

# A Covid-19 járvány társadalmi hatásai

Szerkesztette  
Csurgó Bernadett és Kovách Imre

# A Covid-19 járvány társadalmi hatásai

Szerkesztette  
Csurgó Bernadett és Kovách Imre

A Covid-19 járvány társadalmi hatásai

Szerkesztette Csurgó Bernadett és Kovách Imre

A kötet lektorai:

Albert Fruzsina, Csizmadia Péter, Harangozó Gábor, Hegedüs József, Kovács András, Murinkó Livia,  
Oross Dániel

Olvasószerkesztő: Feketéné Balogh Marianna

Tördelte György Orsolya

A kötet megjelenését az MTA post-COVID jelenségek kutatására irányuló nagy kockázatú kutatási pályázata, Covid járvány – társadalmi egyenlőtlenségek és integráció kutatási projekt tette lehetővé.

Kiadó: Társadalomtudományi Kutatóközpont

ISBN 978-963-418-056-2

## Tartalom

|                                                                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Csurgó Bernadett – Kovách Imre:<br>Covid-kereszthatások                                                                                                                          | 4   |
| Győri Ágnes:<br>Az egészség és a segítő network néhány összefüggése a koronavírus-járvány utolsó fázisában                                                                       | 12  |
| Huszár Ákos – Illéssy Miklós:<br>A koronavírus-válság vesztesei                                                                                                                  | 30  |
| Szabó Andrea:<br>A kormányzó párt támogatottsága és a koronavírus-járvány társadalmi percepciójának összefüggései. A nemzetegyesítő hatás érvényesülése a 2018–2022-es ciklusban | 44  |
| Balogh Karolina:<br>A családi kapcsolatokkal való elégedettség a Covid-19-járvány árnyékában                                                                                     | 71  |
| Kovács Eszter – Papp Z. Attila – Zsigmond Csilla:<br>Migrációs szándék a koronavírus-járvány 4. hullámában                                                                       | 84  |
| Csizmady Adrienne – Kőszeghy Lea:<br>A Covid-19-járvány hatása a lakáshasználati szokásokra és a lakásmobilitásra                                                                | 98  |
| Megyesi Boldizsár:<br>A környezetvédelemmel kapcsolatos attitűdök és a Covid-válság érzékelése közötti összefüggések                                                             | 121 |

## Az egészség és a segítő network néhány összefüggése a koronavírus-járvány utolsó fázisában

Győri Ágnes

### Háttér

Az egészségi állapotban fennálló egyenlőtlenségek kialakulásában és fennmaradásában szerepet játszó tényezők vizsgálata már több évtizede a kutatások fókuszában áll (Marmot–Bobak 2000). A jelentős tudományos érdeklődés a brit kormány által 1980-ban megrendelt ún. Black-riport (McIntosh 1982) nyomán bontakozott ki, amely részletesen bemutatta, hogy a brit társadalom különböző társadalmi osztályai között egyenlőtlen mértékben fordulnak elő a betegségek (Whitehead–Dahlgren 2006). A sokat idézett dokumentum megjelenését követően terjedt el a tudományos gondolkodásban az a szemlélet, hogy a biológiai adottságok, az egészség-magatartáshoz kapcsolódó faktorok és az epidemiológiai jelentőségű környezeti tényezők mellett a **társadalmi tényezők** is meghatározzák az egyes társadalmi csoportok egészségi állapota közötti különbségeket (Marmot–Bobak 2000). Azóta nagyszámú nemzetközi és hazai vizsgálat bizonyította: a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetű (alacsony iskolázottságú, alacsony jövedelmű, munkaerőpiacról kiszorult, rossz lakhatási körülmények között élő stb.) csoportok rosszabb egészségi mutatókkal rendelkeznek még a gazdaságilag fejlett jóléti államokban is (a teljesség igénye nélkül: Hoffmann 2008, Kovács 2012, Kovács–Tóth 2015, Lahelma et al. 2006, Orosz–Kollányi 2016, Torssander–Erikson 2010). Például a születéskor várható élettartamot tekintve átlagosan 5–10 év, a morbiditás esetében 10–20 év különbség is megfigyelhető az európai társadalmak legalsó és legfelső rétegei között, akár az iskolai végzettség, akár a foglalkozási pozíció, akár az anyagi helyzet alapján vizsgáljuk a legalsó és legfelső társadalmi csoportok közötti egészségi mutatókat (Mackenbach 2006).

A társadalmi helyzet szerinti eltérések a mentális egészségi állapot mutatói alapján is jelentős különbségeket mutatnak. Kutatások sora erősíti meg, hogy az alacsony társadalmi-gazdasági státusz a mentális zavarok magasabb prevalenciájával jár együtt (Lewis et al. 2003, Muntaner et al. 1998, Pulkki–Råback et al. 2012). Néhány kutatás pedig arra is rámutatott, hogy a kedvezőtlen szocioökonómiai státusz megnöveli a mentális egészséggel összefüggő halálozás kockázatát (Kivimäki et al. 2007).

A szakirodalomban az is régóta ismert, hogy – a fent említett társadalmi-gazdasági faktorokon túl – a **társas kapcsolatoknak** is fontos szerepe van az egészségi állapot magyarázatában: segítenek a stresszorokkal szembeni megküzdésben, a nehéz életesemények károsító következményeinek mérséklésében, a mentális és fizikai egészség fenntartásában, illetve a betegség(ek)ből való felépülésben (Golden et al. 2009). A társas kapcsolatok kétféle mechanizmus útján befolyásolhatják pozitívan az egészséget: a főhatásfolyamat (*main effect model*) vagy a stresszcsokkentő folyamat (*stress-buffering model*) révén (Cohen–Wills 1985, Cohen et al. 2000). A **főhatásmodell** szerint a társas kapcsolatok közvetlenül is előnyösen hatnak az egyén egészségére, függetlenül attól, hogy fennáll-e a stresszhelyzet vagy sem, mivel a más személyekkel való kapcsolattartás növeli a pozitív érzelmek valószínűségét, és csökkenti a negatív érzelmek intenzitását, valamint időtarta-

mát, elősegítve ezzel az egészséges pszichés és érzelmi állapotot (Cohen et al. 2000, Rees–Freeman 2007). A **stresszcsoökkentő modell** szerint azonban a társas kapcsolatok csak stresszhelyzetekben hatnak az egészség szempontjából pozitívan: tompítják a stressz egészségre gyakorolt negatív hatását, enyhítik a szorongást, segítik az egyént a nehézségekkel való megküzdésben, és fontos a támogatást kapó személy számára annak bizonyossága, hogy válsághelyzetekben elérhetők a segítséget nyújtó személyek (Werner-Seidler et al. 2017).

Már az 1980-as évekbeli epidemiológiai vizsgálatok is megállapították, hogy a társas kapcsolatok legalább olyan mértékben befolyásolják a morbiditást és a mortalitást, mint például a dohányzás, a fizikai aktivitás vagy akár az elhízás (House et al. 1988). Bizonyított, hogy a több és intimebb kapcsolattal rendelkező személyek életben maradási esélye 50%-kal nagyobb azokhoz képest, akik magányosak vagy kevés társas kapcsolattal rendelkeznek (Heffner et al. 2011, Holt-Lunstad et al. 2010, Tay et al. 2012). Számos tanulmány számolt be arról, hogy a nem megfelelő társas integráció és az alacsony társas támogatottság szignifikáns hatással van a szomatikus betegségek kialakulására – különösen a szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek létrejöttére –, azok súlyosbodására és a halálózásra is (Lett et al. 2005, Manne et al. 2000).

Az is bizonyított, hogy a társas izoláció hosszú távon allosztatikus túltöltöttséget okoz: gyulladásos folyamatokat indít el szervezetben, ami számos betegség (például kardiovaszkuláris elváltozások) kialakulásához vezethet (Seeman et al. 2014, Yang et al. 2014, Steptoe–Kivimäki 2013). Más kutatások eredményei szerint a felnőttkori társas izoláció a krónikus stressz forrása (Everson-Rose–Lewis 2005), és az egészséges személyekhez képest másfélszer-kétszer nagyobb kockázatot jelent az ischaemiás szívbetegség létrejöttére, valamint a halálózásra (Kamiya et al. 2010).

A kapcsolathálózat és az általa elérhető támogatás a mentális egészség szempontjából is kulcsfontosságú: a kisebb méretű kapcsolati háló, a kevesebb interperszonális kapcsolat és az alacsony szintű társas támogatás bejósolja a depresszió kialakulását, illetve súlyosbodását (Kawachi–Berkman 2001, Cacioppo et al. 2006). Domènech-Abella és munkatársai (2017) azt találták, hogy az egyén kapcsolati hálójának a mérete – pontosabban a hálózat strukturális hiányosságai – közvetítik a magány hatását a depresszióra, Liu és munkatársai (2016) pedig azt, hogy a társas támogatás hiánya a magány érzésének növelésén keresztül hat a depresszióra.

A mentális egészség nemcsak a kapcsolathálózat méretével függ össze, hanem a kapcsolatok minőségével is, sőt, számos tanulmány eredményei szerint a kapcsolatok minősége erősebben kapcsolódik a mentális egészséghez, mint a kapcsolathálózat más jellemzői (Cutrona–Russel 1990). Ezeken túlmenően a kapcsolati háló olyan további kvalitatív jellemzőinek is hatása van a mentális jólétre, mint a kapcsolatok forrása. Moore és szerzőtársai (2009a, 2009b) kutatásai azt bizonyítják, hogy a szerteágazó, többbtrű kapcsolatokat magában foglaló hálózat nagyobb védelmet jelent a depresszióval szemben, emellett csökkenti az elhízás, a 2-es típusú diabétesz, a szívkoszorúér-betegségek és bizonyos daganatos betegségek kockázatát is. A családi és a baráti kapcsolatok egészségre gyakorolt hatásának vizsgálatára fókuszáló angolszász és izraeli tanulmányok általában azt mutatják, hogy a barátfókuszú kapcsolathálózatok – szemben a családi kapcsolatokban gazdag networkkel – nagyobb mértékben járulnak hozzá mind a mentális, mind a fizikai egészség védelméhez (Adams–Bliesner 1995, Litwin 1998, Litwin–Shiovitz-Ezra 2011), míg japán és hongkongi vizsgálatok nem találtak szignifikáns különbséget e két hálózattípus között a mentális jólét vonatkozásában (Fiori et al. 2006, Cheng et al. 2009). A szerzők szerint az eltérő eredmények a kulturális különbségekkel magyarázhatóak (Fiori et al. 2008). Míg a nyugati társadalmakban az idősebb felnőttek fontosnak tartják a függetlenséget és az autonómiát, és mivel a családi kötelékek mélyen beágyazódnak a társadalmi kontextusba, nem szakíthatók meg könnyen, ezért ez a túlzott függőség érzelmi szorongáshoz, kiszolgáltatottság érzéséhez vezethet körükben. Ezzel szemben a kelet-ázsiai társadalmak egy tradicionális családi rendszer köré szerveződnek, és nagyon fontosnak tekintik a család kohézióját, ezért egy ilyen kulturális környezetben a családtagokkal való együttlét hatékony érzelmi támogatást nyújthat, ami előnyös hatással lehet a mentális jólétükre (Cornwell 2011). A hazai vizsgálatok is arról számolnak be, hogy a családtagoktól és a barátoktól kapott társas támogatás szignifikáns mértékben negatívan korrelál a depresszivitással, valamint az észlelt stressz-szintjével és pozitívan a szubjektív jóléttel (Ocsovszky et al. 2020).

Aartsen és munkatársai (2004) arra hívták fel a figyelmet, hogy az egyén egészségi állapotában bekövetkezett kedvezőtlen változások is befolyásolják a kapcsolati hálót. Kimutatták, hogy a fizikai egészség rosszabbodása a baráti/szomszédi kapcsolatok csökkenéséhez és a családi kapcsolatok intenzitásának növekedéséhez vezet,

míg a kognitív hanyatlás mind a baráti, mind a családi kapcsolatok leépüléséhez. A fizikai és mentális egészség hanyatlásával az idősök hajlamosak átrendezni társas kapcsolataikat: figyelmüket azokra a kapcsolatokra korlátozzák, amelyek a legtöbb érzelmi és funkcionális támogatást nyújtják számukra. Ezek a kapcsolatok nagyobb valószínűséggel jelentik a legbensőségesebb családi/rokonai kapcsolatokat, amelyek hosszú távú instrumentális segítséget nyújthatnak (Aartsen et al. 2004, Albert et al. 2021, Dowd 1984, Kuijter et al. 2001).

A fent bemutatott empirikus eredmények a társas kapcsolatok protektív szerepét bizonyítják az egészség szempontjából: a kapcsolathálózat és a rajta keresztül elérhető támogatottság hiánya jelentős kockázati tényezője az egészségi állapot romlásának. Arról azonban keveset tudunk, hogy a különböző támaszformák és a támogatásnyújtás gyakoriságának kombinációi – a támogatottságmintázatok – hogyan kapcsolódnak a mentális és szomatikus egészséghez. A kapcsolati háló és a társas támogatás Covid-19 idején betöltött szerepéről pedig – néhány trivialitást kivéve – kevés információ áll rendelkezésünkre, Magyarországon kifejezetten hiányoznak az ilyen jellegű vizsgálatok. Mivel bizonyított az is, hogy a mentális problémák és a tartós betegségek kockázatának leginkább az idősök vannak kitéve, ezért a közelmúltbeli kutatások – a koronavírus-járvány idején – főként az idősebb korosztály egészségének vizsgálatára fókuszáltak. Kevesebb figyelmet kaptak a társadalom más potenciálisan veszélyeztetett csoportjai, például az egyedül élők, a kistelepeleéseken élők vagy az anyagi nehézségekkel küzdők, akik számára szintén csak korlátozott mértékben hozzáférhető (vagy teljesen hiányzik) az a társadalmi és gazdasági tőke, amely segítségével hatékonyan tudnának megküzdeni olyan stresszhelyzetekkel, mint amit a Covid-19-járvány kitörése idézett elő.

## Vizsgálati hipotézisek

Tanulmányunk célja annak feltárása, hogy a társaskapcsolati háló jellemzői és e kapcsolatokon keresztül nyújtott támogatás hogyan függ össze a mentális és a fizikai egészséggel. Újdonságát az adja, hogy a korábbi vizsgálatok elsősorban az egyes kapcsolati forrásokból nyújtott támogatás(ok) szerepének feltárására fókuszáltak, mi azt vizsgáljuk, hogy a különböző forrásokból kapott különböző típusú támogatások kombinációi hogyan kapcsolódnak az egészségi állapothoz. Elemzésünk további újszerűsége, hogy a jelzett összefüggéseket a koronavírus-járvány 4. hulláma alatt vizsgálja úgy, hogy közben a Covid-19 észlelt személyes és általános hatását is figyelembe veszi. Vagyis a kérdezettek attól függetlenül, hogy voltak-e koronavírus-fertőzöttek vagy sem, a járványügyi intézkedések, illetve a pandémiás helyzet kapcsán reflektálnak az életkörülmények megváltozására.

H1. Egészségi állapot szerint a krónikus betegségben szenvedők és a mentális nehézségekkel küzdők körében a társadalmi-demográfiai változók eltérő hatásait feltételezzük: úgy véljük, hogy a nyugati társadalmakkal megegyező összefüggéseket tudunk kimutatni Magyarországon is. A sérülékeny csoportok – például az alacsonyabb iskolázottságú, szegényebb, idősebb, rosszabb települési infrastruktúra körülményei között élők – nagyobb valószínűséggel „betegberek”, kedvezőtlenebb a fizikai és mentális egészségük.

H2. A rossz egészségi állapot-mutatókkal rendelkezők számára a kapcsolatháló nagysága és diverzitása – azaz a **társas integráció** mértéke – előzetes várakozásaink szerint enyhíti a megküzdés nehézségeit.

H3. A különböző forrásokból kapott támogatások és azok sokfélesége – azaz a **társas támogatottság** – szintén segíthetik a betegségekkel való megküzdést. Azt várjuk, hogy a magukra hagyottak, akik nem kaptak sem anyagi támogatást, sem gyakorlati/természetbeni segítséget, nagyobb valószínűséggel kitéttek a szomatikus és mentális betegségek kockázatának.

H4. A Covid-19 járványhelyzet megtapasztalása miatti bizonytalanság befolyásolhatta a mentális és fizikai egészséget, így azt várjuk, hogy azok, akik nagyobb mértékben észlelték a koronavírus-járvány személyes életükre és általában a társadalomra gyakorolt negatív hatását, nagyobb valószínűséggel kitéttek betegségek előfordulásának.

## Adatok és módszer

### Minta

Az elemzés során az MTA Kiválósági Együttműködési Program, Mobilitás Kutatási Centrum projekt keretében 2021. október 10. és november 16. között lefolytatott, személyes kérdőíves lekérdezésen alapuló vizsgálat adataira támaszkodtunk. Az adatfelvétel 5000 – legalább 18 éves vagy annál idősebb, Magyarországon élő, magyar állampolgárságú – személyre kiterjedő országos reprezentatív mintán készült. A minta kiválasztása során kétlépcsős, arányosan rétegzett valószínűségi mintavételi eljárást alkalmaztak. Az elsődleges mintavételi egységek a települések, a végső mintavételi egységek a lakosság megfelelő korú csoportjai voltak. A mintába került településeken véletlenszerűen kerültek kiválasztásra a lakcímek a mintakeretben szereplő esetszámnak megfelelően, és a kérdezőbiztosok címkártyáján a lakcím mellett a felkeresett személy neve és korcsoportja szerepelt. A minta nem, életkor (3 korcsoport), iskolai végzettség (4 iskolázottsági szint) és településtípus (4 településszint) szerint tükrözi a teljes felnőtt népességre e téren jellemző arányokat. A kutatást a Társadalomtudományi Kutatóközpont Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (Ügyiratszám: TK-14/2021). Minden résztvevő beleegyező nyilatkozatot tett, és az adatok az adatkezelési tervnek megfelelően kerültek felhasználásra.

### Mérőeszközök és eljárás

#### Egészségiállapot-mutatók

A vizsgálatunkban használt egészségiállapot-mutatók a kérdezettek önértékelésén, illetve beszámolóin alapulnak. (1) Az általános **szomatikus egészségi állapot** jellemzéséhez a tartós betegség(ek) megléte felől közelítettünk, és leírásához egy dichotóm változót alakítottunk ki, mely azt méri, hogy a válaszadónak van-e valamilyen régóta fennálló, krónikus betegsége. A kérdőívben szereplő kérdés így hangzott: „*Van-e Önnek valamilyen krónikus betegsége vagy olyan egészségi problémája, ami legalább 6 hónapja tart, vagy előreláthatólag legalább 6 hónapig fog tartani?*”. A 18 éves és ennél idősebb válaszadók egészségi állapotáról elmondható, hogy 19,5%-uk vallotta azt magáról, hogy van valamilyen tartósan fennálló betegsége. (2) A **mentális egészségi állapot** – pszichés kondíció – jellemzésére a Beck-féle Depresszió Skála (Beck–Beck 1972) rövidített, 9 tételes változatát (BDI-S) alkalmaztuk, melyet a szakirodalom az egyik legmegbízhatóbb mérési eszköznek tart a mentális zavar, a depressziós tünetegyüttes súlyosságának felmérésére. A mérőeszköz magyar nyelvű rövidített változatának kidolgozása Kopp Mária és munkatársai nevéhez fűződik (Kopp et al. 1990), és a magyar változat klinikai, valamint átlagpopuláción is validált (Rózsa et al. 2001, Kopp et al. 1995). A skála tételeit a kitöltők egy négyfokú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem jellemző, 3 = teljesen jellemző) jelölhetik, hogy a felsorolt állításokat mennyire tartják jellemzőnek a saját helyzetükre vonatkozóan. A kérdőív egyes tételei olyan tünetekre kérdeznek rá, mint a társas visszahúzódság, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, testi tünetek miatti túlzott aggodás, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség és az örömképesség hiánya. A testi tünetek miatti túlzott aggodás például ezzel az állítással mérhető: „*Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.*” A skálán elért magasabb pontszám több depressziós tünetre utal. A skála belső megbízhatósága a mintánkban kiváló (Cronbach-alfa = 0,96). A 9 tételes magyar változat pontszámát a teljes skála pontszámával ekvivalens értékke alakítottuk át, ahogyan azt Kopp és munkatársai határozták meg (Kopp et al. 1990). Mintánkban a BDI-S skála átlaga 6,64 (SD = 12,96). A minta közel négyötöde (77,4%) nem depressziós, valamivel kevesebb mint 8%-a enyhe depressziós tünetektől szenved, közel 4%-a közepesen súlyos és tizede (11,1%) súlyos depressziós állapottal írható le. Ez utóbbi két csoport együttes aránya alapján a minta hatoda-hetede (15,1%) a major depresszió klinikai kritériumainak felel meg.

#### Társas integráció: az egyéni kapcsolathálózat

A társadalmi kapcsolatokat az egocentrikus kapcsolathálózat méretével közelítettük, és (1) az erős, valamint (2) a gyenge kötésekkel jellemeztük. (1) Az **erős kötések** indikátorának a bizalmas, fontos beszélgetési kapcsolatok számát használtuk, melyet a kérdőív a „*fontos dolgok*” névgenerátora (Burt 1984) alkalmazásával mért fel. A kérdőív arra kérte a válaszadókat, hogy mondják meg, hány személlyel (legfeljebb 5) beszélnek

meg a fontosabb problémáikat.<sup>1</sup> A kérdés tehát azokat a közeli-erős kapcsolatokat méri fel, melyek érzelmi támaszt nyújthatnak a kérdezett számára. A válaszadók bizalmas kapcsolathálózatáról elmondható, hogy hatoduknak (16,4%) egyetlen bizalmas kapcsolata sincs, 1 bizalmasa a minta felének (49,4%) van, és csak harmada (34,3%) rendelkezik 2 vagy több bizalmas beszélgetési kapcsolattal. (2) A **gyenge kötések** méréséhez szintén egy mennyiségi indikátort használtunk. A gyenge kapcsolatok számát az alkalmazott kérdőív pozíciógenerátor-technika (Lin-Dumin 1986) alkalmazásával tárta fel: a válaszadóknak 21 különböző presztízsű foglalkozásról – könyvelő, középiskolai tanár, sofőr, autószerelő, ügyvéd, újságíró stb. – kellett megmondaniuk, hogy személyesen ismernek-e ilyen foglalkozású embereket.<sup>2</sup> Ez a kérdés tehát azt méri, hogy a kérdezett milyen pozíciókat/foglalkozásokat érhet el a kapcsolathálózatában, amelyek különböző társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférést tehetnek lehetővé számára. A válaszadóknak átlagosan 9,7 ismerőse van (SD = 5,33): negyedük (24%) 5 vagy annál kevesebb gyenge kötéssel rendelkezik, 6–10 gyenge kötése közel harmaduknak (36,3%) és 11 vagy annál több gyenge kötése kétötödüknek (39,7%) van.

#### Társas támogatottság: mozgósított erőforrások

A társas támogatottság méréséhez a szűkebb és a tágabb környezettől kapott instrumentális, kézzelfogható támogatás felől közelítettünk. A kérdőív két erőforrás-generátoros kérdés segítségével a különböző kapcsolati forrásokból érkező támogatás típusára és intenzitására kérdezett rá, azaz arra, hogy a kérdezett milyen erőforrásokhoz és milyen gyakran fért hozzá a kapcsolathálózatán keresztül.<sup>3</sup> A válaszadóktól ezt kérdezték: „Az elmúlt 2 évben milyen mértékben kapott anyagi támogatást, pénzt (1) a családtagjaitól, (2) barátaitól, ismerőseitől, (3) a szomszédjaitól, (4) segítő szervezettől, közösségtől, (5) a munkahelyétől (munkáltatójától, munkahelyi szervezettől, szakszervezettől), (6) az államtól, (7) a helyi önkormányzattól és (8) egyéb forrásból?”. Majd ugyanezt a kérdést a természetbeni támogatásra vonatkozóan is feltették: „Az elmúlt 2 évben milyen mértékben kapott természetbeni támogatást, szolgáltatást, munkavégzési segítséget (ideértve a gyerekfelügyeletet, bevásárlást, beteggondozást, rendszeres telefonhívást stb.) (1) a családtagjaitól, (2) barátaitól, ismerőseitől, (3) a szomszédjaitól, (4) segítő szervezettől, közösségtől, (5) a munkahelyétől (munkáltatójától, munkahelyi szervezettől, szakszervezettől), (6) az államtól, (7) a helyi önkormányzattól és (8) egyéb forrásból?”. Négy lehetséges választ lehetett megjelölni: egyáltalán nem kapott, kismértékben, közepes mértékben, jelentős mértékben. Az elemzés során ezeket a változókat kategoriális változóként használtuk, ahol a magasabb érték az adott forrásból nyújtott támogatási forma gyakoribb előfordulását jelzi. Mintánk válaszadói leginkább a családjuktól kaptak támogatást a vizsgált időszakban (anyagi támogatást 23%, természetbeni segítséget 33,4%), és ezt követi a barátok, ismerősök támogatása (anyagi támogatás: 5,9%, természetbeni támogatás: 19,6%). A többi kapcsolati forrásból kapott támogatási formák közül kiemelkedik még a szomszédok által nyújtott természetbeni segítség (19,3%), ugyanakkor anyagi támogatásuk kevésbé jellemző (3,9%). Az államtól és a helyi önkormányzattól anyagi támogatást a válaszadók 6,6, illetve 5%-a kapott, ami hasonló mértékű, mint a barátok, ismerősök által nyújtott anyagi támogatás, de természetbeni segítségnyújtásuk alacsony (3% alatti), elmarad a civil közösségi, szervezeti vagy akár a munkahelyi természetbeni támogatások mértékétől (ez utóbbiak mind 4% körüliek).

#### Covid-19-járványhelyzet észlelt hatása

A koronavírus-járvány hatásának mérésére két indikátort hoztunk létre, melyek a Covid-19 (1) saját személyes életre, valamint (2) általában a társadalomra gyakorolt hatásának észlelését tükrözik. A válaszadóktól azt kérdezték, hogy „Véleménye szerint hogyan változtatta meg a koronavírus az alábbi tényezőket?”, majd 11

<sup>1</sup> A kérdőívben szereplő kérdés: „A legtöbb ember egy-egy fontos dolgot időnként megbeszél másokkal. Ha mondjuk az elmúlt fél évre gondol, kik azok az emberek, akikkel Ön a fontosabb dolgait, problémáit megbeszélte?”

<sup>2</sup> A kérdőívben szereplő kérdés: „Felolvasok néhány foglalkozást, kérem, mondja meg mindegyikről, hogy személyesen ismer-e ilyen foglalkozású embereket. A személyesen ismeri itt azt jelenti, hogy köszönő viszonyban vannak, névről ismerik egymást.”

<sup>3</sup> Az erőforrás-generátor-módszer tehát nem a társadalmi erőforrásokhoz való hozzáférésre koncentrál, hanem azok mobilizálására, használatára, és elsősorban az instrumentális erőforrásokat veszi számba (Kmetty-Koltai 2015).

különböző dimenzióról<sup>4</sup> kellett megmondaniuk, hogy egy 1-től 5-ig terjedő skálán (1 = nagyon negatívan, 5 = nagyon pozitívan) mennyire volt észlelhető a Covid-19 befolyása. Miután az itemek értékeit megfordítottuk, hogy a magasabb értékek az egyes területeken érzékelt negatív irányú változásokat mutassák, ezen változók alapján (1) az első indexet, mely azt méri, hogy a **Covid-19 hogyan érintette a kérdezett személyes életét**, úgy képeztük, hogy összeadtuk a kérdezett pénzügyi helyzetére, a munkájára és az egészségére vonatkozó 3 változót, majd elosztottuk hárommal. A 3 változó Cronbach alpha-értéke 0,85, mely magas érték azt jelzi, hogy helyesen feltételeztünk egy látens egydimenziós struktúrát e változók között. (2) A másik, a **Covid-19 általános hatását** mérő indexet szintén úgy alakítottuk ki, hogy összeadtuk, a válaszadó szerint a felsorolt 8 területet (mint például a magyar gazdaság helyzetét, az árakat, a generációk közötti kapcsolatokat és a szolidaritást stb.) mennyire érintette negatívan a pandémia, majd elosztottuk nyolccal (e változókra vonatkozó Cronbach alpha-értéke 0,91, ami szintén magas belső konzisztenciát jelez a változók között). A két Covid-19-indexet folytonos változóként szerepeltettük az elemzésekben. A koronavírus általános hatását mérő index átlaga 3,58 (SD = 0,84) és a kérdezett személyes életére gyakorolt hatását mérő indexé 3,34 (SD = 0,87). A válaszadók valamivel több mint a fele (51,9%) az átlagnál nagyobb mértékben érzékelte a koronavírus-járvány negatív hatását az élet különböző területein, és 37,1%-uk a személyes életében tapasztalta meg a pandémia átlag feletti negatív hatását. Azaz a Covid-19 személyes életre gyakorolt hatását kisebb arányban érzékelték negatívnak, mint az egész társadalomra gyakorolt hatást.

#### Demográfiai és társadalmi-gazdasági jellemzők

Az elemzésbe a kérdezett demográfiai és társadalmi-gazdasági hátterét leíró változókat is beemeltünk: a **nem** (nő), az **életkor** (kategoriális változóként szerepel: 18–34 éves, 35–54 éves, 55 éves és ennél idősebb), a **társas státusz** (a tényleges együttélési forma figyelembevételével, dichotóm változó: egyedül él-e), az **iskolai végzettség** (kategoriális változó: legfeljebb nyolc általános iskola, középiskola érettségi nélkül, középiskola érettségivel, felsőfokú végzettség), a **szubjektív jövedelmi helyzet** (kategoriális változó: a szokásos kiadásokat nehézségek árán, kisebb nehézségek árán, viszonylag könnyen és könnyen vagy nagyon könnyen tudják fedezni)<sup>5</sup>, valamint a **lakóhely településtípusának változóit** (kategoriális változó: főváros, más nagyváros, kisváros, község).

#### Statisztikai módszerek

A statisztikai elemzéseket a STATA 16.0 programmal (Release 16. College Station, TX: StataCorp LLC) és az R 4.1.2 program tidyLPA csomagjával (Rosenberg et al. 2018) végeztük el. Első lépésben modellalapú klaszterelemzést végeztünk. A kapcsolati forrásokból kapott támogatási formák alapján a válaszadók különböző csoportjait modellalapú klaszterezés segítségével tártuk fel. Mivel csoportképző változóink mindegyike ordinális mérési szintű indikátor, ezért a „*látens profilelemzés*” módszerét (latent profile analysis, LPA) alkalmaztuk a támogatottságmintázatok létrehozásához. A kapcsolathálózat és a kirajzolódó támogatottságmintázatok egészséggel való összefüggéseit többszintű regresszióval elemeztük.

Az eredmények értékelése során a 90%-os szignifikanciaszintet ( $p < 0,1$ ) fogadtuk el határértéknek. A tanulmányban súlyozott eredményeket közlünk.

4 Ezek közül 8 kérdés általánosan mérte a Covid-19 hatását, hogy mennyire érintette (1) a magyar gazdaság helyzetét, (2) az árakat, (3) a magyarok fizikai egészségét, (4) a magyarok lelki egészségét, (5) a különböző generációk közötti konfliktusokat, (6) a különböző generációk közötti segítségnyújtást, (7) a családi kapcsolatok minőségét és (8) a közösségeket. További 3 item pedig a válaszadó saját személyes életére fókuszált, hogy mennyire befolyásolta a Covid-19 a válaszadó (1) pénzügyi helyzetét, (2) munkáját és (3) személyes egészségét.

5 Azért döntöttünk a szubjektív jövedelmi helyzet használata mellett az abszolút jövedelmi helyzet helyett, mert a válaszadók magas aránya (47,5%) utasította vissza abszolút jövedelmének megadását.

## Eredmények

### A kapcsolathálózat, a kapcsolati forrásokból kapott támogatás és az egészség összefüggései

#### A különböző kapcsolati forrásokból kapott támogatások mintázatai

Ennek a tanulmánynak a központi kérdése, hogy a kapcsolathálózat és a különböző kapcsolati forrásból kapott támogatási formák intenzitásának (mértékének) kombinációi hogyan függenek össze a szomatikus és a mentális egészséggel. Ehhez először azt vizsgáltuk meg, hogy milyen segítőnetwork-mintázatok azonosíthatók a mintánkban. Célunk az volt, hogy megragadjuk a kapcsolati forrásokból nyújtott segítség, támogatás típusának (anyagi támogatás vagy természetbeni támogatás, szolgáltatás, munkavégzési segítség) és intenzitása (mértéke) alapján a támogatáskombinációk sokféleségét (majd ezek hatását vizsgáljuk az egészségre). Az volt a kutatói szándék, hogy mindezeket a jellemzőket figyelembe véve olyan támogatottságmintákat találjunk, melyek a kérdezettek egy-egy csoportjára jellemzők.

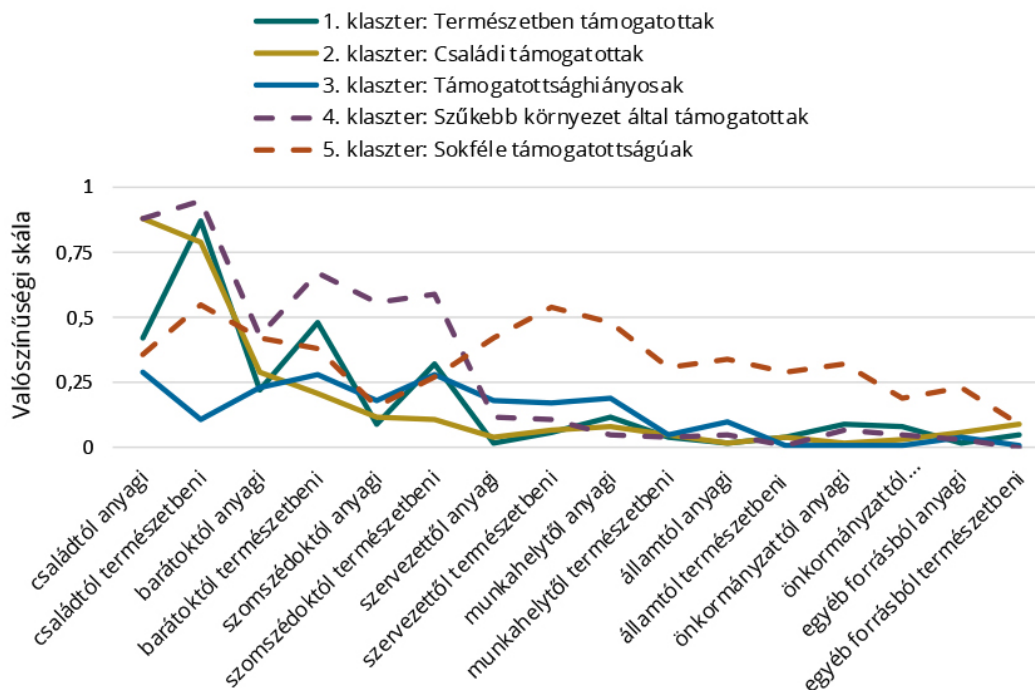
A különböző forrásból kapott támogatási formák alapján a válaszadók csoportjait látens profilelemzés (latent profile analysis, LPA) módszerével hoztuk létre, melynek lényege, hogy az egyéneket a megfigyelt változók alapján látens csoportokba (profilokba) sorolja, mégpedig úgy, hogy minden válaszadó esetében megbecsüli az adott profilba tartozás valószínűségét (Collins–Lanza 2010). Esetünkben a megfigyelt változók a szűkebb és a tágabb környezettől kapott anyagi és természetbeni támogatás, segítség intenzitásának változói, melyeket 16 indikátorral mértünk (a 3.2.3. alfejezetben részletesen bemutatott módon). Az elemzés során 2–6 csoportos megoldásokat vizsgáltunk, és a legjobb modellmegoldás meghatározásához figyelembe vettük a modell illeszkedését (Akaike-féle információs kritérium, Bayesian-féle információs kritérium), a Lo-Mendell-Rubin-féle valószínűségi hányados teszt (LMR-LRT) szignifikáns eredményét, a csoportok nagyságát (a minta legalább 5%-a legyen) és a magasabb entrópiaértéket (Nylund et al. 2007). A látens profilelemzés tesztstatisztikái szerint a legoptimálisabb felosztás az ötcsoportos modellstruktúra (a különböző számú csoportot tartalmazó modellek esetén a látens profilelemzés illeszkedési mutatóit a Melléklet 1. táblázat tartalmazza).

A támogatottság mintázatának látens profiljai közül (lásd 1. ábra) az **1. klaszterbe** tartozók (13%) jellemzően természetbeni segítséget, „gondoskodást” kapnak legnagyobb valószínűséggel a szűkebb családi és baráti kapcsolataik révén, ezért őket „*természetben támogatottak*”-nak neveztük el. A **2. klaszterbe** (12,4%) azok tartoznak, akiknek a családi kapcsolataik támogatóak mind az anyagi, mind a természetbeni segítség terén, ugyanakkor más kapcsolati forrásból nem kapnak segítséget, ők a „*családi támogatottak*”. A minta legnagyobb hányadát kitevő 3. klaszterbe tartozók (57,7%) jellemzően „*támogatottsághiányosak*”: nem kapnak sem családi, baráti, ismerősi, sem szervezeti, közösségi vagy akár állami, önkormányzati instrumentális támogatást. A minta legkisebb hányadát kitevő 4. klaszterbe (7,7%) a „*szűkebb környezet által támogatottak*” kerültek: akik körében elsősorban a családtól, a szomszédoktól, az ismerősöktől, a barátoktól kapott természetbeni támogatás a gyakori, de – eltérően az 1. klaszter tagjaitól – az anyagi támogatás is jelen van körükben, főleg a családjuk és barátaik pénzbeli segítségére támaszkodhatnak. A minta másik kisméretű csoportjába (5. klaszter, 9,2%) tartozó válaszadók a „*sokféle támogatottságúak*”, akik nagy valószínűséggel nemcsak a családjuktól, a barátaiktól, az ismerőseiktől vagy a szomszédjaiktól kapnak anyagi és természetbeni segítséget, hanem intézményi, közösségi, szervezeti és állami, illetve önkormányzati támogatásban is részesülnek.

A bemutatott csoportarányokból az olvasható ki, hogy a minta jóval több mint fele nagyon csekély támogatásban részesült, lényegében magára volt hagyva. Minden ötödik válaszadó számíthatott a szűk környezetének támogatására: pénzt és segítő szolgáltatásokat kaptak. A másik két csoport közül az egyik (a minta nyolcada) csak gondoskodó odafigyelést kapott, a legkisebb (a minta majdnem tizede) mindenféle forrásból sokféle támogatást tudott igénybe venni.

1. ábra

A különböző forrásokból kapott támogatási formák mentén azonosított klaszterek által mutatott valószínűség-mutatók



#### A kapcsolathálózat és a kapcsolati forrásokból kapott támogatottság hatása

Annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy a kapcsolathálózat és a támogatottság mintázatai hogyan befolyásolják a krónikus állapotot és a mentális egészséget, többváltozós regressziós modelleket vizsgáltunk. Regressziós modelljeink **független változói** tehát az egészség általunk vizsgált különböző aspektusaiban való érintettség dichotóm változói: (1) a krónikus betegségek, tartósan fennálló egészségi problémák megléte és (2) a súlyos és közepesen súlyos depressziós állapot előfordulása.

A fő magyarázóváltozók pedig egyfelől a kapcsolathálózat mérete alapján a társas integráció alacsony, közepes és magas mértékét mutató háromkategóriás változók: (1) az erős és (2) a gyenge kötések indikátorai, másfelől a különböző kapcsolati forrásokból kapott támogatás típusa (formája) és intenzitása alapján azonosított (3) tipikus segítőnetwork-jellemzőket kifejező ötkategóriás változó: természetben támogatottak, családi támogatottak, támogatottságihiányosak, szűkebb környezet által támogatottak, sokféle támogatottságúak.

Modelljeinket több lépcsőben építettük fel: a kedvezőtlen fizikai és mentális egészség regressziós becslése során először a demográfiai és a társadalmi-gazdasági státusz változóit vontuk be az egyenletbe [(1) és (2) modell]. A (3) és (4) modellben a kapcsolati háló jellemzőinek hatását, az (5) és (6) modellben a másik fő magyarázóváltozónk, a támogatottság konfigurációinak hatását vizsgáltuk. Végül a (7) és (8) modellben a Covid-19 észlelt személyes és általános hatását elemeztük. A modellek minden egyes lépésnél szignifikánsak voltak. A becslési eredményeket a **2-5. táblázatokban** közöljük.

A demográfiai és társadalmi-gazdasági háttérváltozókkal felépített (1) és (2) modellek eredményeit tekintve a **válaszadó neme** csak a kedvezőtlen fizikai egészséggel függ össze: a nők körében kisebb a valószínűsége a krónikus betegség(ek) előfordulásának, ugyanakkor nincs szignifikáns nemi eltérés a mentális egészség vonatkozásában. Jóllehet nemzetközi kutatások (Lengua–Stormshak 2000, Oquendo et al. 2001, van de Velde et al. 2010) eredményei szerint a nők körében a depresszivitás kockázata magasabb a férfiakhoz képest, mintánkban a nőkre és a férfiakra a mentális jóllét azonos szintje jellemző.

Az **életkor** hatását tekintve a korábbi kutatásokhoz (például Jang et al. 2009) hasonlóan azt találtuk, hogy egyértelműen a legidősebb korcsoportba tartozó válaszadók a legkedvezőtlenebb egészségi állapotúak: a 64+-os korosztályon belül a legmagasabb mind a krónikus betegségek, mind a depressziós tünetegyüttes

2. táblázat  
A demográfiai és a társadalmi-gazdasági státusz változóinak hatása az egészségi állapotra a 18 éves és idősebb lakosság körében

|                                                                      | Függő változó                                                     |                    |       |     |                                                                  |                    |      |     |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|-------|-----|------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|
|                                                                      | (1)<br>Krónikus betegség, egészségi<br>probléma tartós fennállása |                    |       |     | (2)<br>Súlyos és közepesen súlyos<br>depressziós állapot (BDI-S) |                    |      |     |
|                                                                      | OR                                                                | Robust Std.<br>Err | z     |     | OR                                                               | Robust Std.<br>Err | z    |     |
| Nem (ref: nő)                                                        | 1,202                                                             | 0,092              | 1,73  | *** | 1,053                                                            | 0,089              | 0,61 |     |
| Életkor (ref: 18–34 év)                                              |                                                                   |                    |       |     |                                                                  |                    |      |     |
| 35–54 év                                                             | 4,903                                                             | 1,044              | 7,46  | *** | 1,211                                                            | 0,142              | 1,63 | **  |
| 55–64 év                                                             | 15,07                                                             | 3,187              | 12,75 | *** | 1,189                                                            | 0,158              | 1,30 |     |
| 64+                                                                  | 39,55                                                             | 8,363              | 17,39 | *** | 1,505                                                            | 0,198              | 3,11 | *** |
| Társas státusz (ref: családban él)                                   | 1,098                                                             | 0,104              | 0,98  |     | 1,295                                                            | 0,122              | 2,73 | **  |
| Iskolai végzettség (ref: felsőfok)                                   |                                                                   |                    |       |     |                                                                  |                    |      |     |
| Általános iskola                                                     | 1,890                                                             | 0,211              | 3,10  | *** | 1,577                                                            | 0,244              | 2,95 | *** |
| Középiskola érettségi nélkül                                         | 1,112                                                             | 0,176              | 0,68  | *   | 1,276                                                            | 0,153              | 2,45 | **  |
| Középiskola érettségivel                                             | 1,000                                                             | 0,150              | 0,00  |     | 1,017                                                            | 0,146              | 0,12 |     |
| Szubjektív jövedelmi helyzet (ref: könnyen megélnék a jövedelmükből) |                                                                   |                    |       |     |                                                                  |                    |      |     |
| Nehezen és nagyon nehezen                                            | 2,758                                                             | 0,497              | 5,63  |     | 2,543                                                            | 0,447              | 5,30 | *** |
| Kisebbségi nehézségek árán                                           | 1,593                                                             | 0,265              | 2,80  | **  | 1,784                                                            | 0,288              | 3,58 | *** |
| Viszonylag könnyen                                                   | 1,023                                                             | 0,168              | 0,14  | *** | 1,171                                                            | 0,189              | 0,98 |     |
| Településtípus (ref: község)                                         |                                                                   |                    |       |     |                                                                  |                    |      |     |
| Főváros                                                              | 0,648                                                             | 0,091              | -3,05 | *** | 2,086                                                            | 0,271              | 5,66 | *** |
| Más nagyváros                                                        | 1,348                                                             | 0,168              | 2,38  | *** | 1,866                                                            | 0,238              | 4,89 | *** |
| Kisváros                                                             | 1,201                                                             | 1,259              | 1,80  | *   | 1,365                                                            | 0,153              | 2,78 | *** |
| Wald $\lambda^2$                                                     | 868,68***                                                         |                    |       |     | 192,98***                                                        |                    |      |     |
| Pseudo R <sup>2</sup>                                                | 0,238                                                             |                    |       |     | 0,094                                                            |                    |      |     |
| N                                                                    | 4812                                                              |                    |       |     | 4811                                                             |                    |      |     |

Magyarázat: \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$ ; \* $p < 0,1$ .

Forrás: KEP3 adatfelvétel, 2021

előfordulási gyakorisága. Eredményeinkből egyértelműen kitűnik: az életkor növekedésével lineárisan növekszik a tartósan fennálló egészségügyi problémák kockázata, azonban ez a trend nem figyelhető meg a depresszivitás esetében. Ugyan a legidősebbek, a 64 év felettiek és a középkorú felnőttek (35–54 évesek) körében szignifikánsan nagyobb mértékű depressziós állapot várható a referenciacsoportként kezelt legfiatalabbakhoz (18–34 évesek csoportjához) képest, azonban az eltérés nem szignifikáns a még dolgozó idősebb felnőttek (55–64 év közöttiek) körében.

A **társas státusz** nem korrelál szignifikánsan a fizikai egészségi állapottal (krónikus betegségek előfordulásával), de pozitív összefüggést mutat a depresszivitással. Ez az eredmény összecseng a korábbi kutatási tapasztalatokkal, melyek arra mutattak rá, hogy a pszichés egészség nem független a családi státustól és a házasságot, illetve a párkapcsolatban élést egészségvédő faktorként azonosították (Kim–McKenry 2002, Kopp–Skrabski 2006, Meadows 2009).

Az **iskolai végzettség és a szubjektív jövedelmi helyzet** tekintetében egységes képet találunk mind a krónikus betegségek, mind a depressziós tünetegyüttes tekintetében. Azt látjuk, hogy az iskolai végzettség és a jövedelmi-anyagi helyzet csökkenésével növekszik a krónikus és mentális megbetegedések kockázata. A magasabb iskolai végzettségűekhez (diplomásokhoz) képest az általános iskolai és az érettségit nem adó középiskolai végzettség jelentősen növeli a tartós betegségek és a súlyos depresszió kockázatát. A jövedelmi nehézségekkel élők körében szintén szignifikánsan nagyobb mértékű depressziós tünetképzés és tartósan

fennálló betegségek előfordulása várható, mint azok körében, akik kényelmesen megélik a jövedelmükből. Ezek az eredmények – összhangban a korábbi vizsgálatok eredményeivel (Hoffmann 2008, Lahelma et al. 2006, Torssander–Erikson 2010) – azt erősítik meg, hogy a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek kedvezőtlen fizikai és mentális egészséggel járnak, és hogy a státuszkülönbségek jelentősen meghatározzák a társadalom egészségviszonyait.

A lakóhely településtípusának hatását vizsgálva azt találtuk, hogy a községekben, falvakban élőkhez képest a fővárosiak körében jóval kisebb a krónikus megbetegedések kockázata, mely eredmény megfelel az előzetes várakozásainknak, hiszen a nagyvárosok az egészségügyi szolgáltatások szélesebb köréhez nyújtanak hozzáférést. Ezzel szemben a depresszivitás, a szorongás valószínűsége a településméret növekedésével lineárisan növekszik: a községekben élőkhez képest minden más településen (a vidéki kisebb-nagyobb városokban és Budapesten is) nagyobb mértékű a súlyos és közepesen súlyos depresszió kockázata (de a fővárosban a legmagasabb). Ez az eredmény nem mond ellent annak a szakirodalmi közmegegyezésnek, hogy a városi környezet, illetve az urbanizáció együtt jár a mentális egészség védőfaktorainak eróziójával, például a társas kapcsolatok és/vagy az egészségtudatos magatartás leépülésével (Purtle et al. 2019, Pridmore et al. 2007).

A (3) és (4) modellben (3. táblázat) azt vizsgáltuk, hogy a kapcsolati háló jellemzői milyen hatással vannak az egészségre. Mivel modelljeinket lépésről lépésre építettük fel, így ellenőrizni tudjuk, hogy a korábban bevont társadalmi és demográfiai változók hatása változik-e a kapcsolathálózati indikátorok bevonása után. Azt találtuk, hogy a korábbi változóknak megmaradt a szignifikáns hatásuk, de a krónikus állapot esetében két változókat nem adó középiskolai végzettség és a kisebb anyagi-jövedelmi nehézségek – hatása 5%-ról 1%-os szignifikanciaszint felett lett meghatározó.

3. táblázat

A kapcsolathálózati jellemzők hatásának vizsgálata az egészségi állapotra a 18 éves és idősebb lakosság körében

|                                                          | Függő változó                                                     |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|
|                                                          | (3)<br>Krónikus betegség, egészségi<br>probléma tartós fennállása |                    |      |     | (4)<br>Súlyos és közepesen súlyos<br>depressziós állapot (BDI-S) |                    |      |     |
|                                                          | OR                                                                | Robust<br>Std. Err | z    |     | OR                                                               | Robust<br>Std. Err | z    |     |
| Erős kötések(ref: 2 vagy több bizalmasa van)             |                                                                   |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
| Nincs bizalmas kapcsolata                                | 2,503                                                             | 0,356              | 6,45 | *** | 2,395                                                            | 0,307              | 6,81 | *** |
| 1 bizalmasa van                                          | 1,518                                                             | 0,194              | 3,26 | *** | 1,262                                                            | 0,134              | 2,18 | *** |
| Gyenge kötések (ref: 11 vagy több gyenge kapcsolata van) |                                                                   |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
| 0–5 gyenge kapcsolata van                                | 1,772                                                             | 0,214              | 4,73 | *** | 2,725                                                            | 0,341              | 8,01 | *** |
| 6–10 gyenge kapcsolata van                               | 1,187                                                             | 0,136              | 1,49 | *** | 1,703                                                            | 0,195              | 4,63 | *** |
| Wald $\chi^2$                                            | 817,84***                                                         |                    |      |     | 333,71***                                                        |                    |      |     |
| Pseudo R2                                                | 0,268                                                             |                    |      |     | 0,108                                                            |                    |      |     |
| N                                                        | 4791                                                              |                    |      |     | 4793                                                             |                    |      |     |

*Megjegyzés: A táblázatban nem szerepel az összes bevont változó. A modellezési eljárás során az eredményeket nemre, életkorra, társas státuszra, iskolai végzettségre, szubjektív jövedelmi helyzetre és a lakóhely településtípusára korrigáltuk.*

*Magyarázat: \*\*\* $p < 0,01$ .*

*Forrás: KEP3 adatfelvétel, 2021*

A társas kapcsolatok egészségre gyakorolt hatását vizsgáló más kutatásokkal (Cacioppo et al. 2006, Tay et al. 2012) összhangban mi is azt találtuk, hogy a kapcsolathálózat mérete – akár a bizalmas/erős kötések, akár a gyenge kötések számát nézzük – szignifikánsan összefügg a fizikai és mentális egészséggel. Eszerint minél kevesebb erős és minél kevesebb gyenge kötéssel rendelkezik valaki – azaz minél kisebb a kapcsolathálózati integrációja –, annál inkább szenved tartósan fennálló betegség(ek)ben és súlyos, illetve közepesen súlyos depresszióban. Ugyanakkor – árnyalva a korábbi eredményeket – a regressziós esélyhányadosok alapján értékelve a kapcsolati háló egyes jellemzőinek hatását, további érdekes összefüggések emelhetők ki. Egyrészt

4. táblázat  
A támogatottságmintázatok hatásának vizsgálata  
az egészségi állapotra a 18 éves és idősebb lakosság körében

|                                                            | Függő változó                                                     |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|
|                                                            | (5)<br>Krónikus betegség, egészségi<br>probléma tartós fennállása |                    |      |     | (6)<br>Súlyos és közepesen súlyos<br>depressziós állapot (BDI-S) |                    |      |     |
|                                                            | OR                                                                | Robust<br>Std. Err | z    |     | OR                                                               | Robust<br>Std. Err | z    |     |
| A támogatottság mintázatai (ref: sokféle támogatottságúak) |                                                                   |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
| Családi támogatottak                                       | 1,848                                                             | 0,219              | 3,17 | *** | 1,982                                                            | 0,215              | 2,81 | *** |
| Szűkebb környezet által támogatottak                       | 1,519                                                             | 0,207              | 3,06 | **  | 1,518                                                            | 0,228              | 2,58 | *   |
| Természetben támogatottak                                  | 1,544                                                             | 0,331              | 2,03 | **  | 1,873                                                            | 0,365              | 2,76 | **  |
| Támogatottságihiányosak                                    | 2,551                                                             | 0,652              | 3,86 | *** | 5,941                                                            | 1,813              | 5,84 | *** |
| Wald $\chi^2$                                              | 817,84***                                                         |                    |      |     | 333,71***                                                        |                    |      |     |
| Pseudo R2                                                  | 0,268                                                             |                    |      |     | 0,108                                                            |                    |      |     |
| N                                                          | 4791                                                              |                    |      |     | 4793                                                             |                    |      |     |

*Megjegyzés: A táblázatban nem szerepel az összes bevont változó. A modellezési eljárás során az eredményeket nemre, életkorra, társas státuszra, iskolai végzettségre, szubjektív jövedelmi helyzetre, a lakóhely településtípusára, az erős kötések és a gyenge kötések számára korrigáltuk.*

*Magyarázat: \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$ ; \* $p < 0,1$ .*

*Forrás: KEP3 adatfelvétel, 2021*

az erős kötéseknek a krónikus állapotra erőteljesebb magyarázóereje van, mint a gyenge kapcsolatoknak, azaz a fizikai egészség szempontjából nagyobb védettséget jelent a bizalmas kapcsolati beágyazottság a társadalmi beágyazottságnál. Másrészt a gyenge, lazább kötéseknek szignifikánsan jelentősebb hatása van a depresszivitásra, mint a bizalmas kapcsolatoknak, vagyis a társadalmi beágyazottság – a „gyenge kötések ereje” – nagyobb védettséget jelent a mentális egészség szempontjából, de természetesen nem elhanyagolható a bizalmas kommunikációs kapcsolatok hatása sem.

Az (5) és (6) modellekbe a társadalmi és demográfiai dimenziók, valamint a kapcsolathálózat méretének indikátorai mellett a **támogatottsági mintázat** változóját is bevontuk (4. táblázat). Az új változó bevonása nem változtatta meg egyik modellben sem a már bevont változók szignifikáns hatását, de a társas státusz szignifikanciaszintje a depresszivitás esetén 5%-ról 1%-ra csökkent.

A segítőnetwork-konstellációk kapcsolatát elemezve a vizsgált egészségmutatókkal a következőket látjuk: a referenciacsoportként kezelt „sokféle támogatottságúak” csoportjához képest mindegyik támogatottságmintázat szignifikánsan pozitív hatással bír a kedvezőtlen fizikai és mentális egészségre, azaz növeli a tartósan fennálló egészségügyi problémák és a depressziós tünetképződés veszélyét. Nem meglepő, hogy a 'támogatottságihiány' növeli a legjelentősebb mértékben a megbetegedések valószínűségét: azok körében a legmagasabb mind a krónikus állapot, mind a depresszió kockázata, akik semmilyen kapcsolati forrásból sem részesülnek támogatásban. Szintén növeli ezek esélyét a „családtól kapott gyakori anyagi és/vagy természetbeni segítség” a „sokféle és intenzív támogatottsághoz” viszonyítva. Ez utóbbi eredmény, mely szerint a családtól kapott instrumentális támogatás nagyobb valószínűséggel jár együtt az egészség romlásával – vagy megfordítva: kisebb valószínűséggel jár együtt a kiváló fizikai és mentális egészségi állapottal – a „sokféle támogatottságúak”-hoz viszonyítva, azt tükrözi, hogy kizárólag a család által nyújtott segítség nem elegendő a kedvező egészségi állapot fenntartásához. Míg a szűkebb környezet (család, barátok, ismerősök, szomszédok) által nyújtott anyagi és természetbeni támogatásnak és a kizárólagos 'természetbeni támogatásnak' nagyon hasonló mértékű a hatása a krónikus betegségek kockázatára, a mentálisegészség-mutató tekintetében azonban a családtól és barátoktól kapott természetbeni támogatás a meghatározóbb. Megjegyezzük, hogy a regressziós modelleket úgy is lefuttattuk, hogy a támogatottság mintázatát mutató változó más és más kategóriáját kezeltük referenciacsoportként. A fent leírt megállapítások minden modellben jól láthatóak. Ha például a 'támogatottság hiányával' jellemezhető csoportot kezeljük referenciakategóriaként, a 'sokféle

5. táblázat  
A Covid-19 észlelt hatásának vizsgálata az egészségi állapotra  
a 18 éves és idősebb lakosság körében

|                                          | Függő változó                                                     |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|------------------------------------------------------------------|--------------------|------|-----|
|                                          | (7)<br>Krónikus betegség, egészségi<br>probléma tartós fennállása |                    |      |     | (8)<br>Súlyos és közepesen súlyos<br>depressziós állapot (BDI-S) |                    |      |     |
|                                          | OR                                                                | Robust<br>Std. Err | z    |     | OR                                                               | Robust<br>Std. Err | z    |     |
| A Covid-19 észlelt hatása                |                                                                   |                    |      |     |                                                                  |                    |      |     |
| Covid-19-index: személyes életre         | 1,379                                                             | 0,129              | 3,42 | *** | 1,617                                                            | 0,136              | 3,62 | *** |
| Covid-19-index: általában a társadalomra | 1,249                                                             | 0,110              | 2,51 | *** | 1,217                                                            | 0,118              | 2,12 | **  |
| Wald $\chi^2$                            | 641,80***                                                         |                    |      |     | 480,39***                                                        |                    |      |     |
| Pseudo R2                                | 0,269                                                             |                    |      |     | 0,175                                                            |                    |      |     |
| N                                        | 4132                                                              |                    |      |     | 4143                                                             |                    |      |     |

*Megjegyzés: A táblázatban nem szerepel az összes bevont változó. A modellezési eljárás során az eredményeket nemre, életkorra, társas státuszra, iskolai végzettségre, szubjektív jövedelmi helyzetre, a lakóhely településtípusára, az erős kötések számára, a gyenge kötések számára és a támogatottságmintázatokra korrigáltuk*

*Magyarázat: \*\*\* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,05$*

*Forrás: KEP3 adatfelvétel, 2021*

támogatottságkonstellációjú válaszadóknak van a legkisebb esélye a rossz mentális és fizikai egészségre (negatív előjelű összefüggés).

Végül a (7) és (8) modellekben (5. táblázat) a Covid-19 közvetlen hatását elemeztük. Azt vizsgáltuk, hogy a koronavírus-járvány személyes életre és általában a társadalomra gyakorolt – válaszadó által észlelt – negatív hatása hogyan érintette az egészséget. Azt találtuk, hogy a Covid-19 hatása – függetlenül attól, hogy az a személyes életet érintette negatívan vagy általában a társadalmat – szignifikánsan pozitívan hat mind a depresszív és szorongásos tünetképződésre, mind a krónikus egészségi állapotra. Ráadásul a személyesen megélt pandémia miatti szorongás nagyobb mértékben befolyásolta a mentális és fizikai egészségi állapotot, mint a társadalom különböző területein tapasztalt negatív változások. Jóllehet ismert a stresszhelyzetek egészségre gyakorolt negatív hatása, eredményeink azt tükrözik, hogy ez jelentős volt a Covid-19 korszakában is, mivel súlyosbította a már fennálló egészségügyi és pszichológiai problémákat.

## Összegzés és következtetések

A Társadalomtudományi Kutatóközpont Mobilitás Kutatási Centrum támogatásával 2021 őszén készült adatfelvétel (KEP3 survey) lehetővé tette számunkra, hogy megvizsgáljuk a társadalmi kapcsolathálózati beágyazottság és a kapcsolatháló nyújtotta különböző támogatottságformák kombinációinak összefüggését a mentális és fizikai egészséggel a felnőtt magyar lakosság körében a koronavírus-járvány 4. hulláma alatt.

Az egészségiállapot-indikátorokat többváltozós regresszióanalízissel vizsgáltuk, hogy megismerjük, milyen kapcsolathálózati jellemzőkkel és támogatottsági mintákkal, valamint egyéb társadalmi-demográfiai háttérrel függ össze előfordulásuk. A korábbi kutatásokkal (Jang et al. 2009, Lahelma et al. 2006, Torssander-Erikson 2010) összhangban – és megerősítve az **1. hipotézisünket** – azt találtuk, hogy a társadalmi-gazdasági tényezők meghatározó faktorai a kedvezőtlen egészségi állapotnak. Azaz a tartósan fennálló egészségügyi problémák és a mentális betegségek az idősebbeket, az alacsony iskolai – legfeljebb szakiskola, szakmunkás – végzettségűeket és az anyagi deprivációban élők veszélyeztetik leginkább. Miközben a társas státusz nem mutatott szignifikáns hatást a krónikus betegségek előfordulásával, a depresszivitással igen, ami azt jelzi, hogy a párkapcsolat elsősorban a mentális egészség védőfaktora (Kopp-Skrabski 2006, Meadows 2009). Az is kiderült, hogy a lakóhely településtípusa – vagyis az eltérő települési infrastruktúra – is meghatározó, habár eltérően befolyásolja a fizikai és a mentális egészséget. Azok, akik a fővárosban élnek, kisebb való-

színűséggel számoltak be tartósan fennálló egészségügyi problémákról, mint a községekben, falvakban élők. A depressziós tünetegyüttes esetében viszont ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk: a fővárosban élők azok, akik körében nagyobb valószínűséggel fordulnak elő mentális problémák. Ez az eredmény azt igazolja, hogy a nagyvárosi környezet leépíti a mentális egészség védőfaktorainak számító társas kapcsolatokat és/vagy az egészségtudatos életvitelt (Purtle et al. 2019).

Miután a társaskapcsolati háló jellemzőinek – a kapcsolathálózat kiterjedtségének – hatását mérő változókat is bevontunk a modellekbe, azt találtuk, hogy a minél kisebb méretű kapcsolati háló növeli mind a rossz fizikai egészség, mind a súlyos és közepesen súlyos depressziós állapot előfordulását. Ezek az eredmények alátámasztják a korábbi kutatási tapasztalatok (Cacioppo et al. 2006, Heffner et al. 2011, Kawachi–Berkman 2001) alapján megfogalmazott előzetes feltételezésünket (**2. hipotézis**), és azt tükrözik, hogy a kapcsolathálózati integráció fontos szerepet játszik a mentális és fizikai egészség fenntartásában. Ugyanakkor fontos eredményként rajzolódott ki az is, hogy a fizikai egészség szempontjából az érzelmileg támogató, bizalmas kapcsolati beágyazottság, míg a mentális egészség szempontjából a társadalmi beágyazottság, azaz a gyenge kötések számával mért lazább – főként információs és instrumentális támogatásokhoz való hozzáférést biztosító – kapcsolatok jelentenek nagyobb védeltséget.

A kapcsolathálózaton keresztül igénybe vett, „mozgósított” erőforrások kombinációinak, a segítőnetwork-konstellációk hatását vizsgálva azt láttuk, hogy a támogatottsághiányos network társul a legmagasabb esélyekkel mind a tartósan fennálló betegségek, mind a depressziós tünetegyüttes előfordulásához, vagyis a segítő/támogató kapcsolatok hiánya jelentős mértékben járul hozzá a rossz fizikai és mentális egészséghoz, ezzel a **3. hipotézisünket** alá tudjuk támasztani. Ugyanakkor az okság nyilvánvalóan kétirányú, hiszen a rossz egészségügyi állapot, a fizikai korlátozottság beszűkíti a kapcsolattartási lehetőségeket, valamint a mentális problémákkal élők sokszor nem veszik észre támogató kapcsolataikat. Elemzésünk további figyelemreméltó eredménye, hogy a kizárólag a családtól kapott anyagi és gyakorlati segítség a 'sokféle támogatottsághoz' képest (amikor a családi, baráti, ismerősi segítség mellett intézményi, közösségi, szervezeti, illetve állami, önkormányzati támogatás is megvalósul) kisebb eséllyel járul hozzá a kedvezőtlen krónikus állapot és a depresszió elkerüléséhez. Másként megfogalmazva, a fizikai és a mentális egészség szempontjából a leginkább előnyös a többféle kapcsolati forrásból kapott többféle típusú támogatások kombinációja.

Az elemzésben a Covid-19-járványhelyzet észlelt hatását is megvizsgáltuk. Azt találtuk, hogy akik minél nagyobb mértékben tapasztalták meg a pandémia negatív hatását akár a személyes életükben, akár általában a társadalomban, nagyobb valószínűséggel számoltak be tartósan fennálló betegségekről és depresszivitásról, azaz **4. hipotézisünket** támogatják a kapott eredmények. Elemzési eredményeink arra is rávilágítottak, hogy a személyes életben megélt pandémia miatti szorongás erősebben függ össze a depresszió szintjével, mint a társadalom különböző területein tapasztalt negatív változások.

Az eredmények értelmezésekor azonban figyelembe kell venni, hogy adataink keresztmetszeti vizsgálatból származnak, a modellek az ok-okozati összefüggések valószínűségét jelzik. A tanulmánynak azzal a korlátjával is számolni kell, hogy a válaszadók önértékelésére vonatkozó információkkal dolgoztunk, mely önértékelés eltérhet az orvosi diagnózistól, és túl-, illetve alulbecsülheti akár a mentális problémák jelenlétét, akár a krónikus állapotot. Az adatfelvételt megelőző két évre vonatkozó kérdések – a különböző kapcsolati forrásokból kapott támogatásokra vonatkozóan – pedig szükségszerűen retrospektívek, így a visszaemlékezés is okozhat torzítást. Mindezek ellenére – legjobb tudásunk szerint – ez az első tanulmány, amely a koronavírus-járvány időszakában vizsgálta a kapcsolathálózat, valamint a kapcsolati forrásokból kapott támogatottságmintázatok és az egészség összefüggéseit Magyarországon.

## Hivatkozások

- Aartsen, M. J. – van Tilburg, T. – Smits, C. H. M. – Knipscheer, K. C. P. M. (2004) A Longitudinal Study of the Impact of Physical and Cognitive Decline on the Personal Network in Old Age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 249–266. <https://doi.org/10.1177/0265407504041386>.
- Adams, R. G. – Blieszner, R. (1995) Aging well with friends and family. *American Behavioral Scientist*, 39(2), 209–224. <https://doi.org/10.1177/0002764295039002008>.
- Albert, F. – Dávid, B. – Hajdu, G. – Huszti, É. (2021) Egocentric contact networks of older adults: Featuring quantity, strength and function of ties. *Sociological Quarterly*, 62(4), 623–642. <https://doi.org/10.1080/00380253.2020.1787111>.
- Beck, A. T., Beck, R. W. (1972) Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52(6), 81–85. <https://doi.org/10.1080/00325481.1972.11713319>.
- Burt, R. S. (1984) Network Items and the General Social Survey. *Social Networks*, 6(4), 293–339. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(84\)90007-8](https://doi.org/10.1016/0378-8733(84)90007-8).
- Cacioppo, J. T. – Hughes, M. E. – Waite, L. J. – Hawkey, L. C. – Thisted, R. A. (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140–151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>.
- Cheng, S. T. – Lee, C. K. L. – Chan, A. C. M. – Leung, E. M. F. – Lee, J.-J. (2009) Social network types and subjective well-being in Chinese older adults. *Journals of Gerontology Series B*, 64(6), 713–722. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp075>.
- Cohen, S. – Wills, T. A. (1985) Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.98.2.310>.
- Cohen, S. – Underwood, L. G. – Gottlieb, B. H. (2000) Social relationships and health. In Cohen, S. – Underwood, L. G. – Gottlieb, B. H. (szerk.) *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. New York, NY: Oxford University Press, 3–25.
- Collins, L. M. – Lanza, S. T. (2010) *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral and health sciences*. New York: Wiley.
- Cornwell, B. (2011) Independence through social networks: bridging potential among older women and men. *Journals of Gerontology: Series B*, 66B (6), 782–794. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr111>.
- Cutrona, C. E. – Russell, D. W. (1990) Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In Sarason, B. R. – Sarason, I. G. – Pierce, G. R. (szerk.) *Social support: An interactional view*. New York: Wiley, 319–366.
- Domènech-Abella, J. – Lara, E. – Rubio-Valera, M. – Olaya, B. – Moneta, M. V. – Rico-Uribe, L. A. – Ayuso-Mateos, J. L. – Mundó, J. – Haro, J. M. (2017) Loneliness and depression in the elderly: The role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>.
- Dowd, J. J. (1984) Beneficence and the aged. *Journal of Gerontology*, 39(1), 102–108. <https://doi.org/10.1093/geronj/39.1.102>.
- Everson-Rose, S. A. – Lewis, T. T. (2005) Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26, 469–500. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542>.
- Fiori, K. L. – Antonucci, T. C. – Cortina, K. S. (2006) Social network typologies and mental health among older adults. *Journals of Gerontology: Series B*, 61B(1), 25–32. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.P25>.
- Fiori, K. L. – Antonucci, T. C. – Akiyama, H. (2008) Profiles of social relations among older adults: a cross-cultural approach. *Ageing and Society*, 28(2), 203–231. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006472>.
- Golden, J. – Conroy, R. M. – Bruce, I. – Denihan, A. – Greene, E. – Kirby, M. – Lawlor, B. A. (2009) Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*

- chiatry, 24(7), 694–700. <https://doi.org/10.1002/gps.2181>.
- Heffner, K. L. – Waring, M. E. – Roberts, M. B. – Eaton, C. B. – Gramling, R. (2011) Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science and Medicine*, 72(9), 1482–1488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.016>.
- Hoffmann, R. (2008) Socioeconomic Differences in Old Age Mortality. *The Springer Series on Demographic Methods and Population Analysis* 25. Dordrecht: Springer.
- Holt-Lunstad, J. – Smith, T. B. – Layton, J. B. (2010) Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
- House, J. S. – Landis, K. R. – Umberson, D. (1988) Social relationships and health. *Science*, 241 (4865), 540–545. <https://doi.org/10.1126/science.3399889>.
- Jang, S.-N. – Kawachi, I. – Chang, J. – Boo, K. – Shin, H.-G. – Lee, H. – Cho, S.-I. (2009) Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social Science and Medicine*, 69(11), 1608–1615. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.007>.
- Kamiya, Y. – Whelan, B. – Timonen, V. – Kenny, R. A. (2010) The differential impact of subjective and objective aspects of social engagement on cardiovascular risk factors. *BMC Geriatrics*, 10, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-10-81>.
- Kawachi, I. – Berkman, L. F. (2001) Social ties and mental health. *Journal of Urban Health*, 78(3), 458–467. <https://doi.org/10.1093/jurban/78.3.458>.
- Kim, H. K. – McKenry, P. C. (2002) The relationship between marriage and psychological well-being. *Journal of Family Issues*, 23(8), 885–911. <https://doi.org/10.1177/019251302237296>.
- Kivimäki, M. – Gunnell, D. – Lawlor, D. A. – Davey Smith, G. – Pentti, J. – Virtanen, M. – Elovainio, M. – Klaukka, T. – Vahtera, J. (2007) Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychological Medicine* 37(3), 373–382. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009457>.
- Kmetty Z. – Koltai J. (2015) Kapcsolathálózatok mérése – elméleti és gyakorlati dilemmák, lehetőségek. *Socio.hu*, 5(4), 34–49. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2015.4.34>.
- Kopp M. – Skrabski Á. – Czakó L. (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*, 1, 4–24.
- Kopp, M. – Skrabski, Á. – Szedmak, S. (1995) Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *Journal of Psychosomatic Research*, 39(8), 1019–1029. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(95\)00513-7](https://doi.org/10.1016/0022-3999(95)00513-7).
- Kopp M. – Skrabski Á. (2006) A támogató család mint a pozitív életminőség alapja. In Kopp M. – Kovács M. E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 220–232.
- Kovács K. (2012) Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In Őri P. – Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai portré, 2012: Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 73–89.
- Kovács K. – Tóth G. (2015) Egészségi állapot. In Monostori J. – Őri P. – Spéder Zs. (szerk.) *Demográfiai portré 2015: Jelentés a magyar népesség helyzetéről*. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, 95–114.
- Kuijter, R. G. – Buunk, B. P. – Ybema, J. F. (2001) Are equity concerns important in the intimate relationship when one partner of a couple has cancer? *Social Psychology Quarterly*, 64(3), 267–282. <https://doi.org/10.2307/3090116>.
- Laahelma, E. – Laaksonen, M. – Martikainen, P. – Rahkonen, O. – Sarlio-Lähteenkorva, S. (2006) Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science and Medicine*, 63(5), 1383–1399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.027>.
- Lengua, L. J. – Stormshak, E. A. (2000) Gender, gender roles, and personality: Gender differences in the prediction of coping and psychological symptoms. *Sex Roles*, 43, 787–820. <https://doi.org/10.1023/A:1011096604861>.

- Lett, H. S. – Blumenthal, J. A. – Babyak, M. A. – Strauman, T. J. – Clive, R. – Sherwood, A. (2005) Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869–878. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a>.
- Lewis, G. – Bebbington, P. – Brugha, T. – Farrell, M. – Gill, B. – Jenkins, R. – Meltzer, H. (2003) Socio-economic status, standard of living, and neurotic disorder. *International Review of Psychiatry*, 15 (1–2), 91–96. <https://doi.org/10.1080/0954026021000045994>.
- Lin, N. – Dumin, M. (1986) Access to occupations through social ties. *Social Networks*, 8(4), 365–385. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(86\)90003-1](https://doi.org/10.1016/0378-8733(86)90003-1).
- Litwin, H. (1998) Social network type and health status in a national sample of elderly Israelis. *Social Science & Medicine*, 46(4–5), 599–609. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(97\)00207-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(97)00207-4).
- Litwin, H. – Shiovitz-Ezra, S. (2011) Social network type and subjective well-being in a National sample of older Americans. *Gerontologist*, 51(3), 379–388. <https://doi.org/10.1093/geront/gnq094>.
- Liu, L. – Gou, Z. – Zuo, J. (2016) Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758. <https://doi.org/10.1177/1359105314536941>.
- Mackenbach, J. P. (2006) *Health Inequalities: Europe in Profile*.  
Elérhető: [https://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rdo6\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rdo6_en.pdf) [Letöltve: 2022-11-08].
- Manne S. – Duhamel, K. – Redd, W. H. (2000) Association of psychological vulnerability factors to post-traumatic stress symptomatology in mothers of pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9(5), 372–384. [https://doi.org/10.1002/1099-1611\(200009/10\)9:5<372::AID-PON471>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1099-1611(200009/10)9:5<372::AID-PON471>3.0.CO;2-1).
- Marmot, M. – Bobak, M. (2000) International comparators and poverty and health in Europe. *BMJ*, 321(7269), 1124–1128. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7269.1124>.
- McIntosh Gray, A. (1982) Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 12(3), 349–380. <https://doi.org/10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E>.
- Meadows, S. O. (2009) Family structure and fathers' well-being: Trajectories of mental health and self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 115–131. <https://doi.org/10.1177/002214650905000201>.
- Moore, S. – Daniel, M. – Gauvin, L. – Dubé, L. (2009a) Not all social capital is good capital. *Health and Place*, 15(4), 1071–1077. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.05.005>.
- Moore, S. – Daniel, M. – Paquet, C. – Dubé, L. – Gauvin, L. (2009b) Association of individual network social capital with abdominal adiposity, overweight and obesity. *Journal of Public Health*, 31(1), 175–183. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdn104>.
- Muntaner, C. – Eaton, W. W. – Diala, C. – Kessler, R. C. – Sorlie, P. D. (1998) Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. *Social Science & Medicine*, 47 (12), 2043–2053. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00309-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00309-8).
- Nylund, K. L. – Asparouhov, T. – Muthén, B. O. (2007) Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14(4), 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>.
- Ocsovszky Zs. – Rafael B. – Martos T. – Csabai M. – Bagyura Zs. – Sallay V. – Merkely B. (2020) A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései. *Orvosi Hetilap*, 161(4), 129–138. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31625>.
- Orosz É. – Kollányi Zs. (2016) Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport 2016*. Budapest: TÁRKI, 334–357.
- Oyserman, D. – Coon, H. M. – Kemmelmeier, M. (2002) Rethinking individualism and collectivism: evaluation of theoretical assumptions and meta-analyses. *Psychological Bulletin*, 128(1), 3–72.

<https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.1.3>.

- Oquendo, M. A. – Ellis, S. P. – Greenwald, P. – Malone, K. M. – Weissman, M. M. – Mann, J. J. (2001) Ethnic and sex differences in suicide rates relative to major depression in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1652–1658. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1652>.
- Pridmore, P. – Thomas, L. – Havemann, K. – Sapag, J. – Wood, L. (2007) Social capital and healthy urbanization in a globalized world. *Journal of Urban Health*, 84(1), 130–143. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9172-8>.
- Pulkki-Råback, L. – Ahola, K. – Elovainio, M. – Kivimäki, M. – Hintsanen, M. – Isometsä, E. – Lönnqvist, J. – Virtanen, M. (2012) Socioeconomic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. *European Journal of Public Health*, 22(3), 327–332. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr127>.
- Purtle, J. – Nelson, K. L. – Yang, Y. – Langellier, B. – Stankov, I. – Diez Roux, A. V. (2019) Urban-rural differences in older adult depression: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(4), 603–613. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.11.008>.
- Rees, T. – Freeman, P. (2007) The effects of perceived and received support on self-confidence. *Journal of Sports Sciences*, 25(9), 1057–1065. <https://doi.org/10.1080/02640410600982279>.
- Rosenberg, J. M. – Beymer, P. N. – Anderson, D. J. – van Lissa, C. J. – Schmidt, J. A. (2018) tidyLPA: An R Package to Easily Carry Out Latent Profile Analysis (LPA) Using Open-Source or Commercial Software. *Journal of Open Source Software*, 3(30), 978. <https://doi.org/10.2105/joss.00978>.
- Rózsa S. – Szádóczy E. – Füredi J. (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 379–397.
- Seeman, T. E. – Gruenewald, T. L. – Cohen, S. – Williams, D. R. – Matthews, K. A. (2014) Social relationships and their biological correlates: Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) study. *Psychoneuroendocrinology*, 43, 126–138. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.02.008>.
- Steptoe, A. – Kivimäki, M. (2013) Stress and cardiovascular disease: an update on current knowledge. *Annual Review of Public Health*, 34, 337–354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>.
- Tay, L. – Tan, K. – Diener, E. – Gonzalez, E. (2012) Social relations, health behaviors and health outcomes: A survey and synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5(1), 28–78. <https://doi.org/10.1111/aphw.12000>.
- Torssander, J. – Erikson, R. (2010) Stratification and mortality: A comparison of education, class, status, and income. *European Sociological Review*, 26(4), 465–474. <https://doi.org/10.1093/esr/jcp034>.
- van de Velde, S. – Bracke, P. – Levecque, K. (2010) Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71 (2), 305–313. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.03.035>.
- Werner-Seidler, A. – Afzali, M. H. – Chapman, C. – Sunderland, M. – Slade, T. (2017) The relationship between social support networks and depression in the 2007 National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1463–1473. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1440-7>.
- Whitehead, M. – Dahlgren, G. (2006) *Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling up. Part 1*. WHO European Office for Investment for Health and Development. Elérhető: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Letöltve: 2022-11-08].
- Yang, Y. C. – Schorpp, K. – Harris, K. M. (2014) Social support, social strain and inflammation: evidence from a national longitudinal study of U.S. adults. *Social Science & Medicine*, 107, 124–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.013>.

## Melléklet

1. táblázat  
A látens profilelemzés illeszkedési mutatói  
a különböző csoportot tartalmazó modellek esetén

| Csoportok száma | AIC     | BIC     | Entrópia | Legkisebb n (%) | BLRT p-érték |
|-----------------|---------|---------|----------|-----------------|--------------|
| 2               | 2905,07 | 3124,66 | 0,67     | 28%             | 0,01         |
| 3               | 2816,84 | 3039,29 | 0,81     | 12%             | 0,01         |
| 4               | 2786,80 | 2933,25 | 0,89     | 4%              | 0,01         |
| 5               | 2663,25 | 2804,40 | 0,93     | 7%              | 0,01         |
| 6               | 2711,78 | 2841,71 | 0,92     | 2%              | 0,01         |

Magyarázat: AIC: Akaike Information Criterion; BIC: Bayesian Information Criterion;  
BLRT: Bootstrap Likelihood Ratio Test.