérőeszköz összesen 10 tételt tartalmaz, az Általános jóllét mellett (teljes skála) három alskálája van: *Mentális jóllét* (öt tétel), *Szociális jóllét* (két tétel), *Testi jóllét* (három tétel). A kérdőív öt- és tízfokozatú Likert-skálákat használ, három kérdéscsoportban. (Az 1-es érték az „Egyáltalán nem értek egyet”; „Soha”; „Nagyon elégedetlen vagyok” válaszokat jelenti. Az 5-ös érték a „Teljes mértékben egyet értek”; „Mindig”, a 10-es érték pedig a „Teljesen elégedett” válaszopciót jelenti.) Arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt 30 napban kb. hány napon érezte magát nagyon egészségesnek és energikusnak?” 0-tól 30-ig terjedő számjegyekkel válaszolhatnak a személyek. A teljes kérdőív Bann és munkatársai (2012) elemzése szerint jó reliabilitási mutatóval rendelkezett (Cronbach-alfa = 0,87).

*Depresszió, Szorongás és Stressz Skála* (DASS-21, (Lovibond & Lovibond, 1995). A kérdőívcsomag a 42 tételes DASS skála rövidített, 21 tételes változatát tartalmazza, amely megfelelő pszichometria mutatókkal rendelkezik (Henry & Crawford, 2005) A kérdőív valamennyi alskálája hét tételből áll, négyfokú Likert-skálán mér (1 = „Egyáltalán nem volt rám jellemző”; 4 = „Igen tekintélyes mértékben, vagy nagyon gyakran jellemző volt rám”). A DASS-21 a szerzők elemzése szerint megbízható mérőeszköznek bizonyult, a Cronbach-alfa mutatók a következők: 0,73 (Szorongás) és 0,81 (Depresszió és Stressz). Ami a mérőeszköz skáláinak konstruktum validitását illeti, a szerzők beszámolója szerint a DASS Szorongás Skálája magas együttjárást mutatott a Beck Szorongás Kérdőívvel (0,81), a DASS Depresszió Skálája pedig a Beck Depresszió Skálával (0,74). A kérdőívet az eredeti szerző közeli munkatársa, dr. Szabó Marianna fordította magyarra, irányításával kezdődött meg a DASS hazai adaptációja. Ennek keretében több mint ezer fős normatív minta adatait már feldolgozták. A mérőeszköz pszichometriai mutatói a hazai mintán is kiválóak (Cronbach-alfa = 0,89, Rózsa és mtsai., előkészületben).

*Ötfaktoros Személyiség Kérdőív* (BFI-10, Rammstedt, 2007). Az *Extraverzió*, *Barátságosság*, *Lelkiismeretesség*, *Érzelmi instabilitás (Neuroticizmus)*, *Nyitottság* egymástól független dimenzióit a 10 tételes mérőeszköz két-két tétellel méri. A válaszadás ötfokú Likert-skálán történik (1 = „Egyáltalán nem értek egyet” 5 = „Teljesen egyetértek”). A magasabb pontszám az adott személyiségvonás erősebb kifejeződését jelenti. A BFI-t számos nemzetközi kutatásban használták, annak jó reliabilitási, érvényességi mutatóit és faktorszerkezetét igazolva. Az elmúlt tíz év számos hazai kutatási adatbázisának egyesítésével 6000 fős minta áll rendelkezésre, amelynek elemzésével a nemzetközi kutatásokhoz hasonlóan megerősítették az ötfaktoros struktúrát, az egyes dimenziók belső konzisztencia mutatói jónak bizonyultak (Cronbach-alfa = 0,73 és 0,81 között, Rózsa és mtsai., 2020).

*Young-féle séma kérdőív* (YSQ, Young, 1999). A korai maladaptív sémákat a 244 tételes YSQ kérdőív jelen kutatás számra készült 16 tételes rövidítése hivatott mérni. A válaszadó személyeknek hatfokú Likert-skálán kellett válaszolniuk, hogy az állítások milyen mértékben igazak rájuk. A válaszok az 1 = „Egyáltalán nem jellemző” – től a 6 = „Teljes mértékbe igaz” -ig terjedtek. Az eredeti kérdőív jó reliabilitási mutatókkal rendelkezik (Rijkeboer, 2012). A reliabilitás adatok jelen minta esetében megfelelőnek mutatkoztak (Cronbach-alfa = 0,81).

*Szociodemográfiai adatok.* A kutatás során több alapvető demográfiai adatot rögzítettünk, köztük a nemet és az életkort, a legmagasabb iskolai végzettséget.

### *Alkalmazott statisztikai eljárások*

Első lépésként a skálák normalitását ellenőriztük, mivel ennek eredménye meghatározza a további statisztikai elemzések megválasztását. A normalitás ellenőrzése mellett a csoportonkénti szóráshomogenitás ellenőrzése is megtörtént, amely egyik esetben sem mutatott szignifikáns eredményt. A változók közötti együttjárásokat Pearson-féle korrelációs együtthatókkal jellemeztük a fenti kritériumok figyelembevételével. Mindazonáltal a Spearman-féle rangkorrelációval és a Kendall-féle tau-b mutató segítségével is ellenőriztük az eredményeket. Végül az egyes változók közötti kapcsolatrendszer feltérképezésére korrelációs statisztikákat számoltunk, majd lépésenkénti többszörös lineáris regresszioelemzéseket hajtottunk végre, hogy az összeesküvés-elméletek prediktorait azonosítsuk. A leíró statisztikai elemzéseket, a csoportok közötti összehasonlításokat, a változók közötti kapcsolatok elemzését az SPSS 25 (IBM Corp. 2017) programcsomagjával készítettük el.

## EREDMÉNYEK

### *Leíró statisztikák*

Elsőként a skálák ferdeségi és csúcsossági mutatóinak kiszámítása, valamint a normalitás ellenőrzése történt. A normalitás nem csak az egyes skálák, hanem az életkor esetében is sérült (ferdeség = 0,26, csúcsosság = - 0,89, Kolmogorov-Smirnov teszt = 0,06\*\*). Ez után az egyes skálák és alsóskálák megbízhatóságának vizsgálatához szükség volt a Cronbach-alfa mutatók kiszámítására, amelyek minden skála esetében elérték a legalább megfelelő értéket. A skálák mutatóit részletesen a 2. táblázat tartalmazza. Az item-maradék korrelációk szintén valamennyi esetben meghaladták az elvárt legalább 0,2-es értéket. A Cronbach-alfa mutatók és az item-maradék korrelációk a BFI-skálák esetében, nem kerültek kiszámításra, mert az skálánként csak két tételt tartalmaz,

de a mérőeszköz a nemzetközi és hazai kutatási eredmények szerint megbízható (John & Srivastava, 1999; Rammstedt & John, 2007; Rózsa és mtsai, 2020).

**2. táblázat.** A mérőeszközök leíró statisztikái, megbízhatósági mutatói, a normalitásvizsgálatok eredményei

| Mérő-eszköz  | Tételek száma | Átlag (SD)   | Item-mara-dék korrelációk | Cronbach-alfa | Ferdeség | Csúcsosság | Kolmogorov-Szmirnov teszt |
|--------------|---------------|--------------|---------------------------|---------------|----------|------------|---------------------------|
| Összeesküvés | 9             | 25,02 (6,42) | 0,27-0,59                 | 0,85          | 0,18     | -0,15      | 0,18**                    |
| PHS-WB Ált.  | 10            | 4,78 (0,66)  | 0,44-0,64                 | 0,80          | -0,60    | 0,40       | 0,06                      |
| DASS Dep     | 7             | 1,43 (0,55)  | 0,59-0,75                 | 0,89          | 1,83     | 3,60       | 0,21**                    |
| YSQ          | 16            | 35,80 (11,9) | 0,26-0,55                 | 0,81          | 0,62     | 0,60       | 0,64**                    |
| BFI Extr     | 2             | 7,37 (1,90)  |                           |               | -0,41    | .0,54      | 0,14**                    |
| BFI Bar      | 2             | 7,01 (1,46)  |                           |               | .0,33    | .0,10      | 0,14**                    |
| BFI Lelk     | 2             | 7,41 (1,65)  |                           |               | 0,23     | -0,48      | 0,13**                    |
| BFI Neur     | 2             | 5,81 (1,92)  |                           |               | 0,90     | -0,49      | 0,12**                    |
| BFI Nyit     | 2             | 7,03 (1,88)  |                           |               | -0,26    | -0,56      | 0,13**                    |

Megjegyzés: \*\*  $p < 0,01$ . PHS-WB Ált = PHS-WB kérdőív általános jóllét skála; DASS Dep = DASS depresszió kérdőív skála; YSQ = Korai maladaptív sémák kérdőív 16 tétele; BFI Extr = BFI-10 Extraverzió skála; BFI Bar = BFI-10 Barátságosság skála; BFI Lelk = BFI-10 Lelkiismeretesség skála; BFI Neur = BFI-10 Neuroticizmus skála; BFI Nyit = BFI-10 Nyitottság skála. Kolmogorov-Szmirnov. teszt = Kolmogorov-Szmirnov teszt.

### *A változók közötti kapcsolatok vizsgálata*

Bár az összeesküvés-hiedelmek szinte minden esetben szignifikáns összefüggéseket mutattak a személyiségjegyekkel, illetve a korai maladaptív sémákkal, a kapcsolati mutatók alacsonyak. Az összeesküvés-hiedelmek leginkább a Nyitottsággal és a Korai maladaptív sémák globális mutatójával függtek össze (3. táblázat).

A konteó-hit és az életkor közötti gyenge pozitív együttjárás mutatkozott [ $r(2203) = 0,05$ ,  $p = 0,026$ ]. Ami a legmagasabb iskolai végzettséget illeti, a varianciaanalízis szintén szignifikáns eredményt mutatott [ $F(3,2305) = 41,162$ ,  $p = 0,001$ ]. A post hoc elemzés alapján elmondható, hogy a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezők és a nyolc általánost vagy vannál kevesebbet végzetek között a szakmunkásképzőt végzetek között van szignifikáns különbség.

**3. táblázat.** A változók közötti korrelációk

|              | DASS | PHS-WB Á | YSQ     | BFI E   | BFI B   | BFI L   | BFI N   | BFI O   |
|--------------|------|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Összeesküvés | 0,04 | 0,05*    | 0,08**  | 0,07**  | -0,08** | 0,05*   | 0,04    | -0,10** |
| DASS         |      | -0,57**  | -0,59** | -0,26** | -0,26** | -0,27** | -0,43** | 0,09**  |
| PHS-WB Á     |      |          | 0,80**  | 0,52**  | 0,55**  | 0,34**  | 0,26**  | 0,03    |
| YSQ          |      |          |         | 0,82**  | 0,82**  | 0,35**  | 0,22**  | 0,11**  |

Megjegyzés: \*\*  $p < 0,01$ ; DASS = DASS skála összpontszám; PHS-WB Á. = PHS-WB kérdőív általános jóllét skála; YSQ = Korai maladaptív sémák kérdőív 16 tétele; BFI E. = BFI-10 Extraverzió skála; BFI B. = BFI-10 kérdőív Barátságosság skála; BFI L. = BFI-10 Lelkiismeretesség skála; BFI N. = BFI-10 kérdőív Neuroticizmus skála; BFI O. = BFI-10 kérdőív Nyitottság skála. Sötéttel az Összeesküvés-hiedelem és más változók közötti korrelációt kerültk kiemelése.

A következő elemzésünkben arra kerestük a választ, hogy mely tényezők jósolják be az összeesküvés-hiedelmeket. Ennek feltárására lépésenkénti lineáris regresszioelemzést alkalmaztunk, ahol a függő változó az összeesküvés-hiedelem volt, míg a prediktor változók az általános személyiségjellemzők (Big Five faktorok), a DASS 3 skálája (szorongás, depresszió és stressz), a Korai maladaptív sémák és a szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, legmagasabb iskolai végzettség). A 6 prediktor az összeesküvés-hiedelmek összvarianciájának csak kis hányadát, 6,8%-át magyarázza (4. táblázat).

**4. táblázat.** Lineáris regresszioelemzés az összeesküvés-hiedelmek bejósolására

| Szignifikáns prediktorok  | Standardizált béták |
|---------------------------|---------------------|
| Iskolai végzettség        | -0,166              |
| BFI Extraverzió           | 0,100               |
| BFI Barátságosság         | -0,080              |
| BFI Lelkiismeretesség     | 0,083               |
| BFI Nyitottság            | -0,061              |
| Korai maladaptív sémák    | 0,114               |
| Magyarázott variancia (%) | 6,80                |

A szignifikáns standardizált együtthatók alapján a legerősebb pozitív prediktoroknak a korai maladaptív sémák bizonyultak, a legerősebb negatív prediktor pedig az iskolai végzettség volt. Minél magasabb tehát a maladaptív séma kérdőíven elért pontszám, annál valószínűbb a konteókban való hit, míg ezzel szemben a magasabb iskolai végzettség egyfajta védő funkcióként értelmezhe-

tő. Fontos megjegyezni, hogy a személyiségjellemzők közül a Neuroticizmus kivételével minden általános személyiségvonás szignifikáns előrejelző volt.

**5. táblázat.** Az összeesküvés-hiedelmek és az egyes korai maladaptív sémákra vonatkozó tételek korrelációi

| Korai maladaptív sémák                            | Konspiráció összpontszám |
|---------------------------------------------------|--------------------------|
| 1. Elhagyatottság                                 | 0,032                    |
| 2. Bizalmatlanság/abúzus                          | 0,209**                  |
| 3. Érzelmi depriváció                             | 0,110**                  |
| 4. Szociális izoláció                             | 0,051*                   |
| 5. Csökkentértékűség/szegény                      | -0,060*                  |
| 6. Kudarcc                                        | -0,043*                  |
| 7. Dependencia/inkompetencia                      | -0,019                   |
| 8. Sérülékenység/veszélyeztetettség               | 0,04                     |
| 9. Összeolvadtság/éretlenség                      | 0,01                     |
| 10. Feljogosítottság                              | 0,142**                  |
| 11. Elégtelen önkontroll                          | 0,01                     |
| 12. Behódolás                                     | -0,01                    |
| 13. Büntető készenlét                             | 0,03                     |
| Elszakítotttság és elutasítotttság sémataartomány | 0,202**                  |

A konspiráció kérdőív összpontszáma enyhe szignifikáns kapcsolatban állt az Elszakítotttság és elutasítotttság sémataartománnyal. A konspiráció összpontszámmal a legerősebb – de mindazonáltal gyenge – szignifikáns kapcsolatban a Bizalmatlanság/Abúzus sémára vonatkozó tétel pontszáma volt. A konteó-hit más sémataartományokkal nem mutatott szignifikáns összefüggést (5. táblázat). A korrelációk ebben az esetben is gyengék.

## DISZKUSSZIÓ

Vizsgálatunk egyik fő célja a korai maladaptív sémák és az összeesküvés elméletekben való hitre való fogékonyság közti kapcsolat vizsgálata volt. A két változó közt szignifikáns, mindazonáltal igen gyenge összefüggést találtunk, ami – a szakirodalommal összhangban – arra utal, hogy a konspiratív gondolkodás vonatkozásában a korai maladaptív sémák csak enyhe rizikófaktornak tekinthetők. A Bizalmatlanság/Abúzus sémára vonatkozó tétellel jött ki legerősebb összefüggés, azzal is összhangban, hogy Darwin és munkatársai (2011) szerint

a paranoid gondolkodás, amely mások szándékának torzult észlelésével jár, főképponyá tehet a potenciális társadalmi veszélyek észlelésére (Freeman és mtsai., 2005; Gilbert és mtsai., 2005). Eredményünk ezáltal összhangban van a mentális rizikófaktorok és az összeesküvésekben való hit korábban már kimutatott kapcsolatával (Brotherton & Eser, 2015), megerősíti a Pierre-féle modellt, amelyben a bizalmatlanság a konspiratív gondolkodás egyik fontos tényezője (Pierre, 2020). A Sérülékenység/Veszélyeztetettség séma kapcsán viszont a várt összefüggés nem igazolódott annak ellenére, hogy a Young-féle modellben a társadalmi katasztrófák indokolatlan elővételezését ez a dimenzió jelzi. Véleményünk szerint utóbbinak módszertani oka lehet, miután saját rövidítésű kérdőívünk nem tartalmazza a Sérülékenység/Veszélyeztetettség dimenzió egyes komponenseit.

A korai maladaptív sémák és a konteó-hit között azonban összességében csak gyenge összefüggést találtunk, amiből arra következtethetünk, hogy bár mindkét konstruktumnál kognitív torzításokról van szó, ezek egy kicsit más jellegűek. A maladaptív sémákkal kapcsolatba hozható paranoid gondolkodás inkább egyéni fenyegetettségre, míg az összeesküvés-elméletekben való hit csoportoktól való elzárkózásra utal (Byford, 2011). A konteó-hívókra így inkább a dacos szembenállás és harciasság (extravertáltabb viszonyulás) a jellemző, míg a paranoid személyekre a belső világukba való visszahúzódás. További releváns eltérés, hogy a bizalmatlanság egy adott személynél specifikusan nyilvánul-e meg a konteók formájában, vagy általánosan van jelen. Végül, fontos kérdés az is, hogy a torzítás a társadalom irányában jelentkezik-e, mint a konspiratív gondolkodás esetében, vagy a személyes kapcsolatokat érinti, mint a korai maladaptív sémáknál (Stasielowicz, 2022) Ezek a fogalmi eltérések magyarázhatják, hogy miért nincs erősebb összefüggés a korai maladaptív sémák és a konteókban való hit között; nyilvánvalóvá teszik továbbá azt is, hogy a konspiratív gondolkodásnak miért éppen a Bizalmatlanság/Abúzus sémával van a legerősebb erősebb kapcsolata. A csoportok iránti bizalmatlanságot jelző konteó hit, és a személyekre vonatkozó bizalmatlanságot implikáló maladaptív sémáknak éppen a bizalmatlanság érzése lehet a közös pontja.

Kutatásunkban a Big Five személyiségjegyek és az összeesküvés hiedelmek közti korrelációk általánosan gyengék voltak. A konteókban való hittel pozitív irányban függött össze a Neuroticizmus mutató. A konspirációs hiedelmeket vallókat továbbá magasabb Extraverzió és Lelkiismeretesség érték jellemezte. Az extravertált egyének konteó hitét meghatározhatja, hogy szociálisan aktívak, kezdeményezők, kapcsolataikban dominánsak, a társadalmi folyamatok tekintetében is fokozott kontroll és dominancia igénytel rendelkeznek (Cichocka és mtsai., 2022), míg a magas Lelkiismeretesség értékű személyek szervezettek és rendezettek, ezáltal szintén erőteljes lehet a társadalmi folyamatok befolyásolására, vagy megértésére irányuló késztetésük (Cichocka és mtsai., 2022).

A Nyitottság személyiségjegy az előző vizsgálatok során pozitív kapcsolatot mutatott az intelligenciával és egyes kognitív stílusokkal (Deyoung és mtsai., 2012). Egyrészt, az irracionális hiedelmekkel szemben védő faktorként működhet, hiszen biztosíthatja a kritikus és rugalmas gondolkodás lehetőségét (Leman & Cinnirella, 2013). Másrészt, empirikus adatok támasztják alá, hogy pozitív kapcsolata is fennállhat a konspiratív gondolkodással (Oortwijn, 2020; Rizeq és mtsai., 2021), mivel meghatározhatja a szokatlan ötletek iránti érdeklődést (Swami és mtsai., 2010, 2013). A magas Nyitottság pontszámúak erőteljesen használják a képzeletüket, és kevésbé érdeklődnek a tudományok iránt, ami fogékonnyá teheti őket a szokatlan hiedelmekre, és a társadalom által adott keretekkel való szembenállásra (Goreis & Voracek, 2019; Oortwijn, 2020). Saját vizsgálatunkban a Nyitottság pozitív oldala mutatkozott meg, így magasabb értéke negatívan járt együtt a konteó hittel. A Nyitottság magas értékeivel rendelkező személyek ilyenformán mintánkban rugalmasabbak voltak, túl tudtak lépni az összeesküvésekben való hit túlságosan szűk keretrendszerén.

Az összeesküvésekben való hit egyik legerősebb negatív prediktorának az iskolai végzettség mutatkozott összhangban azzal a hétköznapi ténnyel, hogy a magasabb iskolai végzettség jobb kognitív készségeket tesz szükségessé, melyek viszont nélkülözhetetlenek az összeesküvés-elméletek valóságtartalmának ellenőrzésénél és az események alternatív magyarázatainak kizárása során. Az agyműködés nagyobb információfeldolgozási sebessége segít abban, hogy egy adott személy reális döntéseket hozzon, és mivel kevésbé terhelődjön túl az események, személyek és dátumok sorozatától (Ståhl & van Prooijen, 2018; Swami és mtsai., 2011). Adataink szerint különösen a felsőfokú iskolai végzettségre igaz, hogy védelmet nyújthat az összeesküvésekben való hit vonatkozásában.

Kutatásunk esetében a nem-klinikai minta limitációként értékelhető. Az általunk nyert statisztikai összefüggések többsége gyenge volt, amire magyarázat lehet, hogy kizárólag olyan személyekkel dolgoztunk, akik sem korábban, sem jelenleg nem rendelkeztek pszichiátriai diagnózissal. Korábbi szerzők (Furnham & Grover, 2022) felvetik, hogy konteókban való hit klinikai minták esetében erőteljesebb. Mintaválasztási kritériumaink által kizártuk azt a lehetőséget, hogy az összeesküvés-elméletekben való hit egyik erős prediktorával, a szkizotípia vonás magas értékeivel találkozunk (Barron és mtsai., 2014; Bruder és mtsai., 2013; Darwin és mtsai., 2011; Swami és mtsai., 2013). A szkizotípia az előzetes vizsgálatok szerint olyan vonások és viselkedésformák csoportját foglalja magában, mint a paranoia, különböző kognitív torzítások és hibák, szélsőséges esetben pedig a szkizofrénia tünetei (Camisa és mtsai., 2005). Magas szkizotípia érték esetén adott személy hajlamot mutat a paranoiára (Freeman és mtsai., 2005), továbbá a paranormális, mágikus és természetfeletti hiedelmekre (Bentall és mtsai., 1989), és a szándék, illetve okságtulajdonítással kapcsolatos hibákra (Fyfe és mtsai., 2008; Millon & Millon, 2004). Mintaválasztásunk azt is magya-

rázhatja, hogy miért állt a Nyitottság faktor negatív, és nem pedig a pozitív irányú kapcsolatban a konspiratív gondolkodással; felvethető ugyanis, hogy klinikai mintákon e vonásnak inkább a negatívuma, míg az egészséges személyeknél inkább a pozitív oldala mutatkozik meg: előbbi esetben az szokatlan hiedelmekre tehet fogékonyra, míg utóbbi esetben a rugalmas gondolkodást támogatja. Természetesen ezt az általunk felvetett magyarázatot további vizsgálatokban szükséges tovább gondolni. Ezt kiegészítve, vizsgálatunk egyéb limitációinak sorában meg kell említenünk, hogy bár kérdőívcsomagunk összeállítása során maximális korrektségre törekedtünk, a korai maladaptív sémákra vonatkozó „saját rövidítésű” mérőeszközünk nem tekinthető alaposan kipróbáltként. Erre utal az az adatunk is, hogy a Sérülékenység/Veszélyeztetettség séma esetében a várt irányú összefüggést nem tapasztaltuk

Kutatásunkban összességében számos más szakirodalmi forrással összhangban levő, és egyúttal inspiráló eredményeket találtunk. Mint ismeretes, a személyiségvonások és a konteó hit kapcsolatára koherens elmélet még nem született, a konspiratív gondolkodás és a maladaptív sémák kapcsolatának tanulmányozása pedig még csak a kezdeténél jár. Úgy véljük, tanulmányunkkal egy újabb lépést tettünk a konspiratív gondolkodás jövőbeli átfogó teóriájának megszületése, vagy a meglevő konteó-magyarázó elméletek finomítása felé. Eredményeink továbbá megerősítik, hogy egy ilyen jövőbeli elgondolásnak eltérő feltételrendszert kell felállítania átlagszemélyekre és klinikai csoportokra vonatkozóan, mivel a konspiratív hiedelmek hátterében e két csoportnál különböző, és eltérő erősségű működések feltételezhetők.

## IRODALOM

- Alper, S., Bayrak, F., & Yilmaz, O. (2021). Psychological correlates of COVID-19 conspiracy beliefs and preventive measures: Evidence from Turkey. *Current Psychology*, 40(11), Art. 11. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00903-0>
- Arnulf, J. K., Robinson, C., & Furnham, A. (2022). Dispositional and ideological factor correlate of conspiracy thinking and beliefs. *PLOS ONE*, 17(10), e0273763. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273763>
- Ballová Mikušková, E. (2018). Conspiracy Beliefs of Future Teachers. *Current Psychology*, 37(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9561-4>
- Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., Zack, M. M., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(6), 1031–1043. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0002-9>
- Barron, D., Morgan, K., Towell, T., Altemeyer, B., & Swami, V. (2014). Associations between schizotypy and belief in conspiracist ideation. *Personality and Individual Differences*, 70, 156–159. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.06.040>

- Bentall, R. P., Claridge, G. S., & Slade, P. D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(4), 363–375. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1989.tb00840.x>
- Bronstein, M. V., Pennycook, G., Bear, A., Rand, D. G., & Cannon, T. D. (2019). Belief in fake news is associated with delusionality, dogmatism, religious fundamentalism, and reduced analytic thinking. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 8(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1037/h0101832>
- Brotherton, R., & Eser, S. (2015). Bored to fears: Boredom proneness, paranoia, and conspiracy theories. *Personality and Individual Differences*, 80, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.02.011>
- Brotherton, R., French, C., & Pickering, A. (2013). Measuring Belief in Conspiracy Theories: The Generic Conspiracist Beliefs Scale. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00279>
- Bruder, M., Haffke, P., Neave, N., Nouripannah, N., & Imhoff, R. (2013). Measuring Individual Differences in Generic Beliefs in Conspiracy Theories Across Cultures: Conspiracy Mentality Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00225>
- Byford, J. (2011). *Conspiracy theories: A critical introduction*. Palgrave Macmillan. <http://site.ebrary.com/id/10587460>
- Camisa, K. M., Bockbrader, M. A., Lysaker, P., Rae, L. L., Brenner, C. A., & O'Donnell, B. F. (2005). Personality traits in schizophrenia and related personality disorders. *Psychiatry Research*, 133(1), 23–33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.09.002>
- Čavojová, V., Šrol, J., & Ballová Mikušková, E. (2022). How scientific reasoning correlates with health-related beliefs and behaviors during the COVID-19 pandemic? *Journal of Health Psychology*, 27(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1177/1359105320962266>
- Cichocka, A., Marchlewska, M., & Biddlestone, M. (2022). Why do narcissists find conspiracy theories so appealing? *Current Opinion in Psychology*, 47, 101386. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101386>
- Cockram, D. M., Drummond, P. D., & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/cpp.690>
- Darwin, H., Neave, N., & Holmes, J. (2011). Belief in conspiracy theories. The role of paranormal belief, paranoid ideation and schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 50(8), Art. 8. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.02.027>
- Deyoung, C., Grazioplene, R., & Peterson, J. (2012). From madness to genius: The Openness/Intellect trait domain as a paradoxical simplex. *Journal of Research in Personality*, 46, 63–78. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2011.12.003>
- Douglas, K. M., Sutton, R. M., Callan, M. J., Dawtry, R. J., & Harvey, A. J. (2016). Someone is pulling the strings: Hypersensitive agency detection and belief in conspiracy theories. *Thinking & Reasoning*, 22(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1080/13546783.2015.1051586>
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31815fa4c1>
- Faustino, B., Vasco, A. B., Delgado, J., Farinha-Fernandes, A., & Guerreiro, J. C. (2022). Early maladaptive schemas and COVID-19 anxiety: The mediational role of mistrustfulness and

- vulnerability to harm and illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1002/cpp.2706>
- Federico, C. M., Williams, A. L., & Vitriol, J. A. (2018). The role of system identity threat in conspiracy theory endorsement. *European Journal of Social Psychology*, 48(7), Art. 7. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2495>
- Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.427>
- Fuhrer, J., & Cova, F. (2020). “Quick and dirty”: Intuitive cognitive style predicts trust in Didier Raoult and his hydroxychloroquine-based treatment against COVID-19 [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/ju62p>
- Furnham, A., & Grover, S. (2022). Do you have to be mad to believe in conspiracy theories? Personality disorders and conspiracy theories. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(7), 1454–1461. <https://doi.org/10.1177/00207640211031614>
- Fyfe, S., Williams, C., Mason, O., & Pickup, G. (2008). Apophenia, theory of mind and schizotypy: Perceiving meaning and intentionality in randomness. *Cortex*, 44(10), 1316–1325. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2007.07.009>
- Galliford, N., & Furnham, A. (2017). Individual difference factors and beliefs in medical and political conspiracy theories. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(5), 422–428. <https://doi.org/10.1111/sjop.12382>
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relation of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 124–133. <https://doi.org/10.1002/cpp.438>
- Goertzel, T. (1994). Belief in Conspiracy Theories. *Political Psychology*, 15(4), Art. 4. <https://doi.org/10.2307/3791630>
- Goreis, A., & Voracek, M. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Psychological Research on Conspiracy Beliefs: Field Characteristics, Measurement Instruments, and Associations With Personality Traits. *Frontiers in Psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00205>
- Harambam, J., & Aupers, S. (2015). Contesting epistemic authority: Conspiracy theories on the boundaries of science. *Public Understanding of Science*, 24(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1177/0963662514559891>
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., & Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 148(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.034>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Hinrichsen, H., Waller, G., & Dhokia, R. (2007). Core beliefs and social anxiety in the eating disorders. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 12(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1007/BF03327776>
- Imhoff, R., & Lamberty, P. K. (2017). Too special to be duped: Need for uniqueness motivates conspiracy beliefs: Need for uniqueness and conspiracies. *European Journal of Social Psychology*, 47(6), Art. 6. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2265>

- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five Trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102–138). Guilford Press.
- Klein, C., Clutton, P., & Dunn, A. G. (2019). Pathways to conspiracy: The social and linguistic precursors of involvement in Reddit's conspiracy theory forum. *PLOS ONE*, 14(11), Art. 11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225098>
- Kwak, K.-H., & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive–compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.015>
- LaMotte, A. D., Taft, C. T., & Weatherill, R. P. (2016). Mistrust of others as a mediator of the relationship between trauma exposure and use of partner aggression. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1037/tra0000157>
- Leman, P. J., & Cinnirella, M. (2013). Beliefs in conspiracy theories and the need for cognitive closure. *Frontiers in Psychology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00378>
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. (2nd. Ed.). Psychology Foundation.
- Mancosu, M., Vassallo, S., & Vezzoni, C. (2017). Believing in Conspiracy Theories: Evidence from an Exploratory Analysis of Italian Survey Data. *South European Society and Politics*, 22(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1080/13608746.2017.1359894>
- Mandalaywala, T. M., Tai, C., & Rhodes, M. (2020). Children's use of race and gender as cues to social status. *PLOS ONE*, 15(6), Art. 6. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234398>
- McHoskey, J. W. (1995). Case Closed? On the John F. Kennedy Assassination: Biased Assimilation of Evidence and Attitude Polarization. *Basic and Applied Social Psychology*, 17(3), Art. 3. [https://doi.org/10.1207/s15324834basp1703\\_7](https://doi.org/10.1207/s15324834basp1703_7)
- Millon, T., & Millon, T. (Szerk.). (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed). Wiley.
- Oortwijn, R. (2020). *How Openness to experience relates to Conspiracy mentality and Vaccine hesitancy*. <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=151204>
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2021). The Psychology of Fake News. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.02.007>
- Pierre, J. M. (2020). Mistrust and misinformation: A two-component, socio-epistemic model of belief in conspiracy theories. *Journal of Social and Political Psychology*, 8(2), Art. 2. <https://doi.org/10.5964/jspp.v8i2.1362>
- Pratt, R. (2003). Theorizing conspiracy. *Theory and Society*, 32(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1023/A:1023996501425>
- Rammstedt, B., John & O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41(1), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.02.001>
- Rijkeboer, M. (2012). Validation of the Young Schema Questionnaire. In M. van Vreeswijk, J. Broersen, & M. Nadort (Szerk.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy* (1. kiad., o. 531–539). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch40>
- Rizeq, J., Flora, D. B., & Toplak, M. E. (2021). An examination of the underlying dimensional structure of three domains of contaminated mindware: Paranormal beliefs, conspiracy beliefs, and anti-

- science attitudes. *Thinking & Reasoning*, 27(2), 187–211. <https://doi.org/10.1080/13546783.2020.1759688>
- Rózsa, S., Tárnok, Z., & Nagy, P. (2020). *A gyermekpszichiátriában alkalmazott kérdőívek, interjúk és tünetbecslő skálák*. [efop-d.aeek.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK\\_tesztkonyv.pdf](https://efop-d.aeek.hu/wp-content/uploads/articulate/AEEK_tesztkonyv.pdf)
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1050133>
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic Vigilance. *Mind & Language*, 25(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.2010.01394.x>
- Ståhl, T., & van Prooijen, J.-W. (2018). Epistemic rationality: Skepticism toward unfounded beliefs requires sufficient cognitive ability and motivation to be rational. *Personality and Individual Differences*, 122, 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.10.026>
- Stasielowicz, L. (2022). Who believes in conspiracy theories? A meta-analysis on personality correlates. *Journal of Research in Personality*, 98, 104229. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104229>
- Stojanov, A., & Halberstadt, J. (2019). The Conspiracy Mentality Scale: Distinguishing Between Irrational and Rational Suspicion. *Social Psychology*, 50(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1027/1864-9335/a000381>
- Sunstein, C. R., & Vermeule, A. (2008). Conspiracy Theories. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1084585>
- Swami, V., Chamorro-Premuzic, T., & Furnham, A. (2010). Unanswered questions: A preliminary investigation of personality and individual difference predictors of 9/11 conspiracist beliefs. *Applied Cognitive Psychology*, 24(6), Art. 6. <https://doi.org/10.1002/acp.1583>
- Swami, V., Coles, R., Stieger, S., Pietschnig, J., Furnham, A., Rehim, S., & Voracek, M. (2011). Conspiracist ideation in Britain and Austria: Evidence of a monological belief system and associations between individual psychological differences and real-world and fictitious conspiracy theories: Conspiracist ideation. *British Journal of Psychology*, 102(3), 443–463. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.2010.02004.x>
- Swami, V., Pietschnig, J., Tran, U. S., Nader, I. W., Stieger, S., & Voracek, M. (2013). Lunar Lies: The Impact of Informational Framing and Individual Differences in Shaping Conspiracist Beliefs About the Moon Landings: Conspiracy theories. *Applied Cognitive Psychology*, 27(1), 71–80. <https://doi.org/10.1002/acp.2873>
- Tabri, N., Hollingshead, S., & Wohl, M. J. A. (2020). *Framing COVID-19 as an Existential Threat Predicts Anxious Arousal and Prejudice towards Chinese People* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/mpbtr>
- Taylor, S. (2022). The Psychology of Pandemics. *Annual Review of Clinical Psychology*, 18(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-072720-020131>
- Uscinski, J. E., & Parent, J. M. (2014). *American conspiracy theories*. Oxford University Press.
- van Mulukom, V., Pummerer, L., Alper, S., Bai, H., Cavojoja, V., Farias, J. E. M., Kay, C. S., Lazarevic, L. B., Lobato, E. J. C., Marinthe, G., Pavela Banai, I., Šrol, J., & Zezelj, I. (2020). *Antecedents and consequences of COVID-19 conspiracy beliefs: A systematic review* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/u8yah>

- van Prooijen, J.-W. (2020). An Existential Threat Model of Conspiracy Theories. *European Psychologist*, 25(1), Art. 1. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000381>
- van Prooijen, J.-W., & van Vugt, M. (2018). Conspiracy Theories: Evolved Functions and Psychological Mechanisms. *Perspectives on Psychological Science*, 13(6), Art. 6. <https://doi.org/10.1177/1745691618774270>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed). Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2010). *Sématerápia*. VIKOTE.

# A TERÁPIÁS KAPCSOLAT MEGÉLÉSE AZ ONLINE ÉS SZEMÉLYES KONZULTÁCIÓK ÖSSZEHASONLÍTÁSÁNAK TÜKRÉBEN

JAKAB Laura<sup>1</sup>, SZABÓ-BARTHA Anett<sup>2</sup>

1 KRE Pszichológiai Intézet – hallgató

2 KRE Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

Levelező szerző: Szabó-Bartha Anett: bartha.anett@kre.hu

## Absztrakt

**Háttér és cél:** A COVID-19 járvány számos területen érintette a segítő szakmában dolgozó szakembereket, így megváltoztatta a terápiát folytató pszichológusok munkáját is. A személyes térben végzett gyógyító munka átkerült az online térbe, új kihívásokkal szembesítve ezáltal a szakembereket. Az új munkamóddhoz kapcsolódó érzelmi megélést vizsgáltuk a jelen kutatásban, különös tekintettel a terápiás kapcsolatra.

**Minta és módszer:** Feltáró kutatásunk során 24 fő legalább 2 éve kliensekkel dolgozó pszichológust kérdeztünk félig-strukturált interjú segítségével az online folytatott terápiás munkájukkal kapcsolatban. A mintában szereplő szakemberek 87%-a nő, 13%-a férfi, átlagéletkoruk 42 év (SD: 13,4; min: 24év, max: 64év), 83%-uk rendelkezik valamilyen szakképzettséggel, a szakmában eltöltött gyakorlati éveik száma átlagosan 16,3 év (SD: 12,9; min: 2 év, max: 40 év), míg az online folytatott munkavégzés időtartamának átlaga 32 hó (SD: 33,6; min: 8 hó, max: 120 hó). Az interjúk elemzése a Grounded Theory módszerrel történt.

**Eredmények:** A vizsgált interjúkban összesen 55 érzelmi tartalmat azonosítottunk, mely 2 fő-, és 6 kategóriába került besorolásra. A terápiás kapcsolatra vonatkozóan összesen négy tartalmi kategóriát különítettünk el. Ezek közül a legtöbb negatív érzelem a kapcsolat minőségéhez és a terápiás folyamat feletti kontroll kérdéséhez kapcsolódott, míg az elköteleződés és a terápiás szövetség kialakítása kapcsán változó érzelmi minőségek jelentek meg.

**Kulcsszavak:** online terápia ■ terápiás kapcsolat ■ Grounded Theory

## Abstract

**Background and aim:** The COVID-19 epidemic has affected professionals in the field of helping in many areas, changing the work of psychologists in therapy too. The therapeutic work in the face-to-face space has moved to the online space, confronting professionals with new challenges. The emotional experience associated with this new way of working was explored in the present research, with a particular focus on the therapeutic relationship.

**Sample and Methods:** In our exploratory research, 24 psychologists who had been working with clients for at least 2 years were interviewed using a semi-structured interview about their therapeutic work online. The sample was 87% female and 13% male, with an average age of 42 years (SD: 13.4; min: 24 years, max: 64 years), 83% with some kind of professional qualification, an average number of years of practice in the profession of 16.3 years (SD: 12.9; min: 2 years, max: 40 years), and an average duration of

work online of 32 months (SD: 33.6; min: 8 months, max: 120 months). The interviews were analysed using the Grounded Theory method.

*Results:* A total of 55 emotional contents were identified in the analysed interviews, classified into 2 main categories and 6 subcategories. For the therapeutic relationship, a total of four content categories were identified. Of these, most of the negative emotions were related to the quality of the relationship and the issue of control over the therapeutic process, while variable emotional qualities were found in relation to commitment and the formation of a therapeutic alliance.

---

**Keywords:** online therapy ▪ therapeutic relationship ▪ Grounded Theory

---

## BEVEZETŐ

E-terápia, távterápia, online terápia, web-alapú terápia, cyber-terápia, telepszichológia, internet-alapú terápia – számos névvel illetik a szakirodalomban és a hétköznapi szóhasználatban is azokat a segítő folyamatokat, melyek valamilyen telekommunikációs eszköz segítségével biztosítanak kapcsolatot a szakember<sup>1</sup> és a segítségre szoruló személy között.

Bár a segítő szakmában sokáig szkepticizmus övezte a nem személyes térben végzett beavatkozásokat, az elmúlt három évben a pandémia hatására az új technológiák egyre jobban beférkőztek a pszichoterápiás rendelők falai közé is, nem kis dilemmát okozva a terapeutáknak. Egyre több kutatás, metaanalízis, esetismertetés és gyakorlati tapasztalat megosztása kerül publikálásra annak sajátosságaival, hatékonyságával és legfőbb kérdéseivel kapcsolatban (pl. Barak és mtsai., 2008; Richards & Viganó, 2013; Aafjes-van Doorn és mtsai., 2021; Farkas & Kapitány-Fövényi, 2021). A jelenség nem újkeletű, már a 90-es évek elejétől megindultak az első próbálkozások az internet felhasználására a segítői területeken (Zainudin & Yusop, 2018). Eleinte úgynevezett chat szobákban történtek a konzultációk, viszonylag kevés vállalkozó kedvű szakember vezetésével, ám ez a folyamat pár éven belül jelentősen felgyorsult. A 90-es évek végére már megduplázódott azoknak a szakembereknek a száma, akik aktívan tartottak e-terápiát. Az internet-alapú segítségnek számos formája kezdett el terjedni, gondoljunk csak az interneten működő önszorgató csoportokra, az email-en zajló tanácsadásra, az információs weboldalakra, a videómegosztó oldalakon megjelenő ismeretterjesztő tartalmakra, hogy csak néhányat említsünk. Jelen cikkünkben elsősorban az audiovizuális formában zajló online konzultációkra fókuszálunk, azon belül is arra, hogyan viszonyulnak ehhez a munkamóddhoz a pszichológus szakemberek a face-to-face konzultációkkal összehasonlítva. Vizsgálatunk középpontjában főként a terápiás kapcsolatra vonatkozó szubjektív megéléseik álltak.

---

<sup>1</sup> A cikkben a segítő szakember és ennek szinonimáiként használt kifejezések alatt minden esetben olyan gyakorló pszichológusokat értünk, akik terápiát folytatnak kliensekkel.

## AZ ONLINE TERÁPIA FOGALMÁNAK MEGHATÁROZÁSA ÉS SAJÁTOSSÁGAI

Az online terápia fogalmának definiálására számos kutató tett kísérletet. Ezek közül a legáltalánosabban elterjedt Rochlen és munkatársainak (2004) definíciója, mely szerint online terápiának tekinthetünk bármely szakmai terápiás interakciót, amely az internet használatával kapcsolja össze a képzett mentális egészséggel foglalkozó szakembereket a kliensekkel. Ehhez nagyon hasonlóan Barak és Grohol (2011) az online tanácsadás és terápia fogalmát úgy határozta meg, mint egy mentális egészséget érintő beavatkozást a páciens vagy páciensek egy csoportja és a terapeuta között, a technológia, mint kommunikációs csatorna felhasználásával.

A legszélesebb körű definíció Mallen és Vogel (2005) nevéhez köthető, akik szerint az online terápia nem más, mint bármely olyan mentális és viselkedéses egészségügyi szolgáltatás nyújtása, amely magában foglalja a terápiát, konzultációt, vagy pszichoedukációt egy engedéllyel rendelkező szakember és a kliens között a modern technológia felhasználásával olyan telekommunikációs módokon keresztül, mint az audiohívás, az aszinkronos e-mail, a szinkronos chat vagy a videohívás. Számos csatorna bevonásával hozható létre tehát a távterápia, és ezen segítői folyamatoknak számos formája létezhet. Barak és munkatársai (2009) négy kategóriára osztották az internet alapú segítői beavatkozásokat, így (a) online tanácsadásra és terápiára, (b) web-alapú intervenciókra, (c) interneten működtetett terápiás szoftverekre, és (d) a személyes terápiát kiegészítő egyéb online tevékenységekre (pl. weboldalak használata, online házi feladat készítése).

Az online segítői munka formai és tartalmi sokszínűsége ellenére elmondható, hogy jelenleg még nincs a szakemberek körében egy egységesen kidolgozott és mindenki által elfogadott állásfoglalás, terminológia, illetve metodológia annak hatékony használatára vonatkozóan (Barak és mtsai., 2009). Ennek egyik oka, hogy bár az interneten megvalósuló segítői beavatkozások hatékonyságát egyre több módszer (kognitív viselkedésterápia<sup>2</sup>, pszichodinamikus terápia<sup>3</sup>, mindfulness alapú intervenciók<sup>4</sup>), és forma (egyéni terápia, pár- és családterápia<sup>5</sup>, csoportterápia<sup>6</sup>) esetében vizsgálják és igazolják, mégis egyfajta félelem és szkepticizmus övezi ezt a fajta segítői munkamódot. Az is tény, hogy annak előnyei és hátrányai tekintetében is számos egymásnak ellentmondó következtetésre jutottak az egyes kutatások (pl. Baker-Ray, 2011).

Az online segítség talán legeggyértelműbb előnye, hogy az internet lehetőséget biztosít arra, hogy szélesebb körben elérhetővé váljanak a mentális egészséget

<sup>2</sup> pl. Cujipers és mtsai., 2008; Warmerdam és mtsai., 2010; Ruwaard, 2012; Hedman és mtsai, 2013; Alaoui és mtsai, 2015; Karyotaki és mtsai., 2021

<sup>3</sup> pl. Machado, 2016; Ierardi és mtsai., 2022

<sup>4</sup> pl. Cavanagh és mtsai., 2013; Krusche és mtsai., 2012

<sup>5</sup> pl. Bischoff, 2004; Cicila és mtsai., 2014; Farero és mtsai., 2015

<sup>6</sup> pl. Weinberg, 2014; Weinberg, 2020b

érintő szolgáltatások, így azon személyek, csoportok számára is hozzáférhetővé válnak, akik korábban egyáltalán nem, vagy csak nehezen juthattak hozzá a megfelelő segítséghez (Postal és mtsai., 2007). Így nem jelent akadályt a földrajzi távolság, a lakóhely közelében elérhetetlen segítői szolgáltatás, a változó időbeosztás, a mozgáskorlátozottság, vagy éppen a stigmatizációtól való félelem, ami a terápiás folyamatban való részvételhez kapcsolódik, és amely sok embert visszatartott korábban a megfelelő szakmai segítség igénybevételétől (Rochlen és mtsai., 2004; Brenes és mtsai., 2011; Andersen & Svensson, 2013; Amichai-Hamburger és mtsai., 2014).

Annak hatásával kapcsolatban azonban, hogy a segítő szakember és a kliens ebben az esetben nem tartózkodik egy térben, és köztük a kapcsolatot egy technikai eszköz biztosítja, már megosztóak a kutatási eredmények. A teljességre törekvés nélkül néhány példát említve, vannak kutatások, melyek hátrányként említik az online térben zajló terápiás folyamatok során a nonverbális jelek, a gesztus, testbeszéd láthatóságának korlátozottságát, ún. test nélküli-leválasztott interakcióként (disembodied interaction) emlegetve azt (Weinberg, 2020a), mely hatással lehet egyrészt az áttételi-viszontáttételi folyamatok alakulására, másrészt nehezítheti az érzelmi kapcsolódás, az intimitás kialakulását, és számos félreértés forrásává válhat a kommunikáció során (Rochlen és mtsai., 2004; Amichai-Hamburger és mtsai., 2014; Baker & Ray, 2011; Lau és mtsai., 2013). Ugyanakkor arra vonatkozóan is születtek eredmények, hogy a metakommunikáció megváltozott észlelése nem befolyásolja a terápia hatékonyságát (Khan és mtsai., 2021), sőt bizonyos nonverbális jelek észlelhetősége élesebbé válik, így például az online munkamód azonnali, tiszta, jól érthető hangot közvetít, ezáltal közelebbinek tűnik a kliens a terapeuta számára, ami erősítheti a köztük lévő terápiás szövetséget (Scharff, 2013; Kingsley & Henning, 2015). Szintén ellentmondásosak a kutatási eredmények azzal kapcsolatban, mennyire segíti vagy éppen nehezíti az online tér a kliens önmagára irányuló reflexióját, a terapeuta felé történő megnyílását, vagy éppen a folyamat iránti elköteleződését. Bizonyos eredmények azt mutatják, hogy a térbeli távolság miatt a kliens kevésbé elkötelezetté válhat, könnyebb számára a közös munkából való kilépés (Amichai-Hamburger és mtsai., 2014), míg mások szerint az otthon biztonsága, és a távolság fokozhatja az őszinteséget, az önfeltárást, valamint az egyén a stigmatizáció hiánya és a gátlások oldódása, az ún. dezinhibíciós hatás következtében fokozottabb önreflexióra képes (Dowling & Rickwood, 2013; Stoll és mtsai., 2020; Alleman, 2002; Feijt, és mtsai., 2020), és erősödhet a folyamat iránti elköteleződése is (Valdagno és mtsai., 2014). Míg ezen kutatások az otthoni tér kliens számára nyújtott biztonság érzését emelik ki, ezzel egy időben nem tekinthetünk el az internetes tér biztonsági kockázataitól (Rochlen és mtsai., 2004), vagy éppen a kliens felelőségétől abban, hogy megteremtse a terápiás tér nyugodt, zavartalan feltételeit (Andersen & Svensson, 2013; Gamble és mtsai., 2015; Scharff, 2013). Az említett körülmények mind hátráltathatják a terápiás kapcsolat alakulásának folyamatát.

## A TERÁPIÁS KAPCSOLAT ALAKULÁSA AZ ONLINE TÉRBEN, ÉS ANNAK SZUBJEKTÍV MEGÉLÉSE

A szakemberek szkeptikussága az online térben végzett terápiás munkával szemben döntően éppen a terápiás kapcsolat kialakíthatóságához kötődő kételyekre épül (Cook & Doyle, 2002; Aafjes-van Doorn és mtsai., 2020). Számos szakértő úgy gondolja, hogy az e-terápia nem képes megteremteni azokat a kvalitásokat a személyes terápiához képest, melyek nagyban hozzájárulnak egy erős terápiás kapcsolat kialakításához (Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009). Ez főleg azokat a pszichológusokat érinti, akik a terápiás folyamatok legfőbb hatótényezőjének pont a terápiás kapcsolatot tekintik, míg az egyes módszerek specifikus hatótényezőit hangsúlyozó szakemberek úgy tűnik, elfogadóbbak ezen a téren (Rolnick, 2020). Ők elsősorban arra összpontosítanak, hogyan lehet adaptálni az alkalmazott terápiás módszertant ebbe az új térbe, munkamódba, anélkül, hogy az jelentősen befolyásolná a terapeuta és a páciens közötti kapcsolat alakulását (Rolnick, 2020).

A terápiát folytató szakemberek az online konzultációk egyik legfőbb problémájaként a csökkent látóteret és bizonyos metakommunikatív csatornák kisebb észlelhetőségét emelik ki, melyek jelentősen befolyásolhatják a terápiás szövetség alakulását (Bara és mtsai., 2008; Dowling & Rickwood, 2013). A terapeutaiban lévő ellenérzés sok esetben a technológia sajátosságaihoz kötődik, így az internetkapcsolat és az eszközök működésének megbízhatóságához, a digitális tér adatvédelmi-információkezelési biztonságához (Wells és mtsai., 2007), vagy éppen a technológiai jártasság kérdéseire (Barak és mtsai., 2008). A segítő szakemberek sokszor úgy érzélik, hogy a távterápia során nehezebbé válik a terápiás szövetség kialakítása, a megfelelő diagnosztikai munka elvégzése, továbbá nem nyújt megfelelő ellátást a magas kockázattal járó eseteknél, hiányoznak a felkészítő tréningek, képzések az online konzultációk elvégzéséhez, valamint a digitális tér sajátosságai miatt a titoktartás is problémát jelenthet (Hertlein & Earl, 2020).

A szakemberekben megfogalmazódó számos kétely ellenére a kutatási eredmények egy része megnyugtató eredményekkel szolgál a fenti kérdésekkel kapcsolatban. Cook és Doyle (2002) a terápiás szövetséget vizsgálták, azon belül is a rapport minőségét, alakulását, és azt találták, hogy annak megítélése nem különbözött jelentősen az online és a személyes terápiában részesülő kliensek esetében. Hasonló eredményekre jutottak további kutatások során (Barak & Grohol, 2011; Andersson, 2016, Khan és mtsai., 2021), továbbá bebizonyosodott az is, hogy az empatis, közeli terápiás kapcsolat ugyanúgy megteremthető és fenntartható az e-terápiákban, mint személyes helyzetben (Barak és mtsai., 2009; Barak & Grohol, 2011). Sőt, egy 2006-os kutatásban Knaevelsrud és Maercker arról számoltak be, hogy a terápiás szövetség erősebb is lehet az online terápiában, mint a szemtől szembeni helyzetekben.

Fontos azonban azt is kiemelni, hogy az online munkamód sajátosságai miatt az így kialakult terápiás kapcsolat más kvalitásokkal bír, mint a személyes jelenlét során (Barak és mtsai., 2009; Andersson, 2016). Ez a különbség egyrészt megragadható a rapport kialakításában, mely kulcsfontosságú a terápiás kapcsolat szempontjából (Radovancevic, 2013). Úgy tűnik, hogy a rapport megteremtése nehezebb az online terápia során, főleg, ha egy teljesen új terápia megkezdéséről beszélünk. Farkas és Kapitány-Fövény (2021) szerint ezekben az esetekben több időre van szükség a bizalom kialakulásához, valamint a terapeuta részéről is nagyobb figyelmet igényel a folyamat. Hozzáteszik ugyanakkor, hogy ez a különbség már kevésbé mutatkozik meg a meglévő segítő folyamat online munkamódra való átállása során. A kapcsolat minősége nem romlik a terápiás tér változásának következtében, sőt jó lehetőséget biztosít az utókezelésre és a kontrollra (Barak és mtsai., 2009; Barak & Grohol, 2011). A terápiás rapport mellett további különbség ragadható mega terápiás folyamatban megélt együttlét minőségében is. A személyes jelenlét során megélhető együttesség érzés az online térben megváltozik, ennek elnevezésére vezették be az ún. telejelenlét (telepresence) fogalmát. Ez a fogalom sűríti magába azt az együttesség élményt, amelyet a terapeuta és kliens a terápiás folyamatban megél, attól függetlenül, hogy fizikailag nem tartózkodnak ugyanabban a térben (Fink, 1999). Ez a megváltozott, más minőségű intimitás az online térben nemcsak egyéni, hanem akár a csoportterápiák során is létrejöhet, ezt nevezte Weinberg (2014) „e-intimitásnak” (E-intimacy). Véleménye szerint e során ebben a „testetlen” térben nem egy személytelen intimitás jön létre, csupán egy másfajta intimitással találkozhatunk a face-to-face helyzetekhez képest.

Online terápiában részt vevő klienseket vizsgálva a válaszokból az derült ki, hogy az ebben a térben folyó munkát pozitív élményként élték meg, sőt a szemtől szembeni terápiához képest bizonyos előnyökkel is felruházták azt. Amennyiben a kliensek a terapeuta attitűdjét pozitívnak ítélték meg, nem jelentett problémát a jó terápiás kapcsolat kialakulása, azaz ez utóbbi független volt a kommunikációs csatorna modalitásától (Cook & Doyle, 2002). Az online térben zajló folyamat előnyei között említették a kliensek a nagyobb szabadságot, erősebb kontroll érzést, amely bátorítóan hatott rájuk, illetve segítette őket az elköteleződésben (Wagh, 2017). Az online környezet kevésbé volt szorongáskeltő számukra, hiszen megszokott környezetünkben vehették igénybe a professzionális segítséget, és ez az ún. „online nyugtató hatás” (online calming effect) a gátlások csökkentése révén sikeresen előremozdította a kliensek önreflexióját (D’Arcy és mtsai., 2015).

Összességében elmondható, hogy az online térben végzett terápiáknak megvannak ugyanúgy az előnyei, mint a hátrányai. Az offline terápiákhoz képest időtakarékos, időben is rugalmasabb megoldást jelenthetnek, amelyek képesek a kliens és terapeuta közti nagy távolság és egyéb akadályok áthidalására. Az újabb generációk könnyebb elérésében is fontos szerepe lehet, hiszen a fia-

talabbak a technológia világában való jártasságuk miatt nagyobb eséllyel fordulnak ebben a térben professzionális segítségért, illetve a közeg ismerőssége nagyobb biztonságérzetet is jelenthet a számukra. A pozitívumok mellett azonban az online terápiák árnyoldalaival is szembesülhettünk. A terapeuta kisebb befolyással bír a kliens terápiás terének biztosítására, esetlegesen fellépő vizuális-audio problémák, internetkapcsolódási akadályok és egyéb technikai problémák nehezíthetik a terápiás kapcsolat kiépítését, a hiányzó metakommunikatív jelzések következtében pedig nehezítetté válhat a terapeuta számára a kliens állapotáról való információ szerzés, és az azzal való munka - hogy csak néhány szempontot emeljünk ki.

## KUTATÁS CÉLJA

Feltáró, keresztmetszeti kutatásunkban félig-strukturált interjúk segítségével kérdeztünk gyakorló pszichológusokat az online munkamódra való átálláshoz kapcsolódó tapasztalataikról. Elsősorban az online térben végzett terápiás munkához fűződő érzelmi tartalmakra voltunk kíváncsiak, illetve a terápiás kapcsolat megélésére az online és személyes konzultációk összehasonlításának tükrében. Minderre a Covid-19 okozta járvány- és karanténhelyzet teremtett lehetőséget. 2020 márciusában más országok korlátozó intézkedéseéhez hasonlóan hazánkban is rendelkeztek a segítő szakmák online munkavégzésének szükségességéről. Ennek következtében a pszichológus szakembereknek terápiáik szakaszától és módszereik alkalmazhatóságától függetlenül egyik napról a másikra az online térben kellett folytatniuk klienseikkel a megkezdett folyamataikat. Kutatásunkban a terápiás munkát folytató pszichológus szakemberek retrospektív, szubjektív nézőpontjából, az online terápiára történő átállás és alkalmazkodás időszakára vonatkoztatva vizsgáltuk a terápiás kapcsolat alakulását érintő érzelmi megélést.

Fő vizsgálati kérdéseink a következők voltak:

*Hogyan élték meg a szakemberek az online terápiára való átállást, milyen érzelmi tartalmak jelentek meg az online munkamóddal kapcsolatban az interjúk során? Melyek ezek közül a legjellemzőbbek? A kapott válaszokat érzelmi kategóriákba soroltuk be, és ezek gyakoriságát vizsgáltuk.*

*A kapott érzelmi kategóriák közül melyek jelennek meg a terápiás kapcsolat vonatkozásában?*

## ADATFELVÉTEL, MINTA

A keresztmetszeti kutatás<sup>7</sup> a Károli Gáspár Református Egyetem, Pszichológiai Intézetében indult 2020 októberében, ami azt jelenti, hogy a vizsgálatban részt vevő pszichológusok ekkora már legalább 7-10 hónapos tapasztalattal rendelkeztek az online munkavégzés terén. Az adatgyűjtés 2021 májusáig tartott, olyan szakemberek bevonásával, akik minimum befejezett MA képzéssel és legalább kétéves szakmai tapasztalattal rendelkeztek, valamint online is tartottak üléseket. A gyakorló szakembereket hozzáférhetőségi mintavétellel és hólabda-módszerrel kerestük fel. A huszonnégy fős mintába végül 21 nő és 3 férfi került. A megkérdezettek átlagéletkora 42 év, (SD=13,4), ahol a legfiatalabb megkérdezett az adatfelvételkor 26 éves, a legidősebb 64 éves volt. A pszichológusok szakképzettség szerinti megoszlását az 1. táblázat szemlélteti.

**1. táblázat.** Pszichológusok szakképzettség szerinti megoszlásának százalékos aránya a mintában

| Szakképzettségek            | Pszichológusok száma (fő) és megoszlásuk (%) |        |
|-----------------------------|----------------------------------------------|--------|
| Klinikai szakpszichológus   | 4                                            | (17%)  |
| Pszichoterapeuta            | 3                                            | (12%)  |
| Tanácsadó szakpszichológus  | 5                                            | (21%)  |
| Pedagógiai szakpszichológus | 4                                            | (17%)  |
| Szexuálpszichológus         | 2                                            | (8%)   |
| Neuropszichológus           | 1                                            | (4%)   |
| Sport szakpszichológus      | 1                                            | (4%)   |
| Nem végzett szakképzést     | 4                                            | (17%)  |
| Összesen                    | 24                                           | (100%) |

A gyakorlati tapasztalatokra vonatkozó adatokat a 2. táblázat foglalja össze.

<sup>7</sup> A kutatás etikai engedélyének száma: 62/2020/P/ET

**2. táblázat.** A pszichológusok tapasztalatai éveken és %-os arányban a mintában

| <b>Tapasztalatok (években)</b>    | <b>Pszichológusok száma (fő) és megoszlásuk (%)</b> |        |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|--------|
| Pályakezdők: 2-3 éves tapasztalat | 5                                                   | (21%)  |
| 3-10 év közötti tapasztalat       | 4                                                   | (17%)  |
| 10 és 20 év közötti tapasztalat   | 7                                                   | (29%)  |
| 20 és 30 év közötti tapasztalat   | 2                                                   | (8%)   |
| 30 évnél több tapasztalat         | 6                                                   | (25%)  |
| Összesen                          | 24                                                  | (100%) |

A szakmában eltöltött gyakorlati éveik száma átlagosan 16,3 év (SD: 12,9; min: 2 év, max: 40 év), míg az online folytatott munkavégzés időtartamának átlaga 32 hó (SD: 33,6; min: 8 hó, max: 120 hó). A pszichológusok közül kilencen (a minta 37,5%-a) már korábban is – a járványidőszak előtt – tartottak online konzultációt, tizenöt (62,5%) szakember azonban az aktuális krízishelyzetben sajátította el az új munkamódot. A szakemberek többségének munkája legalább 50%-ban az online térben zajlott a megkérdezés időpontjában, különböző online felületeken – Zoom, Microsoft Teams, Skype, illetve kisebb arányban a Hangouts és a Facebook Messenger – tartották az üléseket. A kutatás feltáró jellegét erősíti, hogy a pszichológusok az ország különböző részeiről kerültek a mintába, ezzel szélesebb körű rálátást kaphattunk az online terápiák során megélt érzelmi élményekről a heterogén praxisokban tapasztaltak alapján.

### MÉRŐESZKÖZÖK

Feltáró kutatásunkban a szociodemográfiai kérdések (nem, életkor, iskolai végzettség) után a szakképzettségre, módszerspecifikus képzésekre és a digitális eszközökkel kapcsolatos tapasztalatokra kérdeztünk rá. A félig-strukturált interjúkérdések három nagy téma köré csoportosultak. Az első nagy kérdéskör a terapeuta online munkavégzésének tapasztalataira vonatkozott: *„Hogyan élte meg a személyes konzultációról az online konzultációra való átállást?”*, majd a kliensekre gyakorolt hatásokra kérdeztünk rá: *„Tapasztalataik alapján milyen hatással volt az új munkamód a kliensekre?”* Ezután a terápia folyamatában, a terápiás kapcsolatban bekövetkezett változásokat feltáró kérdés-csoport következett: *„Tapasztalt-e változásokat az online munkamódra való átállás során, és ha igen, mik voltak ezek?”* Az interjúk időtartama átlagosan egy óra volt, a beszélgetések a vírushelyzet következtében online felületeken zajlottak, ami által magunk is megtapasztalhattuk az online tér különböző előnyeit, nehézségeit.

## ELEMZÉSI ELJÁRÁS

Az interjúk elemzéséhez az egyik legelterjedtebb kvalitatív tartalomelemzési technikát, a Grounded Theory (továbbiakban: GT) módszerét alkalmaztuk, amelynek lényege, hogy az általunk megfigyelt jelenségeket szisztematikusan elemezzük, majd ezekből a megfigyelésből fogalmazzuk meg elméletünket induktív és abduktív (absztrakciós) perspektívából (Glaser – Strauss, 1967 in Sallay-Martos, 2018). A módszer első lépéseként az interjúkat többszöri átolvasás után folyamatos vertikális és horizontális összehasonlításoknak vetettük alá, tartalmi hasonlóságok, különbségek felkutatása céljából. Elsőként az interjúkban megjelenő érzelmi tartalmak feljegyzésével kezdtük az elemzést, amelyeket ezután a hozzájuk kapcsolódó okok vizsgálatával együtt tanulmányoztunk tovább. A nyílt kódok kialakítása után, a kirajzolódó összefüggések, mintázatok mentén tengelykódokat, úgynevezett axiális kódokat alakítottunk ki, melyek már absztraktabb szinten reprezentálják a jelenségek variációit, lehetőséget adva további kategóriák kialakításához. Amikor már nem jelent meg új aspektus, a kódolási fázis utolsó lépcsőjéhez érve kialakítottuk a magasabb rendű fogalmi kategóriákat, az úgynevezett szelektív kódokat, melyek már végleges kategóriaként alakították a kutatás fókuszának alapkompontenseit. A kódolási folyamatot külön-külön végeztük el, majd ezután egyeztettük eredményeinket. A kérdéses kategorizálás tekintetében sikerült konszenzusra jutnunk, majd független kódolókat kértünk fel, akik szintén elvégezték a kategorizálást; az ő munkájuk segítségével tudtuk minimalizálni a szubjektivitást.

## EREDMÉNYEK

Az elemzés első részében az interjúkban megjelenő érzelmi tartalmak beazonosítása történt. Összesen 337 esetben jelentek meg ilyen tartalmak, melyekben 55 érzelem köré csoportosultak az ismétlődések kizárása után. Következő lépésben ezt az 55 érzelmét csoportosítottuk további kategóriákba és alkategóriákban, a fentebb ismertetett többlépcsős folyamat során külső kódolók bevonásával. A kategóriákba sorolás során fontos volt megnéznünk azt a kontextust, amelyben az adott érzelem megjelent, ugyanis az annak okaként megnevezett tartalom segített eldönteni, az adott érzelem mire vonatkozott, így milyen további kategóriába vagy alkategóriába sorolható. Ennek eredményeként két fő kategóriát tudtunk meghatározni: (I.) a terápiás munkafolyamat/körülmények témaköréhez, illetve (II.) a terapeuta saját működésmódjához kapcsolódó érzelmeket. A kategorizálás végső lépéseként a két kategórián belül, alkategóriákat határoztunk meg, melyek a következők voltak:

**I. A terápiás munkafolyamathoz és körülményekhez kapcsolódó érzelmi tartalmak:** ide soroltunk minden olyan érzelmi tartalmat magában foglaló alkategóriát, melyek a terápia folyamatára, feltételeire, és a terápiás kapcsolat körülményeire vonatkozó érzelmi állapotot jelöltek. Ennek további négy alkategóriája a következő:

- 1) *Behatároltság:* minden olyan érzelmi állapot, amely a terápiás folyamat kereteinek/szabályainak megváltozásához (korlátozó/kitáruló lehetőségeihez) kapcsolódik
- 2) *Komfortérzés:* minden olyan érzelmi állapot, ami az online munkamód tervezési, szervezési, illetve technikai kérdések változásaiból fakadó nehézségekhez, kényelmi állapotokhoz kapcsolódik
- 3) *Kiszámíthatóság/irányíthatóság:* minden olyan érzelmi állapot, mely a terápiás folyamat tervezhetőségére, ellenőrizhetőségére és előreláthatóságára vonatkozik
- 4) *Ismerőség:* minden olyan érzelmi tartalom, mely a korábban megszkott terápiás helyzet/munkamód alkalmazhatóságához képest újfajta, az eddigitől eltérő tapasztalatra vonatkozik

**II. A terapeuta önmaga működésmódjára reflektáló érzelmi tartalmak:** ide soroltunk minden olyan érzelmi tartalmat, melyek a terapeuta saját terápiás működésmódjára, hatékonyságára, személyes megélésére reflektálnak. Ezen belül két alkategóriát különítettünk el:

- 1) *Teljesítmény:* ide tartozónak tekintjük a terapeuta egyéni hatékonyságára vonatkozó, a szokásos terápiás működésmódjára vagy az attól való eltérésre utaló érzelmi tartalmakat
- 2) *Nyitottság/alkalmazkodás:* minden olyan érzelmi állapot, amely az új munkamódhoz kapcsolódó hozzáállás/viszonyulás és alkalmazkodás/ idomulás kérdését érinti, beleértve az új helyzetre adott reakciókat is

Az interjúban elemzett érzelmi tartalmakat a kiváltó okok és a kapcsolódó témák alapján két fő és hat alkategória definíciójának megalkotásával tudtuk csoportosítani. A terápiás munkafolyamathoz/körülményekhez kapcsolódó érzelmi tartalmakat, azok megjelenésének gyakoriságát és a hozzájuk kapcsolódó okokat az 3. számú táblázat szemlélteti. Dőlt betűvel jelöltük a pozitív érzelmi minőségű tartalmakat.

**3. táblázat.** A terápiás munkafolyamathoz/körülményekhez kapcsolódó érzelmi állapotok (előfordulási gyakoriságuk, és az azokat kiváltó okok tükrében)

| Érzelmi tartalmak (esetszám)   |                              | Kapcsolódó okok                                                                                                                            |
|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Behatároltság                  | korlátozottság-érzés (22)    | helyszín, módszerek, eszközök hiánya a nem verbális kommunikáció nehezítettsége következtében                                              |
|                                | lemondás-érzés (19)          | módszerek alkalmazhatóságának korlátai, a terápiás kapcsolat minőségének romlása, a lemorzsolódott kliensek miatt                          |
|                                | nehézség (15)                | eszközhiány, technikai feltételek, a kapcsolódás-érzés kialakításához fűződően                                                             |
|                                | kényszer-érzet (12)          | a vírushelyzet korlátozásai miatt                                                                                                          |
|                                | szabadságérzés (11)          | távol élő kliensek elérhetősége, „bárhol-bármikor”, anyagi-idői megtakarítás az új lehetőségek miatt                                       |
|                                | határtalanság-érzés (4)      | a munkaidő, rendelés kitolódása miatt                                                                                                      |
|                                | rugalmasság (4)              | a szervezés-tervezés, időpontegyeztetési tényezők miatt                                                                                    |
|                                | rugalmatlanság (3)           | eszközök, módszerek alkalmazhatóságának korlátai                                                                                           |
|                                | sematikusság/monotonitás (2) | online munkavégzés – kliensek „egyformasága”                                                                                               |
| Könnyelmesség                  | könnyebbség (17)             | az ülések szervezésének, lebonyolításának egyszerűsödése                                                                                   |
|                                | kényelem (16)                | a szervezés, utazás, ruházat, jegyzetelés kapcsán                                                                                          |
|                                | kényelmetlenség (6)          | az eszközök korlátozottsága, helyhez kötöttség                                                                                             |
|                                | megkönnyebbülés (4)          | szervezés-tervezés, terápia folytatásának lehetősége                                                                                       |
|                                | nyugalom/megnyugvás (4)      | a vírus kockázatának minimalizálása miatt                                                                                                  |
|                                | frusztráltság (2)            | a keretek, szabályok tisztázatlansága, kapcsolódás nehézségei                                                                              |
| Kiszámíthatóság/irányíthatóság | félelem (13)                 | a kliens, a körülmények ellenőrizhetőségének nehézsége                                                                                     |
|                                | kontrollvesztettség (11)     | a terápiás ülés körülményeinek szervezése, kliens felelősségének növekedése, technikai feltételeknek való kiszolgáltatottság következtében |
|                                | bizonytalanság (9)           | a körülmények ellenőrizhetősége, folyamat tervezhetősége, hatékonyság megkérdőjelezése miatt                                               |
|                                | zavar (8)                    | a technikai eszközök szabályozása, a kliens kontrollja kapcsán                                                                             |
|                                | feszélyezettség (5)          | a munkamód, keretek tisztázatlansága miatt                                                                                                 |
|                                | bosszúság (5)                | a technikai feltételek szabályozhatósága miatt                                                                                             |
|                                | kellemetlenség (5)           | a technikai tényezők kezelhetősége kapcsán                                                                                                 |
|                                | biztonság (5)                | a kapcsolódás lehetősége a vírushelyzetben                                                                                                 |
|                                | függőségérzet (4)            | a kliens, technikai feltételek ellenőrizhetősége miatt                                                                                     |
|                                | idegesség (1)                | a keretek, szabályok tisztázatlansága                                                                                                      |

|                  |                  |                                                                                                                 |
|------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ismerőség</b> | hiány-érzet (19) | a szemkontaktus, nonverbális kommunikáció, érintés korlátozott mivolta, érzelmek detektálásának nehézsége stb.) |
|                  | furcsaság (12)   | a keretek lazulása, önmagunk folyamatos monitorozása, a szemkontaktus nehézsége miatt                           |
|                  | szokatlanság (7) | kliens fokozott felelőssége, megnövekedett információs-tér                                                      |
|                  | meglepettség (6) | a módszerek átültethetősége, a terápia hatékonysága miatt                                                       |
|                  | idegenség (2)    | az eszközök, az online tér használata kapcsán                                                                   |
|                  | kínosság (1)     | az online kapcsolódás, szemkontaktus nehézsége folytán                                                          |

A terapeuta saját működésmódjára reflektáló érzelmi tartalmakat, azok megjelenésének gyakoriságát és a hozzájuk kapcsolódó okokat a 4. számú táblázat szemlélteti. Dőlt betűvel jelenítettük meg a pozitív érzelmi minőségű tartalmakat.

**4. táblázat.** A terapeuta önmaga működés módjára reflektáló érzelmi állapotok  
(előfordulási gyakoriságuk, és az azokat kiváltó okok tükrében)

|                                 | <b>Érzelmi tartalmak (esetszám)</b> | <b>Kapcsolódó okok</b>                                                                      |
|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Teljesítmény</b>             | fáradtság (15)                      | a munkamód intenzitása, koncentráció, a figyelem, a fókuszálás, a munkaidő kitolódása miatt |
|                                 | elégtelenség-érzés (8)              | az elveszett információ, kapcsolódás, önhatékonyság csökkenése következtében                |
|                                 | megterheltség (7)                   | az online munkavégzés, munkaidő kitolódása miatt                                            |
|                                 | fókuszvesztettség (6)               | a figyelem, koncentráció elégtelensége kapcsán                                              |
|                                 | sikeresség (5)                      | kreatív ötletek, új módszerek alkalmazása miatt                                             |
|                                 | elégedettség (5)                    | önhatékonyság, eredményes alkalmazkodás                                                     |
|                                 | elégedetlenség (4)                  | az átállás, online jelenlét miatt                                                           |
|                                 | dekonzentráltság (4)                | a túlterheltség miatt                                                                       |
|                                 | megviseltség (4)                    | a technikai eszközök eredménytelen használata következtében                                 |
|                                 | magabiztosság (4)                   | a fejlődés, új készségek kialakítása (nem azonnal) folytán                                  |
|                                 | hatékonyság-érzés (3)               | új lehetőségek, munkamód eredményességéből adódóan                                          |
| <b>Nyitottság/alkalmazkodás</b> | értelemtéliség (2)                  | a terápiás folytonosság megteremtésének lehetősége miatt                                    |
|                                 | energikusság (1)                    | lényeg kiemelés, új módszerek tanulása                                                      |
|                                 | önbizalomhiány (1)                  | a kevesebb munka miatt                                                                      |
|                                 | öröm (6)                            | a maszk nélküli munkavégzés, sikeres alkalmazkodás következtében                            |
|                                 | izgatottság (6)                     | miután online módon segíteni, új készségek elsajátításával kapcsolatban                     |
|                                 | motiváltság (4)                     | lehetőségek, új munkamód, módszerek tanulása                                                |
|                                 | pozitivitás (4)                     | önmagunk monitorozásának lehetősége, érdekességek felfedezése                               |
|                                 | ódzkodás (3)                        | önmagunk monitorozása miatt                                                                 |
|                                 | szorongás (3)                       | az idői keret tartásának nehézségéből adódóan                                               |
|                                 | otthonosság (2)                     | a saját élet strukturálása kapcsán                                                          |
|                                 | kíváncsiság (2)                     | új tapasztalatok, potenciálok kiaknázása                                                    |
|                                 | ijedtség (1)                        | az átállás kivitelezése miatt                                                               |
|                                 | kétségbeesés (1)                    | az átállás kivitelezése miatt                                                               |

Következő lépésben arra voltunk kíváncsiak, hogy a kapott érzelmi kategóriák hogyan jelennek meg a terápiás kapcsolat vonatkozásában. Szőnyi és Füredi (2015) tankönyve nyomán a terápiás kapcsolat körébe sorolandó *minden olyan tartalom, ami a terápiás folyamat sajátosságára vonatkozik, és egy szabályozott keretben értelmezi a személyes, intim kapcsolatot a páciens és terapeuta között*. Első lépésként a terápiás kapcsolatra vonatkozó tartalmakat azonosítottuk, és megnéztük, hogy azok milyen témák köré csoportosulnak. Ez alapján a terápiás kapcsolatra vonatkozóan négy nagy tartalmi kategória körvonalazódott, melyek a következők voltak:

(1) **kapcsolat minősége**: minden olyan tartalom, amely az online térben kialakított kapcsolódás sajátosságaira, illetve a face-to-face helyzethez viszonyított hasonlóságokra vagy különbségekre utal

(2) **elköteleződés**: minden olyan tartalom, amely a terápiás folyamatba való bevonódás mértékére és jellemzőire vonatkozik

(3) **kapcsolódás-érzés**: minden olyan tartalom, amely a rapport kialakításának folyamatára, jellemzőire, illetve annak személyes helyzethez viszonyított hasonlóságaira vagy különbségeire vonatkozik

(4) **kontroll**: minden olyan tartalom, amely a terápiás kapcsolatban megélt irányítás, kiszámíthatóság, ellenőrizhetőség kérdéséhez, annak sajátosságaihoz, változásaihoz kapcsolódik.

Ezt követően megnéztük, hogy az egyes alkategóriákon belül milyen érzelmi tartalmak jelentek meg. Ennek eredményeit az 5. táblázat szemlélteti, dőlt betűvel kiemelve a pozitív érzelmi minőségű tartalmakat.

**5. táblázat.** Az érzelmi kategóriák és az érzelmi tartalmak megjelenése a terápiás kapcsolat négy fő területén belül

| KONTROLL                                                                                                                                                    | KAPCSOLÓDÁS-ÉRZÉS                                                                                                                                                                                                                                                                                | KAPCSOLAT MINŐSÉGE                                                                                                          | ELKÖTELEZŐDÉS                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Kiszámíthatóság/kontroll</b><br>kontrollvesztettség (11), nyugtalanság (5), függőségérzés (4), zavar (4), bosszúság (4), bizonytalanság (9), félelem (5) | <b>Behatároltság</b> korlátozottság (17), rugalmatlanság (10), sematikus-ság (2), nehézség (9), kényszer/ szükség-érzet (7)                                                                                                                                                                      | <b>Behatároltság</b> lemondás-érzés (3), korlátozottság (7)                                                                 | <b>Behatároltság</b> <i>szabadságérzés</i> (8), lemondás-érzés (7), kényszer/ szükség-érzet (10), rugalmasság (2), határtalanságérzés (3)                                   |
| <b>Ismerősség</b> szokatlanság (7), furcsaság (8), idegenség (5)                                                                                            | <b>Komfortérzés</b> <i>könnyebbség</i> (5), <i>nyugalom</i> (5), <i>frusztráltság</i> (1)                                                                                                                                                                                                        | <b>Kiszámíthatóság/kontroll</b> bizonytalanság (2), félelem (5), bosszúság (4), kellemetlenség (4), zavar (4)               | <b>Komfortérzés</b> <i>kényelem</i> (13), <i>kényelmetlenség</i> (6), <i>megkönnyebbülés</i> (13)                                                                           |
| <b>Teljesítmény</b> fáradtság (2)                                                                                                                           | <b>Kiszámíthatóság/kontroll</b><br>feszélyezettség (4), bizonytalanság (2), félelem (7), <i>biztonság</i> (2)                                                                                                                                                                                    | <b>Ismerősség</b> hiány/hiányosságérzet (7), meglepettség (3)                                                               | <b>Teljesítmény</b><br>fáradtság (15), megviseltség (3), megterheltség (4), értelemteliség (1), <i>magabiztosság</i> (2), <i>önbizalomhiány</i> (1) <i>energikusság</i> (3) |
| <b>Nyitottság/alkalmazkodás</b><br>ódkodás (3), ijedtség (1), kétségbeesés (1)                                                                              | <b>Ismerősség</b> hiány/hiányosságérzet (18), kínosság (1)<br><br><b>Teljesítmény</b> elégtelenség-érzés (8), <i>hatékonyságérzés</i> (1), <i>sikeresség</i> (4)<br><br><b>Nyitottság/alkalmazkodás</b><br><i>izgatottság</i> (1), <i>öröm</i> (2), <i>szorongás</i> (5), <i>kíváncsiság</i> (2) | <b>Teljesítmény</b> elégedetlenség (1), <i>elégedettség</i> (4), <i>dekoncentrálttság</i> (4), <i>fókuszvesztettség</i> (6) | <b>Nyitottság/alkalmazkodás</b> <i>motiváltság</i> (4), <i>pozitivitás</i> (3), <i>otthonosság</i> (2)                                                                      |

Mint látjuk a terápiás folyamaton belül a *kontroll* területén túlnyomórészt a kiszámíthatóság/irányíthatóság kategóriába, illetve kisebb arányban az online munkamód ismerőssége, a nyitottság/alkalmazkodás, illetve a teljesítmény kategóriájába tartozó érzelmi állapotok jelentek meg. A kontroll kérdését érintően jóformán csak negatív minőségű érzelmek azonosíthatók, melyek elsősorban ahhoz kapcsolódtak, hogy a terápia során megnőtt a kliensek felelőssége, a többi között a terápiás tér nyugalmanak, zavartalanságának megteremtésében, így a terapeuták számára a körülmények ellenőrizhetősége és szabályozhatósága lecsökkent. Az internetnek és a technikai eszközöknek való kiszolgáltatottság is

jelentős szerepet játszott a fenti érzelmi tartalmak megjelenésében. A *kapcsolódás-érzést* érintően mind a hat általunk talált kategória érzelmi tartalmai megjelentek, valamivel nagyobb arányban a behatároltság, a kiszámíthatóság/irányíthatóság és a nyitottság/alkalmazkodás területeit érintve. A negatív érzelmi minőségű tartalmak elsősorban az alkalmazott módszerek és eszközök korlátozottságához, az online mód rugalmatlanságához, valamint a kapcsolódás, illetve a kommunikáció nehezítettségéhez fűződtek. Ugyanakkor – bár kisebb arányban – itt már megjelentek pozitív érzelmi tartalmak is, mint az online kapcsolódás miatti izgatottság, kíváncsiság és a vírushelyzetben ilyformán megélt biztonságérzet is. A *kapcsolat minősége* területén főként a kiszámíthatóság/kontroll kapcsán érzett bizonytalanságot és elégtelenséget, a teljesítmény tekintetében pedig az önhatékonyosság csökkenésének jelenségét érintik az érzelmek, de nagy arányban jelen vannak a technikai eszközök alacsony nívója miatti elégtelenséget és bosszúságot kifejező érzések is. Az *elköteleződés* tekintetében a behatároltság kapcsán pozitív minőségű érzések jelentek meg az online munkamód rugalmasságára (könnyebb tervezhetőség, időpontegyeztetés) és a szabadságérzetre vonatkozóan, amely a szélesebb körű elérhetőséghez és az új lehetőségek felfedezéséhez kapcsolódóan jelent meg.

## DISZKUSSZIÓ

Feltáró kutatásunkban félig strukturált interjúk segítségével vizsgáltuk gyakorló pszichológusok körében az online munkamódra történő átállás szubjektív megélését a Covid-19 járványhelyzet időszakában. Az így kapott interjúkat elsősorban az érzelmi viszonyulás tekintetében vizsgáltuk, kiemelten a terápiás kapcsolatra vonatkozóan. A GT módszer segítségével összesen 337 esetben azonosítottunk valamilyen érzelmi tartalmat, melyeket végül 55 érzelemre szűkítettünk az ismétlődések kizárásával. Ezek többségében negatív minőségű érzelmek voltak, aminek egyik oka lehet, hogy a pszichológusok nagyobb része (62,5%) ez idáig nem dolgozott az online térben. Az érzelmi tartalmakat a háttérükben meghúzódó okok alapján két főkategóriába soroltuk, a terápiás munkafolyamathoz, körülményekhez kapcsolódó, valamint a terapeuták önmagukra vonatkozó érzelmekre. Az első csoportba további négy alkategória (behatároltság, komfortérzés, kiszámíthatóság/irányíthatóság, ismerősség), a másodikba két alkategória (teljesítmény, nyitottság/alkalmazkodás) került. Az érzelmek minősége alapján elmondható, hogy a legtöbb negatív érzelmi tartalom az első főkategória ismerősség alkategóriájában volt megfigyelhető, ehhez pozitív érzelem egyáltalán nem kapcsolódott. Ezt követte a kiszámíthatóság/irányíthatóság, majd a behatároltság alkategória, ez utóbbiban már jelentek meg pozitív megélések az online tér biztosította rugalmassághoz és szabadsághoz kapcsolódóan. Úgy tűnik tehát, hogy a megkérdezett szakemberek számára az új munkamód sajátossága-

ihoz kapcsolódó változások, hiányok - mint például a nonverbális információk korlátozottsága, kliens felelősségének növekedése, módszerek átültethetősége –jelentettek nehézséget, ami a terápiás folyamat tervezhetőségére, előreláthatóságára, ellenőrizhetőségére vonatkozóan is több negatív érzelmet eredményezett. Ez utóbbira utal a kiszámíthatóság/irányíthatóság alkategóriában a negatív minőségű érzelmek gyakoribb előfordulása. Ez összhangban van több korábbi kutatási eredménnyel is (pl. Fletcher-Tomenius & Vossler, 2009; Rochlen és mtsai., 2004; Amichai-Hamburger és mtsai., 2014; Baker & Ray, 2011; Lau és mtsai., 2013), melyek szintén a fenti tényezőket emelik ki a terápiás kapcsolat kiépítésének nehezítő körülményeiként. Egy területen azonban dominánsan megjelennek az online térben végzett munka előnyei, mégpedig a kényelem, komfortérzés esetében. Itt nagyobb gyakorisággal figyelhető meg pozitív érzelmi megélés, ami alapvetően az időbeli rugalmassághoz, a fizikai kényelemhez és a megfertőződés kockázatának minimalizálásához kapcsolódott. Számos kutatás igazolt hasonló pozitív megéléseket az online terápiás munkával kapcsolatban (Rochlen és mtsai., 2004; Brenes és mtsai., 2011; Andersen & Svensson, 2013; Amichai-Hamburger és mtsai., 2014). A kényelmesség és könnyebbség érzéseinek előtérbe kerülése a komfortérzet növekedésével együtt elősegítheti a jövőben a terapeuták online munkamód iránti elköteleződését. A terapeuta saját személyét érintő érzelmi tartalmak esetében is differenciált képet láthatunk az érzelmi minőség tekintetében. A szakemberek saját teljesítményüket negatívabban élték meg, mégpedig alapvetően az online munkamód technikai nehézségei, a nagyobb koncentráció megterhelést jelentő minőségei miatt megterhelést igénylő jellemzőihez köthető. Kisebb gyakorisággal ugyan, ám itt is megjelentek pozitív tartalmak, azaz a terapeuták az előbbi nehézségek megoldása esetén megélték a siker, magabiztosság élményét is. A nyitottság/alkalmazkodás alkategóriában nagyobb előfordulási gyakorisággal találunk pozitív megéléseket, azaz az új helyzet miatt érzett bizonytalanságok és félelmek mellett többször találkozunk a motiváltság, kíváncsiság, optimizmus megjelenésével, ami a szakemberek segítségére lehet a megváltozott munkamóddhoz való alkalmazkodásban, és a korábban említett nehézségek leküzdésében, illetve utalhat arra is, hogy sok pszichológus az elköteleződés tekintetében inkább saját működés módját és hatékonyságát tartja fontosnak.

A terápiás kapcsolat esetében négy alkategória különült el (elköteleződés, kapcsolódás-érzés, kontroll, kapcsolat minősége). Az ezekben megjelenő érzelmi tartalmakat és minőségeket megnézve azt láthatjuk, hogy a terápiás kapcsolat kontrollálhatóságára és minőségére vonatkozóan jelentek meg egyértelműen negatív érzelmi tartalmak, melyek mind az online terápia jellegzetességeihez, mind a szakemberek saját teljesítményéhez, működéséhez kapcsolódtak. Kedvezőbben alakultak a terápiás szövetség kialakítására és a terápiás folyamatban való elköteleződésre vonatkozó érzelmi megélések, ahol egyértelműen megjelentek az online térben végzett munka praktikus előnyei, így a szakemberek önmagukba vetett hite az új munkamódban való helytálláshoz kapcsolódóan.

Az online térben megvalósuló terápiás kapcsolatra vonatkozó ellentmondásos érzelmek számos korábbi kutatás során is igazolást nyertek (pl. Barak és mtsai., 2009; Barak & Grohol, 2011; Farkas & Kapitány-Fövény, 2021).

## KITEKINTÉS

Későbbi kutatások során érdemes lenne az általunk elkülönített tartalmi kategóriákat konfirmatív faktoranalízissel, standard keretek között egy reprezentatív kutatás keretében megvizsgálni. Terveink között szerepel, hogy a megjelenő érzelmi élményeket a terapeuták korábbi online tapasztalatának és a gyakorlatban eltöltött éveik függvényében tanulmányozzuk, hogy fel tudjuk deríteni az adaptív alkalmazkodás bejósoló tényezőit. A kutatás korlátai között említjük, hogy a jelen kutatás a terapeuta nézőpontjára terjedt ki, az online munkamód jellegzetességeiről és megéléséről átfogóbb képhez jutnánk, ha a jövőben többoldalú lekérdezést folytatnánk, a kliensek tapasztalatait és szubjektív élményeit is bevonnánk az elemzésbe. Összességében feltáró kutatásunk az online terápiára való átállást az ahhoz való érzelmi viszonyulás oldaláról közelítette meg, ezzel egy kiinduló alapot biztosított a későbbi, reprezentatív vizsgálatokhoz.

## IRODALOM

- Aafjes-van Doorn, K., Békés, V., & Prout, T. A. (2021). Grappling with our therapeutic relationship and professional self-doubt during COVID-19: Will we use video therapy again? *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3–4), 473–484. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.1773404>
- Alleman, J. R. (2002). Online counseling: The Internet and mental health treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.199>
- Aloui, S., E., Hedman, E., Kaldö, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2015). Effectiveness of Internet-Based Cognitive-Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder in Clinical Psychiatry, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(5), 902–914. doi: 10.1037/a0039198.
- Amichai-Hamburger, Y., Klomek, A., B., Friedman, D., Zuckerman, O. & Shani-Sherman, T. (2014). The future of online therapy. *Computers in Behavior*, 41, 288–294. DOI:10.1016/j.chb.2014.09.016
- Andersen, A. J. W., & Svensson, T. (2013). Internet-based Mental Health Services in Norway and Sweden: Characteristics and Consequences. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(2), 145–153. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0388-2>
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 157–179. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093006>
- Baker, K., & Ray, M. (2011). Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 341–346. <https://doi.org/10.1080/09515070.2011.632875>

- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of Internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2-4), 109–160. <https://doi.org/10.1080/15228830802094429>
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. 2009. Defining internet-supported therapeutic interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38(1): 4–17 <https://doi.org/10.1007/s12160-009-9130-7>
- Barak, A., & Grohol, J., M. (2011). Current and future trends in internet-supported mental health interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 29, 155-196. DOI:10.1080/15228835.2011.616939
- Bischoff, R., J. (2004). Considerations in the use of tekecommunications as a primary treatment medium: The application of behavioral telehealth to marriage and family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 32(3), 173-187. <https://doi.org/10.1080/01926180490437376>
- Brenes, G. A., Ingram, C. W., & Danhauer, S. C. (2011). Benefits and challenges of conducting psychotherapy by telephone. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(6), 543–549. <https://doi.org/10.1037/a0026135>
- Cavanagh, K., Strauss, C., Cicconi, F., Griffiths, N., Wyper, A., & Jones, F. (2013). A randomised controlled trial of a brief online mindfulness-based intervention. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 573-578. DOI:10.1007/s12671-017-0856-1
- Cicila, L., N., Georgia, E., J., & Doss, B., D. (2014). Incorporating Internet-based Interventions into couple therapy: Available resources and recommended uses. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35(4), 414-430. DOI:10.1002/anzf.1077
- Cook, J. E., & Doyle, C. (2002). Working Alliance in Online Therapy as Compared to Face-to-Face Therapy: Preliminary Results. *CyberPsychology & Behavior*, 5 (2) 95–105 <https://doi.org/10.1089/109493102753770480>
- Cuijpers, P., Straten, A., V., & Andersson, G. (2008). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of behavioral medicine*, 31(2), 169-177. doi: 10.1007/s10865-007-9144-1
- D'Arcy, J., Reynolds, W., Stiles, W.B., & Hanley, T. (2015) ,The online calming effect: does the internet provide a more comfortable modality for conducting psychotherapy? in: Riva, G., Wiederhold, B.K., Cipresso, P. (2019): The psychology of social networking Vol.2., De Warszawa : Gruyter Open Poland, 17-29. <https://doi.org/10.1515/9783110473858-004>
- Dowling, M., & Rickwood, D. (2013). Online Counseling and Therapy for Mental Health Problems: A Systematic Review of Individual Synchronous Interventions Using Chat. *Journal of Technology in Human Services*, 31 (1) 1–21 <https://doi.org/10.1080/15228835.2012.728508>
- Farero, A., Springer, P., Hollist, C., & Bischoff, R. (2015) Crisis management and conflict resolution: Using technology to support couples throughout deployment. *Contemporary Family Therapy*, 37(3), 281–290. <https://doi.org/10.1007/s10591-015-9343-9>
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerink, J., & IJsselsteijn, W. (2020). Mental Health Care Goes Online: Practitioners' Experiences of Providing Mental Health Care During the COVID-19 Pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23 (12) 860–64 <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Farkas J., & Kapitány-Fövény M. (2021). Az online térben folytatott terápiás kapcsolat sajátosságai. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 21.(1), 35-51. ISSN 1419872X. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2021.1.35>

- Fletcher-Tomenius, L. J., & Vossler, A. (2009). Trust in Online Therapeutic Relationships: The Therapist's Experience. *Counselling Psychology Review*, 24(2) pp. 24–34.
- Fink, J. (1999). *How to use computers and cyberspace in the clinical practice of psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Gamble, N., Boyle, C., & Morris, Z. A. (2015). Ethical practice in telepsychology. *Australian Psychologist*, 50, 292–298. DOI:10.1111/ap.12113
- Hertlein, K., M., & Earl, R., M. (2020). Internet-delivered Therapy in Couple and Family Work. In. Weinberg, H. & Rolnick, A. (Eds.). *Theory and practice of online therapy: internet-delivered interventions of individuals, groups, families and organizations* (pp. 123-136), New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315545530>
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldo, V., Hesser, H., Alaoui, S., E., Kraepelien, M., Andersson, E., Rück, C., Svanborg, C., Andersson, G., & Lindefors, N. (2013). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders*, 155, 49-58. doi: 10.2196/18100
- Ierardi, E., Bottini, M., & C. (2022): Effectiveness of an online versus face-to-face psychodynamic counselling intervention for university students before and during the COVID-19 period. *BMC Psychology*, 10:35. doi: 10.1186/s40359-022-00742-7
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Genannt Bempohl, F.M., & Furukawa, T.A...(2021): Internet-based cognitive behavioral therapy for depression: a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 78 (4), 361-371. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2020.4364.
- Kingsley, A. & Henning, J., A. (2015). Online and phone therapy: Challenges and opportunities. *The Journal of Individual Psychology*, 71(2), 185, 194. DOI:10.1353/jip.2015.0010
- Khan, S., Shapka, J. D., & Domene, J. F. (2021). Counsellors' experiences of online therapy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 1–23. doi:10.1080/03069885.2021.1885009
- Krusche, A., Cyhlarova, E., King, S., & Williams, J. M. G. (2012). Mindfulness online: a preliminary evaluation of the feasibility of a web-based mindfulness course and the impact on stress. *BMJ open*, 2(3), e000803. DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000803
- Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 1-10. doi:10.2196/jmir.8.4.e31.
- Lau, P., Jaladin, R. & Abdullah, H. (2013). Understanding the Two Sides of Online Counseling and their Ethical and Legal Ramifications. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 103., 1243-1251.10.1016/j.sbspro.2013.10.453.
- Machado, L. F., Feijó, L. P., & Serralta, F. B. (2020). Online psychotherapy practice by psychodynamic therapists. *PSICO*, 51(3), 1–11. DOI:10.15448/1980-8623.2020.3.36529
- Mallen, M., J. & Vogel, D., J. (2005). Introduction to the Major Contribution: Counseling psychology and online counseling. *The Counseling Psychologist*, 33(6), 761-775. DOI:10.1177/0011000005278623
- Postal, M., G., Haan, H., A., D. & Jong, C., A., D. (2007). E-therapy for Mental Health Problems: A systematic review. *Telemedicine and e-Health*, 14(7), 707-715. DOI:10.1089/tmj.2007.0111
- Radovancevic, I. (2013). Therapists' experience with online video therapy with emphasis on nonverbal behavior, self-disclosure, and rapport (Doctoral dissertation, Fielding Graduate University). ProQuest LLC. 4-20.

- Richards, D., & Viganó, N. (2013): Online counseling: A narrative and critical review of the literature. *Journal of clinical psychology*, 69 (9), 994-1011, 2013. DOI: 10.1002/jclp.21974
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60(3), 269-283 DOI: 10.1002/jclp.10263
- Rolnick, A. (2020). Introduction to the General Consideration Section. In. Weinberg, H. & Rolnick, A. (Eds.). *Theory and Practice of Online therapy: Internet-delivered Interventions of Individuals, Groups, Families and Organizations* (pp. 13-22.). New York: Routledge.
- Ruwaard, J. (2012). *The efficacy and effectiveness of online CBT*. Amsterdam: Department of Clinical Psychology, University of Amsterdam, ISBN: 978-94-6191-588-7.
- Sallay, V., Martos, T. (2018): A Grounded Theory (GT) Módszertana. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 73 (1), 11-28. doi.org/10.1556/0016.2018.73.1.2
- Scharff, J.S. 2013. Technology-assisted psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 61(3): 491-510.2013. doi: 10.1177/0003065113485423
- Stoll, J., Müller, J. A., & Trachsel, M. (2020). Ethical Issues in Online Psychotherapy: A Narrative Review. *Frontiers in Psychiatry*, Volume 10, Article 993. [on-line] <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00993>
- Szőnyi, G. & Füredi, J. (2015): *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest, Medicina Kiadó.
- Zainudin, Z. N., & Yusop, Y. M. (2018). Cyber- Counseling: Is It Really New? *International Research Journal of Education and Sciences (IRJES)*, 2(2), 19-24.
- Valdagno, M., Goracci, A., di Volo, S., & Fagiolini, A. (2014) Telepsychiatry: new perspectives and open issues. *CNS Spectr*. 19(6):479-81. DOI: 10.1017/S1092852913000916
- Warmerdam, L., Straten, A., V., Jongasma, J., Twisk, J. & Cuijpers, P. (2009). Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 64-70. doi: 10.1016/j.jbtep.2009.10.003.
- Waugh, P. J. (2017). *The Language of Online Counselling: Linguistic theory guiding counselling practice*. Big Pond: Australia
- Wells, M., Mitchell, K. J., Finkelhor, D., & Becker-Blease, K. A. (2007). Online Mental Health Treatment: Concerns and Considerations. *CyberPsychology & Behavior*, 10(3), 453–459. DOI:10.1089/cpb.2006.9933
- Weinberg, H. (2014). *The Paradox of Internet Groups: Alone in the Presence of Virtual Others*. London: Karnac.
- Weinberg, H. (2020a). Introduction to the Online Group Therapy Section. In. Weinberg, H. & Rolnick, A. (Eds.). *Theory and Practice of Online therapy: Internet-delivered Interventions of Individuals, Groups, Families, and Organizations* (pp. 161-165), New York: Routledge.
- Weinberg (2020b). Online Group Therapy: In search of a New Theory?. In. Weinberg, H. & Rolnick, A. (Eds.) *Theory and Practice of Online therapy: Internet-delivered Interventions of Individuals, Groups, Families and Organizations* (pp. 174-186). New York: Routledge.