

Susánszky Éva, Székely B. András, Székely András

A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana

Bevezetés

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

Hungarostudy 2021

A Hungarostudy 2021 lakossági egészségi állapot-felmérés kétkomponensű kutatás. Az „A” komponens a tizennyolc éves és idősebb magyar népesség hétezer fős, nemre, korra, megyékre reprezentatív fő mintája, a „B” komponens pedig a fiatal korosztályokra reprezentatív (18–40 éves), kétezer fős almintá. Az adatfelvétel kérdezőbiztosok közreműködésével, TAPI¹-módszerrel történt 2021 nyarán. A kérdőív négy fő részből áll, kettő kérdezőbiztos által végzett lekérdezéssel, kettő pedig önkitöltős formában lett felvéve. A kérdőív követi az előző Hungarostudy vizsgálatok felépítését és tartalmi egységeit, kiegészítve néhány új mérőeszközzel és tematikus blokkal. A felmérés egyrészt a magyar népesség egészségi állapotának, életminőségének vizsgálatára, másrészt a fiatalok családtervezési szokásainak feltárására irányult. A kutatást az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (IV/5663-1/2021/EKU).

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

A kutatás célkitűzései

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

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

A kutatás módszertana

A kutatás előkészítése

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

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

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

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

A minta kialakítása

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

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

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

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

A mintaszerkezet kialakításánál a KSH 2016-os Mikrocenzus⁴ adatait vették figyelembe. A hétezer fős fő minta és a kétezer fős al minta településmintái külön-külön is leképezik az ország településstruktúráját, regionális elhelyezkedés és településnagyság szerint. A kétezer fős al minta a 18–40 éves magyarországi lakosságra reprezentatív.

Adatfelvétel

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

A kérdőív négy fizikailag elkülönülő részből állt:

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

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

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

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

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

Ellenőrzés

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

A felmérésben való részvétel és a visszautasítás mértéke

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

A súlyozás

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

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

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

A Hungarostudy 2021 kérdőív bemutatása

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

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

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

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

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

A Hungarostudy 2021 kutatás során használt mérőeszközök, változók

Demográfiai, gazdasági változók

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

Egészségi állapot

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

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

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

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

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

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

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

Pszichés kondíció, szubjektív jóllét

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

(10–18 pont); közép súlyos depressziós állapot (19–25 pont); súlyos depressziós állapot (≥ 26 pont) (Kopp, Skrabski és Czákó 1990).

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

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

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

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

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

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

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

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

Életmód, kockázati magatartások

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

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

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

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

Digitális egészségügy

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

Társadalmi integráció

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

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

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

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

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

Az ISSP 2013 Hungary (International Social Survey Programme: National Identity III ISSP 2013⁵) magyar nyelvű *állampolgárságra* vonatkozó skálája azt méri, hogy mennyire büszke a személy arra, hogy magyar, illetve mennyire pozitív az attitűdje a magyarsággal kapcsolatban. A skála nyolc tételből áll, amelyekből három fordított. A kitöltők minden tétel esetében négyfokú Likert-skálán jelölhetik, hogy mennyire értenek egyet a kérdésben szereplő állítással. Minél magasabb pontszámot ér el a személy, annál inkább büszke a magyarságára.

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

Párkapcsolat, család, gyerekvállalás

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

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

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

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

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

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

Az alkalmazott skálák belső konzisztenciája

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

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

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

Felhasznált irodalom

- Adamson, Maheen M., Angela Phillips, Srija Seenivasan, Julian Martinez, Harlene Grewal, Xiaojian Kang, John Coetzee, Ines Luttenbacher, Ashley Jester, Odette A. Harris and David Spiegel (2020) International Prevalence and Correlates of Psychological Stress during the Global COVID–19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Vol. 17. (24): 9248.
- Andorka Rudolf (1996) Deviáns viselkedések Magyarországon. Általános értelmezési keret az elidegenedés és az anómia fogalmai segítségével In: Moksony Ferenc, Münnich Iván (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Budapest: Közélet Kiadó. 16–31.

- Balog Piroska, Székely Andrea, Szabó Gábor és Kopp Mária (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7 évf. 3. sz. 193–202.
- Czeplédi Edit, Urbán Róbert (2010) A háromfaktoros evési kérdőív (Three-factor Eating Questionnaire Revised 21-item) hazai adaptációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 65 évf. 3. sz. 463–494.
- Cserhádi Zoltán, Stauder Adrienne (2008) Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 592–598.
- Gerevich József, Bácskai Erika és Rózsa Sándor (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatria Hungarica*. 21. évf. 1. sz. 45–56.
- Haraszi, Réka Ágnes, Krisztina Ella, Norbert Gyöngyösi, Till Roenneberg and Krisztina Káldi (2014) Social jetlag negatively correlates with academic performance in undergraduates. *Chronobiology International*. Vol. 31 (5): 603–612.
- Jantek Gyöngyvér, Vargha András (2016) A felnőtt kötődés korszerű mérési lehetősége. A közvetlen kapcsolatok élményei – kapcsolati struktúrák (ECR-RS) kötődési kérdőív magyar adaptációja párkapcsolatban élő felnőtt személyeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 71. évf. 3. sz. 447–470.
- Kmetty Zoltán, Koltai Júlia Anna (2015) Kapcsolathálózatok mérése – elméleti és gyakorlati dilemmák, lehetőségek. *Socio.hu*. 2015. évf. 4. sz. 34–49.
- Kopp Mária, Skrabski Árpád és Czákó László (1990) Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Végeken*. 1. évf. 2. sz. 424.
- Kopp Mária, Skrabski Árpád (1992) *Magyar lelkiállapot*. Budapest: Végeken Alapítvány.
- Kopp Mária, Skrabski Árpád és Szedmák Sándor (1999) A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*. 42. évf. 1–2. sz. 88–119.
- Kovács Éva, Balog Piroska és Preisz Leila (2012) A Poszttraumás Növekedésérzés Kérdőív pszichometriai mutatói hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 13. évf. 1. sz. 57–84.
- Makra Emese, Farkas Dávid és Orosz Gábor (2012) A Munka–család konfliktus kérdőív magyar validálása és a munka–család egyensúlyra ható tényezők. *Magyar Pszichológiai Szemle*. 67. évf. 3. sz. 491–518.
- Novák, Márta, István Mucsi, Colin M. Shapiro, János Réthelyi and Mária S. Kopp (2001) Increased utilization of health services by insomniacs—an epidemiological perspective. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 56. (5): 527–536.
- Papp-Zipernovszky Orsolya, Kékesi Márk Zoltán és Jámbori Szilvia (2017) A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 18. évf. 3. sz. 230–262.
- Rahe, Richard H., Robbyn L. Tolles (2002) The Brief Stress and Coping Inventory. A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*. Vol. 9 (2): 61–70.
- Räsänen, Pekka, Matti Näsi and Outi Sarpila (2012) Old and new sources of risk. A study of societal risk perception in Finland. *Journal of Risk Research*. Vol. 15 (7): 755–769.
- Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád és Kopp Mária (2003) A középkorú magyar népesség egészségi állapota. A Hungarostudy 2002

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

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

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

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

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

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

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

