

Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) szakmai folyóirata **2022/1. szám**

kapocs



KINCS

KOPP MÁRIA INTÉZET
A NÉPESEDÉSÉRT
ÉS A CSALÁDOKÉRT

**CSALÁD, KÖZÖSSÉG, LELKI EGÉSZSÉG
HUNGAROSTUDY 2021**

TARTALOM

<i>Köszöntő</i>	2
<i>Susánszky Éva</i> A Hungarostudy vizsgálatok története (1989-2013)	4
<i>Engler Ágnes – Markos Valéria – Major Enikő</i> Gyermekvállalási tervek a párkapcsolati jellemzők tükrében	10
<i>Balog Piroska – Susánszky Anna</i> A házastársi/élettársi kapcsolat minősége és a mentális egészségi állapot összefüggései a fiatal felnőttek körében	22
<i>Kapdebo Ágnes – Papházi Tibor – Tárkányi Ákos</i> Gyermekvállalási tervek a pandémia idején Magyarországon	32
<i>Susánszky Anna – Susánszky Pál – Szebik Imre – Balog Piroska – Susánszky Éva</i> A szülés és szülésélmény hatása a gyermekvállalási hajlandóságra	46
<i>Pári András</i> Mit tudunk az ikrekről és testvérkapcsolataikról a Hungarostudy 2021 adatfelvétel alapján?	54
<i>Susánszky Anna – Ádám Szilvia</i> Munka-család konfliktus alakulása a 18-40 évesek körében	63
<i>Balog Piroska – Susánszky Anna</i> A termékenységi zavarok pszichoszociális összefüggései	70
<i>Pilling János – Balog Piroska</i> Szexualitás a párkapcsolatban Szexuális zavarok gyakorisága és összefüggései a párkapcsolat minőségével	76
<i>Antal István – Bocz János</i> Nemzeti identitás: büszkeség, lojalitás, önkritika	84
<i>Székelly András – Kovács Katalin Tünde</i> A vallásosság, boldogság, elégedettség és az anómia alakulása a magyar népesség körében	93
<i>Bódizs Róbert – G. Horváth Csenge</i> Alvásmennyiség és alvásidőzítés a felnőtt magyar lakosság körében	103
<i>Tóth Mónika Ditta – Székelly András – Purebl György</i> A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében	112
<i>Susánszky Éva – Székelly B. András – Székelly András</i> A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana	119
<i>Szerzők</i>	124

KÖSZÖNTŐ

A KAPOCS Hungarostudy 2021 vizsgálatával kapcsolatos tematikus számát tartja kézben a kedves Olvasó. A Hungarostudy lakossági felméréseket Kopp Mária és Skrabski Árpád indították el. Az 1988-as első felmérést (ekkor még nem Hungarostudynak hívták) 1995-ben, 2002-ben, 2006-ban és 2013-ban újabb felmérések követték. A vizsgálat sorozatban Mária, Árpád és tanítványaik arra kerestük a választ, hogyan befolyásolják a testi-lelki egészséget pszichológiai és szociális tényezők. Nagy újdonsága volt a Hungarostudynak, hogy nemcsak a negatív pszichológiai tényezők (pl. szorongás, reménytelenség) szerepét igyekezett tisztázni (bár ebben is maradandót alkotott), hanem azt is, hogy az olyan pozitív tényezők, mint az élet értelmébe vetett hit, a spiritualitás vagy éppen a társaktól való támogatottság hogyan hat az egészségre. És az eredményekben természetesen számos demográfiai tényező is megjelent, amilyen a családi állapot, a jövedelmi helyzet, az iskolázottság, vagy éppen az, hogy valaki városban vagy falun lakik-e? A Hungarostudy vizsgálatok megjelenítettek fontos betegségek, az egészségi állapot színvonala, a társadalmi helyzet és a mindezekkel kapcsolatos pszichológiai viszonyrendszer bonyolult összefüggéseit, nemcsak felhívták a figyelmet az összefüggések létezésére, hanem arra is rámutattak, hogy az egészség megőrzése valójában társadalmi-kulturális feladat is. Ezek az eredmények számos hazai és nemzetközi kutatást indítottak el a témában és méltán világhírű kutatóvá tették Kopp Máriát, akinek tiszteletére a 2022-es évet (születésének 80., halálának 10. évfordulóját) Kopp Mária-évként hirdettük meg.

A Hungarostudy vizsgálatok eredményeinek hazai, magyar olvasójaként tükörképet kaptunk hazánk és kultúránk lelki egészségi állapotáról, arról, hogy a kockázatot vagy éppen védelmet jelentő pszichológiai tényezők milyen arányban vannak jelen hazánkban és ezen belül közösségeinkben. Tükörképet kaptunk tehát a Magyar Lelkiállapotról (ezt a címet adta Kopp Mária és Skrabski Árpád az eredményekből készült kötetnek), miközben fontos kapaszkodókat is. Kapaszkodókat azzal kapcsolatban, merre induljunk, ha javítani akarjuk

a magyar lelkiállapotot. Milyen kár, hogy 2013-as vizsgálatot Mária és Árpád már nem élhették meg...

Haláluk után azonban a „mű” (egy kutatási program hatalmas szellemi-intellektuális teljesítmény) tovább élt, és most abban a helyzetben voltunk, hogy a Mária és Árpád szellemi örökségét továbbvivő intézmények, a Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS) és a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete kutatói 2021-ben újabb Hungarostudy vizsgálati panelt alkothattunk és vizsgálhattunk meg. Ennek legfontosabb eredményeit tartalmazza ez a KAPOCS-szám.

2021 időben is távol van 2013-tól, de ha a világban történt változásokat tekintjük, akkor a távolság még nagyobb. A felmérés a COVID pandémia harmadik és negyedik hulláma közti „szünetben” készült, egy korábbiakhoz képest jelentősen megváltozott világban. A kutatás segítségével képet kapunk az aktuális nehézségekről, de azokról az erőforrásokról és pozitív jelenségekről is, amelyekre érdemes alapozni.

Az eredmények megmutatják, hogy milyen hangulati állapot jellemzi a magyarokat, mennyire és kik számára jelent problémát a munka és családi kötelezettségek összeegyeztetése, a párkapcsolat vagy annak hiánya hogyan hat a testi-lelki jóllétre és a jövőtervekre – csak hogy néhány, jelen kötetben is megjelenő témát említsünk. Fontos, hogy látókörünkbe kerüljenek ezek a folyamatok, jelenségek és problémák, elsősorban azért, mert az adatok mögött emberek, családok állnak, akik közül sokan segítségre szorulnak, és a segítség jobban megtervezhető, ha tudjuk kiknek, hol, hogyan lehetne segíteni.

Nem lennénk Kopp Mária és Skrabski Árpád szellemi örökösei, ha nem próbálnánk képet kapni erőforrásainkról – hiszen ezek azok, amelyekhez egy közösség nehézségek esetén nyúlhat, és amire tagjai támaszkodhatnak. Ilyen erőforrások a párkapcsolatok, a gyermekek vállalása és nevelése, és maga a család, a családi kapcsolatrendszer megtartó közege. De képet kapunk arról is, hogyan gondolkodunk ma Magyarországon a spirituali-

tásról, közösségről, és hogyan használhatjuk ezt erőforrásként.

Ez a kötet nemcsak tükör és útmutató, hanem – Karinthy után szabadon - „*Utazás a kultúránk körül*”. Fontos dolgokat tudhatunk meg belőle

nemzetünkről, közösségeinkről, családjainkról – és nem utolsósorban saját magunkra is ráismerhetünk benne olykor-olykor.

Ehhez az intellektuális utazáshoz kívánunk jó utat!

Fűrész Tünde
a KINCS elnöke

Purebl György
az SE Magatartástudományi
Intézet igazgatója

Budapest, 2021. december

A Hungarostudy vizsgálatok története (1989-2013)

Betekintő

A Hungarostudy (HS) 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. A kutatások hozzájárultak az egészségpolitikával kapcsolatos stratégiai döntések előkészítéséhez, a későbbi évek során a család- és népesedéspolitikával, valamint a szociális ellátórendszerrel kapcsolatos stratégiai döntések meghozatalához, valamint a prevenciós programok tervezéséhez és értékeléséhez. A HS 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 nagy jelentőséggel bírnak az egészségi állapottal és az egészség- és betegviselkedéssel kapcsolatos olyan információk megszerzésében, 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 az egészségügyi ellátásról alkotott vélemények. A 2013-as felmérésben került először sor a 18-35 éves fiatal korosztályok házassági és gyermekvállalási hajlandóságának felmérésére, legfontosabb háttértényezőinek feltárására, adatokat szolgáltatva a család- és népesedéspolitikai döntések előkészítéséhez, pronatalista programok tervezéséhez.

Hungarostudy 1988

Az 1988-as felmérés¹ előzményeinek tekinthetjük egyrészt azt az 1983-as vizsgálatot, amely több mint 10 ezer válaszadó (10585 fő) bevonásával adott információt a lakosság kielégítetlen közlekedési szükségleteiről, összehasonlítva ezeket más, egyéb területeken mutatkozó szükségletekkel, amelyek meghatározó szerepet játszanak lakosság életszínvonalának alakulásában, másrészt szintén

egy 1983-ban készült adatfelvételt, amely a 20 éven felüli magyar népesség körében egy közel 6000 fős mintán (N=5871) vizsgálta először a krónikus betegségek mellett a neurotikus tünetek előfordulási gyakoriságát (Kopp, Skrabski 1992). A kutatók az 1988-as felmérést, amely a munkavégző képesség csökkenésére irányult, egyrészt a fenti vizsgálat, másrészt Magyar Rádióhoz e témakör-

¹A felmérés „A munkaképesség csökkenésének kockázatával kapcsolatos tényezők mérési módszere és modellezése” című 1582/86/1 sz. OTKA kutatás keretében történt a Közlekedési, Hírközlési és Építési Minisztérium anyagi támogatásával készült.

ben beérkezett hallgatói panaszlevelek elemzésének eredményeit felhasználva tervezték meg. Az 1988-as egészségi állapot felmérés fő célkitűzése a munkaképesség csökkenésében szerepet játszó pszichés tényezők vizsgálata volt (Skrabski 1989; Kopp, Skrabski 1992). A mintavétel során a kutatók többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárást alkalmaztak. Az első lépcsőben a település-nyilvántartás alapján a népességszám figyelembevételével kijelöltek településeket, a második lépcsőben került sor a kiválasztott településeken a háztartások véletlenszerű kiválasztására, majd a harmadik lépcsőben történt meg a háztartáson belüli személy kiválasztása nem, kor és gazdasági aktivitás szerint. Így a minta (N=20902 fő) nem, korcsoportok, lakóhely (megye, településtípus) és aktivitás szerint reprezentálta a 16 éven felüli magyar lakosságot. Az adatfelvétel a kiválasztott személyek otthonában, kérdezőbiztos közreműködésével történt, az adott év májusától októberéig. A kérdőívben a szocio-ökonomiai státusra, az életmódra és a szükségletekre vonatkozó kérdések mellett külön blokkban szerepeltek a testi-lelki egészségi állapotra és ezek háttértényezőire vonatkozó kérdések.

Hungarostudy 1995

1995-ben került sor a második Hungarostudy vizsgálatra³, amelynek fő célkitűzése az egészségügyi ellátással kapcsolatos lakossági szükségletek feltárása volt. A mintavétel első lépcsőjében a települések, a második lépcsőben a településeken belüli lakcímek (KSH adattár), a harmadikban pedig vizsgálati személyek lettek életkor, nem és foglalkozás szerint kiválasztva. A több mint 12 ezer fős minta (N=12463) alsó életkori határa továbbra is a 16. év maradt. A visszautasítási arány a teljes mintára vonatkozóan 19 százalék volt.

A felmérés kérdőíve gyakorlatilag megegyezett az 1988-as felméréssel, fejlesztés, illetve bővítés csak az egészséggel, egészségügyi ellátással kap-

A kutatás vezetői a fenti vizsgálatot összegző, „Magyar lelkiállapot” című kötetük (Kopp, Skrabski 1992) összefoglalásában röviden bemutatják azt a szorongáskeltő társadalmi közeget², amely a XX. század második felét jellemezte, és amelyet a „melankólia korának, vagy a szorongás és depresszió évtizedeinek” is neveznek. Kiemelik, hogy a leggyakoribb halálos kimenetelű megbetegedések kialakulásában a magatartási kockázati tényezők igen jelentős szerepet játszanak, ezért a megelőzési programok csak akkor lehetnek hatékonyak, ha „komolyan támaszkodnak a magatartástudomány, idegéslettan, pszichiátria, pszichoszomatika eredményeire” (204. old). Kutatási céljaiknak megfelelően feltérképezik a neurotikus és depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát és háttértényezőit a lakosság körében, valamint elemzik a lelki egészség, a munka és az alkotóképesség összefüggéseit. A társadalmi beavatkozás fő irányait az egymás elfogadásában, a hiteles tömegtájékoztatásban, a család, a családközpontú új közösségi formák támogatásában, a fiatalok továbbtanulási lehetőségeinek biztosításában jelölik meg.

csolatos „piackutatási” szempontokat figyelembe véve történt.

A kutatás eredményeiből számos hazai és nemzetközi publikáció született, de önálló kötet nem készült; a zárótanulmány kézirat formában elérhető⁴. A főbb eredményeket a kutatás vezetői „A testi és a lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján” címmel közzétették a Demográfia c. folyóiratban (Kopp, Skrabski, Szedmák 1999). Cikkükben felhívják a figyelmet a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságának emelkedésére, megjelölve a kockázati csoportokat (nők, idősök, alacsony iskolai végzettségűek, segéd munkások), valamint arra, hogy

²„Az önkényuralom legfontosabb eszköze a szorongáskeltés, de nem csupán a diktatórikus társadalmakban, hanem a családi, iskolai, mozgalmi diktátoroknak fegyvere.” *Magyar lelkiállapot*, 203. old.

³A kutatás az OEP Szükségletkommunikációs Programjának támogatásával készült (1-01989/95)

⁴Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Harkai Schiller Pál Könyvtár

„a depresszió súlyossága igen szoros kapcsolatban áll a munkanélküliség megyék szerinti megoszlásával és a GDP megyék szerinti arányával”. Arra is rámutattak, hogy az ország lelki egészség szempontjából kettészakadt. Hangsúlyozzák, hogy nem igaz az a közkeletű állítás, hogy a magyar depressziós nép. A felmérés szerint a lakosság körében magas a teljesítménymotiváció, ami különösen az idősebb generációra jellemző. Ha „a teljesítménymotiváció nem tud megfelelő irányt találni, akkor a személy úgy érzi, hogy értéktelen, alacsony az önbecsülése, egész életét kudarcnak minősíti, emiatt depresszióssá, tehetetlenné válik”. Vizsgálva a lelki egészség romlásának magyarázó

tényezőit, megállapítják, hogy az „ún. diszfunkcionális attitűdök és a nem megfelelő konfliktusmegoldó képességek” jelentős kockázati faktorok. A szocio-ökonómiai státusz és a testi-lelki egészség összefüggéseit elemezve rámutatnak, hogy „nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező”. A társadalom szociális-gazdasági polarizálódásának időszakában a depresszió-megelőzési programok kiemelt céljaként határozzák meg a tanulási lehetőségek szélesebb körű biztosítását, mint mentálhigiénés megelőzési beavatkozást.

Hungarostudy 2002

A 2002-es vizsgálat⁵ a középkorú népesség idő előtti egészségromlásának és halálozásának biopszicho-szociális meghatározóira fókuszált. A mintavételi eljárás követte az előző egészségfelmérések (1988, 1995) metodikáját, viszont a mintavételi keret kijelölésében változás történt. A kutatók az életkor alsó határát két évvel kitolták, így a minta a 18 éven felüli, felnőtt magyar népességet reprezentálta nem, korcsoportok és területi egységek (megye, kistérségek) alapján. A válaszadók száma pár száz fővel haladta meg a hét évvel korábbi felmérésben résztvevőket: összesen 12634 személlyel készült kérdőíves interjú. A vizsgálat érdekessége, hogy az adatfelvételt egészségügyi szakemberek, az Országos Védőnői Hálózat dolgozói végezték (Réthelyi, Kopp 2002).

A kérdőívben 17 különböző mérőeszköz (skála, index) szerepelt; ezek egy részét már az előző felmérések is tartalmazták (Rózsa és mtsai 2003; 2006; Kopp és mtsai 2005, Skrabski és mtsai 2005). A vizsgálat eredményeit a magyar olvasók számára „A magyar népesség életminősége az ezredfordulón” című kötetben (szerk: Kopp M., Kovács M.E. 2006) tették közzé a kutatócsoport tagjai. A monográfia 550 oldalon, 7 fejezetben foglalkozik az egészséggel kapcsolatos életminőség alakulásával és társadalmi – makro szintű – vizsgálatával, valamint bemutatja a tudományos iskola mikro szintű,

mélyfúrás jellegű elemzéseit is. Az első fejezet az interdiszciplináris magatartástudományi modell keretében tárgyalja az életminőség különböző aspektusait. A második fejezet a vizsgálat módszertanát írja le. Ezt követi az életminőséget meghatározó szocio-demográfiai jellemzők bemutatása. A negyedik fejezetben a pozitív és negatív magatartásformák életmódra és életminőségre gyakorolt hatásáról olvashatunk, majd a különböző élethelyzetek, életesemények életminőséget befolyásoló hatásairól írnak a szerzők (5. fejezet). Az utolsó előtti fejezet (6. fejezet) fókuszában a krónikus betegségek, mint például a szív- és érrendszeri megbetegedések, a depresszió, a dagadt betegségek, az allergia és az asztma, mint az életminőséget alapvetően meghatározó tényezők állnak. A monográfia mellékletében (7. fejezet) jelennek meg a felmérésben használt mérőeszközök, skálák.

Az életminőség javítása olyan új típusú, interdiszciplináris programok segítségével érhető el, amelyek „a társadalom több területét, az egészségügyet, az oktatást, a politikát és a médiát is” átfogják. „Ezek a programok akkor lehetnek sikeresek, ha az embereket gazdaságilag is ösztönzik az egészségesebb életmódra, és a hátrányos helyzetű, vulnerábilis társadalmi csoportokat speciális eszközökkel célozzák meg.” (Réthelyi 2006. 67. old.)

⁵A felmérést az OTKA TS-040889 számú és az NKFP 1/002/2001 számú pályázata támogatta

Hungarostudy 2005/2006

A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív egészségfelmérés folytatásaként két, sikeresen elnyert kutatási pályázat keretében valósult meg. A HEP célja a felnőtt magyar lakosság testi-lelki egészségének, az egészségüggyel és az öngondoskodással kapcsolatos beállítódásának, valamint a pszichoszociális rizikófaktorok alakulásának monitorozása, és időbeli változásának nyomon követése volt.

A kutatók a HEP esetén egy prospektív longitudinális vizsgálati elrendezést alkalmaztak, amely lehetőséget nyújtott a betegségek prognózisának vizsgálatára, valamint az egészségi állapot és a társadalmi, gazdasági és pszichoszociális háttér-tényezők közötti ok-okozati összefüggések feltárására. Ennek az volt az alapja, hogy a 2002-es felmérés során megkérték a résztvevőket, járuljanak hozzá, hogy néhány év múlva, egy következő vizsgálatban újból felkeressék és kikérdezzék őket egészségi állapotuk alakulásáról.

A HEP az előző HS vizsgálatoknál részletesebben foglalkozott a szív-érrendszeri, a daganatos, valamint a pszichiátriai betegek orvosi kezelésével és gondozásával, illetve a népegészségügyi szempontból nagy jelentőségű krónikus betegségek kialakulásában szerepet játszó pszichoszociális faktorok feltárásával és elemzésével.

A program keretében komoly mérőeszköz-fejlesztés történt. A vizsgálat során használt teszt batéria nyolc, a nemzetközi gyakorlatban is használt kérdőívvel bővült. A kutatási tematika kiterjesztésével olyan új területek is a vizsgálat tárgyát képezték, mint például a pszichoszociális stresszhatások alvás-élettani vonatkozásai, a munkával, a munkahellyel kapcsolatos krónikus stressz, valamint a nemiszerep-stressz életminőségre gyakorolt hatása.

A felmérés szakmai előkészítésében (kérdőív összeállítása, szerkesztése, tesztelése, mintavétel) statisztikus, közgazdász, egészségügyi menedzser, szociológus, pszichológus és pszichiáter szakem-

berek is részt vettek. A felmérés szervezése és lebonyolítása két fázisban történt. Az első fázisban egy közvélemény-kutató cég⁷, a második (pótfelmérés) fázisban az Országos Védőnői Hálózat munkatársai keresték fel lakásukon a kiválasztott személyeket.

A panel-mintát azok a személyek alkották, akik hozzájárultak a követéshez⁸. A 2002-es vizsgálatban résztvevő 12634 személy 63 százaléka (8008 fő) tett ilyen nyilatkozatot. Az első szakaszban a potenciális válaszadók 74 százalékát (5899 fő) találták meg, a válaszadási arány ebből 63 százalékos (3690 fő) volt. A követési arány nem érte el az 50 százalékot, ezért került sor a pótfelmérésre, amelyet az Országos Védőnői Hálózatban dolgozó védőnők végeztek. A felmérést lebonyolító szervezetek különböző szakmai kompetenciát és vizsgálati technikát jelenítettek meg. A közvélemény-kutató cég vizsgálati protokollját és kérdezőbiztosainak képzettségét kiegészítette a védőnők ügy iránti elhivatottsága, egészségügyi felkészültsége és bizalmi tőkéje.

Az epidemiológiai felmérés két szakaszában az induló mintába tartozó személyek (akik beleegyeztek a követésbe) 91 százalékát találták meg a kérdezők. A megtalált személyekhez viszonyított visszautasítási arány 24 százalékos volt. A megtalált személyek 4 százaléka meghalt, 10 százaléka pedig a kérdezés időpontjában válaszképtelennek mutatkozott (pl. beteg, ittas volt).

A kutatás eredményeit a „Magyar lelkiállapot 2008” című kötet (szerk. Kopp M.) foglalja össze. A kutatás fókuszában az esélyerősítés állt, amelyre a kötet alcíme, „Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban” is utal. A tudományos iskola kutatói írásaikban az esélyerősítés és az egészségi állapot, egészséggel kapcsolatos életminőség összefüggéseit elemzik. Bemutatják az esélyerősítés magatartástudományi modelljét és vizsgálatának módszertanát, foglalkoznak az esélyteremtés szintjeivel (egyéni, közösségi, populá-

⁶Nemzeti Kutatás-Fejlesztési Program (NKFP) „A legnagyobb népegészségügyi jelentőségű megbetegedések kialakulásának és lefolyásának bio-pszicho-szociális meghatározói és az egészségfejlesztés lehetőségei” című 1B/020/2004 sz. kutatása és az OTKA „Az életminőség demográfiai, társadalmi és regionális egyenlőtlenségeinek pszicho-szociális meghatározottsága a magyar népesség körében és a beavatkozás lehetőségei. Életminőség és esélyerősítés” TS 049785 sz. kutatása.

⁷Medián Közvélemény- és Piackutató Kft

⁸Írásbeli nyilatkozatot tettek arra vonatkozóan, hogy a kutatás folytatását jelentő későbbi felmérésekben is részt vesznek.

ciós szint) és színtereivel (pl. munka, család), vizsgálják a közösségi viszonyok, a kultúra és a vallás szerepét az életminőséget befolyásoló esélyek alakulásában. Körüljárják a társadalmi-gazdasági helyzetből eredő kiszolgáltatottság csökkentésének lehetőségeit, kiemelt figyelmet fordítva a leszakadó rétegek, így a cigányság hely-

zetére is. A témához kapcsolódva megjelennek a nehéz élethelyzetek, a negatív életesemények és azok kezelése, valamint az önkárosító és egészségvédő magatartásformák, attitűdök, végezetül pedig a fogyatékkal élők és a krónikus betegek esélyeinek erősítése.

Hungarostudy 2013

A kérdőíves felmérés⁹ legfőbb célkitűzései voltak: (1) a 18 éven felüli magyar népesség bio-pszichoszociális helyzetének leírása és jellemzése, legfontosabb háttértényezőinek feltárása, valamint (2) a 18-35 éves fiatal korosztályok házassági és gyermekvállalási hajlandóságának felmérése, legfontosabb háttértényezőinek feltárása.

A felmérés egyrészt a HS kutatások bázis-kérdőíveire épült, másrészt a fiatalokra vonatkozó tematikus blokk kiegészült egy saját fejlesztésű, és egy, a hazai és nemzetközi gyakorlatban is használt tesztbatteria alkalmazásával.

A főkérdőív kérdéscsoportjai a teljes felnőtt lakosság egészségi állapotának és egészséggel kapcsolatos életminőségének, valamint az ezeket befolyásoló legfontosabb háttértényezők (demográfiai, szociális gazdasági tényezők, az egészségmagatartás rizikó- és védőfaktorai) vizsgálatára irányultak, kiemelt szerepet szánva a családdal, a családi élettel kapcsolatos jellemzőknek.

A fiatalokra vonatkozó tematikus blokk azokra a kérdésekre koncentrált, amelyek mentén leírhatók a párkapcsolatok alakulásának jellemzői, a családtervezési mintázatok és gyermekvállalási stratégiák, valamint a családdal kapcsolatos attitűdök és értékek.

A minta kétlépcsős, arányosan rétegzett, véletlenszerűen kiválasztott 2000 személyt tartalmazott, arányosan reprezentálva Magyarország településhálózatát. A minta nemek, életkori csoportok, iskolai végzettség, lakóhelytípus szerinti összetétele megfelelt a teljes felnőtt népesség összetételének. A minta alapsokasága a Magyarországon élő, magyar állampolgárságú, 18 éves és idősebb korú népesség volt.

A mintaválasztás első lépcsőjében kiválasztott települések a T-STAR adatbázisból¹⁰ kerültek kiválasztásra, míg a második lépcsőben egy adott településen a mintába kerülő személyekhez köthető kiinduló címek kiválasztása történt meg a Közigazgatási és Elektronikus Közszolgáltatások Központi Hivatala (KEKKH) 2009-es címadatbázisából. A 2000 cím mindegyikéhez nem és korcsoport meghatározás kapcsolódott, együttesen reprezentálva az adott populáció, a 18 éves és idősebb lakosság összetételét.

A felmérésben 190 kérdező vett részt. Az adatfelvétel PAPI¹¹ módszerrel készült. A kérdőív hat fizikailag elkülönülő részből áll: 1. főkérdőív, 2. párkapcsolati kérdőív, 3. öngyilkossággal, bántalmazással foglalkozó kérdőív, 4. nőkre vonatkozó kérdőív, 5. 18-35 éves férfiakra vonatkozó kérdőív, 6. 18-35 éves nőkre vonatkozó kérdőív. Az első és a második kérdőív felvétele személyes kikérdezéssel történt, a többi négy kérdőív önkitöltős módszerrel került felvételre. Az ellenőrzés telefonon történt, kontroll kérdőív segítségével, amely többek között demográfiára és az interjú szituáció felmérésére vonatkozó kérdéseket tartalmazott. A visszautasítás mértéke megközelítette a 30 százalékot (27,4%). Az adatfelvétel során bekövetkezett torzulásokat többszempontú, iterációs súlyozási eljárással korrigálták.

A kérdőív követte az előző Hungarostudy vizsgálatok felépítését, megtartott blokkjai elsősorban a 2005/2006-os HEP vizsgálat blokkjaival és elemeivel kompatibilisek. Fejlesztés elsősorban a fiatalokat érintő, a párkapcsolatok, családalapítás, gyermekvállalás témakörökben történt. Részletes lekérdőzésre kerültek a házasságra, mint intézményre

⁹A kutatás a TÁMOP 5.41-12 kiemelt projekt és a Végeken Egészséglelektani Alapítvány támogatásával készült.

¹⁰KSH Településszociális adatbázisrendszer

¹¹papír alapú kérdőívek használata

és a házasságra, mint párkapcsolati formára vonatkozó attitűdök és értékek is. A kérdőív kiegészült a női nemiszerep-stressz, az evészavarok és a családon belüli bántalmazás leírására szolgáló mérőeszközökkel, valamint a depresszió stigmatizációjára vonatkozó skálával. A főkérdőív tartalmazza az egészségi állapotra (fizikai és pszichés állapot jellemzők), az egészségügyi rendszer használatára és az azzal való elégedettségre vonatkozó, valamint a munkával, a családdal és az anyagi helyzettel kapcsolatos kérdéseket. A párkapcsolati alkérdőív a 18-35 évesek párkapcsolataira, családalapítással és gyermekvállalással kapcsolatos terveire, attitűdjeire és értékeire vonatkozó kérdéseket tartalmaz. Az önkítöltős kérdőívek az öngyilkossággal és a bántalmazással, valamint a szexuális orientációval kapcsolatos kérdéseket, a csak nőknek és férfiaknak szóló kérdőívek pedig a nemi szerepekkel és a nők fertilitásával kapcsolatos mérőeszközöket tartalmazzák.

A kutatás főbb eredményei a „Magyar lelkiállapot

2013” című kötetben (szerk. Susánszky, Szántó 2013) olvashatók. A szerzők számos területen áttekintik azokat a változásokat, amelyek az elmúlt vizsgálatok óta a magyar lakosság hitbéli elköteleződésében, vallásosságában, az életcélok megfogalmazásában, a munkahelyi stressz és az álmodás epidemiológiai és egészségpszichológiai vonatkozásaiban végbementek. Vizsgálják a lakosság közérzeti jellemzőit, generációs összefüggésben, a civil társadalom oldaláról, és a jövedelmi egyenlőtlenségek szempontjait figyelembe véve. A kockázati magatartások és magatartászavarok elemzése is helyet kap a kötetben, olyan területekre fókuszálva, mint a táplálkozási magatartás, a bántalmazás vagy a depresszióval kapcsolatos stigmatizáció. Külön fejezetben tárgyalják a szerzők a magyar népességre jellemző kötődési mintázatokat, a fiatal felnőttek párkapcsolati szokásait, a családtervezési stratégiákat, és a házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos beállítódásokat a társadalmi nemi szerepek viszonylatában.

Felhasznált irodalom

- Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) (2006) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kopp Mária, Skrabski Árpád (1992) Magyar Lelkiállapot. Budapest: Végeken Alapítvány
- Kopp Mária, Skrabski Árpád, Szedlmák Sándor (1999) A testi és a lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. Demográfia 42.évf. 1-2.sz. 88-119.
- Kopp S Mária, Skrabski Árpád, Ichiro Kawachi, Nancy E. Adler (2005) Low socioeconomic status of the opposite gender is a risk factor for middle aged mortality, J. Epidemiology and Community Health, 59,675-678.
- Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) (2013) Magyar lelkiállapot. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kopp Mária (szerk.) (2008) Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Réthelyi János, Kopp Mária (2002) A védőnői hálózat részvétele egy országos egészségfelmérésben: a hatékony prevenció munkája egyik jövőbeli formája? Praxis, 11, 7, 66.
- Réthelyi János (2006) Az életminőség javításának lehetősége a népegészségügyi menedzsment újabb módszereinek segítségével. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) (2006) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó. 62-69.
- Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád, Kopp Mária (2003) A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. Pszichiátria Hungarica 18,2,83-94.
- Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád, 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.) (2006) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Skrabski Árpád, Kopp S. Mária, Rózsa Sándor, Réthelyi János, Richard Rahe (2005) Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. Int J. Behavioral Medicine,12,2, 78-85.
- Skrabski Árpád. (1989) Mit kér a nép? Kielégítetlen szükségletek 1988-ban a magyar lakosságban. I. kötet (kézirat)
- Susánszky Éva, Székely András, Szabó Gábor, Szántó Zsuzsa, Klinger Aandrás, Konkolý Thege Barna, Kopp Mária (2008) A Hungarostudy Egészség Panel követései vizsgálat módszertana. In: Kopp Mária (szerk.) (2008) Magyar lelkiállapot. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Budapest: Semmelweis Kiadó.

Gyermekvállalási tervek a párkapcsolati jellemzők tükrében

Betekintő

A párkapcsolati státusz és a gyermekvállalási hajlandóság között szoros az összefüggés. A párkapcsolat megléte és hiánya kapcsán különbségek érhetők tetten a gyermekvállalás jellemzőiben, elsősorban a pár nélküliek szeretnének és terveznek gyermeke(ke)t vállalni, esetükben jellemzően hosszabb távú célként jelenik meg a gyermekvállalás. A párkapcsolati státusz mellett a meglévő gyermek(ek) száma tovább magyarázhatja a gyermekvállalási döntéseket. A gyermekek körében a párkapcsolat megléte támogatónak hathat a további és vágyott gyermekszám elérésére. A párkapcsolat és a gyermekszámon túl még inkább befolyásoló tényezőnek tűnik a párkapcsolat jellege (házas, együttélő, párkapcsolatban van együttélés nélkül), illetve a kapcsolat hiánya. A házasságban élők körében a családalapítás és családbővítés iránti vágy kiemelkedően magas, melyet az élettársi kapcsolatban élők követnek, bár bizonyos esetekben az egyedül élő, de párkapcsolattal rendelkezők meg is előzik őket. Összességében minden kapcsolati csoportban magasnak mondható az ideálisnak tartott és a tervezett gyermekszám, leginkább a házasságban élőkénél, ahol a már megszületett gyermekek száma is kiemelkedően magas. A különböző kapcsolati formák feltételezett erősségével (ti. együttjárás, együttélés, házasság) nem minden esetben áll párhuzamban a gyermekvállalási hajlandóság. A megkérdezés idején egyedül élő, de párkapcsolattal rendelkezők gyermekvállalási aspiráció például figyelemre méltók, leginkább a hosszú távú tervekben előzik meg a családalapítási döntéshez stabilabbnak vélt kapcsolati formákat. Mindezt a meglévő gyermekek természetesen befolyásolják, az egyes csoportokon belül eltérő mértékben és formában.

Bevezetés

Az önálló felnőtt élet egyik hangsúlyos része a párkapcsolatokra való nyitottság, az ehhez vezető párválasztás útja, mely során olyan döntést kell meghozni, amely hatással lesz a későbbi életszakaszok alakulására (Horváth-Szabó 2007). A demográfiai magatartás terén az elmúlt évek során az együttélési formák, a párkapcsolatok mutatják a legnagyobb változást. A társadalomban mindig jelen volt a párkapcsolati sokszínűség, mégis dominánsan a házasság volt a jellemző, az elfogadott. A különböző együttélési formákban az elmúlt évtizedben az látható, hogy a tradicionális forma mellett egyre elfogadottabban jelennek meg az alternatív életformák is (Pongráczné 2008, 2009, 2012). Korábban úgy tartották, hogy a házasság nélküli együttélések kevésbé tartósak, kevésbé stabilak és nem jelentenek megfelelő biztonságot

a születendő vagy már megszületett gyermekek számára. Bár a társadalom továbbra is házasságpárti, a változás leginkább a házasság előtti együttélés engedékenységeire vonatkoztatható. Európa-szerte és hazánkban is egyre inkább elterjedt az élettársi kapcsolat, ami az élettársi kapcsolatok megítélését, elfogadottságát is megváltoztatta (Pongráczné 2009). Mivel a fiatalok házasságkötési szándéka későbbre tolódik, előtte hosszabb-rövidebb ideig együtt élnek. Az azonban egyértelműen kiderül, hogy gyermekcentrikus és házasságpárti fiatal generáció a házasságkötésre nézve fontosnak tartja a párkapcsolat egykori hivatalossá tételét (R.Fedor-Balogh 2016, Engler 2018).

A családközponitú gondolkodással jellemezhető magyar társadalomra a gyermekvállalás pozitív attitűdje igaz, a gyermek értéként jelenik meg

(Pongráczné és Spéder 2002). A magyar népesség az élet elengedhetetlen részének tartja a gyermekvállalást, mert a gyermekkel együtt teljes az ember élete (Kapitány és Spéder 2009, Pongráczné 2013). A gyermekvállalási aspirációk tekintetében korábban az volt látható, hogy a két gyermeket tartották ideális gyermeklétszámnak egy családban, de elképzelhetőnek tartották a több gyermek vállalását is (Spéder 2015, R. Fedor és Balogh 2016, Engler 2018). A legfrissebb eredmények azt mutatják (Kapitány és Spéder 2018, Veroszta és Györgyi 2021), hogy egyre inkább emelkedik azoknak a száma, akiknek nincs vagy csak egy gyermekük van, illetve növekszik a nagycsaládosok száma is, akik három vagy több gyermeket nevelnek (Veroszta és Györgyi 2021).

A gyermekvállalás és a születések számára több tényező is hatással van. Először is a megszületendő gyermekek számát döntően befolyásolja

a szülőképes korú nők jelenléte a társadalomban, illetve az is, hogy ők milyen gyakorisággal vállalnak gyermeket (Földházi 2014). Másodsor az elmúlt évtizedben folytatódott az a tendencia, miszerint egyre inkább kitolódott a nők életkora az első gyermek születésekor, ez biológiai korlátként, illetve több kockázati tényezőt is magában rejtve hatással van a gyermekvállalásra (Kapitány és Spéder 2012, Földházi 2014). Harmadrészt a párkapcsolatok terén kialakult változások eredményeként a házasságon kívüli születések száma és aránya emelkedett (Kapitány és Spéder 2009, Földházi 2014). Fontos megjegyezni, hogy az elmúlt években újra növekedésnek indult a házasságon belüli születések száma Magyarországon. A gyermekvállalás a házasságban, párkapcsolatban élők közös döntésének eredménye, melyre hatással van tehát a párkapcsolati állapotuk, formájuk és stabilitásuk.

Gyermekvállalási hajlandóság a párkapcsolati állapot szerint

Tanulmányunk első részében a válaszadók gyermekvállalási jellemzőit a párkapcsolat fennállása (illetve hiánya) alapján vizsgáljuk meg, a későbbiekben pedig a párkapcsolat jellege alapján további megállapításokat teszünk.

A 18-40 év közötti 2000 fős al minta válaszadóinak 60,9%-a nyilatkozott úgy, hogy a megkérdezés idején volt párkapcsolata. A kapcsolat jelenthet együttjárást, együttélést, házasságot vagy egyéb kapcsolati formát, a tanulmány ezen részében tehát egységesen kezeljük ezeket. A párkapcsolatuk minőségét 1-5-ig terjedő skálán átlagosan 4,49 pontra értékelték, mely igazán jónak mondható. A válaszadók több mint fele (55,1%) nagyon jónak

értékeli a jelenlegi párkapcsolatát, 39%-uk pedig jónak. Kevesebb mint 0,5%-uk érezte rossznak vagy nagyobb rossznak.

A párkapcsolatban élő és egyedülálló válaszadók demográfiai hátterét illetően (nem, életkor, iskolai végzettség) szignifikáns különbségeket tapasztalunk, kivéve a településtípus esetén, mely azt jelzi, hogy a párkapcsolatban élő és egyedülálló válaszadók többnyire kisebb településen élnek.

A párkapcsolatban élő válaszadók többsége nő, harmincas éveiben jár és középfokú végzettséggel rendelkezik. Az egyedülálló válaszadók jellemzően férfiak, 18-29 év közöttiek, és középfokú végzettséggel rendelkeznek.

1. táblázat: A párkapcsolatban élő és az egyedülálló válaszadók demográfiai háttere. (N=2000)

Forrás: Hungarostudy 2021

	Van párkapcsolata	Nincs párkapcsolata
Nem	Férfi: 45,1% Nő: 54,9%	Férfi: 60,8% Nő: 39,2%
Életkor	18-29 éves: 40,4% • 30-39 éves: 54,5% 40-49 éves: 5,1%	18-29 éves: 66,5% • 30-39 éves: 30,8% 40-49 éves: 2,7%
Iskolai végzettség	Alapfok: 33,1% • Középfok: 38,2% Felsőfok: 28,8%	Alapfok: 33,8% • Középfok: 49,4% Felsőfok: 16,8%
Településtípus	Budapest: 21,5% • Megyeszékhely: 19,2% Város: 31,3% • Község, nagyközség: 28%	Budapest: 18,7% • Megyeszékhely: 23,9% Város: 30,2% • Község, nagyközség: 27,2%

A párkapcsolatban élő válaszadók felének már van gyermeke, az egyedülállók tizede rendelkezik vérszerinti gyermekkel. A párkapcsolatban élőknek több gyermekük van, mint azoknak, akiknek nincs párkapcsolatuk. Ezt az eredményt az életkor is jelentősen befolyásolhatja, hiszen mint korábban láttuk, a párkapcsolatban élők jellemzően idősebbek, mint az egyedülállók, így körükben nagyobb az esélye a többedik gyermek megszületésének is. A szórás nagyságából szintén arra következtethetünk, hogy a párkapcsolatban élőknel nagyobb különbségek mutatkoznak a gyermekszámot illetően.

2. táblázat Párikapcsolat és gyermekszám összefüggése (N=687) (p=0,000) Forrás: Hungarostudy 2021

	Gyermekeket nevelők		Átlagos gyermekszám	Szórás
	aránya (%)	száma (fő)		
Egyedülálló	9,7	75	0,17	0,578
Párikapcsolatban él	50,8	612	0,96	1,184

A párikapcsolatban élők több, mint felének annyi gyermeke született, amennyit korábban eltervezett. Érdekes eredmény, hogy azok, akik nem élnek párikapcsolatban, kevésbé „elégedettek” a gyermekeik számával, mint a párikapcsolatban élők, hiszen szignifikánsan nagyobb arányban érzik

úgy, hogy több, illetve kevesebb gyermekük van a tervezettnél. Úgy tűnik tehát, hogy a párikapcsolat segíti a kívánt gyermekszám elérését. Tanulmányunk későbbi részében tovább vizsgáljuk majd a párikapcsolat formája menti összefüggéseket a vágyott és tervezett gyermekszám kapcsán.

3. táblázat A megszületett és tervezett gyermekek száma párikapcsolat szerint, százalék (N=1334) (p=0,000)

Forrás: Hungarostudy 2021

	Annny gyermek van, amennyit tervezett		Több gyermeke van, mint amennyit tervezett	Kevesebb gyermeke van, mint amennyit tervezett
Párikapcsolatban él	57,3	4,3	38,4	0,578
Egyedülálló	44,1	11,6	44,3	1,184

A válaszadók körében a gyermekvállalási hajlandóság magasnak mondható mindkét vizsgált almintában, de a párikapcsolattal nem rendelkezők nagyobb arányban szeretnének és terveznek gyermekeket a jövőben. Ez természetesen magyarázható a párikapcsolatban élők magasabb gyermekszámával, és az előbbi táblázatban is megjelenő magasabb elégedettséggel (realizálták vágyott gyermekeiket).

meket a jövőben. Ez természetesen magyarázható a párikapcsolatban élők magasabb gyermekszámával, és az előbbi táblázatban is megjelenő magasabb elégedettséggel (realizálták vágyott gyermekeiket).

4. táblázat: Párikapcsolati állapot és a gyermekvállalási hajlandóság összefüggése (N=1830) (p=0,003)

Forrás: Hungarostudy 2021

	Szeretne és tervez is gyermeket vállalni		Szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni	Nem szeretne és nem is tervez gyereket vállalni
Párikapcsolatban él	56,3	6,2	37,5	0,578
Egyedülálló	63,4	6,8	29,8	1,184

Tovább erősíti az elhatározás realitását az az eredmény, hogy a párkapcsolatban élők négyötöde nem csak hogy tervezi, de az elkövetkezendő öt éven belül vállalna is gyermeket. A jelenleg pár nélküliek is optimisták a gyermekvállalást illetően, hiszen 63,4%-uk tervezi a gyermekvállalást öt éven belül. Azonban egy ponton megfordultak az arányok: még az időben nem meghatározott gyermekvállalás a párkapcsolattal nem rendelkezők terveiben jelenik meg inkább, addig az ötéves intervallumban

már a párkapcsolatban élők szeretnék nagyobb arányban gyermeket vállalni (82,7%). Az eltérés nem meglepő, hiszen a pár nélkül élők időben sem tervezhetnek olyan bizonyossággal, mint a párral rendelkezők. Erre utalnak a tervezett gyermekek számával és a gyermekvállalás időzítésével kapcsolatos adatok, miszerint a párkapcsolatban élők átlagosan kevesebb gyermeket (1,78) és később (33,3 év) terveznek, míg a jelenleg pár nélkül élők több gyermekre (1,92) és korábban (31,6 év) vágnak.

A realizálódott és tervezett gyermekszám összefüggése a kapcsolati állapot szerint

A gyermekvállalási hajlandóságot vizsgálva megvizsgáltuk, hogy a gyermek és a párkapcsolat megléte milyen összefüggést mutat a gyermekvállalási tervekkel. Az eredmények szignifikáns összefüggésekre hívják fel a figyelmet. Legnagyobb arányban a párkapcsolatban élők, de gyermeket nem nevelők szeretnék és terveznek gyermeket vállalni. Akiknek van párkapcsolatuk, azok a jelenlegi gyermekszámtól függetlenül nagyobb arányban szeretnék és terveznek még gyerme-

ket vállalni, mint akiknek nincs párkapcsolatuk. Az adatok arra is rávilágítanak, hogy akiknek van gyermeke, de jelenleg nincs párkapcsolata, azok kiemelkedő arányban vágnak gyermekre, de ez a terveikben mégsem jelenik meg (valószínűleg egyedülálló szülőként nem számolnak újabb kapcsolattal). A legalább egy gyermeket nevelő, de jelenleg nem párkapcsolatban élők háromnegyede nem szeretne, és nem is tervez további gyermeket vállalni.

5. táblázat A párkapcsolati állapot, gyermekszám és a gyermekvállalási tervek összefüggése, százalék (N=1821) (p=0,000)
Forrás: Hungarostudy 2021

Van-e párkapcsolata?	Van-e gyermeke?	Szeretne és tervez még gyermeket vállalni	Szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni	Nem szeretne és nem is tervez gyereket vállalni
Párkapcsolatban él	van gyermeke	29,6	8,8	61,6
	nincs gyermeke	84,7	3,5	11,9
Egyedülálló	van gyermeke	8,3	16,7	75
	nincs gyermeke	70,1	5,5	24,3

A gyermekvállalási terveket tovább vizsgálva megvizsgáltuk, hogy legnagyobb arányban a már gyermeket nevelő és párkapcsolatban élők terveznek családbővítést (96,5%); míg a gyermektelen, nem párkapcsolatban élőknek csak az egyharmada tervez a következő öt évben gyermekvállalást (35%). Ennek oka lehet, hogy a nem párkapso-

latban élők jellemzően fiatalabb válaszadók, akik elsősorban a párkeresésre fókuszálnak, így a gyermekvállalás egyelőre kevésbé szerepel az ötéves terveikben. Az eredményekből látszik, hogy a gyermek jelenléte erősebben befolyásolja újabb gyermekek tervezését öt éven belül, mint a párkapcsolatok megléte, azonban a párkapcsolat ráerősíthet

a gyermekek újabb gyermekeket erősítő voltára. A tervezett gyermekszámmal kapcsolatban az eredmények alátámasztották sejtésünket, miszerint

a párkapcsolatban élő gyermektelenek több gyermeket terveznek (1,96), mint a már gyermeket nevelő válaszadók (1,35).

Gyermekvállalási hajlandóság a párkapcsolat formái szerint

A továbbiakban a párkapcsolati, családi állapot szerint létrehozott csoportok szerint figyeljük meg a gyermekvállalási hajlandóság alakulását. A csoportok kialakításához a következő kérdésnél megadott lehetőségeket vettük figyelembe: Mi az Ön családi állapota? Kérem, hogy a tényleges állapotot mondja, ne a hivatalosat! A válaszadók az alábbi opciók közül választhattak:

1. nőtlen, hajadon, nincs élettársa
2. nőtlen, hajadon, élettárssal él
3. házas, házastárssal él
4. házas, élettárssal él
5. házas, de külön élnek, nincs élettársa
6. elvált, nincs élettársa
7. elvált, élettárssal él
8. özvegy, nincs élettársa
9. özvegy, élettárssal él

Ezek alapján a válaszadók jól besorolhatók a házasságban élő, az élettársi kapcsolatban élő, illetve az egyedül élő kategóriákba (amelyek ebben az esetben lényegében az egy vagy külön háztartásban élésre mutatnak rá a kapcsolati jelleg mellett). Ám ezzel a három csoporttal végzett elemzések alapján gyaníthatóvá vált, hogy az egyedül élők nem viselkednek homogén egységként, mivel a (nem együttéléssel járó) párkapcsolat már más irányban befolyásolhatja a családlapítási terveket. Ezért a kérdőív másik részében megkérdezett párkapcsolati vonatkozást (van párkapcsolata vagy nincs) felhasználva ketté bontottuk az egyedül élők csoportját.

Az így kialakult vizsgálandó almintáink részben a jogi értelemben vett családi állapotot, részben a háztartási jellemzőt mutatják, az egyedül élők esetében kiegészülve az aktuális kapcsolati állapottal. (6. táblázat)

6. táblázat A vizsgált csoportok jellemzői, fő, százalék, N=1991 Forrás: Hungarostudy 2021

Csoport megnevezése	Családi állapot/háztartási/párkapcsolati jellemzők	Fő	Százalék
Házasságban él	házas, a házastársával él	504	25,3
Élettársi kapcsolatban él	nőtlen/hajadon, élettárssal él; házas, de más élettárssal él; elvált, élettárssal él; özvegy, van élettársa		
Egyedül élő párkapcsolattal	nőtlen/hajadon, nincs élettársa és van párkapcsolata; házas, de külön élnek, nincs élettársa, de van párkapcsolata; elvált, nincs élettársa, de van párkapcsolata; özvegy, nincs élettársa, de van párkapcsolata		
Egyedül élő egyedülálló	nőtlen/hajadon, nincs élettársa és nincs párkapcsolata; házas, de külön élnek, nincs élettársa és nincs párkapcsolata; elvált, nincs élettársa és nincs párkapcsolata; özvegy, nincs élettársa és nincs párkapcsolata		
Összesen		1991	100,0

Az alminták demográfiai háttérét (nem, életkor, iskolai végzettség, településtípus, vallásosság) megvizsgálva minden esetben erős szignifikáns különbségeket tapasztalunk. A részletes adatok bemutatásától eltekintve összefoglaljuk az alminták jellemzőit.

A házasságban élők csoportjában jellemzően nők, harmincas éveiben járó válaszadók tartoznak, akik leginkább kisebb településen élnek (városban vagy községben). Az iskolázottság tekintetében hasonló arányban rendelkeznek alap, közép és felsőfokú végzettséggel.

Az élettársi kapcsolatban élő válaszadók körében kissé magasabb arányban jelennek meg a nők. A

válaszadók többségük 30 és 39 év közötti, elsősorban alap- vagy középfokú végzettséggel rendelkezik és városban él, bár a fővárosban és a községben élők is magas arányban reprezentálják magukat ebben a csoportban.

Az egyedül élő párkapcsolattal rendelkezők több mint fele férfi, jellemzően a húszas éveikben járnak, középfokú végzettséggel rendelkeznek és városban élnek. Ebben a csoportban a legidősebb válaszadó 40 év alatti.

Az egyedül élő egyedülállók jellemzően férfiak, 18-29 év közöttiek, középfokú végzettséggel rendelkeznek és városban élnek, ugyanakkor magas a községben és megyeszékhelyen élők aránya is.

7. táblázat: A vizsgált alminták demográfiai jellemzői (N=1990) Forrás: Hungarostudy 2021

	Házasságban él	Élettársi kapcsolatban él	Egyedül élő párkapcsolattal	Egyedül élő egyedülálló	Szign.
Nem	Férfi: 36,7%	Férfi: 48,5%	Férfi: 55%	Férfi: 62,2%	0,000
	Nő: 63,3%	Nő: 51,5%	Nő: 45%	Nő: 37,8%	
Életkor	18-29 éves: 22,2%	18-29 éves: 39,9%	18-29 éves: 79,8%	18-29 éves: 68,3%	0,000
	30-39 éves: 70%	30-39 éves: 55,1%	30-39 éves: 20,2%	30-39 éves: 29,3%	
	40-49 éves: 7,7%	40-49 éves: 5%	40-49 éves: 0%	40-49 éves: 2,3%	
Iskolai végzettség	Alapfok: 33,3%	Alapfok: 36,9%	Alapfok: 24,4%	Alapfok: 33,9%	0,000
	Középfok: 34,9%	Középfok: 33,3%	Középfok: 55,8%	Középfok: 50%	
	Felsőfok: 31,7%	Felsőfok: 29,8%	Felsőfok: 19,8%	Felsőfok: 16,1%	
Településtípus	Budapest: 19,8%	Budapest: 25,2%	Budapest: 16,5%	Budapest: 18,8%	0,023
	Megyeszékhely: 17,9%	Megyeszékhely: 19,7%	Megyeszékhely: 22,3%	Megyeszékhely: 23,9%	
	Város: 31,7%	Város: 29,5%	Város: 35,1%	Város: 29,7%	
	Község, nagyközség: 30,6%	Község, nagyközség: 25,6%	Község, nagyközség: 26%	Község, nagyközség: 27,7%	

Az ideális és tervezett gyermekszám alakulása a párkapcsolat jellege szerint

A tanulmány első részében, a kizárólag a kapcsolat fennállása vagy hiánya szerint vizsgált adatok szórásából arra következtethetünk, hogy a párkapcsolatban élő válaszadói csoporton belül nagyobb különbségek mutatkoznak a nevelt gyermekeket illetően. Ez igazolódott, hiszen a házasok több, mint kétharmada nevel gyermeket, az élettársak esetében 45% ez az arány, az egyedül élőknel pedig 5-7%. (Megjegyezzük, hogy a mintában 21 olyan válaszadót találunk, akinek nincs saját gyermeke, de beszámol a háztartásában élő gyer-

mek(ek)ről. Ez a gyermeket nevelők 3%-át jelenti, ezért nem teszünk különbséget a vérszerinti és a nevelt gyermek között.)

A gyermekszám alakulását a négy csoporton belül vizsgálva egyértelműen látszik, hogy az átlagos gyermekszám a házasságokban a legmagasabb (1,51), az élettársaknál jóval kevesebb, de valamennyire meghaladja a mintaátlagot (0,79), a másik két almintában messze alatta marad (8. táblázat). A kapcsolat jellege tehát növeli a gyermek vállalásának esélyét, illetve a gyermekek számát.

8. táblázat Gyermekek aránya és száma a vizsgált csoportokon belül, százalék, fő, átlag ($p=0,000$)
Forrás: Hungarostudy 2021

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

A megkérdezettek részéről ideálisnak vélt és az általuk tervezett gyermekszám feltételezhetően eltér a megkérdezés idején fennálló valós állapottól (ti. már világra jött gyermekek száma), kérdés, csoportonként hogyan alakul az ideális, a vágyott és a megkérdezés idejéig realizált gyermekszám. A házasságban élő válaszadók ideális családképében jelenik meg a legtöbb gyermek, átlagosan 2,26 (9. táblázat). Őket azonban nem az egy háztartásban élő partnerrel rendelkezők, hanem a kapcsolatban lévő, de egyedül élők követik, méghozzá szorosan, 2,24 átlagos gyermekszámmal. Az egyedül élő egyedülállók 1,88 gyermeket tartanak ideálisnak, amely ugyan a legkisebb átlag ebben a sorban,

demográfiai szempontból még ez is magasnak mondható. A magyar társadalomban rendszeresen magasra mért ideális gyermekszám a házasságban élőknel ugrik tehát a legmagasabbra, ugyanakkor a nem egy háztartásban élő, de kapcsolatban álló válaszadók elképzelése külön figyelmet érdemel – kérdés, vajon a konkrét terveknel ugyanilyen családcentrikusak-e.

A gyermekvállalási tervek vizsgálatánál fontos hangsúlyozni, hogy a már gyermeket nevelők esetében a további tervezett gyermekszámot rejtí az adatsor, még a gyermekteleneknél az összes tervezett gyermekszámot.

9. táblázat Realizálódott gyermekszám, ideális és tervezett gyermekszám a vizsgált csoportokban, átlag ($p=0,000$ minden oszlopban) Forrás: Hungarostudy 2021

	Megszületett átlagos gyermekszám	Ideálisnak vélt átlagos gyermekszám	(További) tervezett átlagos gyermekszám
Házasságban él	1,51	2,26	1,59
Élettársi kapcsolatban él	0,79	2,14	1,75

Egyedül élő párkapcsolattal	0,11	2,24	2,08
Egyedül élő egyedülálló	0,13	1,88	1,91
Összes válaszadó	0,65	2,09	1,84

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

Ennél meglepőbb az élettárssal élők elképzelése, esetükben valamennyivel több gyermek tervezését feltételezhetnénk (hiszen komoly párkapcsolat mellett több mint felének még nincs utódja). A házások 80%-ánál már megvalósult, átlagosan 1,51 gyermek magyarázza a további tervek alulmaradását, ők a megszületett gyermekeiken felül kalkulálnak további utódokkal, ami értelemszerűen kevesebb, mint a gyermektelenek potenciálisan még megszületendő utódja. Azonban a házias válaszadók megszületett gyermekeinek számátlaga és a további tervezett átlag együttes összege (3,11) messze felülmúlja az általuk ideálisnak vélt gyermekszámot – ehhez hasonló példát más kapcsolati csoportban nem látunk. Mindezek alapján a családalapítási tervek (ideális és tervezett gyermek) és a kapcsolat vélt előrehaladása (együttjárástól, az együttélésen át, a házasságig) nem minden esetben mutat

egyértelmű összefüggést. Ha ezt a feltételezést mégis bizonyítani akarjuk, a közeljövőre vonatkozó kérdésnél (tervez-e gyermeket a következő öt évben) találjuk meg a várt egyenes arányosságot: a házások 95%-a, az együttélők 90%-a, az egyedül élő kapcsolatban lévők 55%-a, a pár nélküli egyedül élők 35%-a válaszolt egyértelmű igennel az öt éven belüli gyermekáldásra.

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

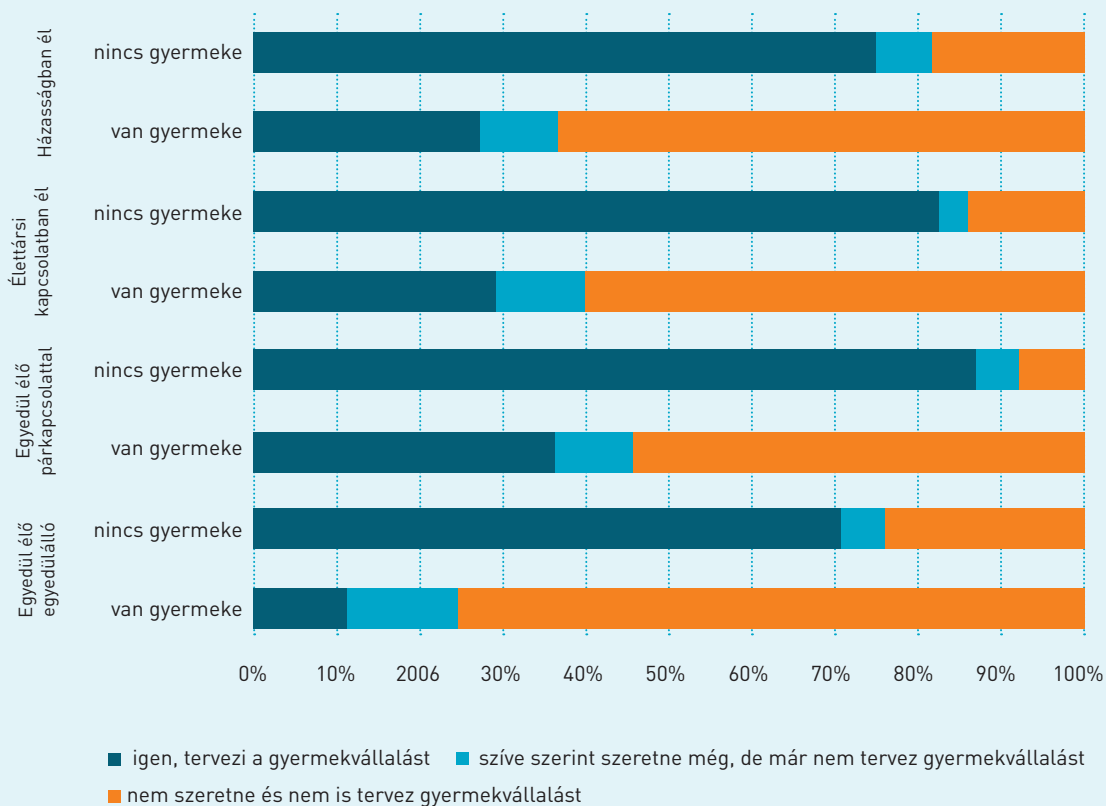
Az eredmények alapján elmondható, hogy a gyermekvállalási kedv és a párkapcsolati státusz közötti összefüggés változik a tervek „megragadhatósága” mentén. Az általánosságban megfogalmazott ideális gyermekszám nagyobb mozgásteret nyújt a párkapcsolatban élők elképzeléseinek, de a konkrét, rövidtávú terv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

Családalapítási tervek párkapcsolati státusz és nevelt gyermekek szerint

Az előző gondolatmenetet folytatva egy másik kérdés segítségével figyeljük meg, hogyan befolyásolhatja a (további) gyermek vállalását az egyes almintákban az, hogy éle már gyermek a háztartásban. Az Ön szeretne és tervez is még gyereket vállalni? kérdésre az igen és nem válaszok mellett olyan választ is meg lehetett jelölni, ahol a vágy és a lehetőség kioltja egymást (szíve szerint szeretne, de már nem tervez) (1.ábra). Ez utóbbi lehetőséget mind a négy csoportban viszonylag kevesen jelölték (10% körül), leginkább

a gyermekesek. A gyermeket nevelő egyedül élő és egyedülálló válaszadók körében nemcsak ez a válaszkategória emelkedik ki a többiekhez képest (13%), hanem a nem szeretne és nem tervez opció is magasan kiemelkedik. Ez rámutat az gyermeküket egyedül nevelők számos egyéb nehézségei mellett a további gyermekvállalás körüli bizonytalanságra, illetve az arról történő lemondásra. Figyeljük meg a hozzájuk hasonló, de párkapcsolattal már rendelkező gyermekes egyedülállók optimistább becslését.

1. ábra Gyermekvállalási tervek párkapcsolati állapot és gyermekek szerint, százalék, N=1822
Minden almintában (p=0,000) Forrás: Hungarostudy 2021



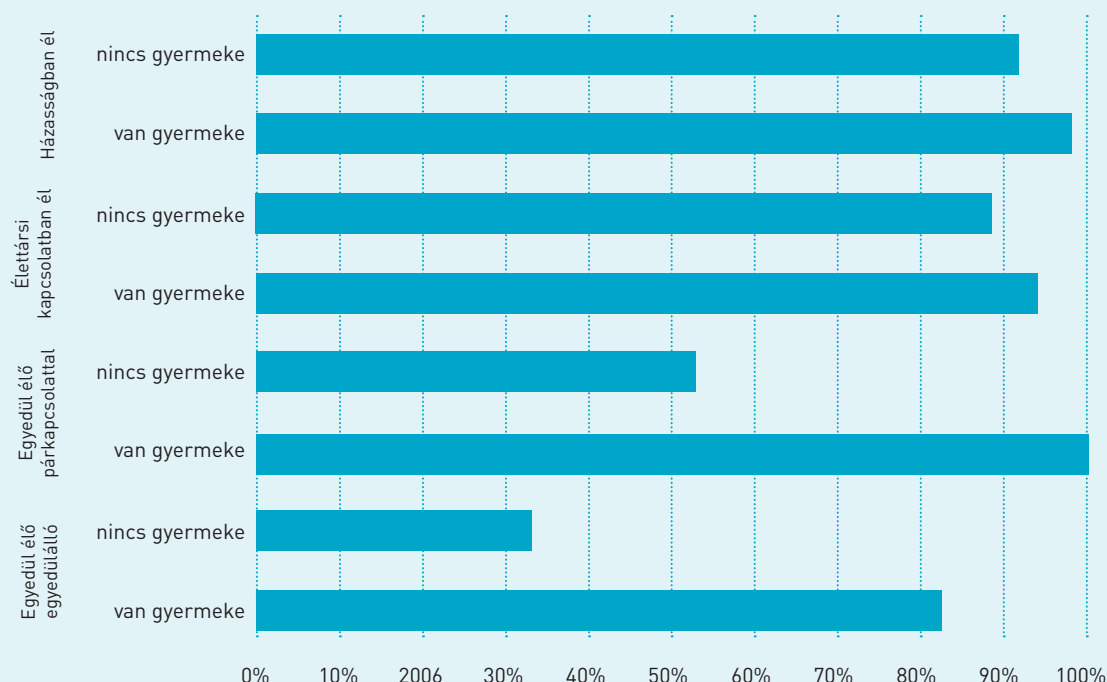
A gyermektelen egyedülállók között szintén inkább a párkapcsolattal rendelkezők tervezik biztosan a gyermekvállalást (közel 90%-a az itt megjelenő 202 főnek), míg a partner nélküli egyedülállók (585 fő) 70%-a. Már korábbiakban is megfigyelhettük a párkapcsolatban álló egyedül élők magas családalapítási hajlandóságát, ebben a kérdésben – mind a gyermekesek és gyermektelenek többi csoportjával összehasonlítva – is kimagaslóan magas a hajlandóságuk.

A gyermekvállalási tervekben a házasok és élettársak elképzelései hasonlóan alakulnak, ebben az összefüggésben azonban először a házasok terveit meghaladják: a gyermektelen együttélők 7%-kal,

a gyermekesek 3%-kal magasabb arányban terveznek gyermeket. Azonban, ha a következő 5 évre vonatkozóan tesszük fel ezt a kérdést két lehetőséget (igen, nem) felkínálva, ismét változik a kép. A 2. ábra a tanulmányunk alaphipotézisét rajzolja ki, miszerint a kapcsolati (vélt) stabilitás növekedésével növekszik a gyermekvállalási hajlandóság is, és mint látható, ez a már realizálódott gyermekektől függetlenül így van. Belátható jövőn belül a házasok biztosak a családalapításban és bővítésben (függetlenül az eddigi gyermekvállalástól), őket szorosan követik az együttélők. Az egyedülállók közül a már gyermekesek emelkednek ki terveikkel.¹

¹Meg kell jegyeznünk, hogy a kérdésre a korábbiaknál kevesebben adtak választ, ezért a két egyedülálló és gyermeket nevelők celláiban a korábbiaknál alacsonyabb elemszámok jutottak (4 és 6 fő), ami torzíthatja az eredményt.

2. ábra A következő 5 évben gyermeket tervezők aránya, százalék, N=984 ($p=0,000$) Forrás: Hungarostudy 2021



Összegzés

Tanulmányunkban a párkapcsolati státusz és a gyermekvállalási hajlandóság közötti összefüggéseket vizsgáltuk. Hipotézisünk szerint a családalapítási és családbővítési tervek és azok megvalósulása szoros összefüggést mutat az egyén aktuális párkapcsolati helyzetével. A párkapcsolat megléte, illetve hiánya alapvetően meghatározza a magánéleti terveket, emellett a kapcsolat stabilitása, formája is iránymutató (Kapitány és Spéder 2018). A vonatkozó kutatásoknak megfelelően (Spéder 2005, Pongráczné 2008, 2012 Kapitány és Murinkó 2020) abból indultunk ki, hogy a partnerkapcsolat stabilitását, mélységét, távlatát a kapcsolatban meghozott, különböző „fokozatú” döntések körvonalazzák, mint például a jogilag egy párra nyilvánítás, az összeköltözés vagy az együttjárás. Ebben az értelemben a házasságot tekintettük olyan kapcsolati formának, amelyben az elkötelezettség és stabilitás okán a családtervezés leginkább megjelenik. Következő „lépcsőfoknak” definiáltuk az élettársi kapcsolatot, ami

jelenthet próbaházasságot, kvázi házasságot vagy elköteleződés nélküli kapcsolatot (Pongráczné 2008, Engler 2018), de mindenképpen egy elhatározás előzte meg az összeköltözést. Együttjárásnak, a látogató kapcsolatnak azt a formáját tekintettük, amikor a pár tagjai összetartozónak érzik magukat, hűségesek egymáshoz, de nem élnek együtt (Pongráczné 2012). Természetesen tisztában vagyunk vele, hogy a párkapcsolati kategória nem címkézhető fel egyértelműen jellemzőkkel, így például az együttjáró párok kapcsolata is lehet olyan stabil, jövőorientált, mint a már együttélő vagy megházasodott pároké stb. Ebben a tanulmányban nem tértünk ki a kapcsolatok minőségének vizsgálatára, de a jövőben tervezzük ezzel kiegészíteni elemzésünket.

Az adatok elemzése során kiindulásként a kapcsolat fennállására (vagy hiányára) koncentráltunk, és a mintát két részre osztva a megkérdezés idején párkapcsolattal rendelkezők és nem rendelkezők aspirációit vizsgáltuk.

A párkapcsolatban élők elégedettnek bizonyultak a párkapcsolatukkal. A gyermekvállalási hajlandóság magasnak mondható mindkét almintában, bár a párkapcsolattal nem rendelkezők szeretnének és terveznek nagyobb arányban gyermeket. Az időben be nem határolt gyermekvállalás az egyedülállók terveiben jelenik meg inkább – feltehetőleg a párkapcsolati bizonytalanságból kifolyólag –, addig az ötéves intervallumban már a párkapcsolatban élők terveznek többnyire gyermeket. Ha a két alcsoport gyermekvállalási terveit annak függvényében vizsgáljuk, hogy van-e már gyermeke, akkor azt látjuk, hogy leginkább a párkapcsolatban élők, de gyermektelenek szeretnének és terveznek több gyermeket vállalni, ugyanakkor a gyermekes egyedülállók is vágnak további gyermek(ek)re.

Az eredményeket látva gyaníthatóvá vált, hogy nem elegendő pusztán a kapcsolat megléte vagy hiánya alapján következtetni a gyermekvállalási hajlandóságra, ezért más logika mentén hoztunk létre csoportokat. A párkapcsolat tipizálása során eltekintettük a kizárólagos jogi kategóriáktól, mivel ez nem minden esetben ad pontos választ a megkérdezettek társas kapcsolati jellegzetességéről, ami pedig fontos tényező a gyermekvállalását övező döntésekben. Ezért a jogi értelemben vett családi állapotot egyedül a házasságban élőknél hagytuk meg (ott is azoknál, akik egy háztartásban élnek), a többi csoport kialakításában a jog szerinti állapotot ötvöztük a háztartási jellemzőkkel és a partnerkapcsolat fennállásával.

Az így jól lehatárolható csoportokban vizsgáltuk meg a gyermekvállalási terveket általánosságban, illetve a közeljövőben.

A vizsgált csoportokból egyértelműen a házasságban élők emelkednek ki, mind a már megszületett, mind az ideálisnak tartott gyermekszámok alapján. A várakozásnak megfelelően azonban nem az élettársi kapcsolatban élők követik őket, hanem az egyedül élő, de párkapcsolattal rendelkező válaszadók. Ez a csoport más területen is nem várt eredményt produkált (biztos tervezés, tervezett gyermekszám), ami jelzi, hogy az együttjáró párok komoly demográfiai potenciált jelentenek, mind a kapcsolat stabilitás tétele esetén házasságkötésükkel, mind a gyermekvállalási hajlandóságukkal. További vizsgálatot érdemel jellemzőiknek és terveiknek részletes megismerése. A mintában nagy számmal jelen lévő pár nélküli, de szintén egyedül élők – érthető okokból – a legóvatosabbak, más feltételezés alapján legborúlátóbbak terveikben. Ennek közelebbi vizsgálata szintén lényeges feladat.

Az elemzés során felfigyeltünk arra, hogy az általánosságban megkérdezett tervek (szeretne-e gyermeket, milyen az ideális család, hány gyermeket tervez) esetén megbomlik a feltételezett sorrend, a házasokat nem az együttélők követik, hanem a valószínűsített lazább kapcsolati forma. A belátható időre szóló jövőterveknél azonban a kapcsolat erőssége szerint rendeződnek az elképzelések.

Felhasznált irodalom

- Engler Ágnes (2018). Párkapcsolati elköteleződés és családalapítási szándékok. In: Engler Ágnes (szerk.) Család és karrier. Debrecen: Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Központ. 12-37.
- Földházi Erzsébet (2014). A gyermekvállalási magatartás változása és összefüggései a párkapcsolatok alakulásával. Kapocs, 13. évf. 5. sz. 31-43.
- Horváth – Szabó Katalin (2007). A házasság és a család belső világa. Budapest: Semmelweis Egyetem Mentálhigiéné Intézet - Párbeszéd (Dialogus) Alapítvány.
- Kapitány Balázs, Murinkó Livia (2020). Párkapcsolati változások, termékenységi trendek. In: Kolosi Tamás, Szelényi Iván, Tóth István György (szerk.) Társadalmi Riport. Budapest: TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt.
- Kapitány Balázs, Spéder Zsolt (2009).: Gyermekvállalás. In: Monostori Judit, Őri Péter, S. Molnár Edit, Spéder Zsolt (szerk.): Demográfiai Portré 2009. Budapest: KSH Népeség tudományi Kutatóintézet. 29-40.

- Kapitány Balázs, Spéder Zsolt (2018) Gyermekvállalás. In: Monostori Judit, Őri Péter, Spéder Zsolt (szerk.) Demográfiai portré 2018. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. 47-64.
- Pongrácz Tiborné (2008) A párkapcsolati formák változó népszerűsége. Korfa, 2008/3-4
- Pongrácz Tiborné (2009) A párkapcsolatok jellegzetességei. In Őri Péter, Spéder Zsolt (szerk.): Demográfiai Portré 2009, 9-17.
- Pongrácz Tiborné (2013) A Ratkó-korszak. Korfa, 2013/1 1-4.
- Pongrácz Tiborné, Spéder Zsolt (szerk.) (2002) Népeség – értékek – vélemények. Budapest: KSH Népeségtudományi Intézet.
- Pongrácz Tiborné (2012) Párkapcsolatok. In Őri Péter–Spéder Zsolt (szerk.): Demográfiai Portré, 11-19.
- R. Fedor Anita, Balogh Erzsébet (2016) A fiatalok családalapítási mintázata. Különleges bánásmód, II. Évf. 2016/3.
- Spéder Zsolt (2005) Az élettársi kapcsolat térhódítása Magyarországon és néhány szempont a demográfiai átalakulás értelmezéséhez. Demográfia, 48. évf. 3-4. sz. 187-217.
- Veroszta Zsuzsanna, Györgyi Zoltán (2021) Képzési háttér és gyermekvállalási tervek. Educatio 30 (2), 184-205.

A házastársi/élettársi kapcsolat minősége és a mentális egészségi állapot összefüggései fiatal felnőttek körében

Betekintő

Annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedekben a házasságot kötők szociodemográfiai jellemzői jelentősen változtak, és a házasság kulturális jelentése is változott, a házastársi kapcsolat minősége és a testi-lelki jóllétünk összefüggéseinek kérdése következesen megmaradt, nemcsak a pár- és családterapeuták, de a kutatók érdeklődésének fókuszában is. Tanulmányunkban a magyar fiatalok (18-40 éves korosztály) párkapcsolati formáinak és mentális egészségi állapotának összefüggéseit vizsgáltuk. Azoknak a fiataloknak, akiknek van partnerük, kevesebb a depressziós tünetük, alacsonyabb a stressz-szintjük, és jobbnak minősítik a saját egészségi állapotukat, elégedettebbek a kapcsolataikkal, a szexuális életükkel, a családjukkal, a gyermekeikkel, a szüleikkel, önmagukkal, egészében véve boldogabbak és elégedettebbek az életükkel, mint azok, akiknek nincs párkapcsolata. A házasságban élő fiatalok szintén elégedettebbek a kapcsolataikkal, a szexuális életükkel, a családjukkal, a gyermekeikkel, önmagukkal, és egészében véve elégedettebbek az életükkel, és boldogabbak, mint azok, akik élettársi kapcsolatban élnek. A kapcsolat minőségét is vizsgálva, a jó házasságban élőknek van a legkevesebb depressziós tünetük, a legalacsonyabb a stressz szintjük, ők a legelégedettebbek az élettel, és ők a legboldogabbak. Összességében a fiatalok 83,2 százaléka szerint a COVID nem változtatott a kapcsolatuk minőségén, a 15,4 százalékuk szerint javult a kapcsolatuk a pandémia alatt, és csak 1,4 százalékuk szerint romlott a kapcsolat minősége. Azon fiatalok körében, akik úgy vélekedtek, hogy romlott a kapcsolatuk, gyakoribbak voltak a depressziós tünetek és az észlelt stressz tünetei.

Bevezetés

Életkortól, nemtől, származási kultúrától, vagy gazdasági háttértől függetlenül, a másokhoz kapcsolódás döntő fontosságú a túlélés, a fejlődés, az egészség tekintetében (Holt-Lunstad et al. 2017). Tudományos bizonyítékok sora igazolja, hogy a biztonságos kötődés és a jó minőségű, szoros kapcsolatok összefüggést mutatnak a jobb egészségi állapottal, a különféle betegségek alacsonyabb előfordulási gyakoriságával és az idő előtti halálozás alacsonyabb kockázatával (Holt-Lunstad 2018; Smith 2019). A társadalomtudósok annak igazolására is jelentős mennyiségű adatot gyűjtöttek, hogy a házasok/élettársi kapcsolatban élők jobb mentális egészségnek örvendenek, mint az egyedülállók vagy az elváltak. A házasság egészségre

gyakorolt hatása hasonló, ha nem erősebb, mint a fizikai aktivitásé, az alkoholé, vagy a dohányzásé (Uecker 2012). Ugyanakkor a házastársi/élettársi kapcsolat minősége is meghatározó. A rossz házastársi/élettársi kapcsolat a rosszabb egészségi állapot rizikófaktor (Robles et al. 2014). Mivel az élettel való elégedettség szoros összefüggést mutat a mentális egészséggel (Fergusson et al. 2015), vizsgáltuk a magyar fiatalok körében az elégedettség és a boldogság (mint a mentális egészségi állapot pozitív mutatói), a depresszió és a stressz (mint a mentális egészségi állapot negatív mutatói), valamint a családi állapot és a házastársi/élettársi kapcsolatok minőségének összefüggéseit.

Módszerek

Elemzéseinket a magyar, reprezentatív (Hungarostudy 2021) kutatás adatain végeztük. A házastársi/élettársi kapcsolat minőségére csak a fiatalok körében kérdeztünk rá, ezért hipotéziseinket a 2000 fős, fiatal felnőttek (18-40 évesek) almintájában vizsgáltuk.

Alkalmazott mérőeszközök

A Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog et al. 2006) a párkapcsolat minőséget méri. Az eredeti változat 17 kérdéséből 5 kérdést tartalmaz, melyek közül három kérdés méri a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, egy a kapcsolaton belüli problémákra, és egy a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzésére kérdez rá. A skála összpontszáma 0–5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A kérdőív pszichometriai tulajdonságait több vizsgálatban is elemezték, belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult, Cronbach-alfa = 0,77, illetve 0,69 (Balog et al. 2006), mintánkon 0,58.

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa et al. 2001) a depresszió tüneteinek és azok súlyosságának felmérését teszi lehetővé, kérdései a teljes, 21 kérdéses kérdőív összpontszámával legszorosabb kapcsolatban álló kilenc változót mérik. Ezek: a szociális visszahúzódás, a döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya, és az önvádolás. Ez a 9-tételes változat jó belső megbízhatósággal bír, a Cronbach-alfa értéke 0,83 (Rózsa et al. 2001), mintánkon 0,95. A skála összpontszáma 0-27; a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében a kapott pontszámot 2,22 - vel megszorozva, átszámoltuk az összpontszámot az eredeti kérdőívre, így az 0-60 közötti.

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder és Konkoly Thege 2006) nem a megtörtént negatív életeseményekre kérdez rá, hanem az egyén szubjektív élményére, mint például a váratlan események miatti izgalom, vagy a nehézségek felhalmozódásának érzése. Az eredeti, 14-tételes kérdőívből az itt használt rövidített változat 10 tételt tartalmaz, a 10 tételből 4 fordított tétel, mint például a problémák hatékony kezelésének élménye. A magyar változat pszichometriai jellemzőit vizsgálták, a 10 tételes kérdőív is jó belső megbízhatósággal ren-

delkezik, Cronbach-alfa = 0,85 (Stauder és Konkoly Thege 2006), mintánkon 0,74.

A Rövid WHO Jólét Kérdőív (Susánszky et al. 2006) a pszichológiai jólét önértékelésen alapuló mérésére szolgál. Az eredeti kérdőív 28 tételből állt, több rövidítésen esett át, majd a kérdőív rutinszerű használatának igénye érdekében megszületett az öttételes változata is. Ez a változat négyfokú skálán (nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző) olyan pozitív aspektusokat mér, mint a vidámság és jókedv, a pihenten ébredés vagy az élénkség. A magyar változat belső megbízhatósága igen jónak bizonyult, Cronbach-Alfa = 0,85, (Susánszky et al 2006), mintánkon 0,91. A kérdőív összpontszáma 0-40.

Mértük az egészségi állapot önbecslését 1 kérdéssel: „Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?”. A válaszlehetőségek: 1 – nagyon rossz, 2 – rossz, 3 – közepes, 4 – jó, 5 – kiváló, az összpontszáma tehát: 1-5.

Vizsgáltuk az elégedettséget azokon a területeken, amelyek kapcsolódnak a családi élethez és a párkapcsolat minőségéhez. Az egyén elégedettségét a személyes kapcsolataival, a szexuális életével, a családjával, a gyermekével, a szüleivel, valamint önmagával egy négyfokú skálán mértük, ahol 0 – nem releváns, nem vonatkozik rá, 1 – nem, 2 – igen, néha, 3 – igen, mindig. Az összpontszám ezeknél a kérdéseknél tehát 1-3.

Ezen kívül mértük azt, hogy egészében véve mennyire elégedett az életével, valamint azt, hogy egészében véve mennyire tartja boldognak magát, tízfokú skálán (ahol 1 – teljesen elégedetlen, 10 – teljesen elégedett), e kérdések összpontszáma tehát: 1-10.

Vizsgáltuk a COVID hatását a párkapcsolat minőségére egy kérdéssel: Változott-e párkapcsolata a COVID-járvány alatt? Itt öt válaszlehetőséget adtunk meg (0 – nem változott, 1 – javult a kapcsolatunk 2 – voltak mélypontjaink, de ebből sikerült kijönni, és ez megerősítette a kapcsolatunkat, 3 – gyakrabban voltak konfliktusaink, romlott a kapcsolatunk, 4 – különéléshez, váláshoz vezetett).

A vizsgált minta

A 18-40 éves, 2000 fős mintából 1151 fiatal mondta azt, hogy van párkapcsolata, és válaszolt a párkapcsolat minőségével kapcsolatos kérdéseinkre, közü-

lük 940 vallotta azt, hogy együtt él a párjával, 469 fiatal házasságban, illetve 471 fiatal élettársi kap-

csolatban. 724 fiatal a vizsgálat időpontjában egyedülálló volt, nem volt párkapcsolata (1. táblázat).

1. táblázat: A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői

Nincs kapcsolata, egyedülálló N= 724	Van kapcsolata N= 1151			
	Nem élnek együtt N= 211	Együtt élnek N=940		
		Házasságban N=469		Élettársi kapcsolatban N=471
		Jó házasság N=383	Rossz házasság N=86	Jó élettársi kapcsolat N=374 Rossz élettársi kapcsolat N=97

Statisztikai elemzések

A jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők mutatóinak összehasonlítása céljából létrehoztuk az alacsony, illetve magas házastársi stressz kategóriákat. Mind a férfiak, mind a nők több mint 50 százaléknál (53% és 57,7%) a Rövidített Házastársi Stressz Skála összpontszáma nulla, ezért egyesített minta alapján, csak alacsony (a skála összpontszáma ≤ 1) és magas (a skála összpontszáma) házastársi stressz kategóriát különböztettünk meg. A magas házastársi stressz kategória létrehozásához a határt 80 százaléknál húztuk meg (felső quartilis). Összességében a párkapcsolatban

élők 21,7 százaléka számolt be magas házastársi stresszről (felső quartilis).

A kapcsolatban élő, illetve kapcsolat nélküli fiatalok, a házasságban élő, élettársi kapcsolatban élő, továbbá az egyedülálló, valamint a jó-, illetve a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő fiatalok mentális egészségmutatóinak összehasonlítása céljából többváltozós varianciaanalízist végeztünk General Linear Modellben, 95%-os konfidencia-intervallummal. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra és végzettségre.

Eredmények

Azok a fiatalok, akik azt vallották magukról, hogy van párkapcsolatuk, minden vizsgált mutató szerint jobb mentális egészséggel rendelkeznek,

elégedettebbek és boldogabbak, mint azok a fiatalok, akiknek nincs párkapcsolata. (2. táblázat):

2. táblázat: A párkapcsolattal rendelkezők, illetve nem rendelkezők mentális egészségi állapotának és elégedettségének mutatói (életkortól és végzettségtől függetlenül).

Vizsgált pszichológiai változó	Nincs párkapcsolata (N=724)	Van párkapcsolata (N=1151)	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	
depressziós tünetek (0-60)	7,86 (7,70-8,64)	4,76 (4,19-5,38)	<0,0001
észlelt stressz szint (0-40)	14,91 (14,43-15,38)	12,41 (12,04-12,79)	<0,001

Vizsgált pszichológiai változó	Nincs párkapcsolata (N=724)	Van párkapcsolata (N=1151)	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	
egészségi állapot önbecslése (1-5)	4,18 (4,13-4,22)	4,32 (4,28-4,35)	<0,001
elégedettség a személyes kapcsolataival (1-3)	2,45 (2,41-2,50)	2,65 (2,61-2,68)	<0,001
elégedettség a szexuális életével (1-3)	1,88 (1,83-1,93)	2,71 (2,68-2,75)	<0,001
elégedettség családjával (1-3)	2,56 (2,53-2,60)	2,82 (2,79-2,84)	<0,001
elégedettség gyermekével (1-3)	2,55 (2,48-2,62)	2,82 (2,78-2,85)	<0,001
elégedettség a szüleivel (1-3)	2,62 (2,59-2,66)	2,79 (2,78-2,82)	<0,001
elégedettség önmagával (1-3)	2,53 (2,49-2,57)	2,66 (2,63-2,69)	<0,001
elégedettség összességében az életével (0-10)	6,97 (6,84-7,10)	8,03 (7,92-8,13)	<0,001
egészsében véve mennyire tartja boldognak magát (0-10)	7,14 (7,02-7,26)	8,32 (8,23-8,42)	<0,001

A házasságban élő fiatalok nem különböznek minden mutató tekintetében az élettársi kapcsolatban élőktől, de eredményeink alapján minden bizony-

nyal elmondható róluk, hogy elégedettebbek és boldogabbak, mint az élettársi kapcsolatban élők. (3. táblázat):

3. táblázat A házasságban, illetve élettársi kapcsolatban együtt élő fiatalok mentális egészségi állapota és elégedettségi szintje (életkortól és végzettségtől függetlenül) mutatói (életkortól és végzettségtől függetlenül).

Vizsgált pszichológiai változó	élettársi kapcsolatban (N=471)	házasok (N=469)	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	
depressziós tünetek (0-60)	5,74 (4,78-6,71)	6,39 (5,39-7,40)	ns
észlelt stressz szint (0-40)	13,87 (13,28-14,46)	13,24 (12,63-13,85)	ns
egészségi állapot önbecslése (1-5)	4,21 (4,15-4,26)	4,17 (4,12-4,23)	ns
elégedettség a személyes kapcsolataival (1-3)	2,52 (2,47-2,57)	2,66 (2,61-2,72)	<0,001
elégedettség a szexuális életével (1-3)	2,62 (2,57-2,67)	2,74 (2,69-2,79)	0,001
elégedettség családjával (1-3)	2,73 (2,69-2,77)	2,81 (2,77-2,85)	0,007

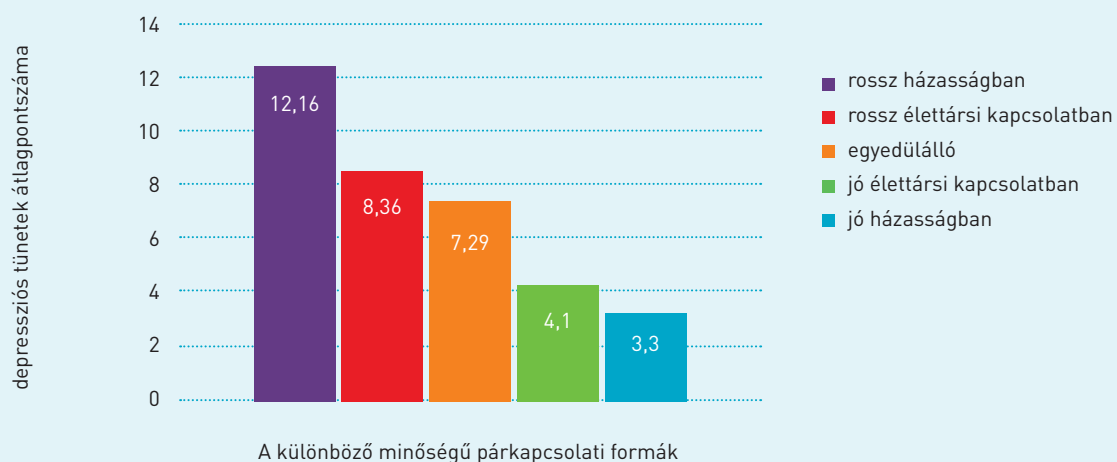
Vizsgált pszichológiai változó	élettársi kapcsolatban (N=471)	házasok (N=469)	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	
elégedettség gyermekével (1-3)	2,70 (2,65-2,75)	2,88 (2,84-2,92)	<0,001
elégedettség a szüleivel (1-3)	2,72 (2,69-2,77)	2,76 (2,72-2,81)	ns
elégedettség önmagával (1-3)	2,54 (2,49-2,59)	2,73 (2,67-2,77)	<0,001
elégedettség összességében az életével (0-10)	7,69 (7,54-7,84)	8,01 (7,86-8,17)	0,004
egészségben véve mennyire tartja boldognak magát (0-10)	7,99 (7,85-8,13)	8,34 (8,19-8,48)	<0,001

A mentális egészségmutatók a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében (életkortól és végzettségtől függetlenül):

A rossz házasságban élő fiatalok körében fordul elő a legtöbb depressziós tünet, mindegyik más családi állapot kategóriánál szignifikánsan gyakrabban. A jó házasságban a legkevesebb a depressziós tünet,

őket a jó élettársi kapcsolatban élők követik; ez a két csoport nem is különbözik szignifikáns mértékben a depressziós tünetek mennyiségét illetően. Az egyedülállók és a rossz élettársi kapcsolatban élők sem különböznek egymástól a depressziós tünetek gyakoriságát illetően (1. ábra).

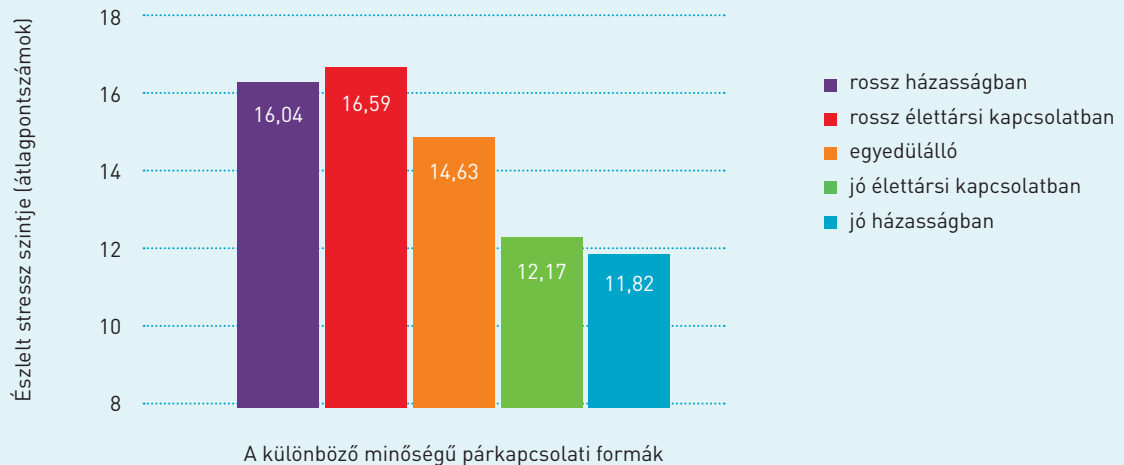
1. ábra: Depressziós tünetek a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében



Az észlelt stressz magas szintje a rossz élettársi kapcsolatokban fordul elő a leggyakrabban, szignifikánsan gyakrabban, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatokban vagy az egyedülállók körében, viszont a rossz házasságban élőkétől nem külön-

bözik szignifikáns mértékben. A mutató értéke a jó házasságokban volt a legalacsonyabb, de nem volt szignifikánsan alacsonyabb, mint a jó élettársi kapcsolatokban (2.ábra).

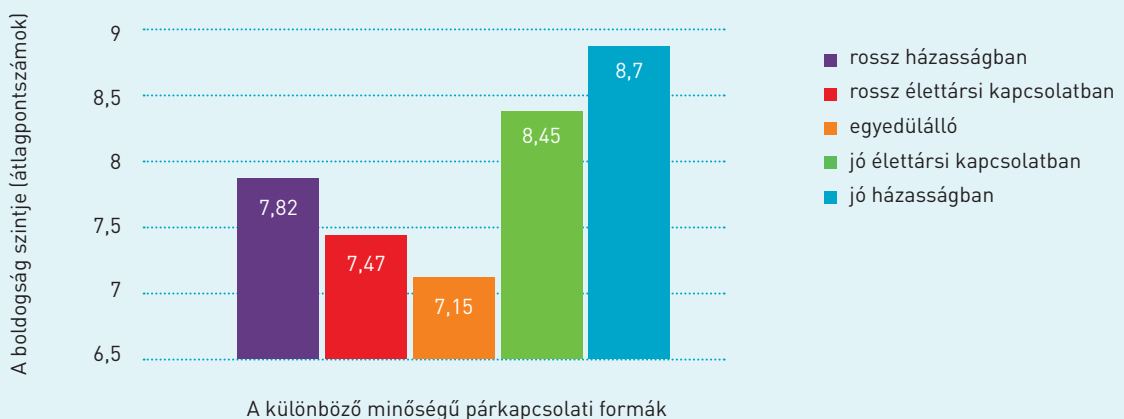
2. ábra: Az észlelt stressz szintje a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében



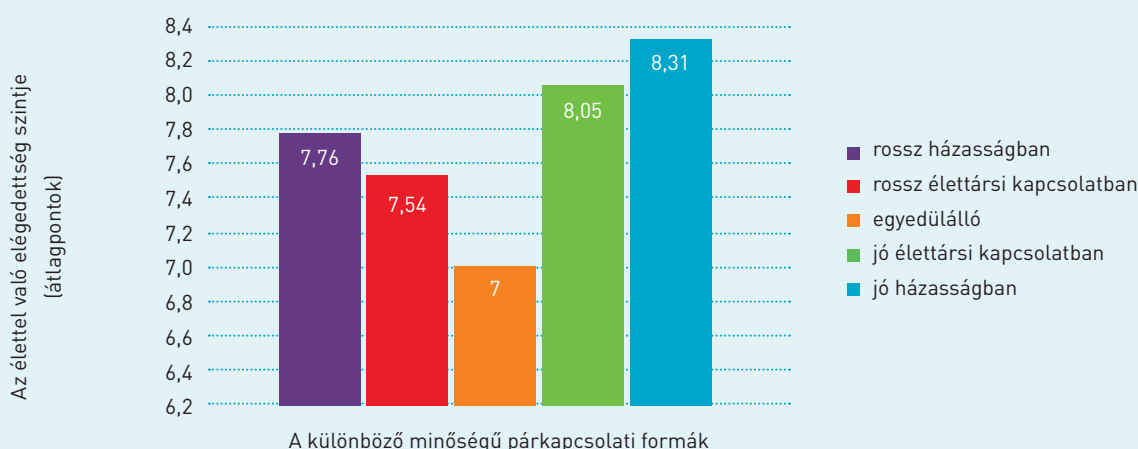
A pozitív mentális egészségmutatók közül, nem meglepő módon, jó házasságban élők körében volt a legmagasabb a boldogság, az élettel való elégedettség, és a WHO Jólét értéke; szignifikánsan

magasabbak voltak minden más családi állapot kategóriánál; kivéve a jó élettársi kapcsolatokat (3-5.ábra). A boldogság és az élettel való elégedettség az egyedülállók körében a legalacsonyabb.

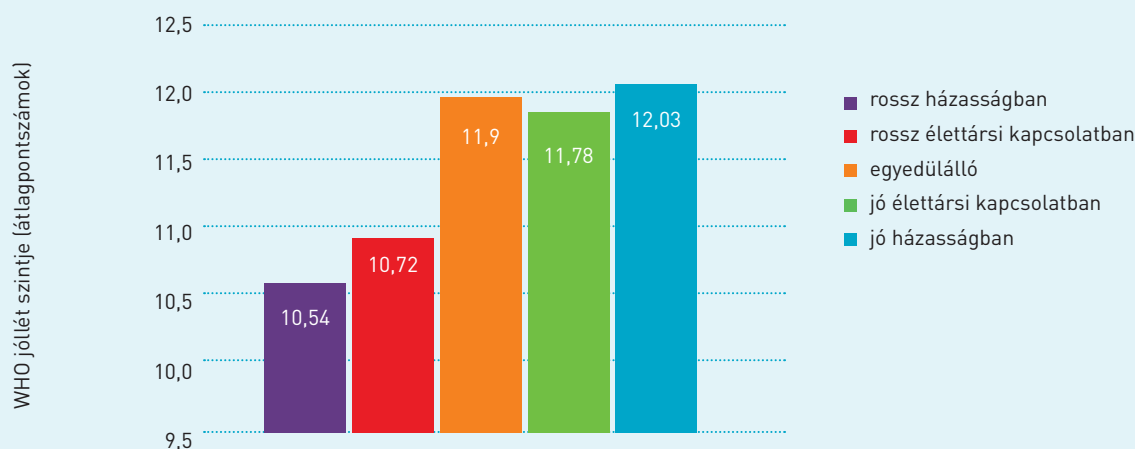
3. ábra: A boldogság szintje a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében



4. ábra: Az étellel való általános elégedettség szintje a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében



5. ábra: A WHO jóllét a családi állapot és a kapcsolat minősége függvényében



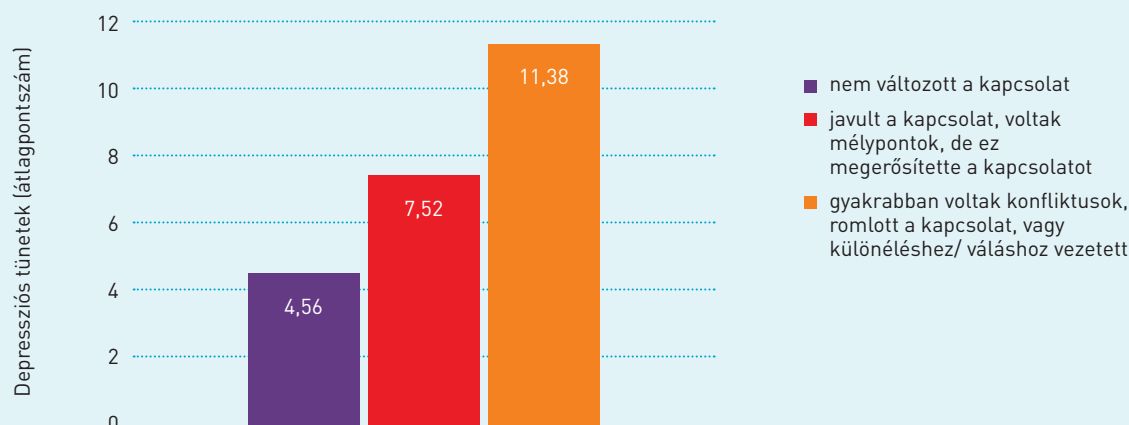
A COVID hatása a párkapcsolatok alakulására

Összességében a fiatalok 83,2 százaléka szerint a COVID-19 nem változtatott a kapcsolatukon; 15,4 százalékuk szerint javult a kapcsolatuk, és csak 1,4 százalékuk szerint romlott a kapcsolat minősége. A házasságkötésnek nem volt abban szerepe, hogy a COVID-19 változtatott-e a kapcsolat minőségén. A házasságban nem élők, és a házasságban élők döntő többsége (81-85%-a) is arról számolt be, hogy a COVID-19 nem változtatott a kapcsolatukon. A házasságban élők 13,9 százaléka, míg a házasság-

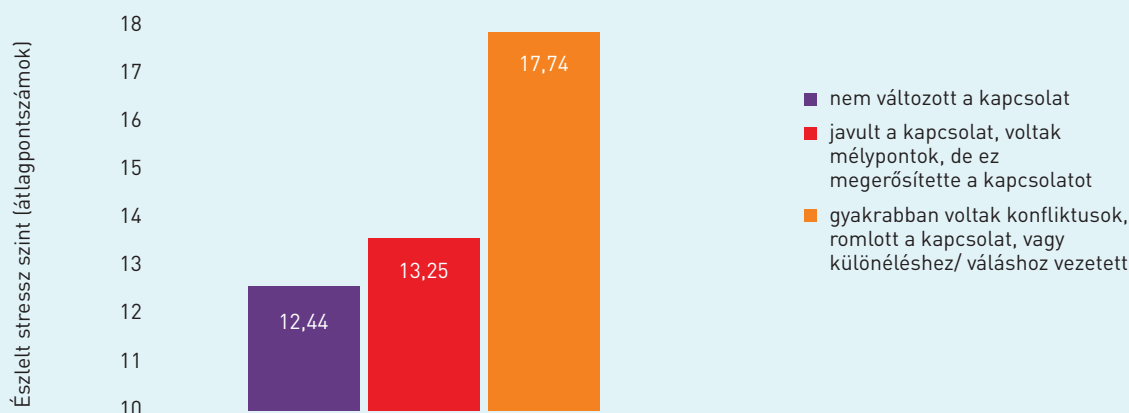
ban nem élő fiatalok 16,5 százaléka vallotta azt, hogy a COVID-19 alatt javult a kapcsolatuk. A házasságban élők közel egy százaléka (0,8%), míg a házasságban nem élők két százaléka (1,9%) vallotta azt, hogy a COVID-19 alatt romlott a kapcsolatuk.

A mentális egészségmutatók és a COVID-19 párkapcsolatra gyakorolt hatásának összefüggései (életkortól és végzettségtől függetlenül, 6-7.ábra).

6. ábra: A depressziós tünetek és a Covid-19 párkapcsolatra gyakorolt hatásának összefüggései



7. ábra: Az érzelt stressz és a Covid-19 párkapcsolatra gyakorolt hatásának összefüggései



Nem meglepő eredmény, hogy azon fiatal felnőttek körében, akik úgy vélekedtek, hogy romlott a

kapcsolatuk, magasabb volt a depressziós tünetek és az érzelt stressz átlagszáma.

Összefoglalás

Tanulmányok sora igazolja, hogy a támogató, szoros kapcsolat jobb egészségi állapottal jár együtt, részben azért, hogy az ilyen kapcsolatokban az egyének könnyebben birkóznak meg a stresszel, másrészt ezek a kapcsolatok segítik az egyént abban, hogy az alapvető pszichológiai szükségletei,

mint a kötődés, a biztonság és az intimitás, kielégüljenek (Pietromonaco & Collins, 2017). Vizsgálatunkban mi is azt találtuk, hogy azokra a fiatalokra, akiknek van partnerük, jellemző, hogy kevesebb a depressziós tünetük, alacsonyabb a stressz-szintjük, jobbnak minősítik a saját egészsé-

gi állapotukat, elégedettebbek a kapcsolataikkal, családjukkal, a gyermekeikkel, a szüleikkel és az egészségükkel, egészében véve boldogabbak, és elégedettebbek az életükkel, mint azok, akiknek nincs párkapcsolata. Azok a fiatalok, akik együtt is élnek a partnerükkel, elégedettebbek a párkapcsolattal, mint azok, akiknek ugyan van partnerük, de nem élnek együtt.

A házasságban élő fiatalok szintén elégedettebbek a kapcsolatukkal, mint azok, akik nem házasságban élnek együtt. A házasságban/élettársi kapcsolatban élőket külön is vizsgáltuk aszerint, hogy milyen minőségű a házastársi/élettársi kapcsolatuk. A jó házasságban élőknek a legalacsonyabb a depressziós és stressz szintje, legkevesebb a szomatikus tünetük, ők a legelégedettebbek az élettel, és ők a legboldogabbak. Eredményeink megerősítik a korábbi, nagy elemszámú, és longitudinális vizsgálatok eredményeit, miszerint a jó házastársi kapcsolat minden egészségmutató tekintetében jobb egészségi állapottal jár együtt (Robles, 2014). A szakirodalom felhívja a figyelmet arra, hogy a pandémia miatt megemelkedett általános szorongás, a családtagokért való aggodás, a karantén,

az otthonról dolgozás stb. az elmúlt évben sérülékenyebbé tették a kapcsolatokat (Maiti et al., 2020). Érdekes eredményünk, hogy összességében a fiatalok 83,2 százaléka szerint a COVID nem változtatott a kapcsolatukon, a 15,4 százalékuk szerint javult a kapcsolatuk, és csak 1,4 százalékuk szerint romlott a kapcsolat minősége. A New York Times közleménye szerint a „koronaválások” mellett megnőtt a „koronababák” száma is, és egy új „karanténgenerációt” jósolnak 2033-ra (Bilefsky & Yeginsu, 2020).

Összességében elmondhatjuk, hogy eredményeink megerősítik azokat a kutatási eredményeket, amelyek szerint a kapcsolataink megléte/hiánya, illetve a házastársi/élettársi kapcsolataink minősége fontos szerepet játszanak mentális egészségi állapotunk alakulásában. Minden erőfeszítés, intervenció, melyet kapcsolataink javítása érdekében teszünk, hozzájárulhat egészségi állapotunk javításához (Robles, 2014), ezért fontosnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a kapcsolatok témája, kezelése az életmóddal egyenrangú népegészségügyi prioritássá kellene hogy váljon (Shrout, 2021).

Felhasznált irodalom

- Balog, P., Székely, A., Szabó, G., & Kopp, M. (2006). A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7(3), 193-202. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.3>
- Bilefsky, D., & Yeginsu, C. (2020). Of 'Covidivores' and 'Coronababies': Life During a Lockdown. *NY Times*.
- Fergusson, D., McLeod, G., Horwood, L. J., Swain, N., Chapple, S., & Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological medicine*, 45(11), 2427-2436.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why Social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. *Annu Rev Psychol*, 69, 437-458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Holt-Lunstad, J., Robles, T. F., & Sbarra, D. A. (2017). Advancing social connection as a public health priority in the United States. *Am Psychol*, 72(6), 517-530. <https://doi.org/10.1037/amp0000103>
- Maiti, T., Singh, S., Innamuri, R., & Hasija, A. (2020). Marital distress during COVID-19 pandemic and lockdown: A brief narrative. *International Journal of Indian Psychology*, 8(2), 426-433.
- Pietromonaco, P. R., & Collins, N. L. (2017). Interpersonal mechanisms linking close relationships to health. *Am Psychol*, 72(6), 531-542. <https://doi.org/10.1037/amp0000129>
- Robles, T. F. (2014). Marital Quality and Health: Implications for Marriage in the 21st Century. *Current Directions in Psychological Science*, 23(6), 427-432. <https://doi.org/10.1177/0963721414549043>
- Robles, T. F., Slatcher, R. B., Trombello, J. M., & McGinn, M. M. (2014). Marital quality and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(1), 140.
- Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*.

- Shrout, M. R. (2021). The health consequences of stress in couples: A review and new integrated Dyadic Biobehavioral Stress Model. *Brain, Behavior, & Immunity-Health*, 100328.
- Smith, T. W. (2019). Relationships matter: Progress and challenges in research on the health effects of intimate relationships. *Psychosomatic medicine*, 81(1), 2-6.
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). AZ Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-216. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-Lét Kérdőív Rövidített (WBI-5) Magyar Változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247-255. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.8>
- Uecker, J. E. (2012). Marriage and mental health among young adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(1), 67-83.

Gyermekvállalási tervek a pandémia idején Magyarországon

Betekintő

A két éve tartó pandémia ellenére a 2021 harmadik negyedében történt adatfelvétel alapján a magyar lakosság értékrendjében a család- és gyermekközpontúság változatlanul meghatározó jelentőségű. A gyermekvállalás szoros kapcsolatot mutat a házassággal. A gyermekek tervezésének szándéka az érettségizettek és a diplomások körében erőteljesebb, mint az alacsonyabb végzettségűek között.

A gyermekvállalás előtt állók körében a tervezett gyermekszám alapvetően stabil maradt, nem esett vissza a koronavírus hatására, a két gyermeket tervezők vannak a legnagyobb arányban. A legnépsebb a kétgyermekes család eszménye, ezt követi a háromgyermekes családmódel. A huszonéves fiatalok terveiben is két vagy három gyermek szerepel.

A gyermekvállaláshoz szükséges feltételek közül a megfelelő lakáskörülmények, az anyagi biztonság és a biztos munkahely továbbra is kiemelkedő jelentőséggel bír, továbbá szerepet játszik a megfelelő társ és a családi támogatás is. A mélyebben megélt vallásosság elősegíti a gyermekvállalást.

A kormányzati családtámogatási intézkedésekre leginkább az egy- és háromgyermekesek alapoznak terveik során.

Bevezetés

Jelen tanulmány a Hungarostudy 2021 vizsgálat adataira támaszkodva mutatja be a magyar társadalom gyermekvállalással kapcsolatos attitűdjeit: az ideális és tervezett gyermekszámokban bekövetkezett változásokat, a gyermekvállalási megfontolások motivációit, összevetve korábbi kutatási eredményekkel.

Kopp Mária professzor asszony, a Hungarostudy vizsgálatssorozat (1988, 1995, 2002, 2005/2006, 2013, 2021) első 4 felmérésének vezetője így fogalmazott: „Senkit nem kell rábeszélni a gyermekvállalásra. De a tervezett gyermekek vállalását kell segíteni.”¹

Az Európai Unióban 2010-hez képest Magyarorszá-

gon növekedett a legnagyobb mértékben a házasságkötések száma és a gyermekvállalási kedv is, a válások száma hat évtizedes mélyponton van, a magyar családpolitikai modell pedig nemzetközileg is elismert. 2020-ra a KSH adatai szerint a magyar termékenységi ráta elérte a Bokros-csomag előtti szintet, a 2011-es, Unión belüli legalacsonyabb termékenységi mutatóhoz képest 1,23-ról 1,56-ra emelkedett. Míg 2010-ben öt tervezett gyermekből három született meg, mára ez a szám négyre emelkedett. A hivatalos adatok alapján 2020-ban háromszor több gyermek született, mint 2019-ben, ami az elmúlt három évtized legmagasabb gyermekszám-növekedése.²

¹Kopp Mária: *Hogyan segíthetjük a kívánt gyermekek megszületését?* Előadás, 2011. 05. 11. (letöltés dátuma: 2021.11.06.)

²KSH Népmozgalom 2020 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg20/index.html> (letöltés dátuma: 2021.11.06.)

A koronavírus-járvány okozta bizonytalanság a legtöbb országban a pozitív termékenységi trendek elakadásához vezetett. Az európai országok többségében a jövőbeli családalapítási elképzeléseket meghatározó mértékben visszavetette a pandémia.³ Sok esetben a párok a tervekhez képest inkább az elhalasztás mellett döntenek, illetve nem egyszer lemondanak a gyermekvállalásról. Bár a Covid-19 Magyarországon is jelentős mérték-

ben megnehezítette a családok mindennapi életét, a hosszú távú magánéleti terveket, közöttük például a gyermekvállalást, alapvetően érintetlenül hagyta.

Egy 2020. szeptember végi kutatás⁴, amely a magyarok gyermekvállalási hajlandóságát vizsgálta a koronavírus-járvány kapcsán, arra jutott, hogy a járványtól függetlenül a magyarok közel 70%-a tart a gyermekvállalási tervei mellett.

Szakirodalmi áttekintés

2010 óta a vonatkozó kutatások (Életünk fordulópontjai, Ifjúságkutatás 2016, Magyar Fiatalok 2020) eredményeit összevetve megállapítható, hogy sok nyugat-európai országgal ellentétben a magyarok továbbra is kettő körül tervezik a gyermekeik számát. A Magyar Fiatalok 2020 kutatás⁵ szerint (Domonkos et al. 2020) a fiatalok többsége szeretne gyermekeket, akiket a boldogság forrásaként értékelnek. Minden második fiatal vallja, hogy gyerek nélkül nem élhet az ember igazán boldog, kiteljesedett életet, sőt, 38 százalék szerint több gyermek is kell egy teljes családhoz.

Ez a megállapítás összecseng a KINCS azon kutatási vizsgálataival is, amelyeket 2019-ben⁶, majd 2020-ban⁷ készített a gyermekvállalási korban lévő 18-49 év közötti magyarok körében. Az eredmények azt mutatták, hogy erős a többségi vélemény abban, hogy a magyarok kettő vagy több gyermeket tartanak ideálisnak, és a saját életükben is átlagosan 2,3 gyermeket terveznek.

Engler (2018) egyetemista fiatalok családalapítási terveit vizsgáló kutatásában megállapítja, hogy a megkérdezett egyetemista fiatalok 90%-a tervezi a házasságkötést, és átlagosan 2,5 gyermeket terveznek.

A Századvég Politikai Iskola Alapítvány a Kopp Mária Intézettel együttműködve 2020-ban hiánypót-

ló reprezentatív felmérésben⁸ Európa országaiban vizsgálta a családokkal kapcsolatos attitűdöket. A kutatás eredményei szerint Magyarországon vannak a legnagyobb arányban (40 százalék) azok, akik a három gyermeket tartják ideálisnak egy családban, miközben a válaszadók mindösszesen 1%-a tudja gyermektelenül elképzelni az életét.

Az ideális gyermekszám tekintetében az európai „nyugati” tagállamok polgárai közül 61% szeretne 2, 17% 3 vagy több gyermeket, miközben 5%-uk idealizálja a gyermektelen életformát. A visegrádiak esetében a kétgyermekes családmoddelt preferálók aránya hasonló, azonban körükben 27% szimpatizál a nagycsaládos életformával, miközben 3%-uk képzei a gyermektelen életet ideálisnak.

A gyermekvállalási korban lévő magyarok esetében az ideálisnak gondolt gyermekszám meghaladja, a tervezett pedig megközelíti a reprodukcióhoz szükséges 2,1-es szintet.

A közelmúlt kutatásaiban, például a már említett Magyar Fiatalok 2020 kutatásban (Domonkos et al. 2020) a gyermekvállalási kedvet befolyásoló tényezők közül az anyagi helyzet, a biztos otthon és a megfelelő párkapcsolat jelent meg dominánsan.

³<http://www.oekonomus.hu/oecoglobus/a-covid-19-miatti-osszeartsag-nem-a-gyermekekszamok-novekedeset-hanem-merseklodeset-eredmenyezte/> (letöltés dátuma: 2021.11.06.)

⁴<http://www.oekonomus.hu/irasok/magyarorszag-i-demografiai-folyamatok-a-koronavirus-arnyekaban/> (letöltés dátuma: 2021.11.08.)

⁵Fiatalok 2020

https://tarsadalomkutato.hu/wp-content/uploads/2021/07/magyar_ifjusag_2020_web-v%C3%9Ag.pdf

⁶Baba-mama kutatás. KINCS, 2019 https://www.koppmariaintezet.hu/docs/Babamama_kutatas_gyermekekevelés_es_munka_20190211.pdf

⁷Gyermekekevelési tervek Magyarországon 2020-ban https://www.koppmariaintezet.hu/docs/KINCS_gyermekekevelési_tervek_Magyarországon_2020-ban.pdf

⁸Európa Projekt, Századvég, 2020. <https://szazadveg.hu/hu/europa-projekt/2020-as-kutatas>

Spéder Zsolt demográfus véleménye szerint⁹ a gyermekek számát és időzítését sok tényező befolyásolja. Fontos elsősorban a stabil párokapsolat megléte, a második az alapvető értékbeállítottságok, attitűdök milyensége, és ezt követően jönnek a környezeti tényezők, például a munkavállalás lehetősége és annak összeegyeztetése a családdal, valamint a családtámogatások megléte, típusai és nagyságrendje.

A KINCS egyik kutatása¹⁰ arra világított rá, hogy a nagyszülők aktív jelenléte a családban pozitívan

befolyásolhatja a fiatalok gyermekvállalási szándékát.

Szintén egy KINCS elemzés¹¹, amely a tervezett gyermekek számának alakulását vizsgálta a 2010-es években, több kutatás eredményeit összevetve azt találta, hogy a gyermekvállalással kapcsolatos tervek és a tényleges gyermekszámok közötti különbség okai között több tényező is megfigyelhető: a párokapsolat hiánya vagy elégtelensége, vagy az életkori sajátosságok ugyanúgy, mint az anyagi feltételek hiánya.

A Hungarostudy vizsgálatssorozat

A rendszerváltás óta erőteljes változások zajlottak le a családalapítási- és gyermekvállalási magatartások terén. A Hungarostudy vizsgálatok a fenti témakörökben nagyfokú megbízhatósággal szolgáltatnak adatokat.

A 2002-es felmérés (Kopp és Skrabski 2003) meglepő eredménye volt, hogy a gyermekvállalás a nők esetében több mutató tekintetében a gyermektelenekhez képest rosszabb életminőséggel és lelkiállapottal járt együtt, míg a férfiak esetében ennek az ellenkezője volt jellemző. Ezen kívül a gyermeket vállaló fiatalok anyagi helyzete minden tekintetben lényegesen rosszabb volt, mint a gyermekteleneké.

Mind a gyermekvállalás, mind a kívánt gyermekszám a legszorosabb kapcsolatban azzal volt, hogy a fiatalok nehéz élethelyzetben mennyire számíthatnak partnerükre, házastársukra illetve élettársukra.

A meglévő gyerekek száma a 45 éves kor alatti szülők esetében rendkívül erős, szignifikáns negatív kapcsolatban állt az anya és az apa végzettségével, különösen a nők között, a saját és

a családi jövedelemmel, a gépkocsi tulajdonnal és a saját anyagi helyzettel.

A kívánt gyermekszám viszont az iskolázottsággal pozitív kapcsolatban volt. Az iskolázottabb nők és férfiak is több gyermeket szerettek volna, mint az alacsonyabb végzettségűek, de terveik messze elmaradtak a valóságtól.

2006-ban a Hungarostudy vizsgálatok alapján (Kopp és Skrabski 2009) a 45 év alatti gyermekes szülők egészséggel kapcsolatos életminősége jelentősen rosszabb volt a gyermekteleneknél, mind a nők, mind a férfiak körében. A társadalom legboldogabb csoportjának ennek ellenére a gyeseen lévő édesanyáké bizonyult. A magasabb végzettségű nők lényegesen több gyereket szerettek volna, mint amennyi megszületett.

A 2013-as kutatásban¹² kettősség volt megfigyelhető: egyrészt a különböző párokapsolati formák megjelenése és elfogadottsága szignifikánsan emelkedett, ugyanakkor a házasság még mindig a legelfogadottabb párokapsolati forma volt a fiatalok számára. A gyermekesek átlagos életkora első gyermekük születésekor 24 év volt¹³.

⁹Van néhány reménysugár, de nagyon megnőtt Magyarországon a gyermektelenek aránya https://www.portfolio.hu/gazdasag/20211102/van-nehany-remenysugar-de-nagyon-megnott-magyarorszagon-a-gyermektelenek-aranya-interju-508206?utm_source=index.hu&utm_medium=doz&utm_campaign=link

¹⁰Intergenerációs kutatás, KINCS, 2019. https://www.koppmariaintezet.hu/docs/Intergeneracios_kutatasi_jelentes_infografika-val.pdf

¹¹A tervezett gyermekek számának alakulása a 2010-es években, KINCS, 2019. https://www.koppmariaintezet.hu/docs/KINCS_tervezett_gyermekek_szamanak_alakulasa_20190211_v2.pdf

¹²A magyar fiatalság házasságparti – a Hungarostudy 2013 tanulságai. mindsetpszichologia.hu, 2018.10.14.(letöltés dátuma: 2021.11.11.)

¹³2013-ban 28 év volt az anyák átlagos életkora első gyermekük születésekor Magyarországon, lásd itt: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0007.html

A 2013 előtti két évtizedben fokozatosan megnőtt az anyák életkora első gyermekük vállalásakor, így a korábbi jóval fiatalabb gyermekvállalási életkoroknak és a 2013-ban első gyermeküket szülőknél már átlagosan 28 éves kornak az összesített hatása a 24 éves kort mutató adat.

Az első gyermek vállalását nem az anyagiak befolyásolták, ugyanakkor a további gyermek vállalásának a kulcsa a biztos jövedelem, az anyagi biztonság, a biztos munkahely, a megfelelő lakáskörülmények, a tervezhetőség, kiszámíthatóság és a jövőkép volt. Nagyobb jelentőséget tulajdonítottak az állami juttatásoknak, ami jelentős változás volt az előző Hungarostudy vizsgálat eredményeihez képest. A gyerekek számában nem volt különbség a házasságból, illetve élettársi kapcsolatból születetteket illetően.

A jelen kutatás eredményei

A Hungarostudy vizsgálatok eredményei révén a gyermekszám-preferenciák hosszabb időtávon keresztül végbement változását követhetjük nyomon. A 2006-os vizsgálatban a kérdés arra irányult, hogy a kérdezett hány gyermeket szeretne, illetve szeretett volna, és a kérdés a teljes mintára vonatkozott. 2013-ban a tervezéssel kapcsolatos kérdések már egy 2000 fős almintára vonatkoztak, amelyben 18-35 évesek voltak. A 2021-es felvétel a korábbiakhoz képest is részletesebben járta körül a gyer-

mektervezés kérdéskörét, noha ezeket a kérdéseket itt sem a teljes mintán kérdezték, hanem csak a 18-40 éveseket magába foglaló, ugyancsak 2000 fős almintán. Elemzésünkben döntően ez utóbbi, 2021-es adatfelvétel adatait vizsgáljuk.

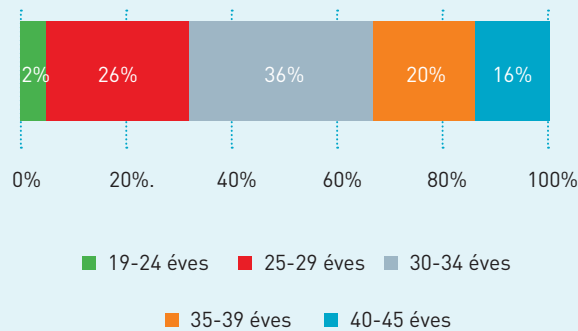
A tervezett gyermekekre vonatkozó válaszok alapján megállapítható, hogy a két legutóbbi adatfelvétel szerint (2013, 2021) a két gyermeket tervezők vannak a legnagyobb arányban.

1. táblázat Gyermeket tervezők aránya a Hungarostudy felvételekben, %

Tervezett gyermekszám	Gyermeket tervező 18-35 évesek aránya, %	
	2013	2021
1 gyermek	21,5	23,8
2 gyermek	72,6	66,4
3 gyermek	5,4	8,9
4 vagy több gyermek	0,6	0,9
Tervezett átlagos gyermekszám (fő)	1,9	1,9

A gyermeket tervezők 54,2 %-a férfi és 45,8 %-a nő. A tervezet gyermekvállalási kor 2021-ben átlagosan 32,3 év (2013-ban 29,7), ezt érdemben nem befolyásolja, hogy a válaszadónak van-e már gyereke. A megkérdezettek leginkább 30-34 éves korukban tervezik a gyermekvállalást, a válaszolók ötöde pedig 35 és 39 éves kora között, de látható, hogy a további gyermekvállalással nagyobb arányú az idősebb kor felé tolódás.

1. ábra Gyermekvállalás tervezett kor megoszlása azoknál a gyermeket tervezőknél, akiknek nincs gyermekük 2021 (N=651)



Ha a családi állapotot vizsgáljuk, megmutatkozik, hogy a már házasságban élőknek van a legtöbb gyermekük, ezért kevesebbet terveznek. Az egyedülállók terveznek leginkább gyermeket, mert ők azok, akiknek a legkevesebb van, az élettársi kapcsolatban élők pedig a házások és az egyedülállók között helyezkednek el a terve-

zett gyermekek tekintetében is. Az érettségizettek és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők inkább szeretnék (még további) gyereket, mint a szakmunkások vagy a legalacsonyabb végzettségűek, akik között nagyobb arányban vannak a gyerekesek.

2. táblázat: Van-e gyermeke és szeretne-e gyermeket legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint, 2021 (%)

Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	Van-e gyermeke?			Szeretne-e gyermeket?		
	nincs gyerek	van gyerek	összesen	nem szeretne	szeretne	összesen
Legfeljebb 8 ált.	43,8	56,2	100,0	57,8	42,2	100,0
Szakmunkás	60,0	40,0	100,0	47,8	52,2	100,0
Érettségi	73,7	26,3	100,0	33,5	66,5	100,0
Diploma	64,8	35,2	100,0	40,8	59,2	100,0
Összesen	65,3	34,7	100,0	41,1	58,9	100,0

Azokban a háztartásokban, ahol arról számoltak be, hogy jobb anyagi helyzetben élnek, öt éven belül többen terveznek gyermeket.

3. táblázat: A háztartás szubjektív anyagi helyzete és az öt éven belüli gyermektervezés kapcsolata, %
N=967, p=0,000

A háztartás szubjektív anyagi helyzete	Tervez-e gyermeket a következő öt évben?		
	nem	igen	Összesen
nagyon nehéz	53,3	46,7	100,0
nehéz	45,2	54,8	100,0
tűrhető	35,6	64,4	100,0
jó	26,2	73,8	100,0
Összesen	35,9	64,1	100,0

A 2. vagy 3. gyermek tervezése a huszonéves fiatalok között jellemző, a 30-asok között is a második gyermek tervezése fordul elő nagyobb arányban.

4. táblázat További gyermekeket tervezők aránya a 18-29 éves gyermekek, illetve gyermektelenek körében

További tervezett gyermekek száma	Válaszadó vér szerinti gyermekeinek száma				
	0	1	2	3 vagy több	Átlagosan
0	15,5	14,3	58,7	67,7	18,6
1	10,9	34,3	21,7	13,3	13,4
2	53,0	38,5	2,2	6,7	48,4
3 vagy több	8,6	2,9	2,2	0,0	7,6
Bizonytalan	12,0	10,0	15,2	13,3	12,0
Összesen	100	100	100	100	100

Bizonytalan: Szeretne, de nem tervez, vagy tervez még, de nem tudja, mennyit.

5. táblázat További gyermekeket tervezők aránya a 30-39 éves gyermekek, illetve gyermektelenek körében

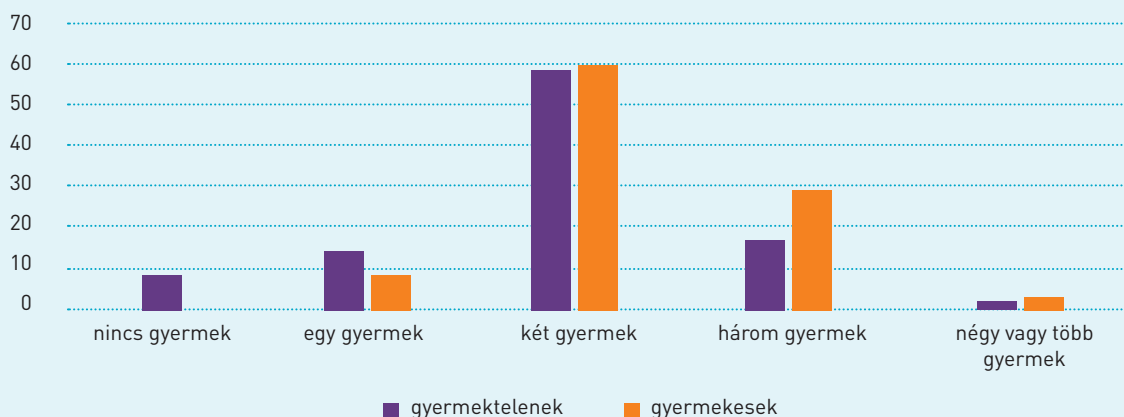
További tervezett gyermekek száma	Válaszadó vér szerinti gyermekeinek száma				
	0	1	2	3 vagy több	Átlagosan
0	24,1	46,0	80,0	82,4	48,9
1	14,1	33,9	8,6	2,2	15,3
2	41,8	9,7	1,4	1,1	20,9
3 vagy több	4,6	2,4	0,5	0,0	2,6
Bizonytalan	15,4	7,9	9,5	14,3	12,3
Összesen	100	100	100	100	100

Bizonytalan: Szeretne, de nem tervez, vagy tervez még, de nem tudja, mennyit.

A gyermekeknek a válaszadók által egy családban ideálisnak tartott számát a 2021-es Hungarostudy első alkalommal vizsgálta. Az eredmények alapján az egy családban ideálisnak tartott gyerekszám átlagosan 2,11.

Az eredmények alátámasztják, hogy a magyarok között az ideális családmodell a kétgyermekes, ezt követi a népszerűségében a háromgyermekes. A gyermekek között jóval magasabb a 3 vagy több gyermeket ideálisnak tartók aránya, mint a gyermektelenek között.

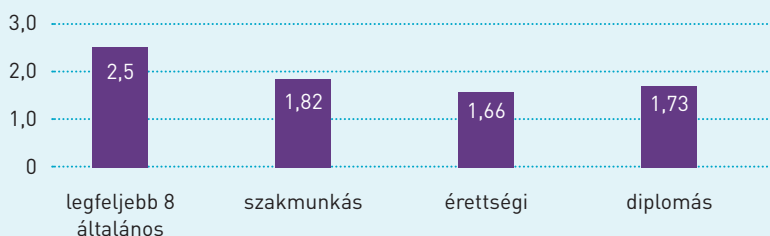
3. ábra Az egy családban bizonyos gyermekszámot ideálisnak tartók aránya a gyermektelenek és gyermekesek között, %



A gyermekes családok településtípusonként mindenütt leginkább 2 gyermeket tartanak ideálisnak, népszerűségben ezt a 3 gyermekes családmódel követi, kivéve Budapesten, ahol az egy gyermeket ideálisnak tartók aránya eléri a 3 gyermekes családmódel népszerűségét. A gyermeket nem tervezők aránya Budapesten a legmagasabb – bár a megkérdezettek elsöprö többsége (94%) itt is a gyermekes életformát tartja ideálisnak.

Az iskolai végzettség szignifikánsan összefügg a meglévö gyermekek számával: U alakú görbe rajzolódik ki, mely szerint, a meglévö gyermekek legmagasabb száma a legalacsonyabb iskolai végzettségűeknél mutatható ki, ezután a szakmunkás végzettségűek következnek, majd az érettségizettek. A diplomások átlagos gyermekszáma magasabb az érettségivel rendelkezőknél, de elmarad a szakmunkás végzettségűektől.

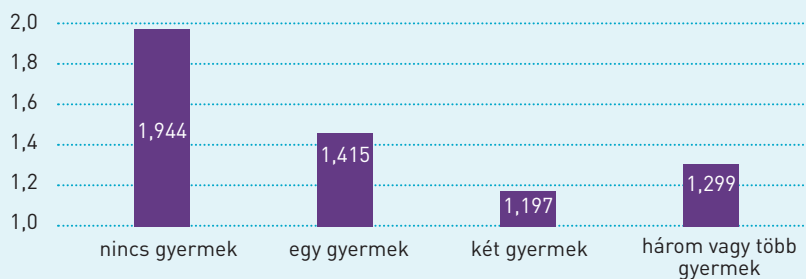
4. ábra Meglévö gyermekek átlagos száma legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint a 18-40 éves gyermekeseknél, 2021, fő



A gyermekvállalási szándékot keresztáblákkal összevetve a kérdezettek nemével, iskolai végzettségével, családi állapotával és életkorával megállapítható, hogy a meglévö gyerekszám a meghatározó. Ugyanis akiknek már van gyermekük és

akiknek több van, azok kevesebbet terveznek, mint akiknek még nincs, viszont a nagycsaládok átlagos tervezett gyerekszám magasabb, mint a kétgyermekeseké.

5. ábra A tervezett gyermekek átlagos száma a meglévö gyermekszám kategóriái szerint



Az adatokat úgy értelmezhetjük, hogy a 18-40 éves válaszolók közül, akiknek még nincs gyermeke (794 fő), azok leginkább két gyermeket terveznek, ami az alminta esetében a kétgyermekes családmoddelt tükrözi (5. ábra). Ezt erősíti, hogy az egy gyermekesek (133 fő) leginkább még egyet, de kis részük többet is tervbe vesz a kérdésre adott válasznál. A kétgyermekesek (34 fő), ha a tervezés kérdése felmerül, még egyet, kis részük egynél is többet fontolgat még, míg a 3 vagy több gyermekes válaszolók (6 fő) láthatóan még nagyobb családot is elképzelhetőnek tartanak. Az értelmezésnél figyelembe kell venni a magasabb paritásúak kis esetszámaikat, és azt is, hogy a tervezett gyermekek vizsgálata kérdőíves adatfelvételben meglehetősen bizonytalanságot hordoz, mert a válaszolóktól olyan jelentőségteljes, több feltételtől is függő esemény bekövetkezését tudakolja, amelyek megvalósulását a kérdőív kitöltésekor nem minden esetben lehet előzetes terveknek megfelelően előre látni.

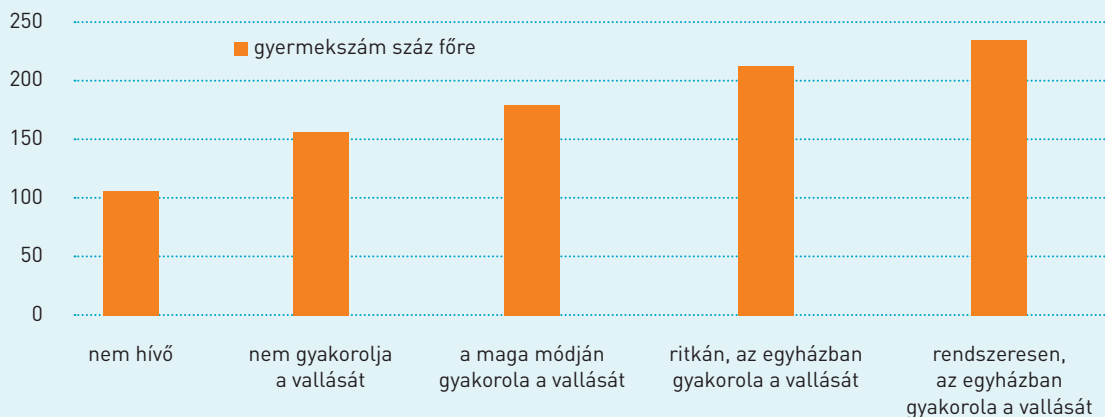
A vallásosság magasabb szintjével jelentősen növekedett az elért gyermekszám. A vallásgyakorlás és a gyerekszám összefüggése jól látható a 6. táblázatban és a 7. ábrán. Legkevesebb gyermeke

6. táblázat. Az adott korcsoportban az elért gyermekszám 100 főre, a vallásosság mértéke szerint

Megnevezés	30-39 évesek	40-49 évesek
Nem hívő	87	105
Nem gyakorolja vallását	93	155
A maga módján gyakorolja vallását	129	180
Ritkán az egyházban gyakorolja vallását	100	212
Rendszeresen az egyházban gyakorolja vallását	185	233
Átlag	103	154

a nem hívőknek van, legtöbb azoknak, akik rendszeresen, egyházukban gyakorolják vallásukat. A maguk módján vallásosak átlagos gyerekszama középtájon helyezkedik el.

6. ábra 40-49 éves életkorban elért gyermekszám a vallásosság mértéke szerint



A gyermekvállalás előfeltételei

A gyermekvállalási szándékok sikeres megvalósításának előfeltételei között kiemelkedő jelentőséggel bír a lakás, illetve az anyagi feltételek.

A válaszolók mintegy fele a megfelelő társ meglétét is megjelölte. Az iskola befejezése elsősorban a már érettségivel rendelkezőknek a legfontosabb.

7. táblázat: A gyermekvállalás előtt elérendő célok

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

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

A házasságnak, mint a gyermekvállalást megelőző célkitűzésnek a kereszt táblákkal való vizsgálata azt mutatja, hogy a házasság összességében nem tartozik a gyermekvállaláshoz leginkább szükségesnek gondolt feltételek közé, a nők sem térnek el ebben a kérdésben szignifikánsan a férfiaktól, viszont az élettársi kapcsolatban élők számára nagyban meghatározó. Ezt úgy értelmezhetjük, hogy az élettársi kapcsolatban élők szeretnék házasságban élni a gyermekvállalás bekövetkezésekor. A gyermekvállaláshoz szükséges feltételek között szintén nem játszik fontos szerepet a karrierépítés, vagy a még szabad élet, melyek elsősorban a legfiatalabb korcsoportokban találkoznak elfogadással.

Bizonyos kedvező körülmények esetén a gyermeket (már) nem tervezők csoportjának egy része mégis elképzelhetőnek tartja további gyermekvállalását (8. ábra). A bizonytalanságot az anyagi feltételek javulása fordítaná gyermekvállalásba: az

anyagi stabilitás, a biztos jövedelem és munkahely, főleg, ha családbarát.

Meglévő két gyermek után harmadik vállalására hajlandó válaszadók között egyrészt az anyagi stabilitás, a biztos munkahely, másfelől a családbarát és rugalmas munkahely lehetősége látszik különösen fontosnak, továbbá a megfelelő egészségi állapot, megfelelő lakáskörülmények, a hosszútávú tervezhetőség és a családi támogatás is jelentős számukra.

A gyermektelenek és az egygyermekesek esetében ezek mellett a „tervezhetőség” és „biztos jövőkép” is számít, valamint a gyermektelenek egy része számára a megfelelő partner megtalálása kiemelten fontos.

A kormányzati családtámogatási intézkedésekre terveik során leginkább az egy- és három- vagy többgyermekesek (vagyis második vagy negyedik gyermeket tervezők) alapoznak.

8. táblázat. A vér szerinti gyermekeik száma szerinti kategóriákban a válaszadók ilyen arányban tartják elképzelhetőnek, hogy különböző kedvező körülmények esetén vállalnának még gyermeket, %

Körülmények	Válaszadó vér szerinti gyermekeinek száma			
	0	1	2	3 vagy több
Anyagi stabilitás, biztos jövedelem	28	26	26	21
Biztos munkahely	33	21	22	19
Családbarát, rugalmas munka lehetősége	17	11	14	8
Megfelelő egészségi állapot	18	15	11	13
Társas támogatás, szülői, baráti segítség	13	3	7	1
Megfelelő lakáskörülmények	11	6	9	6
Jelentős mértékű családtámogatás, például babaváró hitel	4	7	5	6
Hosszú távú tervezhetőség, jövőkép	9	12	8	6
Megfelelő bölcsődei, óvodai ellátás, megfelelő iskola	2	3	2	1
Megfelelő társ, partner, kapcsolat megléte	9	3	2	1
Partnerének kérésére	2	2	2	0
Ha nyerne a „lottón”	2	7	5	4
Megfelelően támogató szakemberek a várandósság és szülés során	0	1	0	1
Egyéb körülmény	3	3	4	0
Nincs ilyen körülmény, semmiképpen nem szeretne több gyermeket	24	44	46	56
Nem tudja, nem válaszolt	6	2	8	8

Megjegyzés: a kérdezettek több feltételt is megjelölhettek.

Gyermektervezés öt éven belül

Az öt éven belül gyermeket tervezők között az életkornak és a tényleges családi állapotnak van a legerősebb hatása, a meglévő gyermekek számának hatása gyengébb a változók kapcsolatában, az öt

éven belüli tervezés kérdését azoknak tették fel, akik az „Ön szeretne és tervez is még gyermeket vállalni” kérdésre igennel válaszoltak (9. táblázat).

9. táblázat. Öt éven belüli gyermektervezés főbb tényezők szerint, %

Megnevezés	Tervez-e gyermeket a következő öt évben?		
	nem	igen	Összesen
Gyermek van-e?			
Nincs gyerek	43,5	56,5	100,0
Van gyerek	4,0	96,0	100,0
Összesen	36,4	63,6	100,0

Megnevezés	Tervez-e gyermeket a következő öt évben?		
	nem	igen	Összesen
Kérdezett neme			
férfi	42,7	57,3	100,0
nő	28,8	71,2	100,0
Összesen	36,3	63,7	100,0
Korcsoport			
19-24 éves	69,2	30,8	100,0
25-29 éves	18,9	81,1	100,0
30-34 éves	12,8	87,2	100,0
35-40 éves	11,3	88,7	100,0
Összesen	36,3	63,7	100,0
Tényleges családi állapot			
egyedülálló	59,0	41,0	100,0
házastársával él	4,6	95,4	100,0
élettárral él	9,6	90,4	100,0
Összesen	36,4	63,6	100,0

Megjegyzés: a kérdést a gyermeket tervezőknek tették fel; a résztáblákban az esetszámok 988 és 990 között alakultak, a szignifikancia mindegyik esetében $p=0,000$ értékű volt.

A terveket akadályozó tényezők

A gyermekvállalási szándékok, tervek megvalósulását akadályozó tényezők között első helyen a már elért gyermekszám áll. Akik számára már a meglévőkkel teljes a család, nem akarnak ebben

változást, vagy párjuk hatására nem terveznek (több) gyermeket, azok nem vágnak már (további) gyermekekre.¹⁴

10. táblázat: A gyermek nem tervezésének okcsoportjai az okok jellege szerint

Nem tervezés okai	Leadott válaszok száma	Leadott válaszok aránya	Válaszolók aránya okonként
Elegendő gyermekszám	291	30,6	42,4
A párkapcsolat hiánya, zavara	195	20,5	28,4
Jövőre vonatkozó kilátások, bizonytalanságok	152	16,0	22,1

¹⁴A kérdőív megfogalmazásában: párja nem szeretne több gyereket; szereti így az életét, nem akar változást; neveli megszületett gyermekeit, így teljes a család.

Nem tervezés okai	Leadott válaszok száma	Leadott válaszok aránya	Válaszolók aránya okonként
Egészségügyi, szülészeti okok	136	14,3	19,7
Anyagi, szociális helyzet	102	10,7	14,8
Szubjektív bizonytalanságérzetek, tudatos gyermektelenség	41	4,3	5,9
A munkaviszony bizonytalansága, és/vagy karrierkilátások	34	3,6	5,0
Összes válasz	951	100,0	

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

A tervezettnél kevesebb gyermek vállalásának okát viszonylag gyakran, főként a huszonévesek esetében, a folyamatban lévő tanulmányok jelentik. Ugyanakkor minden korcsoportban az anyagi körülmények (munkaviszony és kereset) és a kérdett párkapcsolatának stabilitása vagy megerősödése, illetve labilitása vagy gyengülése tűnnek fontos (pozitív vagy negatív irányba) befolyásoló tényezőnek. Az alacsony iskolai végzettségűek esetében „a gyermeknevelés nehézségei, fáradalmi” is a fontosabb gátló tényezők között jelenik meg, valamint (a szakmunkásképzőt végzettek esetében) a „szereti így az életét, nem akart változást” attitűd is.

A párkapcsolat hiánya és/vagy zavara a gyermekvállalás szempontjából az egyik leginkább hátráltató tényező, azok nem terveznek gyermeket, akik-

nek nincs párjuk (e kategóriában a válaszolók 78 %-a egyedülálló) vagy jelenlegi párkapcsolatukat/családi helyzetüket nem érzik megfelelőnek a gyermekvállalás szempontjából.

A jövőre vonatkozó kilátások és bizonytalanságok valamelyik elemét viszonylag sok válaszadó említette a gyermeket nem tervezőknél.¹⁵ Az alacsonyabb (legfeljebb szakmunkás) végzettségűek nagyobb arányban jelölik meg ezeket a tényezőket, felülmúlva az érettségizetteket és a diplomásokat.

A kérdőívben megfogalmazódó szubjektív bizonytalanságérzetek,¹⁶ mint a felelősségvállalástól való félelem, a szándékos gyermektelenség, vagy a munkaviszony bizonytalanságai¹⁷ szinte egyáltalán nem játszanak szerepet a gyermekvállalási szándék elmaradásában.

Összegzés

Jelen tanulmányunkban a 2021-es Hungarostudy adatok alapján mutattuk be a gyermekvállalási magatartás alakulását, az ideális és tervezett gyermekszám összefüggéseit, valamint a gyermektervezési és gyermekvállalási megfontolásokat

meghatározó tényezőket elsősorban a 18-40 éves korosztályt vizsgálva.

Megállapítottuk, hogy a jövőtervekben továbbra is a kétgyermekes családmódel a legelterjedtebb, a 18-35 éves korosztály a pandémia ellenére jelen-

¹⁵Az okcsoportokhoz tartozó változók voltak a kérdőív megfogalmazásai szerint a „nem látja biztosítottak gyermeke jövőjét”; „a COVID-19 járványtól való félelem”; „ilyen világban nem szeretne gyermeket, nincs jövőkép”; „állami támogatások kiszámíthatatlansága miatt”.

¹⁶A kérdőív szerinti megfogalmazásban ide sorolt változók voltak: „a gyermekgondozással járó megterhelés miatt”, „fél a felelősségvállalástól”, „fél a kötöttségtől”, „nem tartja magát alkalmasnak a gyerekekre”, „soha nem akart gyereket, nem vágyik az anyaságra/apaságra”.

¹⁷Ide soroltuk, ha a kérdezett a „fél a munkahelye elvesztésétől, munkahely bizonytalansága vagy hiánya miatt”, és a „hivatása, munkahelyi előmenetele, karrierje miatt” lehetőségek közül legalább az egyiket választotta.

leg két-három gyerek vállalásán gondolkodik, ami optimista jövőt vetít előre demográfiai szempontból. A tervezett gyermekvállalási kor átlagosan 32,3 év.

A gyermekvállalás szoros kapcsolatot mutat a házassággal, hiszen a már házasságban élőknek van a legtöbb gyermekük. A még gyerekkel nem rendelkező érettségizettek és a diplomások nagyobb arányban terveznek gyermeket, mint az alacsonyabb végzettségűek.

A gyermekvállalási megfontolásokban kiemelkedő jelentőségű a megfelelő lakáskörülmények és az anyagi biztonság megléte, a biztos munkahely,

továbbá szerepet játszik a megfelelő társ és a családi támogatás is.

A kormányzati családtámogatási intézkedésekre terveik során leginkább az egy- és háromgyermekesek (vagyis második vagy negyedik gyermeket tervezők) alapoznak.

Összességében látható, hogy a fiatal felnőttek elkötelezettek a család mellett. A most még fennálló gyermekvállalási akadályok lebontásában – amilyen a megfelelő lakáskörülmények és a materiális javak hiánya –, és a gyermekvállalási szándékok sikeres megvalósításában szerepe lehet a családtámogatásoknak is.

Felhasznált irodalom

A COVID-19 miatti összezártság nem a gyermekszámok növekedését, hanem mérséklődését eredményezte. Oeconomus, 2021.02.03. (letöltés dátuma: 2021.11.01.)

A magyar fiatalság házasságpárti – a Hungarostudy 2013 tanulságai. mindsetpszichologia.hu, 2018.10.14. (letöltés dátuma: 2021.11.01.)

A tervezett gyermekek számának alakulása a 2010-es években, KINCS, 2019.

Baba-mama kutatás, KINCS, 2019.

Domokos Tamás, Kántor Zoltán, Pillók Péter, Székely Levente 2020. Magyar Fiatalok 2020. Budapest, Társadalomkutató.

Engler Ágnes 2018. Párkapcsolati elköteleződések és családalapítási szándékok. In: Engler, Ágnes (szerk.) Család és karrier. Egyetemi hallgatók jövőtervei. Debrecen, Debreceni Egyetem Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő Központ. 12-41.

Európa Projekt, Századvég, 2020. <https://szazadveg.hu/hu/europa-projekt/2020-as-kutatas> (letöltés 2021.11.04.)

FűrészTünde: A családnak nincs alternatívája. Confessio, 2021/2.

Fűrész Tünde–Novák Katalin: Családbarát évtized 2010-2020, KINCS, 2021.

Gyermekvállalási tervek Magyarországon 2020-ban, KINCS, 2020.

Intergenerációs kutatás a reprodukciós kort meghaladott idősebb generáció és a reprodukciós korban lévő fiatalok körében, KINCS, 2019.

Kamarás Ferenc: Családtervek és gyermekszám preferenciák az „Életünk fordulópontjai” c. vizsgálat tükrében. Demográfia, 2002/4.

Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, 2006.

Kopp Mária–Skrabski Árpád 2003. A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében. Demográfia 2003/4.

Kopp Mária–Skrabski Árpád 2009. Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon (p. 117-136.) -In: Szerepváltozások: jelentés a nők és férfiak helyzetéről. Szerk. Nagy Ildikó, Pongrácz Tiborné. Budapest: Társi.

KSH Népmozgalom 2020 <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg20/index.html> (letöltés dátuma: 2021.11.10.)

Magyarországi demográfiai folyamatok a koronavírus árnyékában, Oeconomus, 2021.08.05. (letöltés dátuma: 2021.11.10.)

Susánszky Éva – Szántó Zsuzsa (szerk.): Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó 2013. Szabó Gábor, Susánszky Éva,

Szántó Zsuzsa Magyarország közérzete – 25 év a lelkiállapot tükrében. http://www.hungarostudy.hu/files/magyarorszag_kozerzete_teljes2.pdf (letöltés dátuma: 2021.11.04.)

Tárkányi Ákos (2009): Családpolitika a gyermekvállalás szolgálatában az Európai Unió országaiban, 1990-2007. Kézirat.

Tárkányi Ákos: A gyermekszám és a vállalkozás kapcsolata. Demográfia, 2006/1.

Van néhány reménysugár, de nagyon megnőtt Magyarországon a gyermektelenek aránya. portfolio.hu, 2021.11.02. (letöltés dátuma: 2021.11.10.)

A szülés és szülésélmény hatása a gyermekvállalási hajlandóságra

Betekintő

Napjainkban a nők gyermekvállalási életkorának kitolódása lelassult, ill. stagnál, a korai és kései gyermekvállalás kettőssége párhuzamosan jelenik meg. A termékenységi arányszám (TTA) növekedése mellett is fontosnak tartjuk, hogy megismerjük azokat az okokat, amelyek akadályozhatják, illetve segíthetik a tervezett gyermekek megszületését. Tanulmányunkban vizsgáltuk a legalább egy gyermeket már szült, fiatal (18-40 éves) nők várandósággal és szüléssel kapcsolatos tájékozottságát, információ forrásait, illetve a legutolsó szüléssel kapcsolatos élményeik minőségét, és annak összefüggését a későbbi gyermekvállalási hajlandósággal. A mintánkban szereplő nők közel egynegyede (24%) szeretne még gyermeket, egytizedük (11%) szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni, a többség (65%) pedig nem szeretne és nem is tervez további gyereket. A gyermeket tervező nők fiatalabbak, gyermekszámuk alacsonyabb, több információforrásból szereztek ismereteket a várandósággal kapcsolatban, egyötödüknek volt szülési terve, és szignifikánsan pozitívabbnak értékelték szülésélményüket, mint azok, akik már nem terveznek további gyermeket.

Bevezetés

A szülés, születés életünket meghatározó, hosszú távú hatásokat kiváltó élmény. A születés módja, eseményei befolyásolják többek között a gyermek későbbi egészségét (Polgár 2004), az anya-gyermek kapcsolat alakulását, a gyermek kötődési mintáját, amely felnőtt korban összefüggést mutat a párkapcsolat, illetve a saját gyermekkel való kapcsolat alakulásával is (Varga 2011). A szülésnek, születésnek több generáción átívelő, az életünk számtalan területét befolyásoló hatása van, akár az anya, a szülő nő, akár a gyermek további életére. A szülés eseményei, a szülés élménye testileg és lelkileg egyaránt hosszútávú hatással bír. A szülés élményének vizsgálatával foglalkozó kutatók rávilágítottak, hogy a negatív szülésélmény összefüggésbe hozható a postpartum depresszió (Bell és Andersson 2016), vagy akár poszttraumás stressz

tüneteinek kialakulásával. Gottvall és Waldenström (2002) stockholmi vizsgálatuk alapján bemutatták, hogy azoknak a nőknek, akiknek negatív tapasztalataik voltak az első szüléssel kapcsolatban, kevesebb gyermekük született a későbbiekben, illetve hosszabb idő telt el a második gyermek születéséig.

Ugyanakkor a szülésre való felkészülés, szülés előtti tájékozódás is meghatározó tényező. Az informálódás rendkívül fontos része a szülésre való felkészülésnek, amely segítheti az együttműködést a szülést segítő szakemberekkel. A szülési terv a szülést segítő szakemberek és a várandós nő közötti kommunikáció eredményeképp megfogalmazott preferencialista, melyben a várandós nő leírja, hogy mit, hogyan szeretne a szülés alatt, mi az, amit szeretne elkerülni, és erre kéri a sze-

mélyzetet. Beletartozik a szülési tervbe például az, hogy kinek a jelenlétét szeretné a szülés alatt, milyen fájdalomcsillapítási elképzelése van, milyen testhelyzetben szeretne szülni, milyen segédeszközöket kívánna igénybe venni. Nyugat-európai és észak-amerikai országokban több évtizede létezik ilyen szülési terv, sok helyen formanyomtatványokat is használnak a leggyakrabban előforduló kérdések tisztázására. Magyarországon is már számtalan helyen, többek között kórházak szülészeteinek vagy más segítőknél a honlapjain találhatóak a várandós nők részletes információkat, szüléstervezési mintákat, amelyeket saját személyükre szabva használhatnak¹. A szülési terv kapcsán történő egyeztetés talán csökkentheti azoknak a helyzeteknek az esélyét, amikor a szülő nő tájékozott beleegyezése nélkül történik beavatkozás a szülés során (Szebik et al. 2018).

Módszerek és minta

Elemzéseinket a Hungarostudy2021 (HS2021) kutatás adatain végeztük. Szüléssel, szülésélménnyel kapcsolatos kérdéseinkre a 2000 fős, fiatal (18-40 évesek) almintában szereplő 976 nő válaszolt. Közülük 365 nő szült már, tehát az ő élményeiket, tapasztalataikat tudtuk elemezni. Kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. Vizsgáltuk a szülés módját (hüvelyi úton vagy császármetszéssel történt), helyszínét (kórházban, amikor eljött a szülés ideje; előre tervezett időpontban kórházban; tervezetten otthon; otthon szülést tervezve, kórházi befejezéssel; nem tervezetten otthon). Kértünk információt arról, hogy volt-e a szülő nőnek szülésterve (olyan írásos vagy szóbeli tervezet, amelyben a szülésre készülő nő megfogalmazza, és a segítő szakemberek tudomására hozza igényeit, kívánságait, terveit a szülés mozzanataival kapcsolatban); ha volt, az ebben szereplő elképzelések mire vonatkoztak, illetve

Mei és munkatársai (2016) kutatási eredményeiből kitűnik, hogy ha volt írásos szülésterve a várandós nőnek, illetve minél inkább megvalósultak az abban leírt tervek, elvárások, igények, annál elégedettebb volt, annál pozitívabban értékelte szülésélményét. Héjja-Nagy Katalin 2013-as magyar vizsgálata szintén alátámasztotta, hogy a szülésélményt kedvezően befolyásolja a szülésre való tudatos felkészülés (Héjja-Nagy 2015). Kutatócsoportunk a Hungarostudy 2021 reprezentatív felmérés adatait elemezve azt vizsgálta, hogy milyen forrásokból tájékozódnak a magyar nők a szülésről a várandósság időszakában, ismerik-e a „szülési terv” fogalmát, tudják-e képviselni a szüléssel kapcsolatos elvárásaikat, valamint azt is, hogy a korábbi szülésélmény minősége összefüggést mutat-e a későbbi gyermekvállalási hajlandósággal.

mennyire valósultak meg a szülés folyamán. Kérdeztünk továbbá arról is, hogy honnan szereztek információkat a várandóssággal kapcsolatban. Végül pedig azt kértük, emlékezzenek vissza a legutóbbi szülésükre, és számoljanak be szülésélményükről. A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a szülésre való felkészülés és maga a szülés élménye milyen összefüggést mutat a tervezett és a megvalósult gyermekszámmal.

Adataink elemzése SPSS 27.0 statisztikai programmal készült. A kategorikus változók összehasonlítását khi-négyzet próbával, illetve Fisher teszttel végeztük. A folytonos normál eloszlású változók összehasonlítása Student féle t-tesztel történt, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatánál varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk. Szignifikánsnak tekintettük az eltérést $p < 0,05$ esetén.

Eredmények

Első táblázatunkban bemutatjuk azoknak a 18-40 éves korosztályba tartozó a nőknek a szociodemográfiai jellemzőit, akik már legalább egy gyer-

mekeket szültek. Döntő többségük (90%) párkapcsolatban él, házasságban közel kétszer annyian, mint élettársi kapcsolatban. A legtöbb válaszadó

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

alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek (39%), ugyanakkor a felsőfokú végzettségűek aránya is megközelíti a 30 százalékot. A városi és a községi lakosok aránya 66:34 százalék. Háztartásuk anyagi

helyzetét valamivel több, mint egynegyedük (28%) minősítette jónak, közel harmaduk (32%) tűrhetőnek, miközben 40 százalékuk nehézségekről számolt be.

1. táblázat: A 18-40 éves, gyermekes nők szocio-demográfiai jellemzői (N=365)

	kategóriák	esetszám	%
családi állapot	egyedülálló	35	9,7
	házastársával él	214	58,9
	élettárssal él	114	31,3
iskolai végzettség	alapfok	141	38,8
	középfok	121	33,1
	felsőfok	102	28,1
lakóhely	Budapest	53	14,5
	megyeszékhely, megyei jogú város	58	15,9
	város	129	35,6
	község, nagyközség	124	34,0
háztartás szubjektív anyagi helyzete	nagyon nehéz	10	2,7
	nehéz	135	37,6
	tűrhető	113	31,6
	jó	101	28,1

Átlagos életkoruk 33 év, a legfiatalabb válaszadó 19, a legidősebb pedig 40 éves volt. Az első szüléskor a nők átlagos életkora 24 év², az utolsó szüléskor pedig 27 év volt.

Több gyermek szülése esetén kérdéseinket a legutóbbi szüléssel kapcsolatban tettük föl. A legutóbbi szülések közel háromnegyede (71%) hüvelyi úton, és valamivel több, mint egynegyede (29%) császármetszéssel történt, ami jóval az országos császármetszési átlag (2020-ban 41%³) alatt van. Szinte minden szülés (99%) kórházi körülmények között zajlott. Mivel egyre több kismama szeretné, hogy szülése során a saját szükségleteit is tekintetbe vegyék, ezért megfogalmazzák azokat az igényeiket, amelyek szerintük biztosítják számukra a leginkább vágyott szülési folyamatot, ami több-

nyire az ú.n. háborítatlan szülés. Erre szolgál a szülési terv, amelyre vonatkozóan mi is feltettünk kérdéseket. Vizsgálatunkban a szülésre készülők kevesebb, mint egyötödének (16%) volt csak szülési terve, amelyben megfogalmazták és a segítő szakemberek tudomására hozták igényeiket, kívánásaikat, terveiket a szülés mozzanataival kapcsolatban. A nők többsége (80%) nem élt ezzel a lehetőséggel, és voltak, akik nem is tudták, hogy mi a szülési terv, és hogy mire való. Akiknek volt szülési terve, elsősorban a szülés helyszínével (73%), párjuk (54%), valamint a segítő személyek (orvos, bába, dúla, szülésznő) szülésnél tervezett jelenlétével (45%) kapcsolatban fogalmazták meg elképzeléseiket, terveiket (1. ábra). A szülési tervet kialakítók átlagosan nyolcasra értékelték

² Ez közel 5 évvel marad el az országos átlagtól, ami 2019-ben 28,86 év volt.

³ Császármetszés statisztika: https://csaszarvonal.hu/media/static/Szules_csaszarmetszes_statisztika_2020.pdf (letöltve 2021. 11. 09.)

terveik megvalósulását egy 10 fokú Likert-skálán (1=egyáltalán nem valósult meg, 10=teljes mértékben megvalósult), tehát többnyire elégedettnek mondhatóak a tervek teljesülését illetően. A többi körülményre (beöntés, borotválás, burokrepszés, gyógyszeres és nem gyógyszeres fájdalomcsillapí-

tás, a vajúdas pozíciója, gátmetszés/gátvédelem, oxitocin bekötése, a kitolás pozíciója, a köldökszínor elvágása, a baba vizsgálata, a baba szeparálása, a rooming in szolgáltatás igénybevétele, császármetszés) lényegesen kevesebben tértek ki a tervezés során.

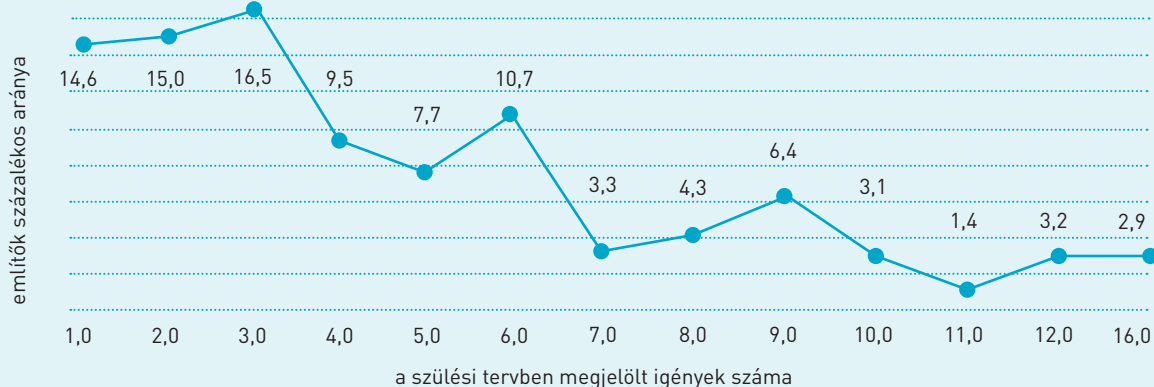
1. ábra: A szülési tervet készítő nők igény preferenciáinak százalékos megoszlása (N=60)



A szülési tervben megjelölt igények preferenciái mellett azt is vizsgáltuk, hogy a szülés lefolyásával és az újszülött ellátásával kapcsolatban hány igény fogalmazódik meg, azaz mennyire pontosak, részletesek ezek a tervek (2. ábra). Az igények számossága mutatja egyrészt a várandós anyák tájékozottságát, ismereteit a vajúdasztól az újszülött ellátásáig, illetve arra is utalhatnak ezek a számok,

hogy a leendő édesanyák mennyire szeretnék kontrollálni az eseményeket, mennyire tartják fontosnak, hogy szülésük a saját elgondolásuk szerint történjen. A szülési tervet készítő nőknek közel a fele (46%) legfeljebb 3 szüléssel kapcsolatos igény megvalósulását tartja fontosnak, negyedük (28%) 4-6, a többiek pedig ennél is nagyobb számú elvárást fogalmaztak meg.

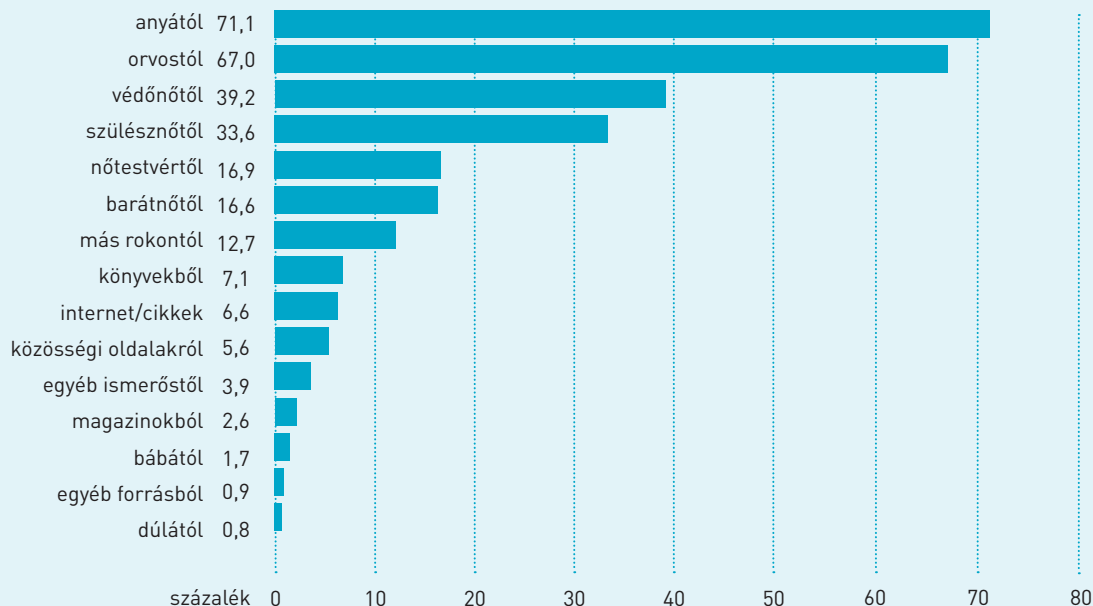
2. ábra: A szülési tervet készítő nők százalékos megoszlása a megjelölt igények számosságát illetően (N=60)



A várandóssággal kapcsolatban a nők elsősorban anyjuktól (71%) és orvosuktól (67%) szereztek információkat. A következő leggyakrabban említett információforrásnak a védőnőket (39%), szülésznőket (34%) jelölték meg. A válaszadók közel egyötöde egyenlő arányban (17%) fordult barátnő-

jéhez, illetve valamelyik női rokonához. A nem személyes információforrások (pl. könyvek, magazinok, cikkek) aránya 6-7 százalék. Szülést segítő, kísérő egyéb szakembert (pl. bába, dúla) mindössze 6 személyt nevezett meg (3. ábra).

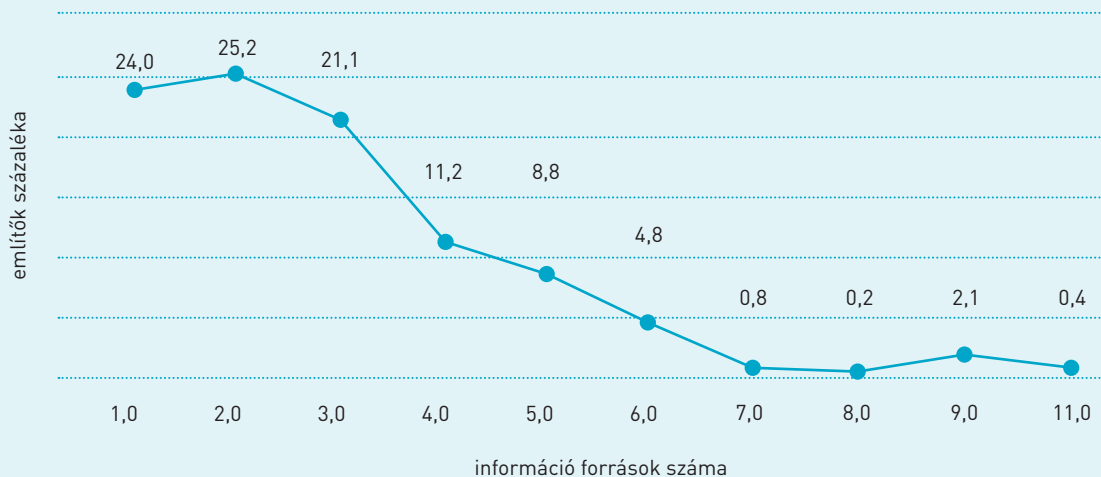
3. ábra: A várandóssággal kapcsolatos megnevezett információ források százalékos aránya (N=364)



A várandóssággal kapcsolatban a nők közel három-negyede legfeljebb három forrásból tájékozódik, és

csak egynegyedük használ ennél több információ-forrást ismereteinek megszerzése céljából (4. ábra).

4. ábra: A várandóssággal kapcsolatos ismeretek megszerzésében felhasznált források száma az említők százalékában



A válaszadóknak átlagosan 1,9 saját, vérszerinti gyermekük van, és átlagosan 2,4 gyermeket tartanak ideálisnak egy családban. A tervezett gyerek-szám 74 százaléka már megvalósult, azaz ezekben a családokban annyi gyerek született, ahányat szerettek volna, míg a családok 7 százalékában a tervezettnél több, 19 százalékában pedig kevesebb gyermek született, mint amennyit szeretettek volna. Azok, akiknek kevesebb gyermekük született, mint amennyit szerettek volna, 5 százalékban jelölték meg okként, hogy a rossz szülésélmények miatt félnek egy következő terhességtől, szüléstől. Tehát a kívánt gyermekszámnál kevesebb gyermeket vállaló válaszadók 5 százaléka tisztában is van azzal, hogy a gyermekvállalási hajlandóságuk összefüggésben van a megelőző rosszabb szülésélményükkel.

A további gyermekvállalási tervekkel összefüggésben vizsgáltuk az anyai életkort, a már meglévő gyermekek számát, a várandósággal kapcsolatos információkat, a szülési tervet és szülésélményt (2. táblázat). A mintánkban szereplő nők közel egynegyede (24%) szeretne még gyermeket, egy-

tizedük (11%) szíve szerint szeretne még, de már nem tervez gyereket vállalni, a többség (65%) pedig nem szeretne és nem is tervezi további gyermek vállalását.

Az anyai életkor átlagok szignifikáns eltérést mutatnak, a még gyermeket tervező nők 4 évvel fiatalabbak, mint azok, akik már nem terveznek további gyermeket. Ez a jelentősnek mondható különbség a már meglévő gyermekek átlagos számában is megmutatkozik. A gyerekvállalásra már nem vállalkozó családokban átlagosan két gyermek már megszületett. Kevesebb várandósággal kapcsolatos információt gyűjtöttek azok a nők, akik nem terveznek, és már nem is szeretnének további gyermeket, mint a másik két csoport. Szülési tervvel a legfiatalabb, még további gyermeket tervező nőknek valamivel több, mint egyötöde (21%) rendelkezett az utolsó szülésénél, azaz törekedett arra, hogy a szülés az ő számára lehető legjobban menjen. A további gyermeket tervező és már nem tervező nők utolsó szülésélménye szignifikáns mértékben eltért: a gyermeket tervezők pozitívabb élményről számoltak be (7,01 vs. 6,37).

2. táblázat: Gyermekvállalási tervek az életkorral, a gyerek számmal, a várandósággal kapcsolatos információkkal, a szülési tervvel és legutóbbi szülésélménnyel összefüggésben

szülésélmény N=347	életkor N=351	gyermekszám N=351	gyermekszám N=351	volt szülési terv N=351	szülésélmény N=347
	Átlag (SD)	Átlag (SD)	Átlag (SD)	N (%)	Átlag (SD)
igen, szeretne	29,9 (5,1)	1,32 (0,70)	3,28 (2,04)	18 (21,4)	7,01 (2,32)
szíve szerint szeretne még, de már nem tervezi	32,6 (4,9)	2,15 (1,20)	3,39 (2,02)	4 (10,5)	6,79 (2,31)
nem szeretne, és nem is tervez gyereket vállalni	34,3 (4,7)	2,16 (0,89)	2,59 (1,63)	35 (15,3)	6,37 (2,35)

Összegzés

Vizsgálatunk eredményeit összefoglalva tehát láthatjuk, hogy a megszülető gyermekek száma kevesebb, mint amennyit a nők ideálisnak tartának a családban. A nők több mint egyharmada (35%) szeretne még gyermeket vállalni, de egytizedük (11%) ennek ellenére már nem tervezi a kívánt gyermekek megszületését. Fontos kérdés tehát, hogy mi az oka ennek a különbségnek,

mi az oka annak, hogy a kívánt gyermekek egy része nem születik meg. Ebben a kérdésben mi a szülésélményt, illetve az ennek következtében kialakuló, a várandóságtól, szüléstől való félelem előfordulását vizsgáltuk, mint lehetséges okot. Eredményeinkből látható, hogy a szüléssel kapcsolatos félelmek, illetve konkrétan a negatívabb szülésélmények összefüggést mutathatnak a gyer-

mekvállalási hajlandósággal, hiszen a kívánnál kevesebb gyermeket vállalók 5 százaléka meg is fogalmazta okként a megelőző negatív tapasztalatokat. Ezt a tényt tovább gondolva fontosnak tartjuk annak feltérképezését is, hogy milyen tényezők befolyásolhatják a szülésélmény alakulását. Engler és munkatársai (2021) egy 2000 fős mintán (a 2019-ben felkeresett mintában 500-500 fő 2012-ben, 2014-ben, 2016-ban, és 2018-ban szült) vizsgálták a szülésélményt pozitívan és negatívan befolyásoló tényezőket, kiemelve, hogy a szülésélményt a szociodemográfiai változók jelentősen befolyásolják. Egy másik hazai, kvalitatív kutatás során (Kisdi 2016) 40 nő szülésről készült interjút elemezték a szülésélmény szempontjából, és rámutattak, hogy a pozitív élmény megélésében a külső körülmények közül a szülést segítő szakemberek támogató hozzáállásának és megfelelő kommunikációjának van a legfontosabb szerepe. Ha tehát a várandós nő tudatosan készül a szülésre, informálódik, végiggondolja igényeit, kívánságait, terveit a szülés mozzanataival kapcsolatban, esetleg le is írja ezeket, és előre meg is beszéli a szülésnél őt segítő szakemberekkel (orvos, szülésznő, baba), az növeli annak az esélyét, hogy pozitívabb élményt élhessen meg a szülése során (Mei et al. 2016). Mivel adataink szerint a magyar várandósok anyjukon kívül elsősorban orvosuktól, védőnőjüktől vagy szülésznőjüktől szerzik információikat, fontos lenne egy szakemberek által összeállított komplex információs anyag létrehozása, melyben a szülésre készülő részletes információt találhatnának a szülés menetéről, a lehetőségeikről, a jogaikról és kötelességeikről stb. A fentiekből láthatjuk, hogy miért annyira fontos a szülészeti ellátásban dolgozó szakemberek szemlélete, támogatási hozzáállása. A szülés feltételeinek javítása, a várandós nők preferenciáinak egyre nagyobb mértékű figyelembevétele a szülésélmény javításán keresztül a további

gyermekvállalási kedvet növeli. Ezzel egybevág az EMMI szakmai irányelve is (Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelv a családbarát alapelvekre épülő szülészeti és újszülött ellátásról; Azonosító: 002072), mely szerint "a szülés, születés feltételeinek átalakításával hozzájárul a pozitív szülésélmény kialakításához, valamint a tudományos bizonyítékokon alapuló, a kor követelményeinek megfelelő színvonalú ellátáshoz, ezáltal növeli a szülő nők biztonságérzetét, javíthatja a szülési kedvet", valamint a családbarát szülészeti program is, amelyet "Családbarát, családközpontú szülészeti, újszülött és koraszülött intenzív ellátás támogatása integrált infrastruktúra- és eszközfejlesztési, valamint képzési programokkal, továbbá a várandósfelkészítés erősítésével" címmel (CSBSZ 2019) valósítottak meg.

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

Az eddigiekben arra próbáltunk rávilágítani, hogy a szüléssel kapcsolatos rossz élményeknek milyen negatív következményei lehetnek. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a szüléssel kapcsolatos pozitív élmények, azok kiemelkedően fontos pszichológiai következményeiken túl, ösztönzőleg is hathatnak az anyák további gyermekvállalására. Azok az anyák, akik már nem terveznek több gyermeket, kevésbé elégedettek a szülésükkel, mint azok, akik még szeretnének és terveznek is gyermeket. Tehát könnyen elképzelhető, hogyha egy anyának pozitív élmény volt a szülés, akkor további gyermekek szülésére is vállalkozna. A további gyermeket tervező és vállaló nők nagyobb arányban rendelkeztek szülési tervvel, mint azok az anyák, akik több gyermeket már nem vállalnának.

Felhasznált irodalom

- Bell, Aleeca F., Ewa Andersson (2016) The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* 2016 (39) 112-123. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.04.014>
- Engler, Ágnes, Aczél Petra, Dusa Ágnes Réka, Markos Valéria, Várfalvi Marianna (2021) Appraisals of Childbirth Experience in Hungary *Social Sciences* 10, 302. <https://doi.org/10.3390/socsci10080302>.
- Gottvall, Katrin, Ulla Waldenström (2002) Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 109(3): 254-260. [https://doi.org/10.1016/S1470-0328\(02\)01200-4](https://doi.org/10.1016/S1470-0328(02)01200-4)
- Héjja-Nagy Katalin (2015) A szülésélmény vizsgálata a szülés körülményeinek fényében. In Kisdi Barbara (szerk.) *Létkérdések a születés körül* Budapest: L'Harmattan Kiadó-Könyvpont Kiadó 314-338.
- Kisdi Barbara (2016) Rettenetes -túlélhető csodálatos. Szülésélmény és szülési hajlandóság. In Karlovitz János Tibor (szerk.) *Társadalom, kulturális háttér, gazdaság*. International Research Institute s.r.o., Komárno, 321-330, 2016
- Mei, Jenny Y. et al. (2016) Birth plans: What matters for birth experience satisfaction *BIRTH* 43:2. 144-150. <https://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Dr. Polgár Marianne (2004) A bélflóra kialakulása újszülöttekben, alakulásának és alakításának jelentősége csecsemő- és gyermekkorban. In: Dr. Szakály Sándor (szerk.) *Probiotikumok és humánegészség*. Budapest: G-print Nyomda 19-29.
- Szebik Imre, Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa, Susánszky Anna, Nicholas Rubashkin (2018) Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. *European Journal of Mental Health* 13(01) 51-69.
- Varga Katalin (2011) Az oxitocin mint neurotranszmitter: a perifériás hatókörön túl. *Lege Artis Medicinae* 2011; 21 (12) 779-784.

Mit tudunk az ikrekről és testvérkapcsolataikról a Hungarostudy 2021 adatfelvétel alapján?

Betekintő

A Hungarostudy 2021 adatfelvétel során nagymintás reprezentatív felmérésből az ikerpopulációra (alminta) vonatkozóan is vizsgálni lehet olyan lelki, mentális és egészségügyi kérdéseket, melyre korábban nem volt példa. A 7000 fős mintából 105 fő iker került be, mely az ikernépességről általában jó betekintést ad.

A szocializációs folyamatok elsődleges színtere a család, melynek hatása tulajdonképpen egy egész életen át tart. A szocializáció első döntő szakasza a gyermekkor, amikor a szülők, nagyszülők és testvérek jelentik az egyén számára a legfőbb közösséget. Különleges és egyedi helyzetet jelent ez azokban a családokban, ahol ikrek születnek, hiszen itt természetesen születik (azonos időben) még egy testvér, mely a család, a szülők és testvér(ek) szocializációját is az egyes és egymás után született gyermekek szocializációjától eltérően alakítja. A Hungarostudy adatfelvétel során a felnőtt ikrek életkörülményei, családi és demográfiai eltérései a teljes mintához képest kerülnek bemutatásra leíró jelleggel, kiemelve az időben párhuzamosan történő szocializáció és testvérkapcsolatok szerepét.

Az iker személyeknél természetesen adottság a testvéri kapcsolat. A nagycsalád szerepe is meghatározó ezáltal a családról, párkapcsolatról, gyermekvállalásról alkotott képet pozitívan erősíti. Összességében a családnak és ezen belül a testvérkapcsolatoknak rendkívül fontos szerepe van a családi, párkapcsolati és gyermekvállalással kapcsolatos döntésekben, mely az iker személyek körében természetesen megfigyelhető.

Szakirodalmi áttekintés

Ikerszületések és ikrek száma

Évente körülbelül 1,6 millió ikerpár születik a világon. A kutatásokból, a szakirodalomból és statisztikai adatokból ismeretes (Monden - Pison - Smits 2021), hogy az 1980-as években az ikerszületések aránya alacsony volt Ázsiában és Dél-Amerikában, közepes szinten volt Európában és Észak-Amerikában. A legmagasabb értékeket az afrikai országokban mérték. Az elmúlt évtizedekben az asszisztált reprodukciós eljárások gyakoribb alkalmazása következtében, illetve mivel az anyák gyermekvállalási életkora kitolódik, az ikerszületések aránya a világ jobbmódú országaiiban, régióiban növekszik. Már a 2000-es évek elején Gilles Pison a francia demográfiai intézet kutatója megfigyelte, hogy Ázsiában és Afrikában születik

a világ ikerpopulációjának 80%-a. Magyarországon az 1990-es évek második felétől kezdődött jelentős ikerszületési arányszám növekedés (Pári 2014).

A kettésikrek (twins) adják az ikerpopuláció 95-96%-át. Az elmúlt évtizedekben az ikerszületések aránya a gazdag, fejlett országokban, régiókban emelkedett számottevően. Mindezek hátterében elsősorban az anyák gyermekvállalási életkorának kitolódása, a családalapítás idejének későbbi életkorra halasztása és a mesterséges megtermékenyítéssel kapcsolatos asszisztált reprodukciós eljárások – (ART) növekvő száma áll. Az anyák átlag-életkora a gyermekvállaláskor folyamatosan növekszik, így pedig nő annak a lehetősége is, hogy a terhességből ikrek szülessenek. A kutatók szerint erre a legnagyobb esély az anyák 35-39 éves kora között

van (Monden - Pison - Smits 2021). Hazánkban is hasonló ikerszületési tendencia figyelhető meg, mint a világ fejlett országaiban, azonban Magyarországon az 1990-es évek elejétől, a nőket érintő oktatási expanzió, illetve a meddősségi eljárásokat szabályozó 1997-es egészségügyi törvény elfogadásának együttes hatására emelkedett jelentősen az ikerszületések aránya.¹

Magyarországon becsléseim alapján kb. 140-170 ezer ikerpár élhet, vagyis kb. 260-320 ezer fő, akinek van vagy valaha volt ikertestvére. A pontos szám nehezen határozható meg, mert a különböző adminisztratív nyilvántartások, hivatalos statisztikák eltérő módon rögzítik az ikerszemélyek számát és a speciális kutatási célú adatok így egyáltalán nem, vagy csak részben kerülnek nyilvántartásba. Az ikerregiszterekben összegyűjtött adatok ebből a szempontból rendkívül fontos kutatási kérdésekre adhatnak választ.

Ikerszületések és ikrek száma

Az ikrek testvéri kapcsolatairól keveset tudunk. Az ikrek csak kismértékben különböznek a nem iker testvérektől. Az ikrek személyiségére és intelligenciájára vonatkozó tanulmányok azt sugallják, hogy ezek a tulajdonságok nagyon hasonlóak, mint a nem iker testvérek esetében (például Deary et al. 2006).

A Hungarostudy felmérésekből ismeretes, hogy az önállóság kialakulásában a (gyermekkor) testvérszám szignifikáns kapcsolatot mutat, de fordított irányú. Tulajdonképpen minél nagyobbra értékeli az egyén a családjá részéről a támogatást, segítőkészséget, annál inkább később indul be a leválási folyamat. A nagycsaládos életformában szocializálódott egyének esetén növeli az önállóság esélyét, ha több testvérrel rendelkezik valaki (Susánszky É. 2009). Azonban külön az ikernépességről eddig nem történt elemzés a Hungarostudy felmérésekben.

A testvérek közötti szocioökonómiai különbségekben és hasonlóságokban meghatározó a szülői hát-

tér és a földrajzi különbségek. Svédországban és az Amerikai Egyesült Államokban a magas iskolai végzettségű apák gyermekei egymáshoz hasonló iskolai végzettséget szereztek. Ezzel szemben Finnországban és Norvégiában az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező apáktól származó testvérek mutattak nagyobb hasonlóságot az iskolai végzettség terén (Gratz et al., 2021). A magyar ikrekről és ikres szülőkről készült felmérés (Pári-Drjenovszky-Hegedűs 2015). is azt támasztja alá, hogy magas iskolai végzettségű ikres szülők gyermekei is magas végzettséget szereznek, amennyiben az apa az átlagnál magasabban iskolázott. Felmérések azt mutatják, hogy a jobbmódú szülők nagyobb mértékben támogatják gyermekeik egyéni tehetségeinek kibontakoztatását, ezért a gyermekek közötti hasonlóság csökken. A fiatal felnőtt testvérek és az ikrek kognitív képességei azonban kevésbé hasonlítanak egymásra a magasán képzett családokban, mint a kevésbé képzett családokban (Baier, 2019).

A szülői kapcsolat és családi háttér meghatározó a testvérek közötti kapcsolat kialakítása szempontjából is. Mark és munkatársainak 2017-es vizsgálata szerint az anya által kifejezett érzelmek és az ikergyermek kapcsolatának minősége között összefüggés figyelhető meg. Azok az anyák, akik több családon belüli pozitív és kevesebb negatív érzelmet fejeztek ki, az iker gyermekek kapcsolatán belül is több pozitivitásról számoltak be. Továbbá egy másik felmérés (Mönkediek et al., 2020) azt igazolta, hogy az ikrek az átlagosnál több differenciált bánásmódot és több érzelmi melegséget kapnak, mint a nem ikrek. Ez a testvéri kapcsolataikra is pozitívan hat (pl. egymás segítése, a testvéri féltékenységek háttérbe szorul és inkább kooperálnak egymással, mint versenyeznek.) Összességében viszont az eredmények azt mutatják, hogy az ikervizsgálatokból származó, a szülői nevelésre vonatkozó eredmények általánosíthatók a nem ikercsaládokra is.

¹Az oktatás expanziója az anyák gyermekvállalási életkorát „tolta ki” természetes módon, az egészségügyi törvény pedig a meddőségkezelési eljárásokról szóló 49/1997 (XII. 17.) népjóléti miniszteri rendelet révén lehetővé tette a reprodukciós eljárásban való részvételt (mesterséges megtermékenyítés), így a meddő párok számára öt beavatkozás ingyenessé vált. A kezelések során – a sikeresség érdekében – több embrió-t ültettek be az anya méhében, a több magzatból több meg is született, így megemelkedett az ikerszületések és többes születések száma.

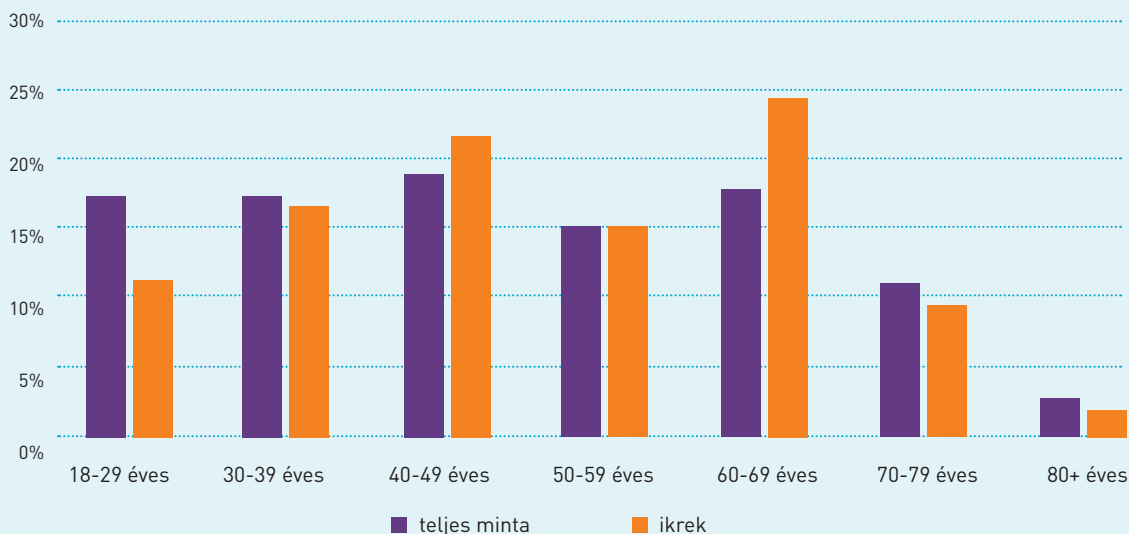
Ikrek és testvéreik

A Hungarostudy 2021 adatfelvétel során 105 olyan személy került be a kutatásba, akiknek van iker kötődése, vagyis a minta 1,5%-a volt (kettes) ikerpár vagy ikerpár egyik tagja². Ez az arány valamelyest alacsonyabb, mint a becsült országos arány. Közülük önbevallás alapján 53% egypetējű, 47% pedig kétpetējű iker. Az alacsony elemszám

miatt a zigozítás nem teszi lehetővé az összetett elemzést, a vizsgálat az iker és teljes minta összehasonlítására terjed ki.

A minta összetétele alapján valamelyest több iker férfi (53,8%) került a mintába, mint a teljes mintába került férfiak aránya (46,8%). Az ikrek átlagéletkora 1,1 évvel magasabb, mint az átlagéletkor (48,4 év).

1. ábra: Korcsoportok megoszlása a teljes és iker mintában, százalék - Forrás: Hungarostudy, 2021



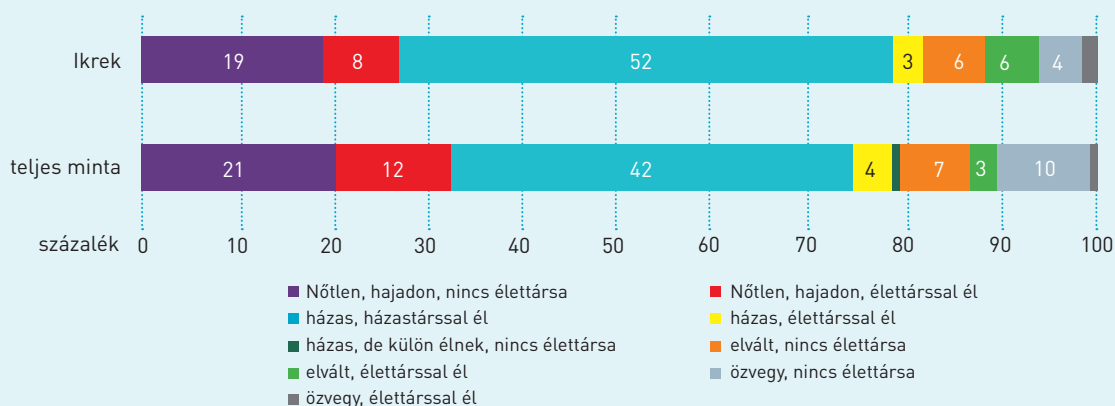
Az iskolai végzettség tekintetében nincs jelentős eltérés az ikrek és a nem iker személyek között. Gimnáziumi érettségivel 4 százalékponttal nagyobb arányban rendelkeznek azok akik nem ikrek (16%), felsőfokú végzettséggel pedig az ikrek 5 százalékponttal magasabb értékkel rendelkeznek (26%).

Az ikrek nagyobb arányban élnek párkapcsolatban (76%), mint az egyszülött társaik (69%), akik körében magasabb a nőtlenek, hajadonok és az özvegyek aránya is. Mindkét csoportban a házasok aránya (akik házastársukkal együtt is élnek) jelennek meg legnagyobb arányban (ikrek 52%; teljes minta 42%). Az ikrek több, mint háromnegyede

párkapcsolatban él, mely magasabb arányt mutat az átlaghoz képest. Schwarz 2015-ös kutatása alapján az egypetējű ikrek (monozigóták) jobban kötődnek ikertestvérükhöz, mint párjukhoz. A kétpetējű ikrek (dizigóták) ugyanúgy kötődnek párjukhoz, mint ikertestvérükhöz. A nem iker viszonyban álló testvérek ezzel szemben inkább kötődnek párjukhoz, mint a testvérükhöz. A Hungarostudy eredményei alapján nem látszik ilyen szignifikáns különbség az egypetējű és kétpetējű ikrek között, annyit mondhatunk általában, hogy nagyobb arányban élnek párkapcsolatban az ikrek, mint az átlag.

²Egy személy jelölte meg, hogy több, mint két ikertestvére van, tehát többesszülött egyik tagja.

2. ábra: A családi állapot megoszlása a teljes és iker mintában, százalék - Forrás: Hungarostudy, 2021



Az ikrek nagyobb családban nőttek fel, mint a kutatásban résztvevők átlaga. Ők azt nyilatkozták, hogy átlagosan 2,48 fő testvérük van, míg a teljes mintában ez 1,51 fő, tehát eggyel több testvérrel rendelkeznek az iker kötődésű személyek. Tulajdonképpen ez azt jelenti, hogy az ikreknek átlagosan legalább egy testvérük még van az iker-testvérükön kívül. Továbbá ez azt is jelenti, hogy azok, akik ikerpár egyik tagjaként születtek, nagy valószínűséggel nagycsaládban nőttek fel.

A 2012-es Ikerfelmérés eredményei alapján ikrek már általában kisebb édestestvéreként „érkeztek”

a családokba, és általában őket követően már jellemzően ritkábban vagy egyáltalán nem születik, illetve születnek további testvér(ek). Idősebb édestestvérről az ikres családok 72%-ban tettek említést, féltestvérek esetén azonban fordított az arány, alig 14%-nak van idősebb féltestvére. Amennyiben van féltestvére az ikreknek, akkor 86%-ban ezek a testvérek fiatalabbak. Testvértípusok alapján a kutatásban csak néhány esetben szerepelt fiatalabb édestestvér, alig minden negyedik ikerpárnak van idősebb (édes) testvére (Pári-Drjenovszky-Hegedűs 2015).

1. táblázat: Testvérek száma szerinti megoszlás a teljes mintában és az iker válaszadók körében, százalék (Megjegyzés: A kék cellák a magas, a piros az alacsony értékeket mutatja)

Testvérek száma	Teljes minta (N=6967)	Ikrek (N=105)
0	23,0	0,0
1	39,8	42,3
2	20,5	22,0
3	7,8	15,4
4	4,1	5,9
5	2,1	7,5
6	1,2	2,6
7	0,7	1,5
8	0,3	1,2
9 vagy több	0,6	1,7
Átlag	1,51	2,48

Ki kell emelni, hogy a résztvevők 23%-nak nincs testvére, míg ez a mintába került ikres személyekről természetesen nem mondható el. Legtöbben egy testvérről számoltak be (40%), vagyis kétgyermekes családban nőttek fel, míg 37% nagycsaládban. Az ikrek körében 42,3% jelezte, hogy egy testvérük van/volt, tehát ők azok, akik tisztán ikres családban éltek, vagyis nincs az ikertestvérükön kívül más testvérük. A legtöbben (57,7%) viszont azt jelölték meg, hogy kettő vagy annál több testvére van, vagyis nagycsaládban nőttek fel és az ikertestvérükön kívül legalább további egy testvérük született.

Lersch 2019-es tanulmányában a testvérek számának és a felnőttkori jólét közötti összefüggést vizsgálja. Minden további testvér körülbelül 38%-kal csökkenti annak a lehetőségét, hogy jó anyagi körülmények között éljenek és a születési sorrend nem mérsékli a testvérek száma és a jómód közötti összefüggést. A Hungarostudy felmérésből a születési sorrend és az anyagi helyzet szubjektív megítélése vegyes képet mutat. Míg a születési sorrendnek meghatározó szerepe van az anyagi helyzet pozitív értékelésének csökkenésében, addig az ikrek esetén, a másodikként születettek 85%-a inkább teljesen elégedett az anyagi helyzetével.

1. táblázat: Születési sorrend és az anyagi helyzettel való elégedettség megoszlása a teljes mintában (N=5267), százalék
Forrás: Hungarostudy, 2021

		Ön hányadik volt a születési sorban?				Összesen
		1	2	3	4 vagy további	
Elégedett az anyagi helyzetével?	nem	21%	22%	33%	36%	33%
	igen, néha	40%	41%	35%	34%	35%
	igen, mindig	38%	36%	31%	29%	31%
	Összesen	100%	100%	100%	100%	100%

2. táblázat: Születési sorrend és az anyagi helyzettel való elégedettség megoszlása az ikres mintában (N=98), százalék
Forrás: Hungarostudy, 2021

		Ön hányadik volt a születési sorban?				Összesen
		1	2	3	4 vagy további	
Elégedett az anyagi helyzetével?	nem	29%	15%	36%	10%	29%
	igen, néha	35%	54%	50%	40%	35%
	igen, mindig	35%	31%	14%	50%	35%
	Összesen	100%	100%	100%	100%	100%

A születési sorrendben a teljes minta átlaga 1,91, az ikreké 1,97. Azok közül, akiknek van testvérük, legtöbben (43%) azt választották, hogy második gyermekként születtek a családba, míg az iker válaszadónál ez az arány 26%. Az ikrek közel fele arról nyilatkozott, hogy első gyermek a családban. Érdekes, hogy a kutatásban 17,8% nagycsaládba, harmadik vagy további gyermekként született

(N=5345), ikrek közül azonban minden negyedik személy tartozik ebbe a csoportba (25,6%), tehát az ikrek nagyobb eséllyel rendelkeznek tapasztalattal arról, hogy milyen nagycsaládban felnőni.

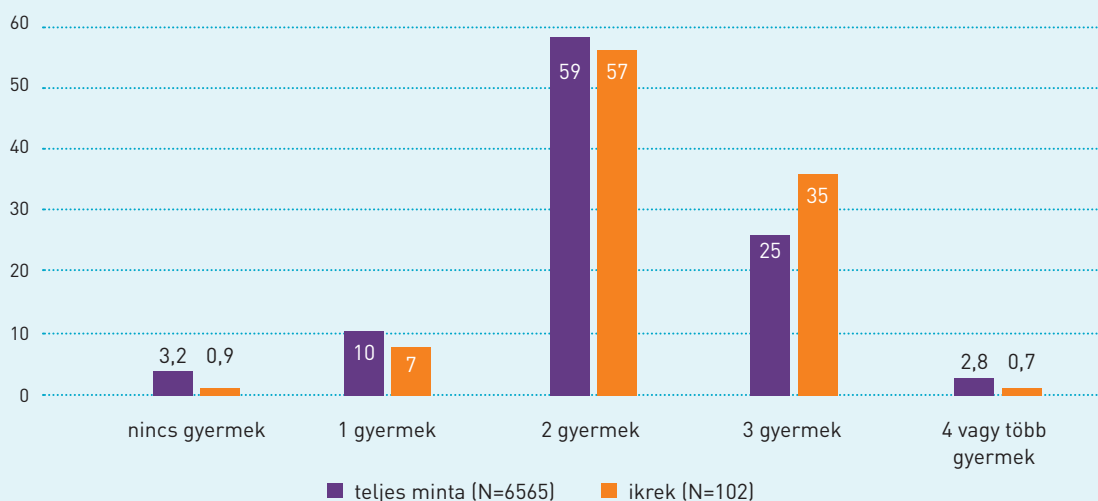
Egy egyetemi hallgatók körében végzett felmérés arra mutat rá, hogy a gyermekvállalási tervekre a család nagysága (testvérek száma) jelentősen hat

(Engler 2018). A kutatás szerint a gyermekvállalás tudatos halasztása legfőbb okaként a minél jobb anyagi körülmények megteremtésének szándéka és a karrierépítés jelenik meg. Kimutatta azt is, hogy a hallgatók párkapcsolati formákról való gondolkodásmódja és a családjuk között erős szignifikáns kapcsolat van.

Raab és munkatársai (2014) a finn népességregiszter adataiból vett mintából alakítottak ki testvérkapcsolati formációkat. Érdekes módon azt figyelték meg, hogy a közös szülői háttér meglepően kevésbé járul hozzá általában a testvérek hasonló családalapítással kapcsolatos döntéseihöz. A közös szülői háttér helyett a nem és a válaszadók saját iskolai végzettsége meghatározóbb ebben a döntésben. Az ikrek testvéri formációjában azonban a családalapítási döntések sokkal jobban hasonlítanak (a másik iker döntéséhez), mint a többi testvéri formációban. Egyrészt a közös genetikai háttér magyarázhatja ezt az ikerhatást, másrészt pedig az a tény, hogy az ikrek többet osztanak meg környezetük és szocializációs tapasztalataikból, mint az egyéb testvérek.

Az ideális gyermekszámra vonatkozó vélemények határozottan elkülönülnek az iker és nem iker válaszadók között a Hungarostudy 2021-ben. Az ikrek magasabb gyermekszámot tartanak ideálisnak, mint az átlag és fontos kiemelni, hogy ebben az almintában alig 1% jelölte meg, hogy a gyermektelenség ideális. Mindez visszavezethető arra, hogy az ikerszemélyeknek legalább egy testvére biztosan van és ezt természetesnek érzik. A teljes mintában a gyermektelenség, mint idealizált helyzet jóval nagyobb, de összességében alacsony arányban jelenik meg (3,2%). A legtöbben (59% teljes minta; 57% iker minta) a kétgyermekes családmoddelt jelölték meg, szignifikáns különbség látható továbbá a nagycsalád tekintetében: az ikrek közel 36%-a szerint, míg a teljes mintában 28% számára a nagycsalád (3 és/vagy további gyermek) a legmegfelelőbb. Az átlagos ideális gyermekszám egy családban ezért 2,16 főre, illetve 2,29 főre tehető, ahol az utóbbi az ikerszemélyek véleményét tükrözi.

3. ábra: Ön szerint mennyi egy családban az ideális gyerekszám? (százalék) - Forrás: Hungarostudy, 2021



Az ikrek jobb anyagi körülmények között élnek, a háztartásuk nettó jövedelme magasabb, mint a minta átlaga. Az ikres háztartások 31%-a nettó 500 ezer Ft-nál magasabb összegből gazdálkodik egy hónapban, míg ez általánosan minden ötödik (19%) válaszadóról mondható csak el. Az egyéni jövedelmi helyzet átlaga mindkét csoportban

hasonló, azonban eltérő megoszlást mutat: az ikrek körében az alacsonyabb (110 ezer Ft vagy alacsonyabb – 26%) és a magasabb (300 ezer Ft és magasabb – 15%) egyéni jövedelmi szint is magasabb az átlaghoz képest. A teljes mintában a legtöbben a 150-200 ezer Ft jövedelmi sávba sorolták magukat (21%).

Az ikrek között kevesebben dolgoztak alkalmazottként és közöttük nagyobb arányban láthatunk vál-

lalkozókat és közigazgatásban, közszolgálatban tevékenykedőket.

Általános egészségi állapot röviden és az élettel való elégedettség

Az ikrek habár kisebb arányban (73,5%) jelezték, hogy jelenleg nincsenek egészségügyi panaszaik, fájdalmaik, azonban ezek a különbségek nem szignifikánsak, tehát az ikrek és a teljes minta között nincs lényeges különbség. Csak két esetben adtak ezzel ellentétes választ: kar, láb vagy ízületi fájdalmakról 4 százalékponttal (40%) többen nyilatkoztak, mint a kutatásban résztvevők (36%). Továbbá fáradtságról (33%) és hányinger, puffadás, emésztési problémák terén (17%) szintén többen, minden egyéb más esetben alacsonyabb arányban jelentek meg.

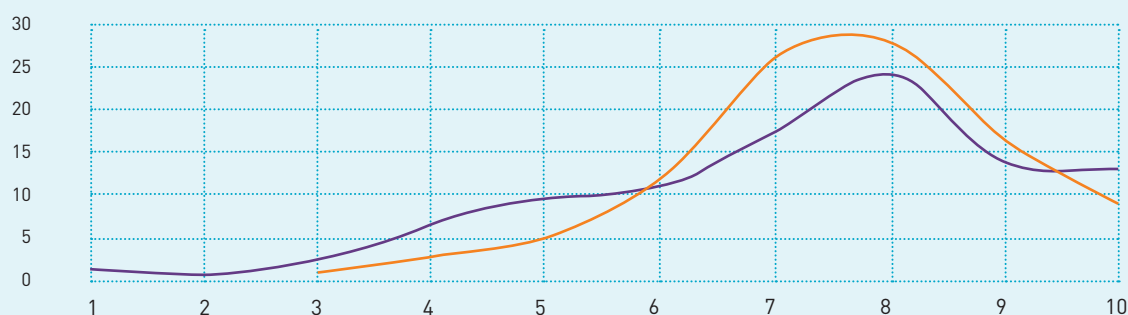
Ikerszületések és ikrek száma

Az életükkel egy tízfokú skálán mérve általában

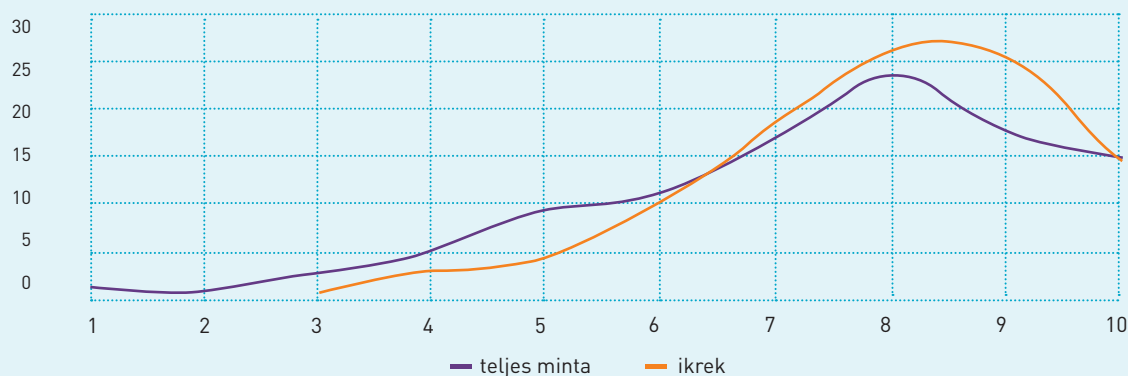
véve elégedettebbek az ikrek (7,5), mint a nem ikrek (7,2) és boldogabbnak érzik magukat (7,9), mint az átlag (7,4). A válaszadók és iker válaszadók a saját életükkel való elégedettségét és általános boldogságérzetét a következő ábrák szemléltetik.

A teljes minta 79%-a azt nyilatkozta, hogy elégedett³ az életével, emellett szignifikánsan nagyobb arányban (91%) jelezték ugyanezt az iker válaszadók. Ezzel párhuzamosan, az elégedetlenek aránya az iker válaszadók körében alig 4% volt, míg minden tizedik válaszadó a békétlen hangulatát jelölte meg. A boldogságról valamivel többen számoltak be, mint az elégedettségükről, vagyis a teljes minta 82%-a, az ikrek 92%-a.

4. ábra: Egészségében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével? (százalék) - Forrás: Hungarostudy, 2021



5. ábra: Egészségében véve Ön mennyire tartja boldognak saját magát? (százalék) - Forrás: Hungarostudy, 2021



³Tízfokú skála első négy (1-4) értéke az inkább nem elégedett, a felső négy értéke – 7-10-ig – az inkább elégedett kategóriákat jelentette.

Az elégedettség részletesebb elemzése során látható, hogy a családi, szülőkkal való és párkapcsolati helyzetük továbbá a személyes élettel való szubjektív elégedettség magasabb az iker válaszadók körében. Ki kell emelni, hogy a munkájukkal, hivatásukkal és munkahelyi vezetőjével, munkatársakkal való elégedettségről még nagyobb arányban jelezték jó kapcsolatukat.

A szubjektív egészségi helyzetükkel való elégedett-

ségről az ikrek kisebb arányban adtak pozitív visszajelzést, mint az átlag. A saját anyagi helyzettel kapcsolatos elégedettség és a politikai attitűd kérdések – ahogy a teljes mintában is – kapták a legalacsonyabb értékelést. Tulajdonképpen ezekkel az attitűd kérdésekkel is legalább néha egyetértett a válaszadók több, mint háromnegyede (elégedett az anyagi helyzetével) és közel kétharmada (elégedett a kormány politikájával).

Összegzés

Tanulmányban megvizsgáltam, hogy a Hungarostudy 2021 adatfelvételbe bekerült iker személyek – elsősorban szociológiai – jellemzői miben térnek el a minta átlagától. A kutatás leíró és feltáró jelleggel készült. Azt feltételeztem, ahogy ezt a kapcsolódó szakirodalmakban is megtaláltam, hogy a testvéri kapcsolatok – vagyis az a tény, hogy valaki nem egyedül, hanem legalább egy testvérrel együtt nő föl - pozitív hatást gyakorolnak az egyéniségük, személyiségük fejlődésére, a családalapítási és gyermekvállalási kedvükre. Az ikres személyeknél ez természetesen adottság, mely kiváló összehasonlítási alapot nyújt azokkal szemben, akik szintén testvérrel vagy testvérekkel

nőnek föl. A nagycsalád szerepe meghatározó az ikreknél, ez a testvérkapcsolatokon keresztül és a családról, párkapcsolatról, gyermekvállalásról alkotott képet pozitívan erősíti. Tehát a családnak és ezen belül a testvérkapcsolatoknak rendkívül fontos szerepe van, mely az iker személyek körében természetesen megfigyelhető.

Az iker kötődésű személyek nagyobb arányban válaszolták, hogy elégedettek és boldogok, mint a teljes minta átlaga. Az ikrek a családi, szülői és párkapcsolataikban nagyobb arányban számoltak be elégedettségről. A tanulmányomban nem tértem ki az összes változóra, ezek feldolgozása további elemzések tárgya lehet a jövőben.

Felhasznált irodalom

- Baier, T. (2019) Does sibling and twin similarity in cognitive ability differ by parents' education? *Journal of Family Research*, 31(1), 58–82. <https://doi.org/10.3224/zff.v31i1.04>
- Deary, I. J. et al. (2006) White matter integrity and cognition in childhood and old age. *Neurology* 66, 505–512 (2006)
- Engler Á. (2018) Párkapcsolati elköteleződés és családalapítási szándékok, In Engler Á. (szerk.). *Család és karrier*. Egyetemi hallgatók jövőtervei. Felsőoktatási Kutató és Fejlesztő központ, 12-37.
- Grätz, M., Barclay, K. J., Wiborg, Ø. N., Lyngstad, T. H., Karhula, A., Erola, J., Präg, P., Laidley, T., & Conley, D. (2021) Sibling Similarity in Education Across and Within Societies. *Demography*, 58(3), 1011–1037. <https://doi.org/10.1215/00703370-9164021>
- Hegedűs R. - Pári A. - Drjenovszky Zs. - Kónya H. (2014): Twinship as a resource zygosity- and gender-based comparison of twins' attitudes toward twinship. *Twin Res Hum Genet.* 2014;17(5):376-382. doi:10.1017/thg.2014.51
- Lersch, P. M. (2019) Fewer Siblings, More Wealth? Sibship Size and Wealth Attainment. *European Journal of Population*, 35(5), 959–986. <https://doi.org/10.1007/s10680-018-09512-x>
- Mark, K. M., Pike, A., Latham, R. M., & Oliver, B. R. (2017). The Maternal Emotional Climate Predicts Twin Sibling Relationship Quality. *Twin Research and Human Genetics*, 20(2), 150–160. <https://doi.org/10.1017/thg.2017.8>
- Monden, C. - Pison, G. – Smits, J., (2021) Twin Peaks: more twinning in humans than ever before. *Human Reproduction*, 36(6), 1666-1673.
- Mönkediek, B., Schulz, W., Eichhorn, H., & Diewald, M. (2020) Is there something special about twin families?

- A comparison of parenting styles in twin and non-twin families. *Social Science Research*, 90, 102441. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102441>
- Pári A. - Hegedűs R. - Drjenovszky Zs. (2015) Ikrék a családban, *Statisztikai Szemle* 93. évf. 7. sz. 689-712. old.
- Petersen, L., Sørensen, T. I. A., Kragh Andersen, P., Bo Mortensen, P., & Hawton, K. (2014) Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of Affective Disorders*, 155, 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.012>
- Raab, M., Fasang, A. E., Karhula, A., & Erola, J. (2014). Sibling Similarity in Family Formation. *Demography*, 51(6), 2127–2154. <https://doi.org/10.1007/s13524-014-0341-6>
- Schwarz, S., Mustafi, M., & Junker, S. (2015) Attachment to the Romantic Partner and Sibling: Attachment Hierarchies of Twins and Non-Twin Siblings. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 9(2), 169–183. <https://doi.org/10.5964/ijpr.v9i2.195>
- Susánszky, É. (2009) A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben (Doctoral dissertation, Doktori Értekezés. Semmelweis Egyetem. (http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf)). http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf (Letöltve: 2021.11.03.)
- Vincze, Á., Kertész, L., & Czeglédi, E. (2019) A diabetes, a stressz és az alvásproblémák kapcsolata a Hungarostudy 2013 kutatás adatainak fényében, *Orvosi Hetilap* OH, 160(47), 1872-1880. <https://akjournals.com/view/journals/650/160/47/article-p1872.xml> (Letöltve: 2021.11.16.)

Munka-család konfliktus alakulása a 18-40 évesek körében

Betekintő

Kutatásunk fókuszában a munka-család konfliktus, és annak két iránya, a munkából származó család-konfliktus és a családból származó munka-konfliktus vizsgálata állt. Vizsgálatunkban felmértük a szocio-demográfiai tényezők mellett a szubjektív anyagi helyzet, valamint a Covid-19 járvány munkaerőpiaci hatását a munka-család konfliktusokra.

Eredményeinkből látható, hogy a Covid-19 járvány, az emiatt bekövetkező munkakörülménybeli és munkaerőpiaci változások erőteljesen befolyásolták a munka-család konfliktus alakulását, legfőképp a rossz anyagi helyzetben élő fiatalok esetében. Azokat tehát, akik anyagilag rosszabb helyzetben éltek, súlyosabban érintették a változások a munkahellyel, jövedelemmel, betegséggel kapcsolatos bizonytalanság, hisz a hatást azonnal érezhették, nem voltak tartalékok, amelyek egy ideig még biztosíthatták volna a megélhetést. Ennek lehet a következménye, hogy a munkában és a családban kialakult feszültségek is fölerősödnek az ő esetükben, és kihatnak a másik életterben is.

Figyelemre méltó, hogy a gyermektelen párok esetében ez a feszültségnövelő hatás nagyobb, mint a gyermekeseknél, mind a munkából származó család-konfliktust, mind a családból származó munka-konfliktust tekintve.

Bevezetés

Számos hazai és nemzetközi kutatás foglalkozik a munka és a család közötti kapcsolat minőségével, mivel ez életünk két, talán legmeghatározóbb területe. A legtöbb időnkét többnyire a munkánkkal és a családukkal töltjük, ugyanakkor összehangolásuk egyre nagyobb kihívást jelent mind a nők, mind a férfiak számára. A munka és család közötti konfliktus összefügg a foglalkoztatási és demográfiai trendekkel, mint, amilyen a 18 év alatti gyermeket nevelő anyák növekvő száma a munkaerőpiacon, a népesség elöregedése miatt az idősgondozási igények gyors növekedése, és a férfiak részvételének növekedése a családgondozásban (Kossek és Distelberg 2009, Kossek és Ollier-Malaterre 2013). A munka és a család közötti konfliktus a technológia fejlődése miatt is fokozódik, mivel ennek következtében fokozatosan gyengül-

nek a határok a munka és a családi élet között. A személyes elektronikus kommunikációs eszközök folyamatosan kapcsolatban tudják tartani az egyéneket a munkahelyi és családi gondokkal (Kossek 2016), függetlenül attól, hogy éppen a munkahelyükön vagy a családjukkal vannak.

A munka-család konfliktusok kutatásában a kutatók többnyire a szerepelméletekből indulnak ki (Kahn és mtai 1964, Rizzo és mtai 1970). A szerep a társadalmi rendszerben betöltött pozícióra vonatkozó magatartásbeli elvárások összessége. Egy bizonyos szerepre utaló elvárásokat a szerepet betöltő egyén, vagy a szereppel valamilyen kapcsolatban lévő más személy határozza meg (Rizzo és mtai 1970). Több szerep egyidejű megléte esetén, a szereppel együttjáró különböző elvárások olyan válaszreakciókat válthatnak ki, amelyek

egymással összeegyeztethetetlenek, vagy amelyeknél szükséges a prioritások felállítása. Így az egyik szerep ellátása a másik szerep ellátását nehezítheti vagy lehetetlenné teheti. Ezt a koncepciót nevezik szerepkonfliktusnak (Rizzo és mtsai 1970). Szerepkonfliktust okozhatnak például a szerepet betöltő személy erkölcsi normái, képességei, erőforrásai, ideje, vagy a szerepre vonatkozó magatartásbeli elvárások közötti ellentét. A szerepek közötti konfliktus (az ún. interrole conflict) a szerepkonfliktus egyik formája, ami akkor jön létre, ha az egyén több, egymás ellátását megnehezítő szerepet kénytelen egyidejűleg betölteni (Rizzo és mtsai 1970). A munkahely-család konfliktus a szerepkonfliktus azon formája, amely a munkahelyi és családi szerepek összeegyeztetéséből adódik. A munkahely-család konfliktusnak három formája van: az időhiányon, a stresszen (strain), és a magatartásformákon alapuló konfliktus (Greenhaus & Beutell 1985). Kutatási eredmények azt mutatják, hogy a munkahelyi és a családi domén (tartomány) közötti konfliktus viszonya kétirányú, vagyis a munkahely negatívan hathat a családra (ún. munkahely-függő munkahely-család konfliktus) és fordítva, a családi élet is hathat negatívan a munkavégzésre (ún. család-függő munkahely-család

konfliktus) (Frone és mtsai 1992a, Allen és mtsai 2000).

A munkahely-család konfliktus kialakulását befolyásolhatják a szociodemográfiai jellegzetességek – mint a nem, életkor, gyerekszám, vagy a partner megléte –, valamint a munkahelyi és a családi tényezők is. Munkahelyi tényező lehet például a munkaterhelés, a fizikai- és emocionális megterhelés, valamint a szervezeti struktúra, kultúra, illetve a munkahelyi támogatás hiánya. Családi tényező lehet pl. az eltartottak száma, a pénzügyi helyzet, a családi struktúra, valamint a családi támogatás hiánya.

Korábbi hazai és nemzetközi kutatások azt támasztják alá, hogy a nőkre inkább jellemző a család-függő munkahely-család konfliktus és stressz-alapú munkahely-család konfliktus, mint a férfiakra. A férfiak többsége a nőkhöz képest nagyobb arányú idő-alapú munkahely-család konfliktusról számolt be. Az életkor növekedésével csökken a munkahely-család konfliktus, ezzel szemben a gyerekszám, a munkahelyi követelmények, és a magas napi átlagos munkaidő növelik a munkahely-család konfliktust (Frone és mtsai 1992b, Adam 2013).

A mérőeszköz leírása

A munka-család konfliktus

A munka-család konfliktus mérésére a 10-tételes, Netemeyer és mtsai (1996) által kifejlesztett Munka-család konfliktus kérdőívet alkalmaztuk, amelyet Makra és munkatársai 2012-ben adaptáltak és validáltak magyar mintán. A kérdőív a munka-család konfliktus két változatát különbözteti meg: a munkából származó családi konfliktust és a családból származó munka-konfliktust, 5-5 kérdéssel. A válaszokat 4-fokú Likert-skálán jelölték be a válaszadók (1 = egyáltalán nem jellemző, 4 = nagyon jellemző). Minél magasabb pontértéket ér el az adott személy a vonatkozó dimenzióban,

annál több konfliktust él át a munkájával vagy a családjával kapcsolatban.

Demográfiai és szocio-ökonómiai tényezők

A demográfiai háttértényezők közül az életkort, nemet, a párkapcsolat jellegét (házas, élettársi viszonyban él), a gyerekek számát, az iskolai végzettséget (alap, közép, felsőfok) és a háztartások szubjektív anyagi helyzetét (jó, tűrhető, nehéz, nagyon nehéz), valamint a Covid-19 járványhelyzet következtében létrejött, a munkaerőpiaci helyzetben bekövetkezett változásokat elemeztük.

Minta és módszerek

Minta

A mintát a Hungarostudy2021 (HS2021) országos adatfelvétele szolgáltatta. Elemzéseinket egy szűkített almintán végeztük, amelybe azok a 18-40 év közötti férfiak és nők kerültek beválogatás-

ra, akik a felmérés idején gazdaságilag aktívak voltak és párkapcsolatban éltek, valamint érvényes választ adtak a munka-család konfliktus kérdőív kérdéseire, összesen 822 fő.

Statisztikai módszerek

Leíró statisztikai elemzést (átlag, szórás, gyakoriság) használtunk a változók és háttérváltozók számításához. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket jeleztük. A modellezési eljárás során binomiális regresszió elemzést végeztünk.

A kapott eredményeket SPSS 27.0 statisztikai programmal (IBM SPSS Statistics, IBM Corporation, Chicago, IL) elemeztük. A szignifikancia-vizsgálatok esetében a 95 százalékos szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumának.

Eredmények

Az első táblázatban tüntettük fel a minta szocio-demográfiai összetételét. A férfi-nő arány azonosnak mondható, a 30 éves és fiatalabb korosztály jelenti a minta egyharmadát (33,9%), a párkapcsolatban élőknek valamivel több, mint a fele élettársi kapcsolatban él (52,5%), a válaszadók valamivel több, mint a felének (54,6%) van saját gyermeke. A minta iskolai végzettség tekintetében is arányosan oszlik meg, mindhárom végzettségi

kategóriába (alap, közép, felsőfok) a fiatalok egyharmada tartozik. Háztartása anyagi helyzetét a válaszadók közel 40 százaléka jónak ítélte meg, kb. egyharmaduk jelezte, hogy nehéz, ill. nagyon nehéz anyagi helyzetben vannak. A Covid-19 járvány miatt a minta közel 30 százalékanak változtak a munkakörülményei, munkaerőpiaci helyzete (1. táblázat).

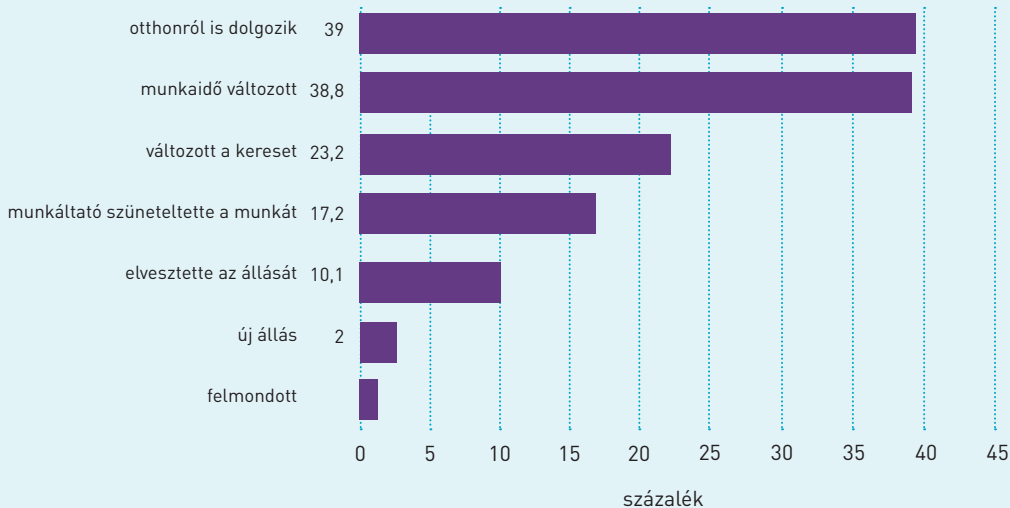
1. táblázat: Az alminta szocio-demográfiai jellemzői és munkaerőpiaci helyzetének változása a Covid-19 járvány hatására

A minta jellemzői		Esetszám	%
nem	férfi	410	49,9
	nő	412	50,1
korcsoport	18-30	279	33,9
	31-40	543	66,1
párkapcsolat jellege	házas	390	47,5
	élettársi kapcsolat	432	52,5
van saját gyermeke	nincs	371	45,4
	van	445	54,6
iskolai végzettség	alapfokú	259	31,5
	középfokú	292	35,5
	felsőfokú	271	33,0
szubjektív anyagi helyzet	nagyon nehéz	18	2,3
	nehéz	225	28,2
	tűrhető	252	31,5
	jó	305	38,1
Covid-19 miatt változott a munkakörülménye, munkaerőpiaci helyzete	változott	241	29,3
	nem változott	581	70,7

A mintába tartozók megváltozott munkakörülményeiről, munkaerőpiaci helyzetéről is gyűjtöttünk információkat (1. ábra). A változások leginkább a munkakörülményekben mentek végbe, változott a dolgozók munkaideje (39%) és a munkavégzés helyszíne (39%). Állását egytizedük (10,1%) vesz-

tette el, míg közel egyötödük (23,2%) munkavégzését szüneteltette a munkáltatójuk. Keresetük változásáról, alapvetően csökkenéséről a változásban érintettek majdnem egynegyede (23,2%) nyilatkozott.

1. ábra: A Covid-19 miatti munkakörülmény/munkaerőpiaci helyzet változásának módja (N=241)



Vizsgáltuk a teljes munka-család konfliktus (MCSKTK) kérdőív és két alskálája, a munkából származó család-konfliktus (MCSK) és a családból származó munka-konfliktus (CSMK) átlagpontszámait és a skála megbízhatóságát is (2. táblázat). Az MCSK átlagpontszáma szignifikánsan magasabbnak mutatkozott a mintában, mint a CSMK átlaga. Ez azt jelzi, hogy fiatal felnőttek családjaira inkább a munkából származó családi konfliktusok jellemzőek, mint a családból származó munkahelyi konfliktusok. A MCSKTK skála és két alskálájának megbízhatósága megfelelő, a Cronbach alfa értékek minden esetben 0,7 felettiak voltak (2.táblázat).

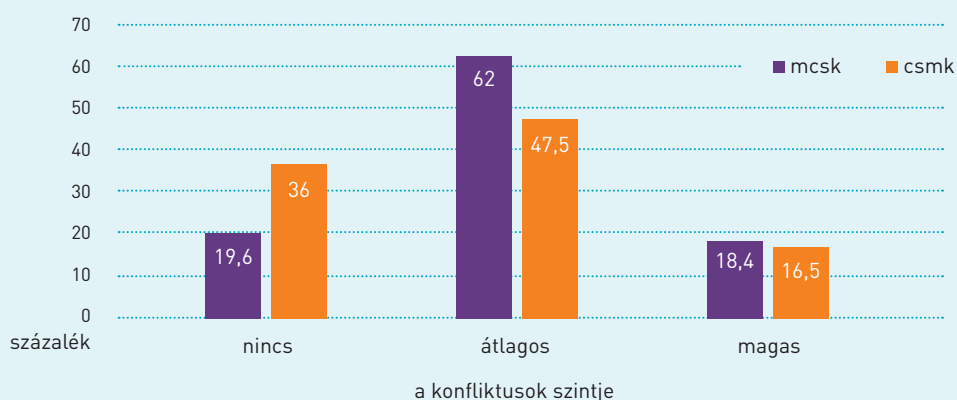
A továbbiakban a munkából, illetve a családból származó konfliktusok szintjét vizsgáltuk úgy, hogy a konfliktusok mértékét a pontszámok nagysága alapján kategorizáltuk. A válaszadók a konfliktusok előfordulási gyakoriságát egy négyfokú Likert-skála segítségével jellemezték (1=egyáltalán nem jellemző, 4=nagyon jellemző). A fiatal felnőttek 36 százaléka szerint a vizsgált időszakban egyáltalán nem volt jellemző, hogy a családi konfliktusok a munkájukkal kapcsolatos

2. táblázat: Munka-Család Konfliktus kérdőív és alskáláinak értékei

	átlag (SD)	range	Cronbach-alfa
MCSKTK (10-40)	17,92 (6,74)	30	0,90
MCSK (5-20)	9,30 (3,31)	15	0,72
CSMK (5-20)	8,63 (3,80)	15	0,92

konfliktusokat generáltak volna, míg fordítva alig egyötödük (19,6%) nyilatkozott így, azaz jóval többen, nagyjából ötből négyen „vitték haza” munkahelyi konfliktusaikat, míg ötből hárman „vitték be” a munkahelyükre a családi konfliktusokat. A válaszadók 16-18 százaléka esetében pedig mind a családból, mind a munkából származó konfliktusok szintjét a pontszámok alapján magasnak minősítettük (5=nincs konfliktus, 6-12=átlagos, ≥ 13 =magas) (2. ábra).

2. ábra: A MCSK és a CSMK szintje a mintában (%)



A következő táblázatban (3. táblázat) bemutatott első és második modellben azt vizsgáltuk, hogy a Covid-19 járvány következtében megjelenő munkaerőpiaci változások (történt vagy nem történt változás), valamint a válaszadók demográfiai (nem, életkor, iskolai végzettség, párkapcsolat, gyerek) és szocio-ökönómia (háztartás szubjektív anyagi helyzete) jellemzői milyen hatással voltak a munkából és a családból származó magas konfliktusszint kialakulására. A hatások erősségének és irányának vizsgálatára bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk.

Az esélyhányados azt fejezi ki, hogy a vizsgált csoportban a munkából, illetve a családból származó konfliktus magas szintjének előfordulási esélye hányszor nagyobb vagy kisebb egy kijelölt referenciacsoporthoz képest. Folytonos változók esetében, mint például az életkor, az esélyhányadost úgy értelmezhetjük, hogy az életkorban egy évnyi elmozdulás hányszorosára növeli vagy csökkenti a magas konfliktusszint előfordulásának esélyét.

3. táblázat: A demográfiai, a szocio-ökönómiai változók összefüggése MCSK és CSMK magas szintjével (bináris logisztikus regresszió)

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

	OR=Esélyhányados (95% CI)	
	Munkából származó konfliktus (MCSK)	Családból származó konfliktus (CSMK)
Életkor	NS	NS
Nem (nők)		
férfiak	NS	NS
Párkapcsolat (élettársi kapcsolatban él)		
házasságban él	NS	1,75 (1,16-2,65)**
Gyermek (van)		
nincs	1,70 (1,09-2,65)*	1,81 (1,14-2,86)*
Iskolai végzettség (felsőfok)		
alapfok	NS	NS
középfok	NS	NS
Háztartás szubjektív anyagi helyzete (jó)		
nagyon nehéz	5,69 (2,08-15,58)***	4,07 (1,46-11,34)**
nehéz	2,00 (1,26-3,20)**	1,65 (1,03-2,65)*
tűrhető	NS	NS

	OR=Esélyhányados (95% CI)	
	Munkából származó konfliktus (MCSK)	Családból származó konfliktus (CSMK)
Változott a munkaerőpiaci helyzete a Covid-19 hatására (nem változott)		
változott	1,58 (1,06-2,35)*	NS

Az első modellben három tényező mutatott szignifikáns összefüggést a munkából származó magas konfliktusszint kialakulásával. Ennek esélyét leginkább a háztartás szubjektív anyagi helyzete befolyásolja. A jó helyzetben lévőkhöz képest a nagyon nehéz és a nehéz helyzetben lévő fiatal felnőttek között nagyobb eséllyel vannak olyanok, akiknél a munkából származó magas konfliktusszint megjelenik a családi életükben is, befolyásolja azt. A nagyon nehéz helyzetben lévőknél ennek az esélye több mint ötszörös (OR=5,69), míg a nehéz helyzetűeknél kétszeres (OR=2,00). A saját gyermek megléte vagy hiánya is jelentős tényező a munkából származó magas konfliktusszint alakulásában. Azok, akiknek nincs saját gyermekük, közel kétszer nagyobb eséllyel (OR=1,70) „viszik haza” a munkahelyi konfliktusait, azaz jeleznek magas szintű munkából származó családi konfliktust. Ebben a modellben jelenik meg a Covid-19 járvány következtében megjelenő munkaerőpiaci változások hatása is, másfélszeresére növelve a családokban a munkából származó konfliktusok magas szintjének esélyét (OR=1,59).

Az második modellben is három tényező mutatott szignifikáns összefüggést a családból származó

magas konfliktusszint kialakulásával. Ennek esélyét ismét leginkább a háztartás szubjektív anyagi helyzete befolyásolja. A jó helyzetben lévőkhöz képest a nagyon nehéz és a nehéz helyzetben lévő fiatalok között nagyobb eséllyel vannak olyanok, akiknél a családból származó magas konfliktusszint megjelenik a munkahelyükön, munkájukban is. A nagyon nehéz helyzetben lévőknél ennek esélye négyszeres (OR=4,07), míg a nehéz helyzetűeknél kb. másfélszeres (OR=1,65). A saját gyermek jelenléte vagy hiánya is jelentős tényezőnek számít. Azoknál, akiknek nincs saját gyermekük, közel kétszer nagyobb eséllyel (OR=1,81) jelenik meg munkájuk során a családi helyzetekből származó magas szintű konfliktus, mint a gyermekkel rendelkező fiatal felnőtteknél. A párhajlást legelő figyelembe véve pedig azt tapasztaljuk, hogy az élettársi viszonyban élőkhez képest a házasságban élők magas szintű családi konfliktusai közel kétszer nagyobb eséllyel (OR=1,75) jelennek meg a munkájuk területén. A Covid-19 járvány következtében megváltozott munkaerőpiaci helyzet miatti változások a családból származó konfliktusokat nem befolyásolják jelentősen.

Összegzés

Kutatásunk fókuszában a munka-család konfliktus, és annak két iránya, a munkából származó család-konfliktus (MCSK) és a családból származó munka-konfliktus (CSMK) vizsgálata állt. Vizsgálatunkban felmértük a szocio-demográfiai tényezők mellett a szubjektív anyagi helyzet, valamint a Covid-19 járvány munkaerőpiaci hatását a munka-család konfliktusokra.

A munka és a család közötti interferencia irányát tekintve azt találtuk, hogy a vizsgálatban résztvevők nagyobb arányban számoltak be a munkából, a munkahelyi terhekből származó család-konfliktusról, mint a családból származó munka-konfliktusról. Ez egybehangzik Frone és munkatársainak (1992b) eredményeivel, akik meg-

állapították, hogy a munkából származó, családra ható konfliktus általában gyakoribb, mint a munkavégzésre ható családi konfliktus. A munkából származó magas családi konfliktusszint kialakulásával három tényező mutatott összefüggést: a háztartás szubjektív anyagi helyzete, a gyermektelenség, illetve az, hogy a Covid-19 járvány következtében történt-e változás a munkaerőpiaci helyzetben. A nagyon nehéz és a nehéz anyagi helyzetben lévő, saját gyermekkel nem rendelkező, és a Covid-19 járvány következtében a munkaerőpiaci helyzetükben változást megélt fiatal felnőttek családi életét a munkából származó konfliktus negatívan befolyásolja, jelentősen megnövelve a családi konfliktusok előfordulásának esélyét.

A családból származó konfliktus magas munka-konfliktus szintjével szintén három tényező mutatott összefüggést: a háztartás szubjektív anyagi helyzete, a gyermektelenség, valamint a párkapcsolat jellege. A nagyon nehéz és a nehéz anyagi helyzetben lévő, saját gyermekkel nem rendelkező, házasságban élő fiatalok családi, párkapcsolati konfliktusai jelentős hatással vannak a munkájukra, így náluk nagyobb eséllyel jelennek meg a munka-, munkahelyi konfliktusok.

Hazai és nemzetközi kutatások szerint a gyermekek számának növekedésével a család-munka konfliktus szintje nő (Wall és mtsai 2001 Adam, 2013). A szakirodalmak a családba való bevonódással magyarázzák ezt a jelenséget, vagyis minél több gyermeke van valakinek, annál inkább leköti a család, és annál kevésbé tud bevonódni a munkába. Ezzel szemben az, akinek nincs gyermeke, jobban bevonódik a munkába, így a munka-család konfliktus szintje magasabb, mint a család-munka konfliktus. A mi eredményeink szerint azonban a gyermektelenek körében mind a munkából származó családi-, mind a családból származó

munka-konfliktus magasabb, mint a gyermekeket nevelők körében.

Kutatási eredményeink ugyanakkor összhangban vannak a témában folyó nemzetközi kutatások eredményeivel (pl. Byron 2005), miszerint a jövedelem mértéke, a háztartás anyagi helyzete összefüggést mutat a munkából származó család-konfliktussal.

Kutatásunkban egyértelműen megjelennek a Covid-19 járvány következményei, a munkaerőpiaci helyzetben előálló változások, mint például a munkakörülmények változása (pl. home office), a munkahely elvesztése, vagy a munkavégzés szünetelése, valamint az ezzel kapcsolatos jövedelmi változás. A KSH adatai szerint hazánkban a Covid-19 járvány első hulláma hatására csökkent a munkaképes korú lakosság foglalkoztatottsága, a munkanélküliségi ráta pedig nőtt. Ez az aktuális helyzet erőteljesen befolyásolta eredményeinket, amelyek azt tükrözik, hogy a járvány növelte az emberek bizonytalanság miatti, illetve a munkával kapcsolatos feszültségeit.

Felhasznált irodalom

- Adam Szilvia (2013) Work-Family Conflict among Female and Male Physicians in Hungary: Prevalence, Stressor Predictors and Potential Consequences on Physicians Wellbeing. PÁLÚR Kft., Budapest
- Allen, Tammy D., David, E. L. Herst., Carly, Bruck, S., & Martha Sutton (2000) Consequences associated with work-to-family conflict: a review and agenda for future research. *Journal of Occupational Health Psychology* 5: 278–308.
- Byron, Kristin (2005) A meta-analytic review of work–family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67(2): 169–198.
- Frone, Michael R., Marcia, Russell, & Lynne, M, Cooper (1992a) Prevalence of work-family conflict: are work and family boundaries asymmetrically permeable? *Journal of Organizational Behavior* 13:723–729.
- Frone, Michael R., Marcia, Russell, & Lynne, M, Cooper, (1992b) Antecedents and outcomes of work-family conflict: Testing a model of the work-family interface. *Journal of Applied Psychology*, 77: 65–78.
- Greenhaus, Jeffrey, H. & Nicholas, J. Beutell (1985) Sources and conflict between work and family roles. *Academy of Management Review*, 10: 76–88.
- Kahn, Robert. Louis, Donald M., Wolfe, Robert P., Quinn, J. Diedrick Snoek., & Robert, A Rosenthal (1964) Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity New York, NY: John Wiley & Sons.
- Kossek, Ellen, & Brian, Distelberg (2009) Work and family employment policy for a transformed work force: Trends and themes. In N. Crouter & A. Booth (Eds.), *Work-life policies* (pp. 1–51), Washington, DC: Urban Institute Press.
- Kossek, Ellen, & Ariane, Ollier-Malaterre (2013) Work-family policies: Linking national contexts, organizational practice and people for multi-level change. In S. Poelmans, J. Greenhaus, & M. Las Heras (Eds.), *New frontiers in work-family research: A vision for the future in a global world* (pp. 1–53). Basingstoke, U.K.: Palgrave Macmillan.
- Netemeyer, Richard, G., James, S., Boles, & Robert, Mcmurrian (1996) Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales. *Journal of Applied Psychology* 87: 400–410.
- Rizzo, John, R., Robert, J., House, & Sidney, I. Lirtzman (1970) Role conflict and ambiguity in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 15: 150–163.
- Wall, Gary, D., Louis, M., Capela, & Walter, E. Greene (2001) Towards a source stressors model of conflict between work and family. *Review of Business* 22:86–91.

A termékenységi zavarok pszichoszociális összefüggései

Betekintő

A termékenység függvényében vizsgáltuk a 18-49 éves magyar nők szocio-demográfiai jellemzőit, valamint az elsődleges és másodlagos meddő nők és a termékeny nők mentális egészségi állapotát. A „termékeny nők” csoportjába azokat a nőket soroltuk, akiknek van saját, vérszerinti gyermekük és nemmel válaszoltak arra a kérdésre, hogy volt-e „legalább 1 évig sikertelen próbálkozásuk a gyermekáldás érdekében” (N=928). Azok a nők, akiknek élettörténetében ugyan előfordult a „legalább 1 évig sikertelen próbálkozás a gyermekáldás érdekében”, viszont a kérdőív kitöltése pillanatában már volt saját, vérszerinti gyermekük, alkották a „másodlagos meddő nők” csoportját (N=67). „Elsődleges meddők”-nek tekintettük azokat a nőket, akik legalább 1 évig sikertelenül próbálkoztak a gyermekáldás érdekében, és a kérdés időpontjában sem volt saját gyermekük (N=36). A mentális egészségi állapot mutatóit (depressziós tünetek, észlelt stressz, étellel való elégedettség, boldogság), valamint a házastársi/élettársi kapcsolat minőségét az elsődleges és a másodlagos meddő nők, valamint a termékeny nők körében vizsgáltuk. Eredményeink alapján elmondható, hogy a házastársi/élettársi kapcsolat minősége tekintetében nincs különbség az elsődleges meddő, illetve a termékeny nők között, de a másodlagos meddő nők körében a házastársi stressz szignifikánsan magasabb, mint a másik 2 csoportban. A mentális egészségi állapot viszont az elsődleges meddő nők körében a legrosszabb, itt a legmagasabb a depressziós tünetek száma és az észlelt stressz szintje, és ők a legkevésbé elégedettek az életükkel, illetve a legkevésbé boldogok.

Bevezetés

A meddőség előfordulása világviszonylatban 7-22 százalék; attól függően, hogy hogyan definiáljuk a meddőséget, átlagosan 10 százalékról beszélhetünk (Direkvand-Moghadam et al. 2014). Az egyik legelfogadottabb meghatározás szerint meddőségen azt értjük, hogy legalább 1 éven át tartó, védekezés nélküli szexuális élet ellenére sem jön létre a kívánt terhesség (Aflatoonian et al. 2011).

A kutatók és klinikusok felhívják a figyelmet arra, hogy a meddőséggel küzdő nőknek több, mint a fele klinikai szintű depressziós tünettől, 75 százaléka klinikai szintű szorongásos tünettől szenved (Pasch et al. 2016). Elemzésünk célja a magyar reprezentatív vizsgálatban a meddőséggel küzdő nők demográfiai jellemzőinek és mentális egészségmutatóinak rövid áttekintése.

Módszerek

Alkalmazott mérőeszközök: Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa et al. 2001), Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder & Konkoly Thege 2006), Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog et al., 2006) és az étellel való általános elégedettséget, valamint a boldogságot mérő kérdések.

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa et al. 2001) a depresszió tüneteinek és azok súlyosságának felmérését teszi lehetővé. Ezek: a szociális visszahúzódás, a döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggódás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség,

az örömképesség hiánya és az önvádolás. Ez a 9-tételes változat jó belső megbízhatósággal bír, a Cronbach-alfa értéke 0,83 (Rózsa et al. 2001), mintánkon 0,95. A skála összpontszáma 0-27, de a nemzetközi összehasonlíthatóság érdekében, a kapott pontszámot 2,22 - vel megszorozva, átszámoltuk az összpontszámot az eredeti kérdőívre, így az 0-60 közötti.

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder & Konkoly Thege 2006) nem a megtörtént negatív életeseményekre, hanem az egyén szubjektív élményére kérdez rá, mint például a váratlan események miatti izgalom vagy a nehézségek felhalmozódásának érzése. A felmérésben használt rövidített változat 10 tételt tartalmaz, a 10 tételből 4 fordított tétel, mint például a problémák hatékony kezelésének élménye. A kérdőív jó belső meg-

bízhatósággal rendelkezik, Cronbach-alfa = 0,85 (Stauder & Konkoly Thege 2006), mintánkon 0,74. A kérdőív összpontszáma 0-40.

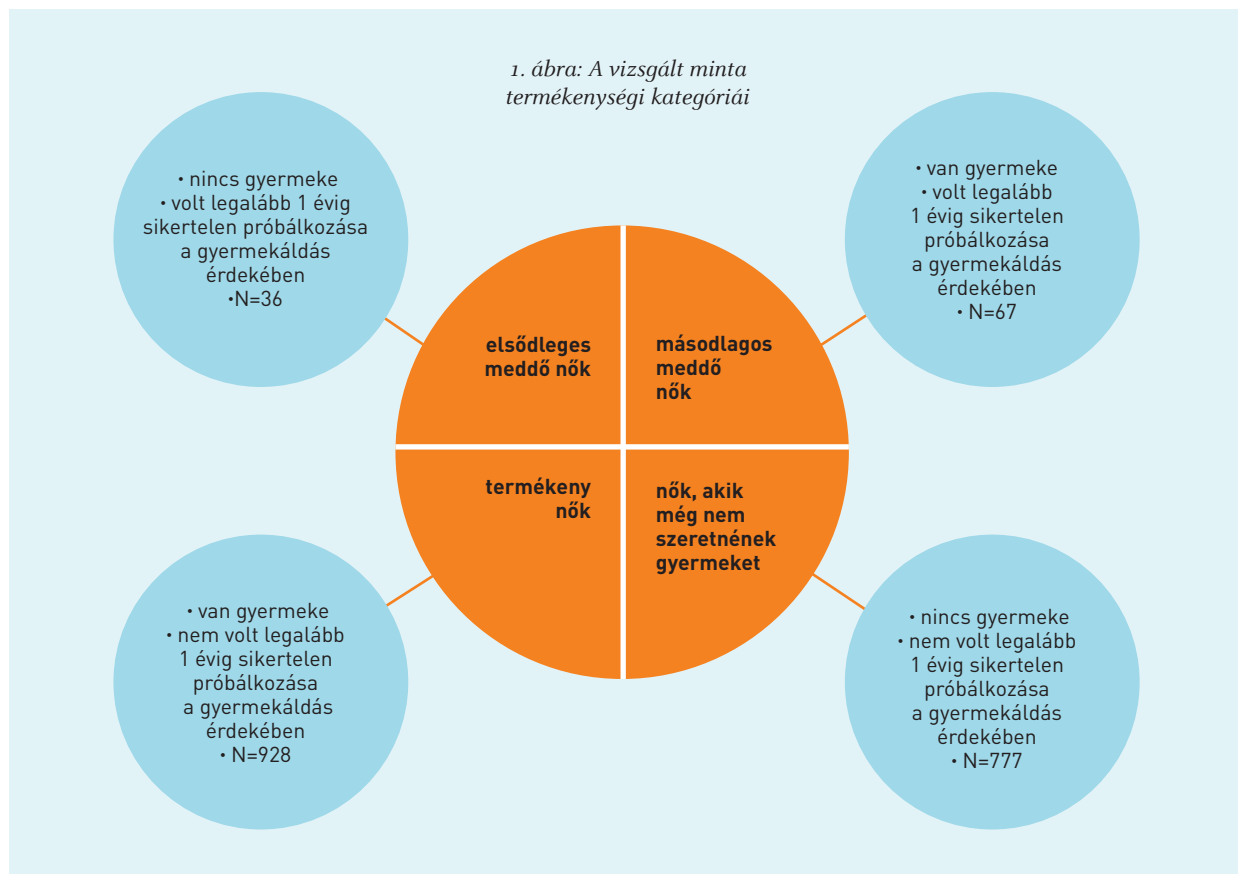
A Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog et al. 2006) a párkapcsolat minőségét méri. Az 5 kérdésből 3 kérdés méri a partnerek közötti szeretet, bizalom mértékét, 1 a kapcsolaton belüli problémákra, és 1 a kapcsolaton belüli személyes identitás megőrzésére kérdez rá. A skála összpontszáma 0-5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással). A kérdőív belső konzisztenciája és validitása megfelelőnek bizonyult, Cronbach-alfa = 0,77, illetve 0,69 (Balog et al. 2006), mintánkon 0,58.

Egy tízfokú Likert-skálán mértük az élettel való elégedettséget és a boldogság szintjét (1 – teljesen elégedetlen, 10 – teljesen elégedett), e kérdések összpontszáma tehát: 1-10.

A vizsgált minta

A szakirodalomban általában a 15 évestől 49 évesig terjedő életkort tekintik szülőképes kornak (Jasilioniene et al. 2015), ezért mi is ezt az időszakot tekintettük fertilis időszaknak. A termékeny korú

(18-49) nőket a gyermek iránti vágy, illetve a saját, vérszerinti gyermek megléte vagy hiánya alapján 4 csoportra osztottuk (1. ábra).



1. táblázat: A vizsgált minta szocio-demográfiai jellemzői

		elsődleges meddő nők N=36	másodlagos meddő nők N=67	termékenyek N=928	még nem akar- nak gyermeket N=777	P
Életkor		37,67 (SD=8,33)	39,34 (SD=6,42)	38,70 (SD=7,43)	29,64 (SD=8,57)	<0,001
Végzettség	alapfok	12 (33,3%)	23 (33,8%)	364 (39,2%)	387 (49,9%)	<0,001
	középfok	13 (36,1%)	24 (35,3%)	315 (33,9%)	147 (18,9%)	
	felsőfok	11 (30,6%)	21 (30,9%)	249 (26,8%)	242 (31,2%)	
Személyes nettó jövedelem (ezer Ft)	150-300	12 (57,1%)	27 (58,7%)	367 (60,2%)	352 (67,8%)	0,046
	150-300	12 (57,1%)	27 (58,7%)	367 (60,2%)	352 (67,8%)	
	≥ 301	4 (19,0%)	5 (10,9%)	54 (8,9%)	50 (9,6%)	
Családi állapot	egyedülálló	8 (22,2%)	4 (6,0%)	115 (12,4%)	475 (61,1%)	<0,001
	házastárssal	14 (38,9%)	45 (67,2%)	555 (59,8%)	102 (13,1%)	
	élettárssal	14 (38,9%)	18 (26,9%)	258 (27,8%)	201 (25,8%)	

Statisztikai elemzések

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő, a termékeny és a gyermeket még nem akaró nők leíró adatainál az életkor összehasonlításához UNIA-VA-t, a végzettség, a jövedelem, és a családi állapot összehasonlításához khi-négyzet próbát használtunk.

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő és a termékeny nők mentális egészségmutatóinak össze-

hasonlításánál a folyamatos változók esetében többváltozós varianciaanalízist végeztünk General Linear Modellben, 95%-os konfidencia-intervallummal. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 21.0 programmal. Adatainkat minden esetben kontrolláltuk életkorra, végzettségre, jövedelemre és családi állapotra.

Eredmények

A termékeny korú (18-49) nőket a gyermek iránti vágy és a saját, vérszerinti gyermek megléte vagy hiánya alapján megkülönböztetve, négy női csoport demográfiai jellemzőit vizsgáltuk. Azok a nők, akik még nem szeretnének gyermeket, szignifikánsan fiatalabbak (29,6 év), mint a másik 3 csoport, akiknek az életkora nem különbözik egymástól jelentős mértékben (37,6 év; 39,3 év;

38,7 év). Azon nők körében, akik még nem akarnak gyermeket, szignifikánsan magasabb a felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők aránya (31,2%), mint a termékeny női csoportban (26,8%), a termékeny nők körében az alapfokú végzettség a leggyakoribb (39,2%). A személyes nettó jövedelem az elsődleges meddő nők körében a legmagasabb, a 300 Eft feletti jövedelem 19,0% vs. a 10,9%, 8,9%

és 9,6% a másodlagos meddő, a termékeny- és a gyermeket még nem akaró nőkhez képest. A saját, vérszerinti gyermeket nevelő nők közel 90 százaléka (87,9%) él párkapcsolatban, házasságban 60,1 százalékuk, élettársi kapcsolatban pedig 27,8

százalékuk. Az egyedülállók aránya a gyermeket még nem akarók körében a legmagasabb (61,1%), és a saját gyermeket nevelőkében a legalacsonyabb (12,1%). Az elsődleges meddő nők körében ez az arány 22,2 százalék.

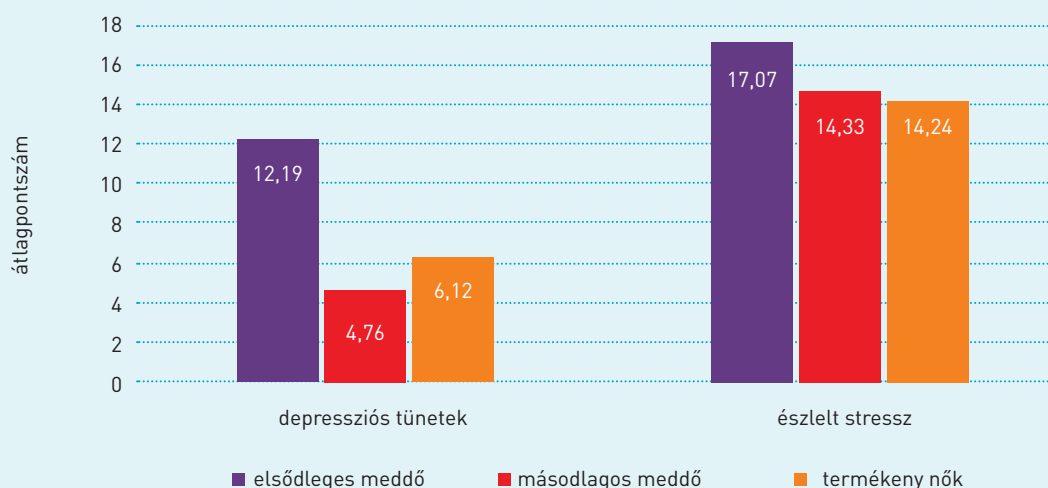
2. táblázat: Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő, és a termékeny nők mentális egészségmutatói

Vizsgált egészségmutatók	Elsődleges meddő	Másodlagos meddő	Termékeny nők	p
	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	átlag (95%-os CI)	parciális Eta ²
depressziós tünetek (0-60)	12,19 (7,97-16,42)	4,76 (1,88-7,64)	6,12 (5,34-6,90)	0,012
észlelt stressz (0-40)	17,07 (14,45-19,69)	14,33 (12,52-16,14)	14,24 (13,74-14,73)	0,006
elégedettség (0-10)	6,89 (6,15-7,63)	8,09 (7,58-8,60)	7,48 (7,35-7,62)	0,011
boldogság (0-10)	7,20 (6,52-7,87)	8,24 (7,77-8,71)	7,85 (7,73-7,98)	0,009
házastársi stressz (0-5)	0,75 (0,61-1,44)	1,01 (0,59-1,43)	0,74 (0,61-0,88)	0,006

Az elsődleges meddő, a másodlagos meddő és a termékeny nők mentális egészségmutatóit vizsgálva azt találtuk (2. táblázat), hogy a depressziós tünetegyüttes átlagpontszáma az elsődleges meddő nők körében szignifikánsan magasabb (12,19), mint a másodlagos meddő nők (4,76) vagy a termékeny nők körében (6,12). A másodlagos meddő nők és

a termékeny nők depresszió átlagpontszámai nem különböznek szignifikáns mértékben. Az észlelt stressz szintje szintén az elsődleges meddő nők körében a legmagasabb (17,07), és szignifikánsan különbözik a termékeny nők (14,24) és a másodlagos meddő nők (14,33) átlagpontszámaitól (2. ábra).

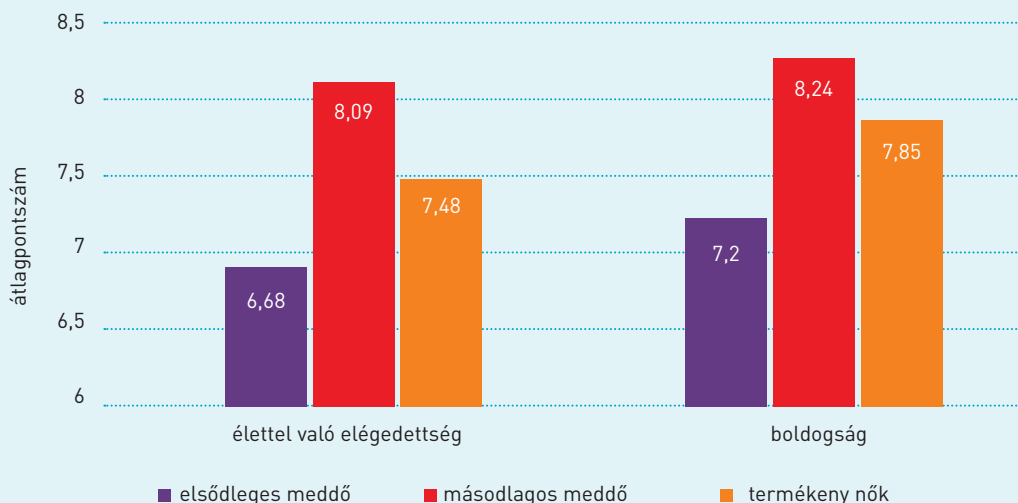
2. ábra: A különböző termékenységi csoportok depresszió és észlelt stressz átlagpontszámai a 18-49 éves női mintában



Az étellel való elégedettség átlagpontszáma az elsődleges meddő nők körében a legalacsonyabb (6,88), szignifikánsan alacsonyabb, mint a másodlagos meddő nők pontértéke (8,09). A boldogság szintje ugyancsak az elsődleges meddő nők körében a legalacsonyabb (7,20), szignifikánsan alacsonyabb, mint a másodlagosan meddő nőké (8,24), és tendenciálisan a termékeny nőkéénél is alacso-

nyabb (7,85) (3.ábra). Az étellel való elégedettség és a boldogság a másodlagos meddő nők körében a legmagasabb. Ami a házastársi/élettársi kapcsolat minőségét illeti, nincs különbség az elsődleges meddő, illetve a termékeny nők között, de a másodlagos meddő nők körében a házastársi stressz szignifikánsan magasabb, mint a másik két csoportban.

3. ábra: Az étellel való általános elégedettség és boldogság az elsődleges meddő-, a másodlagos meddő, és a termékeny nők körében.



Összegzés

Vizsgálataink eredményei egybecsengenek korábbi magyar vizsgálatok eredményeivel (pl. Lakatos et al. 2017), miszerint a termékeny nőkhöz hasonlítva az elsődleges meddő nők szignifikánsan rosszabb pszichés státusszal jellemezhetőek. Az akaraton kívüli gyermektelenség, a hormonszintek és a belső fiziológiai folyamatok konstans monitorozása, valamint a meddőséggel együtt járó szociális stigmatizáltság fizikailag és mentálisan is jelentős terhet ró az érintett párokra (Kaliarnta et al., 2011). Rosszabb a mentális egészségi állapotuk, és a pszichiátriai diagnózisok miatt gyakoribb a hospitalizáció azok körében, akik a meddőségi kezelések ellenére is gyermektelenek maradnak, mint azok körében, akik végül sikeres kezelés következtében szülővé válnak (Yli-Kuha et al. 2010). A gyermek iránti beteljesületlen vágy szoros összefüggést mutat a rosszabb mentális egészséggel (Gameiro et al. 2014). Ugyanakkor vizsgálataink azt is mutatták, hogy

az étellel való elégedettség és a boldogság a másodlagos meddő nők körében a legmagasabb. Korábban felmerült, hogy azoknál a kismamáknál, akiknél a várandósság sikeres IVF kezelést (In Vitro Fertilizáció, lombikprogram) követően jött létre, magasabb lehet a várandósság alatt a szorongás, valamint a pre- és perinatális morbiditás (Darwiche et al. 2013), ezért a sikeres meddőségi kezelést követően indokolt lehet a személyre szabott támogatás (Younger et al. 2015). A tanulmányok egy része viszont arról számol be, hogy sikeres IVF-et követően eltűnik a korábbi meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés distressz, és az ő szorongás- és depresszió-szintjük nagyon hasonló a spontán módon várandós kismamák szorongás- és depresszió-szintjéhez (Salih Joelsson et al. 2017).

Jóllehet a szakirodalom áttekintésekor találunk beszámolókat a meddőséggel küzdő nők pszichés jóllétének javítását célzó hatékony intervenciókról

(Frederiksen et al. 2015), de a kritikus kutatók új, komplex intervenciók kidolgozását várják, amelyek a sikertelen IVF beavatkozásokat közvetlenül követő időszakra fókuszálnak, vagy arra a legstresszesebb 2 hétre, amikor a meddőséggel küzdő pár a beavatkozás eredményére várakozik (Ying et al. 2016).

Mindezzel együtt kutatási eredményeink alapján és a jelenleg érvényes nemzetközi irányelvek javaslatával egyetértve, javasoljuk, hogy az asszisztált reprodukciós eljárások elkezdése előtt, az orvosi kezelésekkal párhuzamosan, illetve a sikeres vagy sikertelen beavatkozások után, a kezelésben részesülők pszichológiai támogatást kapjanak.

Felhasznált irodalom

- Aflatoonian, A., Baghianimoghadam, B., Partovi, P., Abdoli, A., Hemmati, P., Tabibnejad, N., & Dehghani, M. (2011) A new classification for female infertility. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 38(4), 379-381.
- Balog, P., Székely, A., Szabó, G., & Kopp, M. (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 193-202. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.3>
- Darwiche, J., Maillard, F., Germond, M., Favez, N., Lancaster, D., De Roten, Y., Guex, P., & Despland, J.-N. (2013). The transition of care from fertility specialists to obstetricians: maternal adjustment and postpartum depressive symptoms. *Women's Health*, 9(1), 109-118.
- Direkvand-Moghadam, A., Sayehmiri, K., Delpisheh, A., & Direkvand-Moghadam, A. (2014) The global trend of infertility: an original review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiologic Research*, 1(1), 35-43. http://ijer.skums.ac.ir/article_8679_b78dd5fb-83434c30a012394388118efd.pdf
- Frederiksen, Y., Farver-Vestergaard, I., Skovgård, N. G., Ingerslev, H. J., & Zachariae, R. (2015) Efficacy of psychosocial interventions for psychological and pregnancy outcomes in infertile women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 5(1), e006592. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006592>
- Jasilioniene, A., Jdanov, D. A., Sobotka, T., Andreev, E. M., Zeman, K., Shkolnikov, V. M., Goldstein, J. R., Nash, E., Philipov, D., & Rodriguez, G. (2015). Methods protocol for the human fertility database. Rostock: Max Planck Institute for Demographic Research.
- Kaliarnta, S., Nihlén-Fahlquist, J., & Roeser, S. (2011) Emotions and ethical considerations of women undergoing IVF-treatments. *HEC Forum*, 23(4), 281-293. <https://doi.org/10.1007/s10730-011-9159-4>
- Lakatos, E., Szigeti, J. F., Ujma, P. P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Womens Health*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>
- Pasch, L. A., Holley, S. R., Bleil, M. E., Shehab, D., Katz, P. P., & Adler, N. E. (2016). Addressing the needs of fertility treatment patients and their partners: are they informed of and do they receive mental health services? *Fertility and Sterility*, 106(1), 209-215.e202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.03.006>
- Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001) A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*.
- Salih Joelsson, L., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European Psychiatry*, 45, 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.07.004>
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). AZ Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-216. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>
- Ying, L., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2016). The effects of psychosocial interventions on the mental health, pregnancy rates, and marital function of infertile couples undergoing in vitro fertilization: a systematic review. *Journal of assisted reproduction and genetics*, 33(6), 689-701.
- Yli-Kuha, A.-N., Gissler, M., Klemetti, R., Luoto, R., Koivisto, E., & Hemminki, E. (2010) Psychiatric disorders leading to hospitalization before and after infertility treatments. *Human Reproduction*, 25(8), 2018-2023. <https://doi.org/10.1093/humrep/deq164>
- Younger, M., Hollins-Martin, C., & Choucri, L. (2015) Individualised care for women with assisted conception pregnancies and midwifery practice implications: An analysis of the existing research and current practice. *Midwifery*, 31(2), 265-270. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.06.008>

Szexualitás a párkapcsolatban

Szexuális zavarok gyakorisága és összefüggései a párkapcsolat minőségével

Betekintő

Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy milyen a férfiak és a nők szexuális egészségi állapota Magyarországon, és ez hogyan függ össze a párkapcsolat minőségével és stabilitásával. Eredményeink szerint a férfiak közel fele rendszeresen (legalább hetente), nagyjából egyharmada alkalmanként (legalább havonta), egyötöde pedig egyáltalán nem élt szexuális életet az elmúlt 12 hónapban. A nők nagyjából 40 százaléka rendszeresen, egyötöde alkalmanként, egyharmada pedig egyáltalán nem élt szexuális életet a vizsgálatot megelőző évben. A leggyakoribb szexuális zavar a kielégülés hiánya a nők körében, de mindkét nemnél gyakori a szexuális vágy hiánya is. A 18-40 évesek körében vizsgáltuk továbbá a párkapcsolat minősége és stabilitása, valamint a szexuális zavarok előfordulása közötti összefüggéseket. A kapcsolatokat rossznak tartó férfiak körében szignifikánsan ritkább a szexuális együttlétek száma, gyakoribb a szexuális vágy hiánya, és gyakoribbak a szexuális fájdalomzavarok is. A kapcsolatukat rossznak tartó nők szexualitása minden vizsgált paraméter tekintetében szignifikánsan rosszabb a jó kapcsolatban élőknél: a rossz kapcsolatban élő nők ritkábban élnek szexuális életet, gyakoribb körükben a szexuális vágy hiánya, az orgazmus hiánya, és a szexuális élet gyakrabban jár fájdalommal is. Összefüggés mutatható ki továbbá a kapcsolat instabilitása és a szexuális együttlétek számának csökkenése, valamint egyes szexuális zavarok gyakoriságának magasabb értéke között. Eredményeink felhívják a figyelmet a szexuális problémák hatékonyabb felismerésének és kezelésének fontosságára, valamint a szexuális zavarok kezelése során a párkapcsolati tényezők kiemelt jelentőségére is.

Bevezetés

A szexualitás fontos eleme a párkapcsolatok minőségének és stabilitásának is. Számos kutatás igazolta már, hogy összefüggés mutatható ki a szexuális élet gyakorisága, a szexualitással való elégedettség, valamint a párkapcsolattal való elégedettség és a válások arányai között (Yabiku és Gager 2009).

Ahhoz, hogy egy párkapcsolatban jól működjön a szexualitás, meglehetősen sok feltételnek kell teljesülnie, egyéni és párkapcsolati szinten egyaránt.

Egyéni szinten mindenképp arra van szükség, hogy a pár tagjai szexuálisan is egészségesek legyenek. Az Egészségügyi Világszervezet a szexuális egészség fogalmát a következőképpen határozta meg: „A szexuális egészség a testi, lelki, mentális és szociális jóllét állapota a szexualitás vonatkozásában; nem csupán a betegség, a működészavar, vagy a fogyatékoság hiánya. A szexuális egészség megéléséhez szükség van egy pozitív és tiszteleten alapuló viszonyulásra

a nemiséghez és a nemi kapcsolatokhoz, valamint az élvezetes és biztonságos szexuális élmények lehetőségére, kényszerszertől, diszkriminációtól és erőszaktól mentesen. A szexuális egészség eléréséhez és megtartásához minden ember szexuális jogait tiszteletben kell tartani, védeni és biztosítani.” (WHO 2006)

A szexuális egészség jelentőségére mutat rá az a kutatás, amelynek eredménye szerint a szexuális problémák növelik a válás valószínűségét, függetlenül a kapcsolat minőségének egyéb jellemzőitől (White és Booth 1991, idézi: Yabiku és Gager 2009). A jó szexuális kapcsolat másik meghatározó eleme a párkapcsolat. A szexualitás és a párkapcsolat egymásra hatása kölcsönös: a párkapcsolat befolyásolja a szexualitást, a szexualitás pedig befolyásolja a párkapcsolatot. Egyrészt: a szexuális kapcsolat hozzájárulhat a pár tagjai közötti kötődés, az elkötelezettség megerősítéséhez. Másrészt: amennyiben a párkapcsolatban problémák, feszültségek vannak, ez hatással lehet a nemi élet gyakoriságára és a szexuális élet minőségére is.

A kutatás módszertana

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

Alkalmazott mérőeszközök,
a vizsgálatban használt kérdések

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

A szexuális kapcsolat gyakoriságát a következő kérdéssel mértük: „Az elmúlt 12 hónapban átlagosan milyen gyakran volt szexuális kapcsolata partnerrel?” A válaszkategóriák: 1. nem volt szexuális kapcsolata az elmúlt 12 hónapban, 2. havonta vagy ritkábban, 3. havonta 1-2 alkalommal, 4. hetente, 5. hetente többször.

A szexuális zavarok gyakoriságát a DSM-5¹ kategóriák alapján mértük fel. Ennek alapján a kérdések a szexuális válasz ciklus különböző szakaszaira (vágy, izgalom, orgazmus), illetve

Ez pedig önrontó folyamatokat indíthat el. Egy figyelemre méltó kutatási eredmény szerint a szexuális étellel való elégedettség előre jelzi az öt évvel későbbi válási arányokat (Edwards és Booth 1994). Mindezek az eredmények alátámasztják, hogy a szexualitásnak kiemelkedő szerepe van a párkapcsolatokban. Jól igazolja ezt Risch és mtsai (2003) kutatása is. Ebben arra kértek fiatal házasságokat (közel 800 főt), hogy fontosság szerint értékeljenek 42 problémát, amelyek egy házasságban előfordulhatnak. Az eredmények szerint a második legfontosabb probléma egy házasságban a szexuális kapcsolat gyakorisága – ezt kizárólag a munka és a magánélet összehangolásának nehézsége előzte meg, a többi 40 problémát azonban ennél kisebb súlyúnak ítélték a válaszadók.

A szexualitás és a párkapcsolat szoros kapcsolata is indokolja ezeknek a területeknek a kutatását. Ebben a tanulmányban azt vizsgáljuk, hogy milyen Magyarországon a férfiak és a nők szexuális egészségi állapota, és ez hogyan függ össze a párkapcsolat minőségével és stabilitásával.

a szexuális élethez köthető fájdalomzavarokra vonatkoztak. Kérdések: „Az elmúlt 12 hónapban mennyire volt Önre jellemző a szexuális vágy hiánya?” (Válaszkategóriák: 1. Soha, 2. Ritkán, 3. Néha, 4. Gyakran, 5. Mindig). „Az elmúlt 12 hónapban mennyire volt Önre jellemző a kielégülés (az orgazmus) hiánya?” „Az elmúlt 12 hónapban mennyire volt Önre jellemző a korai magömlés?” „Az elmúlt 12 hónapban mennyire volt Önre jellemző az akaratlan fájdalomérzet közöskedés közben?” Ez utóbbi 3 kérdésnél a válaszkategóriák: 1. Soha, 2. Ritkán (a szexuális együttlétek legfeljebb 25%-ában), 3. Néha (a szexuális együttlétek 25-75%-ában), 4. Gyakran (a szexuális együttlétek több mint 75%-ában), 5. Mindig (a szexuális együttlétek 100%-ában).

¹DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual – a mentális zavarok osztályozására szolgáló kategóriarendszer aktuális változata*

A kutatás tervezett kérdései között szerepelt a merevedési zavarra vonatkozó kérdés is, azonban technikai hiba miatt ez sajnos kimaradt a felmérésből, így az erre vonatkozó adatokról nem tudunk beszámolni.

A párkapcsolat minőségét egy kérdéssel mértük. „Hogyan értékeli jelenlegi párkapcsolatát? Osztályozzon 1-5-ig, 5-öst adjon, ha nagyon jónak, 1-est, ha nagyon rossznak tartja. A közbülső osztályzatokkal árnyalhatja véleményét!” Válaszkategóriák: 5. nagyon jó, 4. jó, 3. közepes, 2. rossz, 1. nagyon rossz. A párkapcsolat stabilitását a következő kérdésekkel mértük: „Jelenlegi párkapcsolatában felmerült-e Ön vagy partnere vagy mindkettejük részéről... a párkapcsolat szüneteltetésének gondolata? ... a párkapcsolat nyitottá tételének gondolata? ... a párkapcsolat megszakításának, a válásnak a gondolata?” Válaszkategóriák mindhárom kérdésnél: 1. igen, az Ön részéről, 2. igen, a partnere részéről, 3. igen, mindkét részről, 4. nem

Statisztikai elemzések

A jó, illetve rossz kapcsolatban élők mutatóinak összehasonlítása céljából a „hogyan értékeli jelenlegi párkapcsolatát?” kérdésre adott válaszokat dichotomizáltuk. A párkapcsolatukkal elégedettek (akik erre a kérdésre azt válaszolták, hogy kapcsolatuk „nagyon jó”, illetve „jó”) elkülönítettük azoktól, akik elégedetlenek a párkapcsolatukkal (vagyis erre a kérdésre azt válaszolták, hogy kapcsolatuk „nagyon rossz”, „rossz” vagy „közepes”).

Eredmények

Szexuális orientáció (leíró adatok)

A válaszadó nők 98,5 százaléka (N=3493) vallotta magát heteroszexuálisnak, 0,1%-a (N=4) leszbikusnak, 0,5 százaléka (N=18) biszexuálisnak és 0,8 százaléka (N=29) aszexuálisnak. A teljes mintát tekintve a kutatásban résztvevő nők 4,7 százaléka (N=176) nem válaszolt erre a kérdésre. A válaszadó férfiak 98,7 százaléka (N=3142) vallotta magát heteroszexuálisnak, 0,4 százaléka (N=13) homoszexuálisnak, 0,5 százaléka (N=15) biszexuálisnak és 0,4 százaléka (N=13) aszexuálisnak. A kutatás-

Ez a kérdés csak a 18-40 év közötti korosztály kérdései között szerepelt, így a vizsgálati minta elemszáma kisebb (N=1207 - 663 nő és 544 férfi). A párkapcsolat stabilitására vonatkozó kérdések válaszait szintén dichotomizáltuk: megkülönböztettük azokat a kapcsolatokat, amelyekben bármelyik fél részéről felmerült a párkapcsolat szüneteltetésének a gondolata azoktól a kapcsolatoktól, ahol egyik félnél sem merült fel ilyen gondolat. Hasonlóképpen, megkülönböztettük azokat a kapcsolatokat, amelyeknél felmerült a megszakítás gondolata egyik, másik vagy akár mindkét részről, azoktól, amelyeknél ez egyik részről sem merült fel. A harmadik dichotóm változó pedig az volt, ahol bármelyik félnél felmerült a kapcsolat nyitottá tételének a gondolata, szemben azokkal a kapcsolatokkal, ahol egyik fél részéről sem merült ez fel.

Adataink elemzése a Statistical Package for the Social Sciences, Version 27 (IBM SPSS, 2021) programmal készült. A kategorikus változók összehasonlítását khi-négyzet próbával, illetve Fisher teszttel végeztük. A folytonos normál eloszlású változók összehasonlítására független mintás t-próbát, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatánál (amikor a szexuális zavarok gyakoriságát vizsgáltuk a kapcsolat minősége és stabilitása függvényében), varianciaanalízist alkalmaztunk. Szignifikánsnak tekintettük az eltérést $p < 0,05$ esetén.

ban résztvevő férfiak 2,9 százaléka (N=96) nem válaszolt erre a kérdésre.

A szexuális kapcsolat gyakorisága (leíró adatok)

Az elmúlt 12 hónapban egyáltalán nem volt szexuális kapcsolata a nők 35,7 százalékának és a férfiak 19,7 százalékának. Rendszeresen, vagyis hetente vagy hetente többször élt szexuális életet a nők 40,6 százaléka és a férfiak 47,2 százaléka. A részletes adatokat az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat: A szexuális élet gyakorisága az elmúlt 12 hónapban.

	Nők N=3173 (52,4%)	Férfiak N=2877 (47,6%)
Nem volt szexuális kapcsolata az elmúlt 12 hónapban	N=3173 (52,4%)	N=549 (19,1%)
Havonta vagy ritkábban	N=2877 (47,6%)	N=492 (17,1%)
Havonta 1-2 alkalommal	N=379 (11,9%)	N=479 (16,7%)
Hetente	N=598 (18,8%)	N=575 (20,0%)
Hetente többször	N=692 (21,8%)	N=782 (27,2%)

A szexuális zavarok gyakorisága (leíró adatok)

A szexuális zavarok gyakoriságát a 2. táblázat mutatja be.

Mivel átmenetileg bárkinek lehet valamilyen szexuális problémája, ezért a DSM-5 csak akkor tekinti ezt klinikai problémának (szexuális zavarnak), ha az adott probléma legalább a szexuális együttlétek 75%-ában fennáll. Ennek alapján a 2. táblázatban megadtuk azoknak az arányait is, akiknél

ez a kritérium teljesül, vagyis a szexuális probléma „gyakran” vagy „mindig” jellemző a szexuális együttlétekre. Ennek alapján a férfiak körében a legritkább szexuális zavar az együttlét során jelentkező akaratlan fájdalomérzet, amelynek a klinikai gyakorisága az 1%-ot sem éri el. A nők körében a leggyakoribb szexuális zavar a kielégülés hiánya, aminek a klinikai szintet is elérő gyakorisága közel 15%-os, vagyis nagyjából 7 nőből egyet érint.

2. táblázat: Szexuális zavarok gyakorisága

	Nők			Férfiak			
	Szexuális vágy hiánya (N=3274)	A kielégülés (az orgazmus) hiánya (N=1941)	Akaratlan fájdalomérzet közöskés közben (N=1947)	Szexuális vágy hiánya (N=3274)	A kielégülés (az orgazmus) hiánya (N=1941)	Korai magömlés (N=2210)	Akaratlan fájdalomérzet közöskés közben (N=1947)
Soha	N=1996 (61,0%)	N=1179 (60,7%)	N=1630 (83,7%)	N= 1669 (55,2%)	N=1685 (76,5%)	N=1816 (82,2%)	N=2056 (93,5%)
Ritkán	N=613 (18,7%)	N=283 (14,6%)	N=203 (10,4%)	N=729 (24,1%)	N=140 (6,3%)	N=275 (12,4%)	N=89 (4,1%)
Néha	N= 316 (9,7%)	N=191 (9,8%)	N= 92 (4,7%)	N=372 (12,3%)	N=75 (3,4%)	N=90 (4,1%)	N=40 (1,8%)
Gyakran	N=213 (6,5%)	N= 149 (7,7%)	N=15 (0,8%)	N=183 (6,1%)	N=79 (3,6%)	N=20 (0,9%)	N=9 (0,4%)
Mindig	N=136 (4,2%)	N=140 (7,2%)	N=7 (0,4%)	N=70 (2,3%)	N=224 (10,2%)	N=9 (0,4%)	N=6 (0,3%)
Klinikai kategória (gyakran és mindig együttesen)	N=349 (10,7%)	N=289 (14,6%)	N=22 (1,2%)	N=253 (8,4%)	N=303 (13,8%)	N=29 (1,3%)	N=15 (0,7%)

A párkapcsolat minősége és a szexuális zavarok összefüggései a fiatal felnőttek (18-40 évesek) körében

A 18-40 éves nők 94 százaléka (N=624) volt elégedett a párkapcsolatával és 6 százaléka (N=39) elégedetlen. A férfiak körében ugyanilyenek voltak az arányok: 94 százalék (N=512) volt elégedett a párkapcsolatával és 6 százaléka (N=33) elégedetlen. Megvizsgáltuk, hogy a párkapcsolatukkal elégedett, illetve elégedetlen nők és férfiak körében hogyan alakult a szexuális élet és a szexuális zavarok gyakorisága. Eredményeink szerint a kap-

csolatukat rossznak tartó férfiak körében szignifikánsan ritkább a szexuális együttlétek száma, gyakoribb a szexuális vágy hiánya és gyakoribbak a szexuális fájdalomzavarok is. A kapcsolatukat rossznak tartó nők szexualitása szintén minden vizsgált paraméter tekintetében szignifikánsan rosszabb a jó kapcsolatban élőkénél: a rossz kapcsolatban élő nők ritkábban élnek szexuális életet, gyakoribb körükben a szexuális vágy hiánya, az orgazmus hiánya és a szexuális élet gyakrabban jár fájdalommal is. Az eredményeket részletesen a 3. táblázat mutatja be.

3. táblázat: A szexuális élet és a szexuális problémák gyakorisága a kapcsolat önminősítésének függvényében.

	Nők		P	Férfiak		P
	jó kapcsolat N=624	rossz kapcsolat N=39		jó kapcsolat N=624	rossz kapcsolat N=39	
Szexuális élet gyakorisága	4,36 (SD=0,913))	3,79 (SD=1,111)	<0,001	4,50 (SD=0,845)	3,55 (SD=1,230)	<0,001
Szexuális vágy hiánya	1,53 (SD=0,870)	1,95 (SD=1,046)	,004	1,40 (SD=0,714)	1,94 (SD=1,252)	<0,001
Kielégülés hiánya	1,78 (SD=1,312)	2,63 (SD=1,494)	<0,001	1,69 (SD=1,414)	2,03 (SD=1,545)	n.s.
Fájdalomérzet közösülés közben	1,17 (SD=0,553)	1,53 (SD=0,943)	0,001	1,07 (SD=0,345)	1,22 (SD=0,745)	,050
Korai magömlés				1,22 (SD=0,594)	1,46 (SD=0,781)	n.s.

A párkapcsolat stabilitása és a szexuális zavarok összefüggései a fiatal felnőttek (18-40 évesek) körében

A párkapcsolat szüneteltetésének gondolata a vizsgálati mintában szereplő nők 5,4 százalékában és a férfiak 4,9 százalékában merült fel. A párkapcsolat megszakítására, válásra a nők 4,8 százaléka, a férfiak 3,7 százaléka gondolt. A párkapcsolat nyitottá tételének a gondolata a nők és a férfiak kapcso-

lataiban egyaránt 2,3 százalékban merült fel.

Eredményeink szerint az instabil kapcsolatban élő nők körében szignifikánsan ritkábbak a szexuális együttlétek és gyakoribbak a szexuális fájdalomzavarok, és hasonlóképpen, az instabil kapcsolatban élő férfiaknál szignifikánsan ritkábbak a szexuális együttlétek és gyakoribb a szexuális vágy hiánya. Eredményeinket részletesen a 4. táblázat mutatja be.

4. táblázat: A szexuális élet és a szexuális problémák gyakorisága a kapcsolat stabilitásának függvényében.
(* $p < 0,005$, ** $p < 0,001$)

A párkapcsolat				Szexuális élet gyakorisága	Szexuális vágy hiánya	Kielégülés hiánya	Fájdalom-érzet közöskedés közben	Korai magömlés
szüneteltetése	Nők	Nem	N=606	4,37 (SD=0,910)	1,54 (SD=0,873)	1,82 (SD=1,340)	1,17 (SD=0,569)	
		Igen	N=53	3,81 (SD=1,067) **	1,75 (SD=0,965)	1,99 (SD=1,328)	1,36 (SD=0,681) *	
	Férfiak	Nem	N=490	4,53 (SD=0,826)	1,36 (SD=,683)	1,73 (SD=1,442)	1,08 (SD=,0369)	1,23 (SD=0,592)
		Igen	N=51	3,69 (SD=1,174) **	2,04 (SD=1,159)**	1,56 (SD=1,227)	1,09 (SD=0,465)	1,35 (SD=0,745)
megszakítása	Nők	Nem	N=612	4,37 (SD=0,917)	1,54 (SD=0,865)	1,82 (SD=1,344)	1,17 (SD=0,566)	
		Igen	N=47	3,79 (SD=1,023)**	1,79 (SD=1,054)	1,96 (SD=1,285)	1,42 (SD=0,712) *	
	Férfiak	Nem	N=505	,49 (SD=0,868)	1,38 (SD=0,696)	1,71 (SD=1,429)	1,07 (SD=0,365)	1,23 (SD=0,588)
		Igen	N=37	3,99 (SD=1,131)**	2,09 (SD=1,242) **	1,74 (SD=1,367)	1,11 (SD=0,534)	1,41 (SD=0,824)
nyitottá tétele	Nők	Nem	N=636	4,36 (SD=0,907)	1,55 (SD=0,871)	1,82 (SD=1,337)	1,17 (SD=0,566)	
		Igen	N=23	3,38 (SD=1,189) **	1,74 (SD=1,160)	2,24 (SD=1,359)	1,57 (SD=0,831) *	
	Férfiak	Nem	N=519	4,47 (SD=0,877)	1,39 (SD=0,707)	1,71 (SD=1,427)	1,07 (SD=0,363)	1,23 (SD=0,596)
		Igen	N=24	4,03 (SD=1,172) *	2,33 (SD=1,278) **	1,69 (SD=1,360)	1,13 (SD=0,623)	1,38 (SD=0,806)

Összegzés

Kutatásunkban azt vizsgáltuk, hogy Magyarországon milyen a férfiak és a nők körében a szexuális élet gyakorisága, milyen gyakran fordulnak elő szexuális problémák, és mindezek milyen kapcsolatban állnak a párkapcsolat minőségével és stabilitásával.

Vizsgálati mintánkban a férfiak 98,7 százaléka és a nők 98,5 százaléka vallotta magát heteroszexuálisnak. Ez azt jelenti, hogy a nem heteroszexuális orientáció aránya 1,3-1,5 százalék közötti. A hasonló témakörben végzett külföldi kutatások általában 1,2-3,7 százalék közöttinek jelzik az

LMBTQ-csoportba tartozók arányait (Gates 2011). A hazai adatok tehát ennek a sávnak az alsó részében helyezhetők el. A szexuális orientációra vonatkozó adatok értékelése kapcsán azonban figyelembe kell vennünk azt is, hogy nem minden LMBTQ-csoportba tartozó ember vállalja fel ezt az identitását, különösen akkor nem, ha kockázatosnak érzi ezt. Jelen vizsgálatban a nők közel 5 százaléka, a férfiak közel 3 százaléka nem válaszolt a szexuális orientációjára vonatkozó kérdésre (annak ellenére, hogy ezek a kérdések külön adatlapon szerepeltek, amelyet a kérdezőbiztos nem látott, a válaszadó saját maga töltött ki).

A szexuális élet gyakoriságát tekintve: a vizsgálati mintánkba tartozó férfiak közel fele rendszeresen, nagyjából egyharmada alkalmanként, egyötöde pedig egyáltalán nem élt szexuális életet az elmúlt 12 hónapban. A nők nagyjából 40 százaléka rendszeresen, egyötöde alkalmanként, egyharmada pedig egyáltalán nem élt szexuális életet a vizsgálatot megelőző évben. A szexuális élet gyakoriságával kapcsolatban számos kutatást végeztek már, ezek eredményei azonban általában nehezen hasonlíthatók össze. Módszertani szempontból ugyanis több különbség van a különböző vizsgálatok között. Jelen kutatásban pl. a szexuális élet gyakoriságát egyetlen kérdés mérte, míg más vizsgálatokban esetenként a különböző szexuális aktivitások (pl. közösülés, orális szex, anális szex) gyakoriságait mérték fel. Különbözhetnek a kutatások attól függően is, hogy milyen életkori csoportokra, vagy milyen párkapcsolati statusban lévőkre vonatkoznak, hiszen természetesen más adatokat kaphatunk időseknél, mint fiataloknál, egyedülállóknál, mint házasok vagy éppen özvegyek körében stb. Jelentősen különbözhet a szexuális élet gyakorisága a kapcsolat időtartamának a függvényében is. Jelen tanulmány terjedelmi keretei nem tesznek lehetővé a szexuális élet gyakorisága szempontjából ilyen részletes elemzéseket.

A szexuális zavarok gyakorisági adatainak összehasonlítását a módszertani kérdések szintén nehezítik. Saját kutatásunkhoz hasonló módszertannal készült például egy amerikai reprezentatív vizsgálat (Laumann és mtsai 1999), amelyben a 18-59 év közötti korosztályt 1749 nő és 1410 férfi képviselte, akiket a kérdezőbiztosok személyesen kerestek fel. A kutatásban a szexuális problémákra – saját kutatásunkhoz hasonlóan – az elmúlt

12 hónapos időtávra vonatkozóan kérdeztek rá. Ebben a vizsgálatban is felmérték a szexuális vágy, az orgazmus zavarait, a korai magömlés gyakoriságát és a szexuális fájdalomzavarok gyakoriságát is. Az amerikai kutatásban azonban a válaszhetőségek dichotomizáltak voltak (előfordult/nem fordult elő). Összehasonlítva ezeket az adatokat saját kutatásunk eredményeivel, azt láthatjuk, hogy nők körében a szexuális vágy hiánya az amerikai kutatásban a különböző életkori csoportokban 27-32 százalék közötti volt, saját vizsgálatunkban 39 százalék jelezte, hogy ez előfordult nála. Az orgazmus hiánya nőknél az USA-ban 22-28 százalékos, saját mintánkban 39,3 százalékos. Az akaratlan fájdalomérzet az amerikai mintában nőknél 8,21 százalékos, saját mintánkban 16,3 százalékos. Férfiaknál ezek az arányok a következőképpen alakulnak (az összehasonlításban az amerikai adatok szerepelnek elől, és ezekhez hasonlítjuk a saját kutatásban mért eredményeket): vágy hiánya: 13-17/44,8 százalék, orgazmus hiánya: 7-9/23,5 százalék, korai magömlés: 28-31/17,8 százalék. Az amerikai vizsgálatban férfiaknál nem mérték fel a szexuális fájdalomzavarok gyakoriságait. Összehasonlítva a fenti adatokat, azt láthatjuk, hogy a korai magömlés kivételével a hazai mintában minden szexuális probléma gyakoribb, mint az amerikai kutatásban. Ennek magyarázata részben minden bizonnyal az életkori hatás. Saját kutatásunkban 59 éven felüliek is szerepelnek (330 férfi és 239 nő) – ők képezik a teljes minta 15-17 százalékát. Több kutatás is igazolta már, hogy időskorban minden szexuális zavar gyakoribbá válik, kivéve a korai magömlést, aminek a gyakorisága csökken. Ez magyarázhatja, hogy saját mintánkban a korai magömlés gyakorisága az egyetlen, ami alacsonyabb az amerikai vizsgálatban szereplő értéknél.

Kutatásunk szempontjából azonban nem is maguknak a konkrét gyakorisági adatoknak van elsősorban jelentősége, hanem annak, hogy hogyan változik a szexuális élet (és a szexuális problémák) gyakorisága a kapcsolat minőségének és stabilitásának függvényében. A párkapcsolat minőségére vonatkozó kérdések csak a fiataloknak szóló kérdőívben szerepeltek, ezért azt vizsgáltuk, hogy körükben a párkapcsolat minősége, illetve a párkapcsolat stabilitása milyen összefüggéseket mutat a szexuális zavarok elfordulásával. A kapcsolatukat rossznak tartó férfiak körében szigni-

fikánsan ritkább a szexuális együttlétek száma, gyakoribb a szexuális vágy hiánya és gyakoribbak a szexuális fájdalomzavarok is. A kapcsolatukat rossznak tartó nők sexualitása minden vizsgált paraméter tekintetében (gyakoriság, vágy, orgazmus, fájdalom) szignifikánsan rosszabb a jó kapcsolatban élőkénél. A szexuális élet gyakoriságának és a párkapcsolati elégedettségnek a kapcsolata más kutatásokban is jól dokumentált (Muise et al. 2016). Egy több mint 13.000 főre kiterjedő amerikai országos reprezentatív kutatás szerint a szexuális élet gyakoriságának második legerősebb prediktora (az életkort követően) a kapcsolattal való elégedettség volt (Call et al 1995). Egy közel 1500, párkapcsolatban élő nőre kiterjedő német vizsgálatban a női szexuális zavarokat a Női Szexuális Funkció Index segítségével vizsgálták, és azt találták, hogy erős kapcsolat áll fenn a párkapcsolattal való elégedettség és a női szexuális zavarok között (Velten et al 2014).

Saját vizsgálatunkhoz hasonlóan, számos kutatás igazolta korábban, hogy a szexuális zavarok gyakorisága és a kapcsolat instabilitása között kapcsolat mutatható ki, például a szexuális élettel való elége-

dettség és a válási arányok szorosan összefüggenek (Christopher és Sprecher 2000). A korábbi vizsgálatok arra is rámutattak, hogy a válást tervezők körében gyakoriak a szexuális zavarok (Gautam és Batra 1996). Hasonló összefüggés mutatható ki a válás és a szexuális élet alacsony gyakorisága között is (Stack és Gundlach 1992).

Összességében elmondhatjuk tehát, hogy fiatalok körében a párkapcsolat minősége és a kapcsolat stabilitása szoros összefüggést mutat a szexuális zavarok gyakoriságával. Vizsgálataink keresztmetszeti jellege nem ad választ az ok-okozati összefüggés irányára vonatkozó kérdésre. Korábbi kutatások rámutattak azonban arra, hogy ezek a kapcsolatok kölcsönösek, a rossz párkapcsolatokban nagyobb valószínűséggel fordulnak elő szexuális problémák, a szexuális zavarok pedig hozzájárulnak a párkapcsolat minőségének romlásához, gyengítik annak stabilitását. Vizsgálatainkkal ezért szeretnénk felhívni a figyelmet a szexuális problémák hatékonyabb felismerésének és kezelésének fontosságára, valamint a szexuális zavarok kezelése során a párkapcsolati tényezők kiemelt jelentőségére is.

Felhasznált irodalom

- Call, Vaughn, Susan Sprecher, and Pepper Schwartz (1995) The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, Vol 57 (3): 639-652.
- Christopher, F. Scott and Susan Sprecher (2000) Sexuality in marriage, dating, and other relationships: A decade review. *Journal of Marriage and Family*, 62(4), 999-1017.
- Edwards, John N. and Alan Booth (1994) Sexuality, marriage, and well-being: The middle years. In Alice Rossi (Ed.), *Sexuality across the life course*. Chicago: The University of Chicago Press. 233-259.
- Gautam, Shiv and Lalit Batra (1996) Sexual behaviour and dysfunction in divorce seeking couples. *Indian Journal of Psychiatry*, Vol. 38 (2), 109-116.
- Gates, Gary J. (2011): How many people are lesbian, gay, bisexual and transgender? <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Gates-How-Many-People-LGBT-Apr-2011.pdf>. [Hozzáférés: 2021.11.11.]
- Laumann, Edward O., Anthony Paik and Raymond C. Rosen (1999) Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, Vol. 281 (6), 537-544.
- Muise, Amy, James J. Kim, James K. McNulty and Emily A. Impett (2016). The positive implications of sex for relationships. *Advances in Personal Relationships*, 1, 124-147.
- Risch, Gail S., Lisa A. Riley and Michael G. Lawler (2003) Problematic issues in the early years of marriage: Content for premarital education. *Journal of Psychology and Theology*, Vol. 31 (3), 253-269.
- Velten, Julia, Saskia Scholten and Jürgen Margraf (2014) Partnership satisfaction and sexual function in hetero-, homo-, and bisexual women. Poster. Conference: 44rd Annual Congress of the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (EABCT) The Hague, The Netherlands.
- Yabiku, Scott T. and Constance T. Gager (2009) Sexual frequency and the stability of marital and cohabiting unions. *Journal of Marriage and Family*, Vol. 71 (4), 983-1000.
- WHO (World Health Organization) (2006) Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health [Internet]. Geneva: WHO https://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf (Hozzáférés: 2021.11.09.)

Nemzeti identitás: büszkeség, lojalitás, önkritika

Betekintő

A Hungarostudy 2021 adatfelvételben nyolc 1-4-ig terjedő ún. Likert-skálás¹ kérdéssel vizsgáltuk a megkérdezettek Magyarországgal és a magyar identitással kapcsolatos véleményét. A nyolc itemből álló kérdéssor közül öt állítás pozitív, három pedig a magyarokkal kapcsolatos negatív tartalmú attitűd mérésére irányult.

A válaszadók büszkék magyarságukra, lojálisak hazájukhoz és egyúttal önkritikusak is azzal összefüggően. A legnagyobb arányban a magyar sportolók jó teljesítményére büszkék honfitársaink, ezt szorosan követte a magyar állampolgárságukra büszke válaszadók magas számaránya. Figyelemre méltóan magas értékeket mértünk a Magyarország iránti lojalitással kapcsolatban is, a válaszadók több mint háromnegyede szerint az országot akkor is támogatni kell, ha az vélt vagy valós hibát követ el. Honfitársainkra ugyanakkor egyfajta önkritikus véleményalkotás is jellemző, közel háromnegyedük értett egyet azzal, hogy el kell ismerni hiányosságainkat is.

A pozitív tartalmú állítások esetében az átlagost meghaladó mutatók jellemezték a nőket, az idősebbeket, a kisgyermeket nevelőket, valamint a rendszeres vallásgyakorlókat és a gyermekes szülőket. A városi és/vagy községi lakóhellyel rendelkezők az átlagot meghaladóan büszkébbek és lojálisabbak, míg a nagyvárosi válaszadók e tekintetben, jellemzően átlag alattiak. A negatív tartalmú állítások esetében a munkanélküliek, a tanulók, a városiak és a nem hívők kritikusabbak voltak, mint más társadalmi csoportok.

Kutatásunk novumának tekinthető, hogy a teljes sokasággal összehasonlítva részletesebben is vizsgálja a cigány/roma származásúak nemzeti identitással kapcsolatos véleményét. A cigány/roma származásúakkal (a teljes sokaság 5,1%-a) kapcsolatos előítéleteket cáfolja, hogy a Magyarországgal és a magyarságtudattal kapcsolatos véleményük a pozitív tartalmú állítások esetében nemhogy eltért, hanem bizonyos esetekben meg is haladta a teljes sokaságban mért értékeket. A cigány/roma nemzetiségűeknél ugyanakkor több negatív tartalmú állításnál is viszonylag magas volt a „nem válaszoló” aránya, ami részben mérsékeli a roma populáció által adott válaszok validitását.

Elméleti háttér

A nemzeti érzés, a nemzeti identitás interdiszciplináris megközelítést igénylő terület. Egyaránt vizsgálható a kulturális antropológia, a szociológia, a szociálpszichológia, valamint a közgazdaság- és történelemtudomány, a politikatudomány eszközeivel, s ennek megfelelően hazai és nemzetközi

szakirodalma is igen kiterjedt. A témával összefüggő diszkurzusok a jelenkori individualizált társadalmakban, a globalizálódó világunkban különösen fontossá vált. Az egyes országok regionális pozíciójából is adódó strukturális egyenlőtlenségek, az elmúlt évszázadok és évtizedek történe-

¹A kérdés így hangzott: „Kérem, hogy a jelezze, hogy mennyire ért Ön egyet, vagy nem ért egyet a következő állításokkal?

Válaszoljon 1-től 4-ig, ahol a 4-es azt jelenti, teljesen egyet ért, az 1-es pedig azt, hogy egyáltalán nem ért egyet!”

A válaszadóknak természetesen lehetősége volt a „nem tudja, nem válaszol” válaszlehetőségre is.

sei (pl. a balti államok függetlensége, a délszláv háborúk, az európai kisebbségek helyzete, s napjainkban a migráció, az Európai Unión belüli polémiák) egyaránt jelzik, hogy a nemzeti identitás már a polgári nemzetállamok kialakulása előtt is létező eszméje mit sem veszített érvényességéből, aktualitásából/időszerűségéből.

A nemzeti önazonossággal, az identitással kapcsolatos nemzetközi és hazai szakirodalom rendkívül szerteágazó. A kulturanropológiai, történeti és konstruktivista megközelítések (Gellner 1983, Hobsbawn 1992, Stuart 1997) mellett a politikatudományi (Fukuyama 2018), a regionális és globa-

lizációs értelmezések (Koller 2016, Palánkai 2013), valamint az empirikus szociológiai vizsgálatok (Csepeli és mtsai 2007, Székely 2014), a roma identitással összefüggő kérdőíves kutatások (Keresztes-Takács 2017) és a szintetizáló jellegű kiadványok és elemzések egyaránt (Szirmai és mtsai 2009, Kollai 2020) megtalálhatók. Alábbi cikkünkben leíró megközelítésben a Hungarostudy 2021 felvétel nemzeti identitással kapcsolatos első eredményeit kívánjuk bemutatni, a válaszok és válaszdók részletesebb elemzésre és oksági modellek alkalmazására a vizsgálat tanulmánykötetében kerül majd sor.

Eredmények

A továbbiakban elsőként a nemzeti identitással kapcsolatos kérdésekre adott egyetértő és egyet nem értő válaszok arányát mutatjuk be, majd társadalomdemográfiai jellemzők alapján vizsgáljuk a válaszok középértékének/átlagának alakulását, végül a teljes sokaság adatait hasonlítjuk össze a cigány/roma nemzetiségű válaszadók mutató-

ival. A felvétel egészének módszertanát egy korábbi tanulmány részletesen tárgyalta, ezért az alábbiakban csak a fenti kérdésekkel kapcsolatos válaszok megoszlását mutatjuk be az 1 és 4 közötti skála átlagértékei szerint (1 - egyáltalán nem ért egyet, 4 - teljes mértékben egyetért) csökkenő sorrendben.

1. táblázat: A magyar identitásra vonatkozó kérdésekre adott válaszok száma, 2021 (1-4 skála)

	Érvényes válaszok száma		Érvénytelen, hiányzó válaszok száma		Összes potenciális válaszadó száma		A kérdésre adott válasz átlagértéke	
	Teljes sokaság	Cigány/roma nemzetiségű	Teljes sokaság	Cigány/roma nemzetiségű	Teljes sokaság	Cigány/roma nemzetiségű	Teljes sokaság	Cigány/roma nemzetiségű
Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken.	6882	341	118	18	7000	359	3,39	3,38
Sokkal szívesebben vagyok magyar állampolgár, semhogy bármely más ország állampolgára legyek.	6788	329	212	30	7000	359	3,25	3,32
Az embereknek még akkor is támogatniuk kell az országukat, ha az az ország hibát követ el.	6729	327	271	32	7000	359	3,02	3,05
Jobb hely lenne a világ, ha a magyarok elismernék Magyarország hiányosságait.	6556	295	444	64	7000	359	2,96	3,02
Általában, Magyarország jobb ország, mint a legtöbb más ország.	6646	309	354	50	7000	359	2,77	2,78
Jobb hely lenne a világ, ha a többi ország lakosai is olyanok lennének, mint a magyarok.	6604	301	396	58	7000	359	2,73	2,77
Gyakran kevésbé tudok büszke lenni Magyarországra, mint ahogy azt szeretném.	6811	328	189	31	7000	359	2,69	2,48
Van néhány dolog a mai Magyarországon, ami miatt szégyellem a hazámat.	6859	336	141	23	7000	359	2,63	2,37

A válaszok átlagos értékei az egyetértés mértékét jelzik, másképpen fogalmazva: minél magasabb a számtani középérték (átlag) annál inkább egyetértettek az állítás tartalmával és fordítva, minél kisebb volt az átlagérték annál kevésbé

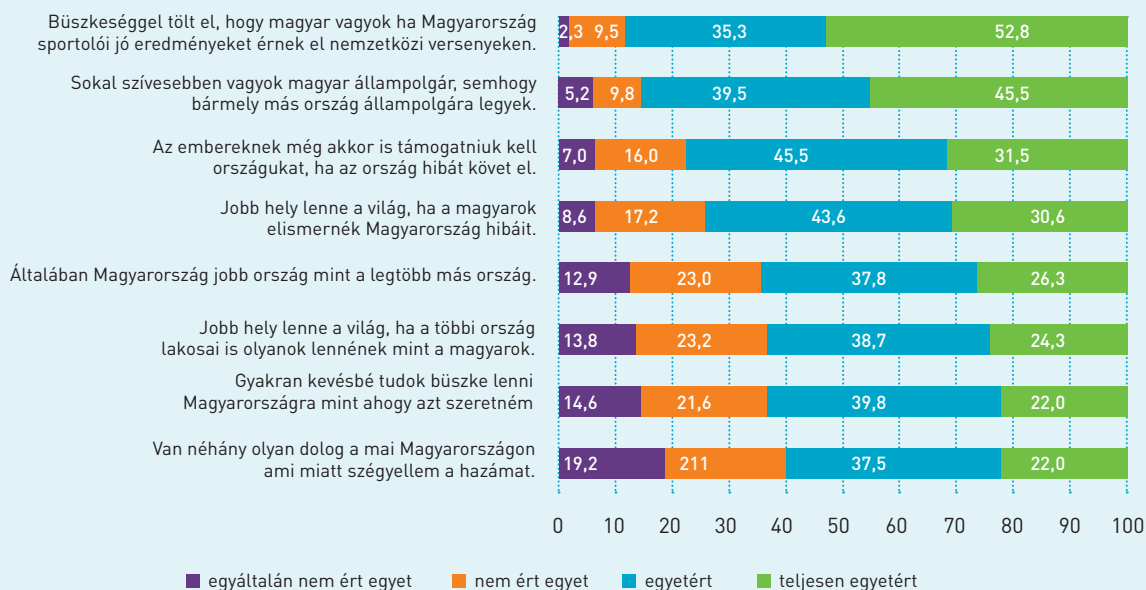
értettek egyet azzal. A mérés során 1-4-ig terjedő skálát használtunk, ezért az értelmezés megkönnyítése érdekében jelezzük, hogy a 2,00-nál nagyobb átlagos érték már önmagában is az egyetértést, míg az annál kisebb érték az egyet nem értést jelzi.

Büszkeség és lojalitás, önkritika

A hazai népesség magyar identitással kapcsolatos véleményére a fejezetcímbe leírt jellemzők a legtalálóbbak. A legnagyobb egyetértés (88,1%) a magyar sportolók jó teljesítményével kapcsolatos véleményt övezi, ezt 85,0%-kal szorosan követi a magyar állampolgárságukra határozottan büszke válaszadók pozitív attitűdje. Figyelemre méltóan magas a Magyarország iránti lojalitást mérő mutató is, a válaszadók 77,0%-a szerint az országot akkor is támogatni kell, ha az vélt vagy valós hibát követ el. Honfitársainkra ugyanakkor egyfajta önkritikus véleményalkotás is jellemző, háromnegyedük (74,1%) ért egyet azzal, hogy el kell is

merni hiányosságainkat is. Más országokkal összehasonlítva a megkérdezettek közel kétharmada (64, illetve 63%-a) Magyarországot jobb országnak tartja, mint másokat és úgy gondolja, hogy a világ egésze is élhetőbb lenne, ha a magyarokhoz hasonló attitűddel rendelkeznének külföldön is. A Magyarországgal kapcsolatos negatív vélemény (kevésbé büszke, szégyenérzet) a válaszadók 61,8, illetve 59,8%-ra volt jellemző, de esetükben volt megfigyelhető a legnagyobb arányú egyet nem értés is: 38,2, illetve 40,2%-uk nem, vagy egyáltalán nem értett egyet az ezzel kapcsolatos állításokkal.

1. ábra: A magyar identitással kapcsolatos válaszok aránya a teljes sokaságban, 2021



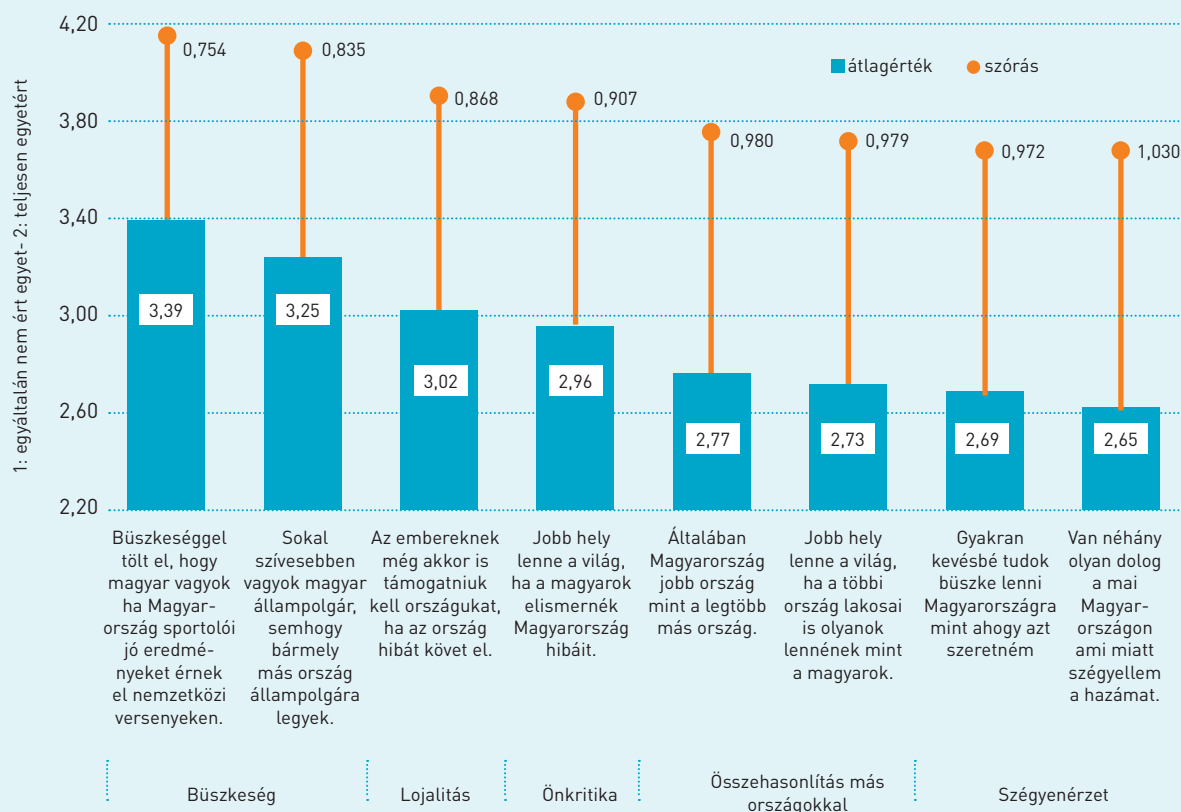
Az alábbi ábrában a szórást is feltüntetjük, hogy látható legyen mennyire voltak homogének, illetve heterogének az egyes állításokra adott válaszok. A kisebb értékű szóródási mutató azt jelzi, hogy a válaszadók válaszai jellemzően azonos tartalmúak voltak (pl. egyetértők), míg a nagyobb azt,

hogy a válaszok eltértek (pl. sok volt az egyetértő és egyet nem értő válasz is). Mindez azért fontos, mert ennek alapján pontosabban értelmezhető, hogy a magyar identitással kapcsolatos állítások megosztják-e a hazai népet vagy sem.

Eredményeink alátámasztják, hogy a nemzeti büszkeség és az ország iránti lojalitás, valamint az önkritikus hozzáállás egységesen jellemző a magyar

állampolgárok döntő többségére és leginkább a szégyenérzettel kapcsolatos negatív tartalmú állítás esetében oszlik meg a válaszadók véleménye.

2. ábra: A magyar identitással kapcsolatos válaszok átlagértékei és szórásuk a teljes sokaságban, 2021



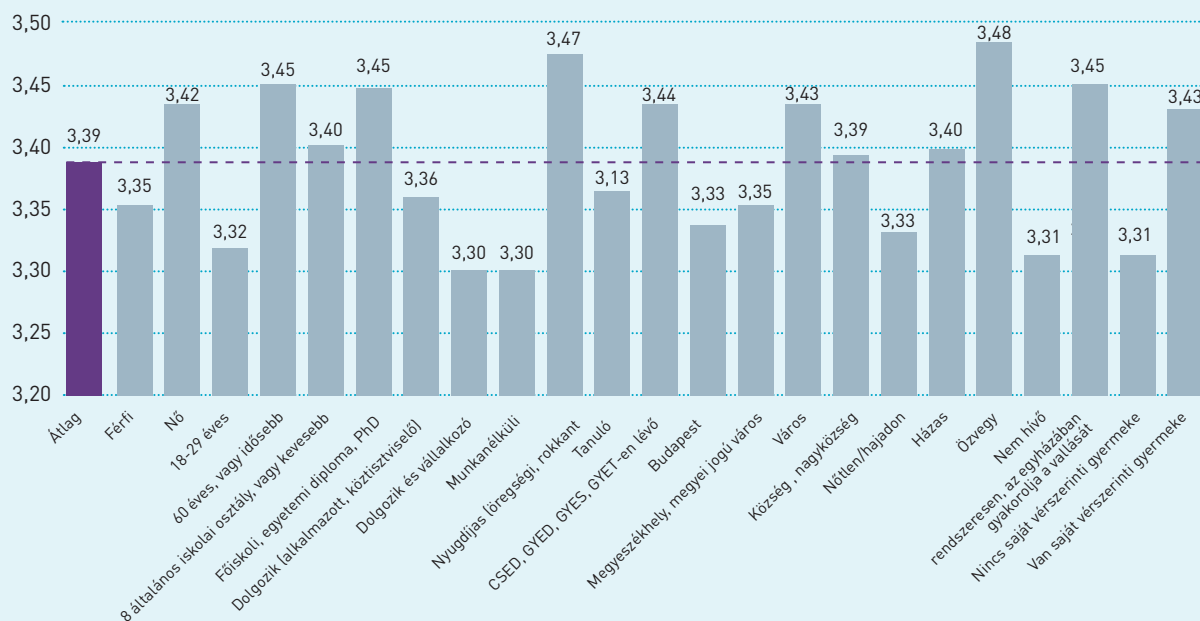
A társadalomdemográfia háttér szerepe az identitás megítélésében

Korábbi kutatásokból ismert, hogy a társadalomdemográfiai háttér fontos meghatározó tényezője az egyének és társadalmi csoportok anyagi jólétének és szubjektív elégedettségének. A családtól és a barátoktól kapott minták, az iskolai végzettség, a helyi, regionális környezet egyaránt fontos befolyásoló faktorai az adott személy vagy család egzisztenciális jólétének és szubjektív attitűdjeinek. Társadalomdemográfiai tényezők (pl. nem, életkor, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, gyermekszám stb.) szerint csoportosítva a továbbiakban a nemzeti büszkeséggel összefüggő kettő legmagasabb átlagértékű pozitív tartalmú, és kettő negatív tartalmú állítással összefüggő adatokat hasonlítjuk össze. Az ábrákban fekete színű szaggatott vonallal jeleztük a csoportátlagot, az azt meghaladó oszlopdiagramok az átlagot meghaladó, az annál kisebb

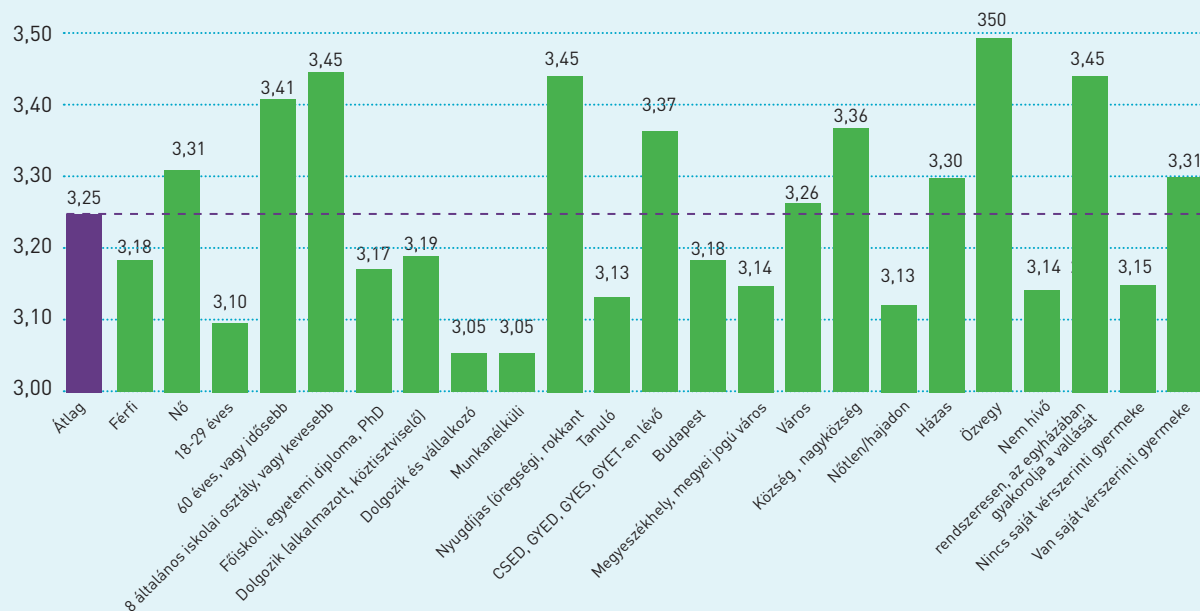
bek pedig az átlagosnál kisebb mértékű egyetértést fejeznek ki az egyes állítások vonatkozásában.

A 3. és 4. ábrákban található pozitív tartalmú állításokkal kapcsolatban, több esetben is hasonló mintázatok figyelhetők meg, szem előtt kell tartani viszont, hogy az egyes oksági tényezők (pl. életkor és gazdasági aktivitás) egymással is összefügghetnek. Az átlagost meghaladó mutatók jellemzik a nőket, az idősebbeket, s ezzel összefüggően a nyugdíjasokat, a kisgyermekes szülőket, valamint a rendszeres vallásgyakorlókat és a gyermekkel rendelkezőket. Az átlagosnál kisebb értékek jellemzik ugyanakkor a fiatalabb generációkat, a tanulókat, a vállalkozókat és a munkanélkülieket, a nem hívőket és a gyermekteleneket.

3. ábra: A magyar identitással kapcsolatos pozitív tartalmú attitűddel kapcsolatos állítás: „Büszkeség tölt el, hogy magyar vagyok, ha Magyarország sportolói jó eredményeket érnek el nemzetközi versenyeken.” átlagértékei a teljes sokaságban, 2021



4. ábra: A magyar identitással kapcsolatos pozitív tartalmú attitűdökkel kapcsolatos állítás: „Sokkal szívesebben vagyok magyar állampolgár, semhogy bármely más ország állampolgára legyek.” átlagértékei a teljes sokaságban, 2021

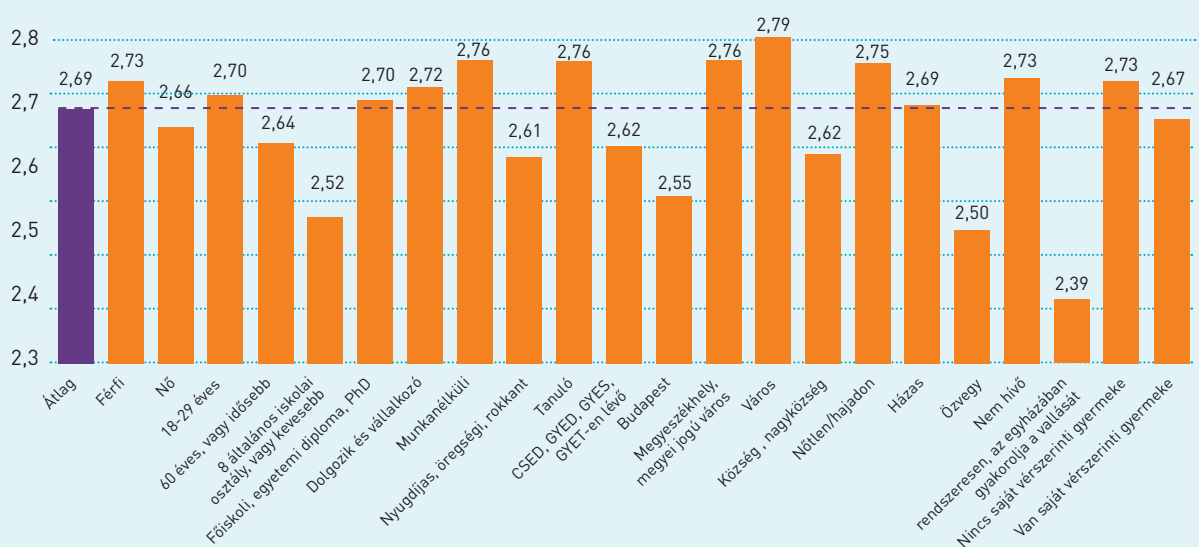


Figyelemre méltók továbbá az iskolai végzettség-
gel kapcsolatos mutatók is, amelyek leginkább
ellentmondásosak. A magyar sportolók jó ere-
ményeire például a diplomások az átlagosnál büsz-
kébbek, de a másik két állítás esetében mutatóik
átlag alattiak. A kevésbé iskolázottak ugyanakkor
sokkal szívesebben magyar állampolgárok és az
ország iránti lojalitásuk is átlag feletti. Markánsabb
határvonal leginkább a településtípusnál érzékel-
hető: a városi és/vagy községi lakóhellyel rendel-

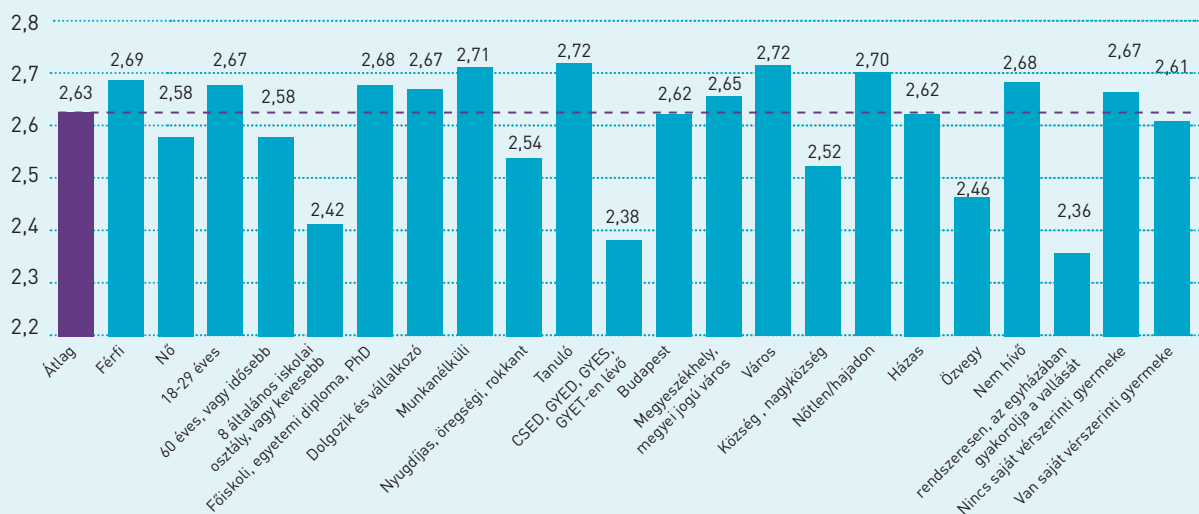
kezők az átlagot meghaladóan büszkébbek és lo-
jalisabbak, míg a nagyvárosi válaszadók mutatói
jellemzően átlag alattiak.

Az 5. és 6. ábrákban található negatív tartalmú
állítások mutatói részben az előbb fordított mintá-
zatai. A munkanélküliek, a tanulók, a városiak és
a nem hívők érzékelhetően kritikusabbak, ami
arra utal, hogy a magyar társadalom nemzeti iden-
titással kapcsolatos, alapvetően hálószerűen erős
értékrendjén vannak kisebb-nagyobb hézagok.

5. ábra: A magyar identitással kapcsolatos negatív tartalmú attitűddel kapcsolatos állítás: „Gyakran kevésbé tudok büszke lenni Magyarországra, mint ahogy azt szeretném.” átlagértékei a teljes sokaságban, 2021



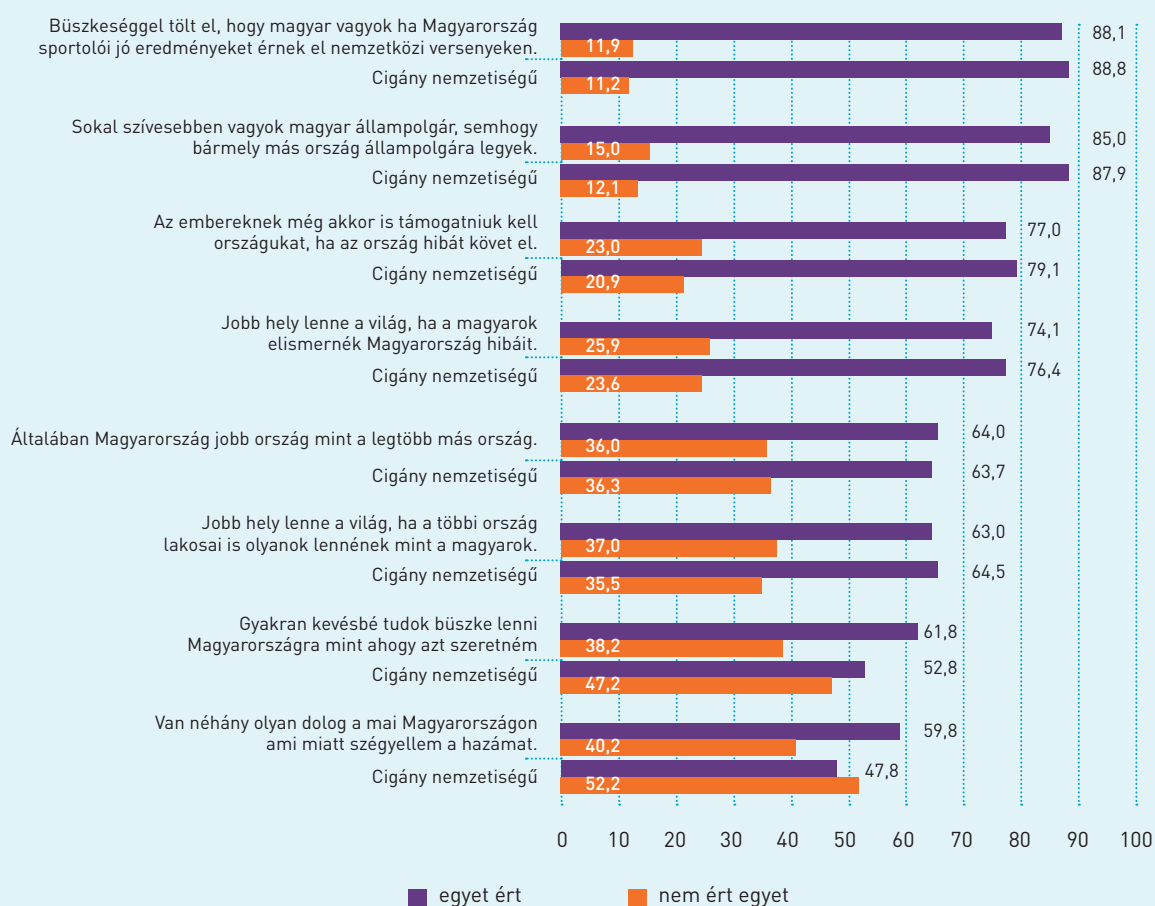
6. ábra: A magyar identitással kapcsolatos negatív tartalmú attitűddel kapcsolatos állítás: „Van néhány dolog a mai Magyarországon, ami miatt szégyellem a hazámat.”



A Hungarostudy 2021 adatfelvétel és a relatíve sok roma válaszoló (az összes megkérdezett 5,1%-a) lehetővé tette, hogy összehasonlítsuk a teljes sokaság és a magukat cigány/roma nemzetiségűnek tartók magyar identitással kapcsolatos válaszait. A téma vizsgálatát azért tartjuk fontosnak, mert eloszthatja azt a magyarországi romákkal kapcsolatos előítéletet miszerint ők kevésbé tartják magukat magyarnak és a magyarsággal kapcsolatos attitűdjük is jelentősen eltérnek a többségi társadalométól.

Eredményeink szerint a cigány/roma válaszadók Magyarországgal és a magyarságtudattal kapcsolatos véleménye a pozitív tartalmú állítások esetében nemhogy eltér, hanem bizonyos esetekben az egyetértők mutatója meg is haladja a teljes sokaságban mért értékeket.² A magyar sportolók jó eredményeire büszke válaszadók szinte azonos arányban fordultak elő (88,8%), míg a magyar állampolgársággal és az ország iránti lojalitással a cigány/roma válaszadók nagyobb arányban értettek egyet (87,9, illetve 79,1%), mint a teljes sokaság egészében (85,0%, illetve 77,0%).

7. ábra: A magyar identitással kapcsolatos válaszok aránya a teljes sokaságban és a cigány/roma nemzetiségűek körében, 2021

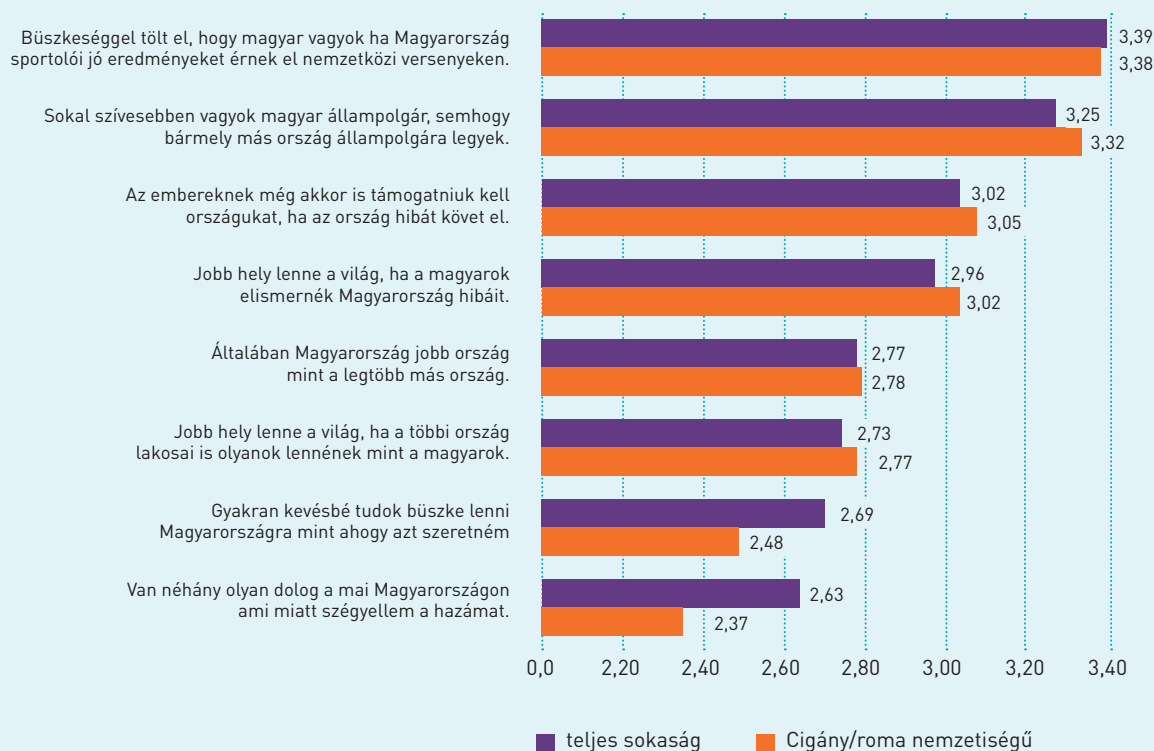


²A következő ábrában található nyolc állítás közül a két utolsó negatív tartalmú állításnál volt szignifikáns a Khi-négyzet mutató értéke, a többi esetében nem volt szignifikáns a kapcsolat.

A három negatív tartalmú állítás esetében a cigány/roma nemzetiségűek – feltehetően a személyesen és/vagy csoportosan megélt diszkrimináció miatt – a „Jobb hely lenne a világ, ha a magyarok elismernék...” állítás esetében (76,4%) kritikusabbak voltak, mint a sokaság egésze. Figyelemre méltó azonban, hogy a „negatív” tartalmú állításokkal egyetértők teljes sokaságban mért értékekhez képest a cigány/roma válaszadók mutatói – a fenti állítást kivéve – kisebbek voltak a másik két negatív állítás esetében, másképpen fogalmazva: nagyobb arányban nem értettek egyet azokkal, mint a sokaság egésze. Mindez szintén arra utal, hogy döntő többségük elkötelezett Magyarország iránt és büszke is a magyar identitására.

Az egyes állításokra adott válaszok átlagértékei szintén alátámasztják a korábban leírtakat. A magyarságukra büszke és az ország iránti lojalitással kapcsolatos középértékek nagyon hasonlóak mindkét sokaságban, sőt a cigány/roma nemzetiségűek több pozitív tartalmú válasz esetében magasabb, míg a negatív tartalmú válaszok többségében alacsonyabb átlagértékekkel rendelkeznek. Módszertani szempontból ugyanakkor fontos jelezni azt is, hogy a cigány/roma nemzetiségűek körében több állítás esetében is viszonylag magas volt a „nem válaszolók” aránya, ami némileg mérsékeli a roma populáció által adott válaszok validitását.

8. ábra: A magyar identitással kapcsolatos válaszok átlagértékei a teljes sokaságban és a cigány/roma nemzetiségűek körében, 2021



Összegzés

A Hungarostudy 2021 felvétel különleges lehetőséget nyújtott arra, hogy időszerű adatokat elemezzünk a nemzeti identitással összefüggő állításokkal történő egyetértést, illetve egyet nem értést illetően. A magyar társadalomban létező, a nemzettel, a nemzeti identitással kapcsolatos

különböző narratívák ellenére eredményeink szerint honfitársaink többsége kifejezetten büszke magyar állampolgárságára, s ennek háttérében az érzelmi- és kollektív tudati tényezők, az egyéni értékek és érdekek, valamint a csoportnormák és a társadalmi-és környezeti háttér magyarázó

tényezői egyaránt jelen vannak. Adataink alapján a társadalom egészében és a cigány/roma nemzetségűek körében megfigyelhető vélemények között nincs szignifikáns eltérés, a cigány/roma nemzetségűek ugyanannyira büszkék a magyar-ságukra, sőt egyes esetekben még az összes megkérdezett átlagához képest is erősebb nemzeti magyar identitás figyelhető meg náluk. A válasz-

adók közötti markánsabb különbségek leginkább az életkor és a lakóhely településtípusa alapján figyelhetők meg. Az iskolai végzettséggel és a háztartás jövedelmi helyzetével összefüggő hatások jelenleg még ellentmondásosak, ezek részletesebb vizsgálatára a Hungarostudy vizsgálat tanulmánykötetében fogunk részletesebben kitérni.

Felhasznált irodalom

- Beck, Ulrich ([1985] 2003): A kockázat-társadalom. Út egy másik modernitásba, Budapest: Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság - Századvég Kiadó.
- Binder Mátyás (2016): Roma – identitás – politika a rendszerváltás utáni Magyarországon. In: Holtpont. (Szerk: Földes György – Antal Attila) Társadalomkritikai tanulmányok Magyarország elmúlt 25 évéről. Napvilág Kiadó ISBN 978-963-338-333-9.
- Csepeli Gy. – Örkény A. – Székelyi M. – Poór J. – Várhalmi Z. (2007): Nemzeti érzés és európai identitás. Budapest: Arktisz Kiadó.
- Fukuyama, Francis (2018) Why National Identity Matters. *Journal of Democracy*, vol. 29 no. 4, 2018, p. 5-15. Project MUSE, doi:10.1353/jod.2018.0058.
- Hall, Stuart: A kulturális identitásról. In: Feischmidt Margit (szerk.): Multikulturalizmus. Budapest: Osiris, 1997. 68–75.
- Hobsbawm, Eric John (1992): Nations and nationalism since 1780. Programme, myth, reality. Cambridge University Press.
- Keresztes-Takács Orsolya (2017): Roma fiatalok etnikai identitása és önértékelése egy kérdőíves kutatás tükrében. In: *Esély. Társadalom-és szociálpolitikai folyóirat*. 2017/3. 56-72. https://www.esely.org/kiadvanyok/2017_3/esely_2017-3_2-2_keresztes_roma_fiatalok.pdf (Letöltés ideje: 2021.12.09.)
- Kollai István (2020): Nemzetek létezése: Túl az érdekeken. Érzelmi és értelmi motívumok a nemzeti identitások kialakulásában. In: *Politikatudományi Szemle* XXIX/3. 31–50. pp. Társadalomtudományi Kutatóközpont. <https://doi.org/10.30718/POLTUD.HU.2020.3.31>
- Koller Boglárka (2016): Identity patterns in East-Central Europe in a comparative perspective. *Journal of Comparative Politics*, Vol. 9, No. 2, 85–98.
- Kopp Mária – Skrabski Árpád (2000): A magyar lelkiállapot és a társadalmi tőke szerepe a népegészségügyi mutatók alakulásában. In: Elekes Zsuzsanna–Spéder Zsolt (szerk.): Törések és kötések a magyar társadalomban, Budapest: Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság - Századvég Kiadó, 254-264.
- Magyar identitás határon innen és túl (2014). Új Ifjúsági Szemle (szerk: Székely Levente). Új Ifjúsági Szemle Alapítvány. ISBN 978-963-12-1703-2.
- Nemzetiségi - nemzeti - európai identitás: konferencia kiadvány (2009). Szirmai Éva, Újvári Edit (szerk.) Szeged: SZTE JGYPK Felnőttképzési Intézet. ISBN 978-963-482-962-1.
- Palánkai, Tibor (2013): European integration, national and ethnic identities and Central Europe. In: Míszlivetz, Ferenc; Jensen, Jody (szerk.): Global Challenges – European and Local Answers: The rise of glocality in Europe. Savaria University Press, Szombathely, 115–140.

A vallásosság, boldogság, elégedettség és az anómia alakulása a magyar népesség körében

Betekintő

A vallásosság szerkezete átalakulni látszik, az ezredforduló környékén mért trendek egy része nem folytatódik, ám a nem hívők aránya továbbra is növekszik. A vallás fontosságának csökkenése megállt, különösen a férfiak körében nyert ismét teret, bár továbbra is kevésbé fontos számukra, mint a nőknek. A magas végzettségűek közt fordulnak elő legnagyobb arányban mind a rendszeres vallásgyakorlók, mind azok, akiknek minden cselekedetét befolyásolja a vallás. A lelki egészség vizsgált mutatói, mint az elégedettség, a boldogság és az anómia javultak a 2013-as felmérés adataihoz képest, a nők körében nagyobb arányban.

Bevezetés

A Hungarostudy kutatásokban a rendszerforduló után, az 1995-ös felméréssel kezdődött a vallásosságnak, mint a lelkiállapot fontos összetevőjének vizsgálata a magyar népesség körében. 1988-ban még nem lehetett nyíltan rákérdezni a vallásosságra, csak az imára, mint a megküzdés, coping egyik módjára, de a konfliktusmegoldás ezen faktora a nehéz helyzetekben már ekkor megjelent, és pozitív összefüggést mutatott az életcélokkal, valamint a társadalmi kohézióval. A későbbi Hungarostudy kutatásokban két dimenzió mentén kezdődött el a magyarországi népesség vallásosságának mérése: a vallásgyakorlás és a vallás fontossága mentén. A vallás gyakorlása elsősorban a vallásosság társadalmi beágyazottságát vizsgálja (nem hívő; nem gyakorolja vallását; a maga módján gyakorolja; ritkán, az egyházában

vagy rendszeresen az egyházban gyakorolja), míg a vallás fontosságával (egyáltalán nem fontos, kissé fontos, nagyon fontos, minden cselekedetét befolyásolja) a spiritualitás iránti igényt vizsgálják a kutatások (Kopp és mtsai 2006).

A 2006-os vizsgálat eredményeiből is látható a vallásosság strukturális átalakulása (Székely 2008), amely a 20. század utolsó évtizedeiben elkezdődött folyamatot erősíti meg, és ez látható a 2013-as kutatás adataiból is. Ez elsősorban a rendszeres vallásgyakorlók számának csökkenését, a nem hívők és a maguk módján vallásosak arányainak növekedését jelenti, vagyis egyfajta erős szekularizációs folyamatot mutat. Mindeközben a magas végzettségű fiatalok között 2002-ben és 2006-ban is nőtt a vallásukat rendszeresen gyakorlók aránya (Székely és Lázár 2013).

A vallásosság alakulása 1995-2021 között

A szekularizációs elmélet szerint a vallási változás szükségszerűen és visszafordíthatatlanul a vallásos-

ság megszűnését eredményezi majd. Ezzel szemben más elméletek, mint pl. a vallási individua-

lizáció elmélet, ezt nem eltűnésnek, hanem átalakulásnak látják. Vagyis míg az egyházas vallásgyakorlás csökken, addig, mintegy ezt kiegészítve, erősödik az individuális vallásosság. Ezt már korábbi adatok is alátámasztották, főként Európa keleti országaira nézve, vagyis a szekularizációval együtt egy deszekularizációs folyamat is elindult,

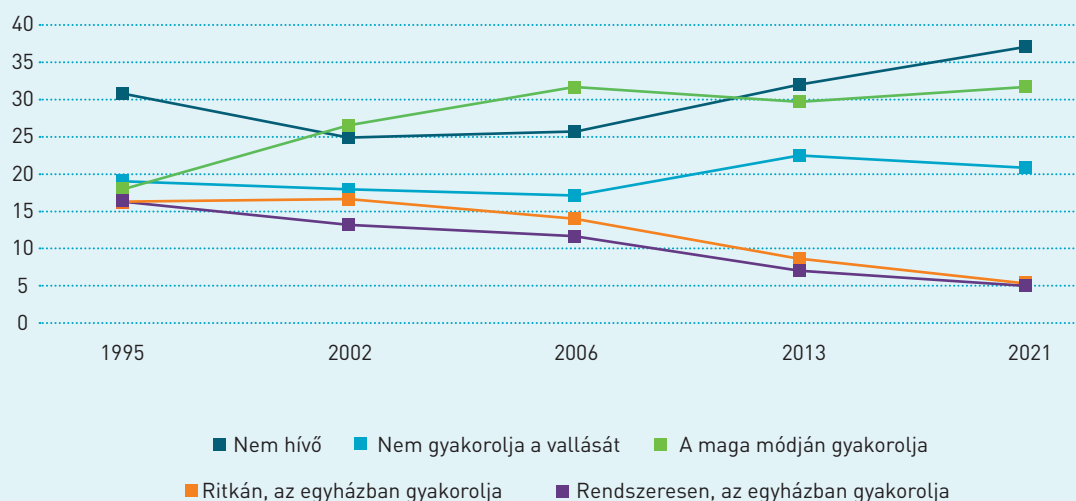
és az individualista vallásosság sokszor párhuzamosan erősödik az egyházi vallásosság gyengülésével (Rosta 2019). A Hungarostudy adatok is ezt az elméletet támasztják alá, ha megvizsgáljuk, hogyan alakult a vallásosság a magyar népességben 1995 óta.

A vallásgyakorlás módja

A korábbi felmérésekben látható trend (1. ábra), vagyis az összességében magukat valamilyen módon vallásosnak mondók arányának 2006-ig tartó növekedése (Székely és Lázár 2013) (69%-ról 75%-ra), majd azt ezt követő csökkenés 2021-ben is folytatódik, mára az arány 63 százalék. Még így is azt mondhatjuk, hogy a magyarországi népesség közel kétharmadát teszik ki azok, akik valamilyen értelemben identitásuk részének tekintik a vallást. Jól látható, hogy a vallás, illetve annak elsősorban az intézményes formája folyamatosan teret veszít. A vallásukat az egyházukban legalább

ritkán gyakorlók aránya a harmadára csökkent, a maguk módján vallásosok aránya 2013-ig csaknem 80 százalékkal nőtt, és azóta stabilan csaknem egyharmadát teszik ki a népességnek. Ez a csoport a nem hívők közül is nyert, mivel ez utóbbiak aránya is csökkent 2006-ig, azóta azonban meredeken növekszik, és mára 20 százalékkal többen vannak, mint az első lekérdezés idején. A nemek között jelentős különbség nem található, bár a férfiak kevésbé vallásosak; a változások hasonló arányúak.

1. ábra: A vallásgyakorlás módja kategóriáinak alakulása a Hungarostudy felmérések alapján 1995 és 2021 között

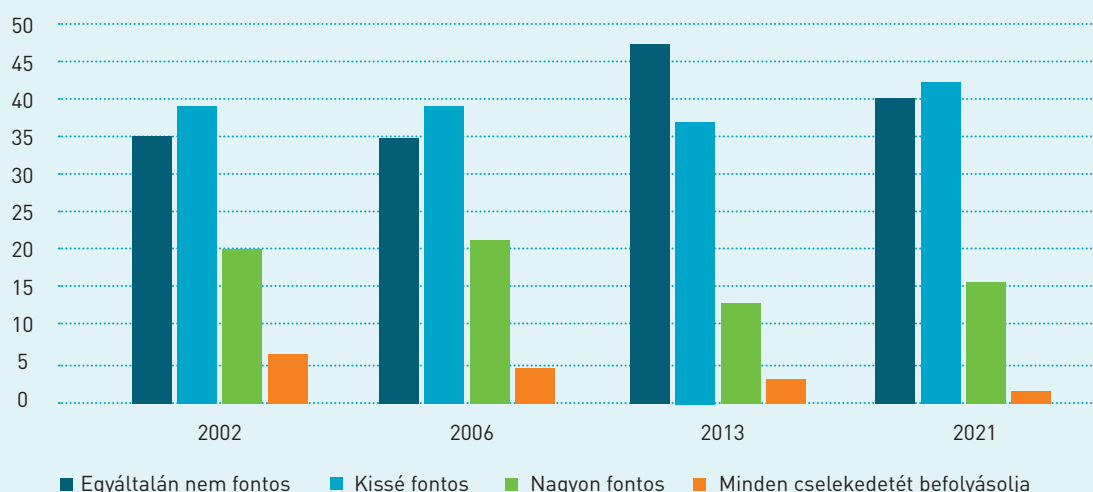


A vallás fontossága

A vallás spirituális dimenzióját nézve egyfajta hullámozó tendenciát figyelhetünk meg, vagyis míg 2002 és 2006 között szinte nincs változás, 2013-

ban erőteljesen csökken a vallást valamennyire fontosnak tartók aránya (a 2002-es 65%-ról 53%-ra), majd 2021-re újra erősödni kezd, 60 százalékra.

2. ábra: A vallás fontossága kategóriáinak alakulása a Hungarostudy felmérések alapján 2002 és 2021 között



Ha a vallás fontosságának alakulását nézzük 2002-től kezdve, láthatjuk (1. táblázat), hogy a vallás elértéktelenedésének trendje 2021-ben is folytatódik, a kezdeti évhez képest még mindig 15 százalékkal nagyobb azok aránya, akiknek egyáltalán nem fontos a vallás. Viszont ez az elértéktelenedési folyamat nem lineáris: 2002 és 2006 között szinte nincs változás, utána 2013-ra több, mint egyharmadával nő azok aránya, akik számára egyáltalán nem fontos a vallás, míg 2021-re 20 százalékkal csökken az érdektelenség. A fontosság erősségét nézve, a korábbi ábrán (2. ábra) láthattuk, hogy folyamatosan csökken azok aránya (2021-ben is), akiknek a vallás minden cselekedetét meghatározza, és 2021-ra mindössze harmadannyian vannak, mint 2002-ben.

A vallásosság mindkét dimenziója összefügg a nemekkel a 2021-es mintában is, és mindkét szempontból a nők azok, akik jellemzően vallásosabbak. Mindemellett a vallás fontossága egyértelműen a férfiak körében növekedett. Az utolsó adatok szerint köztük szinte ugyanolyan arányban vannak azok, akiknek egyáltalán nem fontos a vallás (45%), míg a nők körében 29 százalékkal többen vannak ilyenek 2002-höz képest, igaz, még így is alacsonyabb az arányuk (35%). A férfiak közt azok aránya sem csökkent az első adatfelvétel óta, akiknek kissé vagy nagyon fontos a vallás, míg a nők közt a 2002-es érték 77 százaléka, azaz 62 százalékra csökkent.

1. táblázat: A vallás fontosságának változása nemek szerint 2002 és 2021 közt a Hungarostudy felmérések alapján, a 2002-ben mért érték százalékban kifejezve

Év	Egyáltalán nem fontos			Kissé fontos			Nagyon fontos			Minden cselekedetét befolyásolja		
	férfi	nő	mind	férfi	nő	mind	férfi	nő	mind	férfi	nő	mind
2002	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	99,9	103,6	99,5	100,6	98,1	99,4	99,1	108,7	108,8	98,2	71,0	77,9
2013	126,2	147,2	135,2	82,4	102,4	93,5	69,6	62,6	66,0	76,5	45,8	50,5
2021	100,8	129,0	115,0	104,1	108,2	106,1	99,9	76,6	81,2	39,8	34,6	33,7

Vallásosság 2021-ben

A vallásgyakorlás módja

A vallásosság és az életkor közt továbbra is megfigyelhető a pozitív összefüggés, az idősebbek közt több a vallásos (Tomka 2009). 44 éves korig a megkérdezetteknek majdnem a fele nem hívőnek vallja magát, 65 éves kor felett csak a negyede. A vallásosak, de vallásukat nem gyakorlók aránya egészen 64 éves korig stabil, az idősek körében a vallás nagyobb arányban függ össze annak gyakorlásával, habár nagyon sokan, 43 százalék ezt nem egyházi keretek közt, hanem a maguk módján teszik.

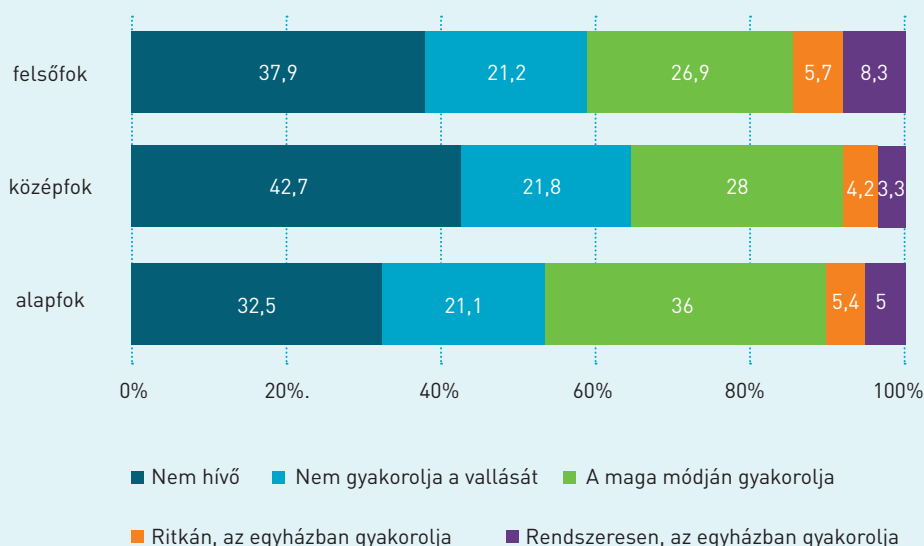
A 2021-es adataink is alátámasztják, hogy a vallásosság összeegyeztethető a tudással, tanulással. A felsőfokú végzettségűek közt a legmagasabb a vallásukat rendszeresen gyakorlók aránya (két és félszer több, mint a középfokú végzettségűek közt), de ez az arány mégis alig haladja meg a 8 százalékot. A vallásukat legalább alkalmanként gyakorlók aránya is köztük a legmagasabb (5,7%). A legtöbb nem hívő a középfokú végzettségűek között

2. táblázat: Vallásgyakorlás módja 2021-ben korcsoportok szerint

	0-44 éves kor	45-64 éves kor	65 évtől felfelé
Nem hívő	45	36	24
Nem gyakorolja vallását	22	24	15
A maga módján gyakorolja	26	31	43
Ritkán, az egyházban gyakorolja	4	5	8
Rendszeresen egyházban gyakorolja	3	4	10

van, a legkevesebb a csak alapfokkal rendelkezők közt. A maguk módján vallásosak aránya az alapfokú végzettségűek körében a legmagasabb (36%).

3. ábra: Vallásgyakorlás módja végzettség szerint, 2021, százalék



Vallásosság életkor és végzettség szerint

Ha a különböző korszakokon belül az iskolai végzettséget is nézzük, láthatjuk, hogy egészen más a kapcsolata a vallásossággal a fiataloknak és az időseknek. Míg a fiatalok esetében a felsőfokú végzettségűek között a legalacsonyabb a nem hívők aránya, addig az időseknél ez pont fordítva van. A vallásukat a maguk módján gyakorlók körében a fiataloknál nincs jelentős különbség a végzettség szerinti csoportoknál, viszont az idősek esetében

az alacsony végzettség nagyobb mértékben jár együtt az egyháztól független vallásossággal. A legszembetűnőbb különbség a vallásukat rendszeresen gyakorlóknál látható, 3-4-szer annyian sorolták ide magukat a fiatal felsőfokú végzettséggel rendelkezők közül, mint a másik két végzettségi csoportból; ez a különbség az életkor előrehaladtával csökken.

3. táblázat: Vallásgyakorlás módja 2021-ben korcsoportok és végzettség szerint, százalék

	44 éves korig			45-64 éves kor			65 éves vagy idősebb		
	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok	alapfok	középfok	felsőfok
Nem hívő	45	48	39	33	40	38	18	31	34
Nem gyakorolja vallását	21	23	23	25	23	23	16	15	11
A maga módján gyakorolja	28	25	25	35	28	26	46	39	35
Ritkán, az egyházában	4	3	5	4	5	7	9	7	6
Rendszeresen egyházában gyakorolja a vallását	3	2	8	3	4	6	10	9	14
Összesen	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Vallásosság településtípus és elhelyezkedés szerint

A nem hívők aránya Budapesten jelentősen meghaladja az ország többi részén lakók arányát, legkevesebben a kisvárosokban és a falvakban vannak e csoportból (4. táblázat). Jelentős különbség figyelhető meg a maguk módján vallásosak esetében,

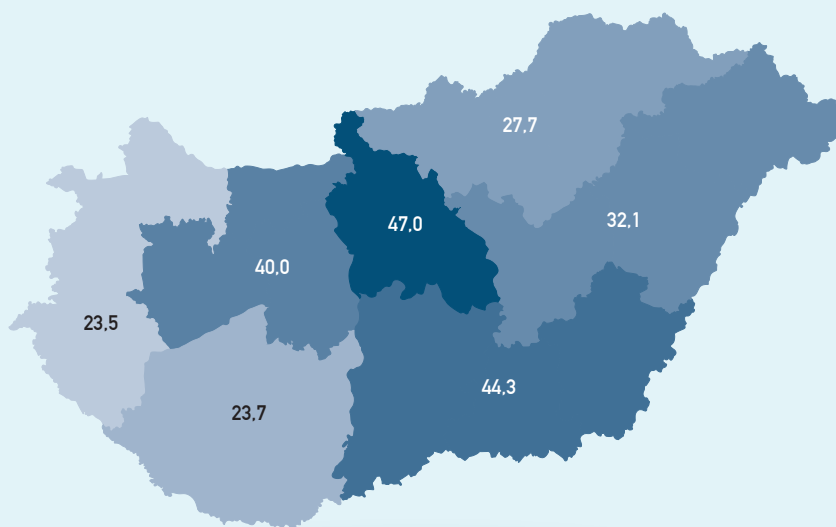
akik jellemzően kétszer nagyobb arányban vannak a kisebb településeken, mint a fővárosban, de a megyeszékhelyeken is magasabb az arányuk. A rendszeres vallásgyakorlók aránya azonban Budapesten a legalacsonyabb.

4. táblázat: Vallásgyakorlás módja 2021-ben településtípus szerint, százalék

	Budapest	Megyeszékhely, megyei jogú város	Város	Község, nagyközség
Nem hívő	52,5	39,3	33,4	29,6
Nem gyakorolja vallását	21,5	22,7	20,2	21,6
A maga módján gyakorolja	17,6	27,6	36,9	36,8
Ritkán, az egyházában gyakorolja	5,0	3,9	5,5	5,4
Rendszeresen egyházában gyakorolja vallását	3,4	6,5	4	6,6

A regionális adatok alapján látható, hogy a nem hívők az ország középső részén fordulnak elő a legmagasabb arányban, legkevesebben a nyugati és délnyugati országrészben (4. ábra).

4. ábra: Nem hívők aránya
régióként, 2021



A vallás fontossága szerint

A vallás fontossága és a végzettség

A vallás fontossága és az iskolai végzettség között hasonló kapcsolat mutatható ki, mint amit a vallás-gyakorlásnál találtunk. Míg az egyes válaszlehetőségek – a vallás nem fontos, kissé fontos vagy nagyon fontos – választásának aránya nem tér el jelentősen a felsőfokú végzettségűek esetén

a többiek válaszaitól, addig a legkomolyabb szintű elköteleződés, vagyis a „minden cselekedetére befolyással van” válaszlehetőség megjelölése a felsőfokú végzettségűek körében a többiekénél jelentősen magasabb arányban fordul elő.

5. táblázat: A vallás fontossága 2021-ben végzettség szerint, az adott végzettségi szinten belüli válaszadók aránya, százalék

	Iskolai végzettség		
	alapfok	középfok	felsőfok
Egyáltalán nem fontos	34,9	44,4	41,7
Kissé fontos	43,4	41,9	39,6
Nagyon fontos	19,7	12,4	15,2
Minden cselekedetét befolyásolja	2,0	1,3	3,5

A vallás fontossága településtípus és régiók szerint

A vallás fontossága, azaz a spirituális dimenzió alapján hasonló a területi elhelyezkedés, mint a vallás gyakorlásának módja szerint. A településtípusok közül különösen Budapest emelkedik ki, ahol 58 százalékos az aránya, akiknek nem fontos a vallás; ugyanakkor a kisvárosok és községek lakói

közül csak 32-34 százaléknak. Jól látható, hogy a nagyvárosokban, különösen Budapesten, a vallás már kevés embernek számít, csupán az emberek 41,7%-ának befolyásolja a mindennapi életét (6. táblázat).

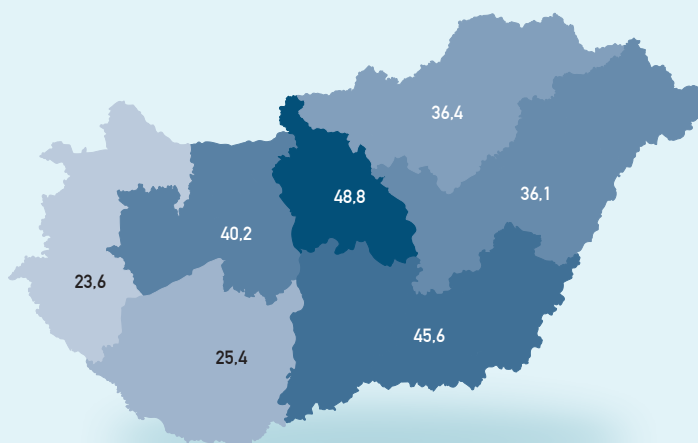
6. táblázat: A vallás fontossága 2021-ben régiók és településtípus szerint, az adott kategórián belüli válaszadók aránya, százalék

	Egyáltalán nem fontos	Kissé fontos	Nagyon fontos	Minden cselekedetét befolyásolja
Régiók szerint				
Észak-Magyarország	36,4	45,8	13,7	4,1
Észak-Alföld	36,1	40,4	21,6	1,9
Dél-Alföld	45,6	34,5	17,9	2,0
Közép-Magyarország	48,8	35,3	14	1,9
Közép-Dunántúl	40,2	44,3	14,2	1,3
Nyugat-Dunántúl	23,6	57,2	17,0	2,2
Dél-Dunántúl	25,4	54,6	18,7	1,3
Településtípus szerint				
Budapest	58,3	28,8	10,7	2,2
Megyeszékhely, megyei jogú város	41,3	42	14,6	2,1
Város	34,1	44,8	19,5	1,6
Község, nagyközség	32,0	47,8	17,8	2,4

Régiók szerint Nyugat- és Dél-Dunántúlon tartják a vallást legalább kicsit fontosnak, és a megkérdezetteknek csak a negyede, 23-25 százaléka vála-

szolta, hogy számára egyáltalán nem fontos; Közép-Magyarországon kétszer annyian (49%) nyilatkoztak így (5. ábra).

5. ábra: Egyáltalán nem fontos a vallás – válaszok aránya régióként, 2021



Anómia, elégedettség, boldogság

Változás 2006–2021 között

Az anómia, melynek fogalmát Emile Durkheim vezette be, értékvesztést, céltalanságot jelent, arra utal, hogy mennyire erősek vagy gyengék a szociális normák, illetve általában az erkölcs egy adott társadalomban (Durkheim 1951). Az anómia mutató nagyon jó mérőszáma egy ország mentális állapotának, hiszen összefügg a káros magatartásformák, köztük kifejezetten az öngyilkosság gyakoriságával. Ez a mutató Magyarországon 2006 után jelentősen romlott, 2013-ra csaknem 20 százalékkal, de az érték azóta javuló tendenciát mutat, habár még mindig rosszabb, mint 2006-ban volt. Hasonló tendencia figyelhető meg az általános elégedettség mutatójában¹, mely ugyan 2006 után romlott a 2013-as mérés szerint, de

8. táblázat: Anómia, elégedettség és boldogság átlagértékének alakulása a Hungarostudy felmérésekben 2006 és 2021 közt, 2021

	2006	2013	2021
Anómia	4,91	5,87	5,29
Elégedettség	6,66	6,34	7,18
Boldogság	7,05	6,79	7,37

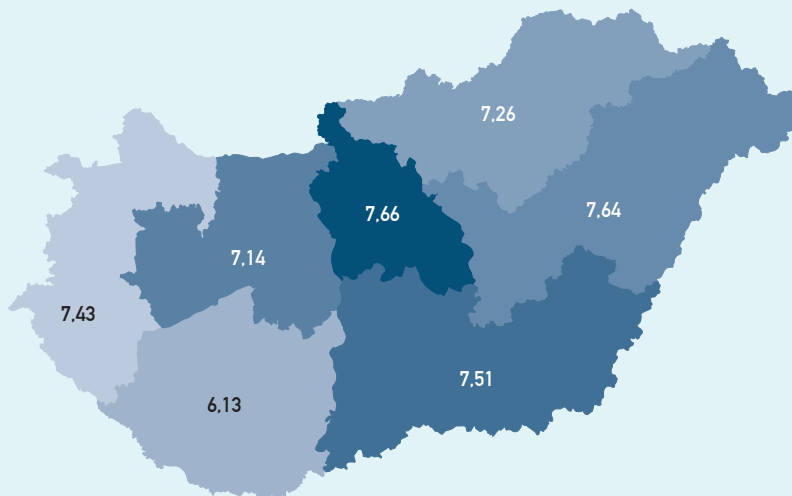
mára meghaladja a 2006-os értéket. Ugyanilyen pályát írt le a boldogság², mára nem csak a 2013-as, de a 2006-os értéket is meghaladja, azaz elmondhatjuk, hogy a lakosság elégedettsége, boldogsága lassan ugyan, de növekszik (8. táblázat).

A jelenlegi helyzet

A 6. ábrán a boldogság szubjektív megítélésének régiós átlagértékei láthatók. A válaszok alapján a délnyugati országrészben a legkevésbé boldogok

a magyarok, míg a legjobb értékekkel Közép-, Kelet- és Dél-kelet Magyarországon, illetve Nyugat-Magyarországon rendelkeznek.

6. ábra: Boldogság szintje régiók szerint, 2021



¹Az elégedettséget az „Egészében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével?” kérdésre adott válasszal mértük, ahol a lehetséges válaszok 1 és 10 között lehettek.

²A boldogságot az „Egészében véve mennyire tartja boldognak saját magát?” kérdésre adott válasszal mértük, ahol a lehetséges válaszok 1 és 10 között lehettek.

A három mutatót – az anómiát, boldogságot és elégedettséget – részletesebben is megvizsgáltuk. A Hungarostudy 2006-os követéses vizsgálatban a magyar lakosság 72 százaléka boldognak mondta magát, elsősorban inkább a férfiak (Kopp és Skrabski 2006). A 2013-as felmérés idején már csak 60 százalék vallotta magát boldognak, továbbra is inkább a férfiak közül, ám 2021-re ismét 71 százalék lett az arány a magyar lakosság körében, és a nemek közti különbség megszűnt. Az elégedettség hasonlóan alakult 2013 óta, akkor 52 százalék vallotta magát elégedettnek (inkább a férfiak), 2021-ben már 68 százalék, férfiak és nők azonos arányban. Csak az anómia mutatóban találtunk kimutatható nemi különbséget: a férfiak körében némileg alacsonyabb az értéke, mint a nők körében. Korcsoportok szerint a legkevésbé anómiás, tehát a leginkább határozott értékrenddel rendelkező korosztály a 40-49 éveseké, őket a legfiatalabbak követik. A 60 évesek és annál idősebbek között találtuk a leggyengébbnek a társadalmi normákat. Az elégedettség és a boldogság egyértelműen csökken az életkor előrehaladtával. A végzettség is egyértelmű kapcsolatot mutat az életminőség ezen mutatóival. Az alacsonyabb végzettségűek közt mind a normák ereje, mind a boldogság és az elégedettség alacsonyabb a 2021-es adatok alapján. A felsőfokú végzettséggel rendelkezők közt az anómia 24 százalékkal alacsonyabb, míg az elégedettség és a boldogság több, mint 10 százalékkal magasabb, mint az alacsonyabb végzettségűek körében. A települések típusa szerint nézve egyértelműen Budapest rendelkezik a legkedvezőbb értékekkel. Az elégedettség tekintetében a többi típus közt nincs jelentős különbség, a boldogság szubjektív megítélése azonban a kisvárosokban élők közt alacsonyabb, mint a másik két kategória esetében.

Összegzés

A Hungarostudy kutatások 1995 óta követik a magyar népesség lelkiállapotát, és ezzel összefüggésben a vallásosság két dimenzióját, a vallásgyakorlás módját és a vallás fontosságát a mindennapi életben. A 2006-ig tartó tendencia, a maguk módján vallásosak egyértelmű térnyerése 2013-

9. táblázat: Anómia, elégedettség és boldogság átlagértékei a legfőbb szociodemográfiai mutatók mentén, 2021

	Anómia	Elégedettség	Boldogság
Mind	5,29	7,18	7,37
Nem			
Férfi	5,18	7,17	7,36
Nő	5,38	7,19	7,39
Korcsoportok			
18-29 éves	5,02	7,69	7,90
30-39 éves	5,32	7,48	7,76
40-49 éves	4,94	7,39	7,64
50-59 éves	5,33	7,02	7,23
60+	5,60	6,69	6,78
Végzettség			
Alapfok	5,95	6,77	7,01
Középfok	4,85	7,43	7,60
Felsőfok	4,55	7,69	7,81
Településtípus			
Budapest	4,42	7,60	7,69
Megyeszékhely, megyei jogú város	5,29	7,08	7,34
Város	5,47	7,08	7,25
Község	5,62	7,10	7,33

ban megtorpan, a nem hívők aránya azóta is folyamatosan növekszik, a vallásukat gyakorlók aránya pedig csökken. Ugyanakkor 2013 óta a vallást fontosnak tartók aránya növekedni kezdett, különösen a férfiak körében, de még mindig a nők számára fontosabb a vallásosság megélése. Életkor szerint

nézve a fiatalabb vallásgyakorlók körében nagyobb arányban vannak a magasabb végzettségűek, mint az idősek körében, és általában elmondható, hogy a leginkább vallásosnak minden korcsoportban a felsőfokú végzettségűek mondták magukat. A vallásosság az ország közepétől távolodva nő,

a középső régiókban lakók közt vannak a legtöbbben, akik nem vallják magukat hívőnek. A lelki egészség vizsgált mutatói, az anómia, elégedettség és boldogság 2021-re javultak az előző felmérés adataihoz képest, különösen a nők körében.

Felhasznált irodalom

Durkheim, Émile (1951) *Suicide*. New York: Free Press.

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

Kopp Mária, Székely András, Skrabski Árpád (2006) Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In: Kopp Mária, Kovács Mónika Erika (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 156–166.

Rosta Gergely (2019) Szekularizáció? Deszekularizáció? Merre tart a vallási változás a világban? In: *Magyar tudomány*, 180. évf. 6. sz. 792–803. DOI: 10.1556/2065.180.2019.6.2

Székely András (2008) A vallásosság alakulása Magyarországon 1995–2006 között. A vallásosság összefüggései a gyermekszámmal. Vallásosság és lelki-egészségi állapot. In: Kopp Mária (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 373–381.

Székely András, Lázár Imre (2013) Vallásosság és kötődés. In: Susánszky Éva, Szántó Zsuzsa (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2013*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 63–76.

Tomka Miklós (2009) Vallásosság Kelet-Közép-Európába. Tények és értelmezések. In: *Szociológiai szemle*, 19. évf. 3. sz. 64–79.

Alvásmennyiség és alvásidőzítés a felnőtt magyar lakosság körében

Betekintő

Vizsgálatunk az első, hazai reprezentatív mintán végzett elemzés, amely az alvás időtartamának és időzítésének egészséggel és jólléttel kapcsolatos vonatkozásait igyekszik feltárni. Míg a korábbi vizsgálatok elsősorban az alvással kapcsolatos tünetekről és panaszokról adtak számot, jelen esetben az idői tényezők kerültek az elemzés fókuszába. Eredményeink szerint a magyar felnőtt lakosság átlagos alvásideje megfelel az elvártnak (8 óra 13 perc), ugyanakkor egyes betegségek rövidebb (légzőszervi betegségek) vagy hosszabb (gyomor- és nyombél fekély) alvással járnak együtt. Az alvás időtartama az általános jóllét kedvező indikátora. Az alvásperiódus közepe éjjeli 3 órára tehető, ami azonban igen jelentős életkori befolyás alatt áll (a fiatalokú alanyok később alszanak) és nemi különbségekkel jellemezhető (a férfiak később alszanak a nőknél). A kérdőívet kitöltők álmoságszintje egyaránt függött a kitöltés időpontjától és a kitöltő habituális alvásidőzítésétől (a korábban alvók este, a később alvók délelőtt voltak álmosabbak). A szabadnapok és a munkanapok közötti alvásidőzítésbeli különbség népességben becslés átlaga 1 óra és 9 perc. E tényező jelentősnek bizonyult az álmoság, illetőleg az éberség fenntartása vonatkozásában. Eredményeink arra engednek következtetni, hogy az alvás időbeli dimenziói kapcsolatban állnak az általános jólléttel, az éberséggel és az egészséggel, ezért további vizsgálatuk egy potenciálisan népegészségügyi jelentőségű területet jelölnek ki.

Bevezetés

A megfelelő mennyiségű és minőségű alvásnak a testi-lelki jóllét biztosításában, valamint az egészség megőrzésében és a betegségekkel való hatékony és sikeres megküzdésben játszott kiemelkedő szerepe szaktudományos és közismereti evidencia (Bódizs, 2021). Tekintetbe véve, hogy az alvás-ébrenlét állapotok az emberi élettani és lelki teljesség különböző formái és működésmódbeli sajátosságok mentén elkülönülő alapvető megnyilvánulási formái, ezen állapotok elégtelen szerveződése inherens módon vonja maga után szinte valamennyi testi-lelki funkció zavarát, melyek az egyéni érzékenységek függvényében ölthetnek konkrét alakot. Viszonylag régóta egyetértés van abban, hogy a megfelelő alvást mennyiségi, időtartambeli változóként kezeljük. E megközelítés értelmében a fő kérdés az, hogy mennyit kell aludnunk? E kérdésre adandó válaszok nyilvánvalóan életkori sajátosságok és alkati tényezők függvényei is egyben. Az alvás elégséges időtartamáról szóló

diskurzusnak ugyanakkor nyilvánvaló része az is, hogy milyen szempontból vizsgáljuk az alvással töltött idő hatását, illetőleg elégséges voltát. A szellemi működések, a kognitív funkciók szempontjából történő vizsgálat korabeli dominanciája szülte az elégséges alvás és a luxusalvás fogalmait. Előbbit egészséges felnőttek körében Jim Horne 6 órában állapította meg, mondván, hogy egyes magasabb rendű, és a homloklebenyek optimális aktivitását feltételező kognitív folyamatok integritása ennyi alvás mellett (már) biztosítható. Az e fölötti alvásmennyiséget nevezte Horne luxusalvásnak vagy luxusálmoságnak, utalva arra, hogy aludni jó (érzés), vagyis többnyire azért nem csak 6 órát alszunk, mert ahogy enni is szeretünk, úgy aludni is. Vagyis az alvás egy öröklött magatartásmintánk, aminek véghezvitelére sajátos készletet érzünk (Horne 1991). Horne homloklebenyekre fókuszáló érvelésével természetesen sokan vitába szálltak. A monoton körülmények közötti

figyelem (pl. autóvezetés) fenntarthatóságának optimumát előtérbe helyező kutatók arra a megállapításra jutottak, hogy 8 és fél órnyi alvással lehetünk elégedettek (Bonnet és Arand 1995). Horne véleménye szerint ez egy természetellenes helyzetre adaptálódott éberségi forma, ami nem felel meg az ember fejlődéstörténete szempontjából releváns feltételeknek; magyarul, az alvás nem arra lett kitalálva, hogy órákon keresztül fenntartsuk a figyelmünket potenciálisan életveszélyes, mégis monoton és unalmas körülmények között.

Az elégséges alvásról szóló kutatások másik vonulata a kognitív működések helyett az alvásidő és a mortalitás összefüggését helyezi az érvelés fókuszába. Eszerint a legjobb túlélési esélyekkel (legalacsonyabb mortalitással) a napi 7 órát alvók jellemezhetőek: ennél kevesebb, és nem kis meglepetésre, ennél több alvás is rosszabb esélyekkel kecsegtet (Gallicchio és Kalesan 2009). Míg az elégtelen mennyiségű alvás kedvezőtlen következményei talán kevésbé szorulnak külön magyarázatra, a hosszú alvás kedvezőtlen hatását a háttérben vélelmezhető, fel nem ismert alvászavarokkal és egyéni egészségügyi problémákkal hozzák összefüggésbe.

Az alváselégtelenség konkrét hatásai közül az egyik rendkívüli népegészségügyi jelentőségű, ami miatt kiemelt figyelmet kapott a fent vázolt kérdéskörrel kapcsolatos állásfoglalások alakulásában. Ez a konkrét hatás pedig a rövid (akár az átmenetileg kísérletesen megkurtított) alvás után kialakuló étvágyfokozódás, „szénhidrát-éhség”, és prediabetikus állapotot indikáló emelkedett inzulinrezisztencia (az inzulin hatása a célsejteken gyengül, ezáltal több inzulinra van szükség a megfelelő vércukorszint fenntartásához). Számos kutatás bizonyítja, hogy a rövid alvás és a túlsúly kéz a kézben járnak, mely összefüggésben az alváshiány bizony oki tényező is egyben (Zhou és mtsai 2019). Végül pedig az alvástartammal kapcsolatos szakmai ajánlás leginkább (el)ismert változata, amelyet az Amerikai Egyesült Államok Nemzeti Alvásalapítványa tett közé, és amely számos szempont és észrevétel mérlegelése nyomán látott napvilágot, felnőtt korban napi 7-9, 65 éves kor fölött 7-8 órnyi alvást tart optimálisnak (Hirshkowitz és mtsai 2015). A fentiek fényében érdekes és népegészségügyileg fontos kérdésnek véljük az alvásidő reprezentatív mintán történő vizsgálatát a magyarországi felnőtt lakosság körében.

Az alvásidő mellett egy viszonylag későbbben beérő, de ma már egyre inkább elismert jelentőségű kérdés az alvásidőzítés. A mennyi mellett a mikor kérdését is föl kell tenni, aminek jelentősége akkor vált egyértelművé, amikor az alvásidőzítés biológiai mechanizmusainak egészségmegőrzésben játszott szerepéről egyre több részlet derült ki. A népi bölcsélet az éjfél előtti alvásban ragadta meg a cirkadián (napi, kb. 24 órás periódusú) ritmusokkal kapcsolatos ezen jelenségekört. Tudvalévő, hogy a cirkadián ritmus molekuláris fogaskerekei által kijelölt biológiai éjszaka idején a legpihentetőbb az alvás, ezért érthető igény, hogy lehetőleg ennek megfelelő időben térjünk nyugovóra. E kérdéskör elsősorban az egyéni különbségek mentén került az érdeklődés fókuszába: az úgynevezett kronotípusok értelmében beszélünk reggeli (pacsirta) és esti (bagoly) típusúakról, akik rendre korábban, illetve később szeretik élni az életüket, beleértve az alvást is. Persze a legtöbb ember köztes típusú, és a típusok helyébe egy folytonos változó került az elmúlt évek folyamán, nevezetesen a szabadnapok alvási periódusainak közepe, amit részben a hétvégeken megjelenő esetleges túlalvással korrigálnak. Az alvásközépidő mutatójával kapcsolatban igen sok tapasztalat gyűlt össze az évek folyamán, amelyek jócskán túlléptek a bagoly-pacsirta dichotomizáció horizontján (Roenneberg 2017). Kimutattak például egy jellegzetes életkori mintázatot, ami a korai alvás irányából a kései felé mozdul el (nagyjából az élet első 20 éve), majd egy lassú visszarendeződés figyelhető meg a korai alvás irányába (ld. az időskori korán fekvés, korán kelés jelenségét). Közkeletű megfigyelés az is, amely szerint a nők körében jellemzőbb a korábbi időpontban való alvás a férfiakhoz képest. Kiemelkedő gyakorlati relevanciával bír az a megfigyelés, mely szerint a természetes kültéri fényben való tartózkodás nagyobb mértéke korábbi alvásidőzítési preferenciával jár együtt: vagyis a kronotípusok kérdése, a tagadhatatlan örökletes tényezők mellett részint életmód-kérdés is. Érdekes az úgynevezett szociális jetlag jelensége is, amely szerint a hétvégi, szociális ritmus által keretezett napi beosztás és alvás eltér a szabadnapokon megjelenő, szabadon választott időpontoktól. Az eltérés mértéke egy stresszor, ami időszakos alvás-eltolódással és -hiánnyal, az ebből fakadó vegetatív idegrendszeri anomáliákkal (Súdy és mtsai 2019), továbbá hétvégi alváspótlásokkal jár együtt. A nem megfelelő

időpontban történő alvás, bár a teljes alváshiánynál sokkal kedvezőbb, rendszeresítve és összességében szemlélve mégis egy betegségrizikó. Részben ezzel magyarázható a késői kronotípusok rosszabb egészségállapota, de más tényezők, mint pl. a bagolyjellegű napi beosztásra hajlamos emberek magasabb impulzivitása is szerepet kaphat ebben a megfigyelésben. Szintén ismert jelenség a férfiak és a nők közötti kronotípusbeli különbség:

Módszerek

A vizsgálat a Hungarostudy országos reprezentatív egészségfelmérés adatai alapján készült. A felmérés reprezentativitása a 18 éves kor fölötti életkori populációt tekintve életkorra, nemre és régióra biztosított ($N = 7000$). Az adatfelvétel 2021. július 21. és szeptember 15. között történt. A kérdőívek felvételének kezdőidőpontja átlagosan 13:47, a befejezés időpontja pedig 14:36, a Magyarországon az adott időszakban érvényben lévő nyári időszámítás szerint. Jelen vizsgálat fókuszában a München Kronotípus kérdőív (Münich Chronotype Questionnaire – MCTQ; Roenneberg és mtsai 2003) magyar változata (Haraszi és mtsai 2014), két, az aktuális álmoság szintjét becsülő 10 pontos Likert-skálán elért pontszám (Riegel és mtsai 2013), valamint az elmúlt egy évben előforduló betegségek, illetve a WHO 5 tételes általános jóllét skálája állnak (Susánszky és mtsai 2006).

Az MCTQ egy önkitöltős kérdőív, melynek 17 tétele az alvással, és elsősorban annak szokásos időzítésével közvetlenül vagy közvetve kapcsolatos kérdésekből áll. Az eszköz alapvető újítása, hogy elkülönülten kezeli a munkanapokat és a szabadnapokat, valamint az is, hogy a késői, illetve korai órák becslése helyett konkrét lefekvés, elalvási, ébredési stb. időpontok beírását/megadását várja

statisztikailag a nők között kevésbé domináns az esti tendencia, vagyis átlagban véve a nők korábban fekszenek és kelnek a férfiaknál.

Jelen írás célja reprezentatív magyarországi mintán vizsgálni az alvásmennyiséggel és időzítéssel kapcsolatos változókat, továbbá megvizsgálni ezek potenciális kapcsolatát az egészség-betegség és általános jóllét kérdéskörével.

el a kitöltőtől. Az adattisztítás során a lefekvés és becsült elalvási idők kitöltők általi felcserélését korrigáltuk: mindig a későbbi időpontot tekintettük elalvásnak. Továbbá az eredetileg elvárt 24 órás időformátumok (pl. 23 óra) helyett az egyes kitöltők által használt 12 órás időformátumot (pl. 11 óra) is korrigáltuk az alábbiak szerint. Amennyiben a lefekvés idő 4.48-13.00 közöttinek volt megadva, emellett pedig ugyanazon személy ébredési ideje hajnali 4 és dél közé esett, ezeket a lefekvés időket átkonvertáltuk esti órákra. Ezt arra a feltételezésre alapoztuk, mely szerint az éjszakai műszak miatt reggel aludni térők valószínűleg nem alszanak délután 4-nél tovább. Ezt követően egy manuális szűréssel eltávolítottuk a 15 óránál hosszabb alvás-időtartamról számot adó személyek MCTQ adatait, melyeket irreálisan hosszúnak ítéltünk meg (a kérdőív nem az egyszeri alvási, hanem a habituális alvási szokásokra kérdez rá).

Az aktuális, szubjektív álmosági szintet becsülő 10-pontos Likert-skála egy elterjedt, egyszerű, hatékony és validált módja az éberség/álmoság becslésének, amit egyebek mellett kardiológiai betegek állapotának vizsgálata vonatkozásban is hasznosnak találtak (Riegel és mtsai 2013). A tételt alább közzétesszük magyar fordításban:

Kérjük, értékelje jelenlegi álmosági szintjét egy 1-10-es skálán.

1: egyáltalán nem vagyok álmos; 10: nagyon álmos vagyok

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Az elmúlt egy évben előforduló betegségekre vonatkozó információkat, a korábbi Hungarostudy vizsgálatok tételsorát kiegészítve és aktualizálva, az alábbi kórformákra és élethelyzetekre (pl. bale-

set) vonatkozóan gyűjtöttük be: 1-es típusú cukorbetegség, 2-es típusú cukorbetegség, májbetegség, asztma (más néven asthma bronchiale), más légzőszervi betegség, allergiás betegség, gyomorfekély

vagy nyombélfekély, más gyomor-, vagy bélrendszeri betegség, vesebetegség, reuma, más izom- és csontrendszeri betegség, közlekedési baleset, üzemi baleset, otthoni baleset, magas vérnyomás, daganatos betegség, pszichiátriai betegség, szívbetegség, agyérbetegség, igazoltan COVID-19 és/vagy szövődmenyei (postcovid szindróma), elhúzódó (1 hét vagy több) COVID védőoltás utáni reakció. A fenti itemekre adott 0 érték az előfordulás hiányát, az 1-es az elhalasztott kezelést, a 2-es a járóbetegellátást, a 3-as pedig a kórházi ellátást jelentette.

Az 5-tételes WHO jóllét skála a Bech (1996) által publikált angol nyelvű kérdőív Magyarországon validált változata, amelyhez a mintát a 2002-ben

készült Hungarostudy-felmérés adataiból nyerték (Susánszky és mtsai 2006).

A statisztikai elemzéseink során figyelembe vettük a vizsgált összefüggések számosságát, vagyis az elsőfajú hiba kontrollja érdekében a kritikus szignifikanciaszintet 1/1000-ben határoztuk meg ($p < 0,001$). Továbbá az elemszám elemzésről elemzésre változó (a hiányzó vagy kiszűrt adatok miatt), ezért ezt az adott statisztikai próba eredményének feltüntetésekor számszerűen megadjuk. A statisztikai együttjárások tesztelését Pearson-korreláció kiszámításával vesszük véghez, míg a többváltozós elemzéseket általános lineáris modell alkalmazása révén valósítjuk meg.

Eredmények

Átlagos napi alvásidő

Az MCTQ átlagos heti alvásidő értékei, melyek a munkanapok és a szabadnapok alvásának súlyozott napi átlagát tükrözik, a teljes minta átlagát tekintve 8 óra 13 percet eredményeznek (95%-os konfidenciaintervallum: 8:11-8:16, az értékek közlésekor a másodpercektől eltekintettünk). Az átlagos napi alvásidő nem függött össze az életkorral és nem mutatott nemi különbségeket. Lehetőségként fölmerült, hogy a zömmel nyári adatfelvételi időszak egybeesett a nyári szabadságokkal, ami megnövekedett alvásidők regisztrálását vonta maga után. Ennek ellenőrzése érdekében összehasonlítottuk a júliusi, az augusztusi és a szeptemberi adatokat, feltételezve, hogy a nyári hónapokban hosszabb alvásidőket találunk, mint szeptemberben. A valóságban azonban ennek éppen az ellenkezője igazolódott: az adatfelvétel hónapja tekintetében a szeptember eredményezte a leghosszabb alvásidőket [átlagban 8:30 szemben a júliusi 8:18-cal és az augusztusi 8:14-gyel: $F(2, 5906) = 6,6106$; $p = 0,00136$].

Az átlagos napi alvásidő a vizsgált betegségek közül a nem asthma bronchiale-jellegű légzőszervi betegségek előfordulásával függött össze negatívan (betegség megléte esetén rövidebb alvás: $r = -0,051$; $N = 5840$; $p = 0,000076$), valamint a gyomor-nyombélfekély diagnózisával pozitívan (akik e betegségszoport valamelyikében szenvedtek vagy szenvednek, több alvásról számoltak be: $r = 0,047$; $N = 5838$; $p = 0,00031$). Nem találtunk összefüggést

az átlagos napi alvásidő és a WHO általános jóllét skálája között, azonban az ébredéskori frissesség, élénkség érzésére rákérdező 4-es számú tétel esetében, a vártak megfelelően, pozitív korrelációt mértünk (magasabb átlagos napi alvásidő esetén nagyobb fokú ébredéskori frissesség: $r = 0,057$; $N = 5907$; $p = 0,000009$). Az átlagos napi alvásidőnek a fent jelzett betegségekkel való összefüggéseit a korra és a nemre való statisztikai kontroll mellett is ellenőriztük, általános lineáris modellek alkalmazása révén. Az alvásidőnek a nem asthma-jellegű légzőszervi betegségekkel [$F(1, 5836) = 15,95$; $p = 0,000066$], valamint a gyomor-nyombélfekéllyel [$F(1, 5834) = 13,04$; $p = 0,0003$] való összefüggése e járulékos magyarázóértékkel bíró változók hatásának kontrollja mellett is szignifikánsnak bizonyult. Ugyanezt tapasztaltuk a WHO5 skála 4-es számú, az ébredéskori frissességet mérő tétele esetében is [$F(1, 5903) = 22,29$; $p = 0,000002$]. Az átlagos napi alvásidő és a WHO5 általános jóllét skála közötti kapcsolatot az életkor és a nem hatásainak kontrollálásával a szigorú szignifikancia-küszöb mellett is jelentősnek találtuk [$F(1, 5913) = 11,06$; $p = 0,0008$].

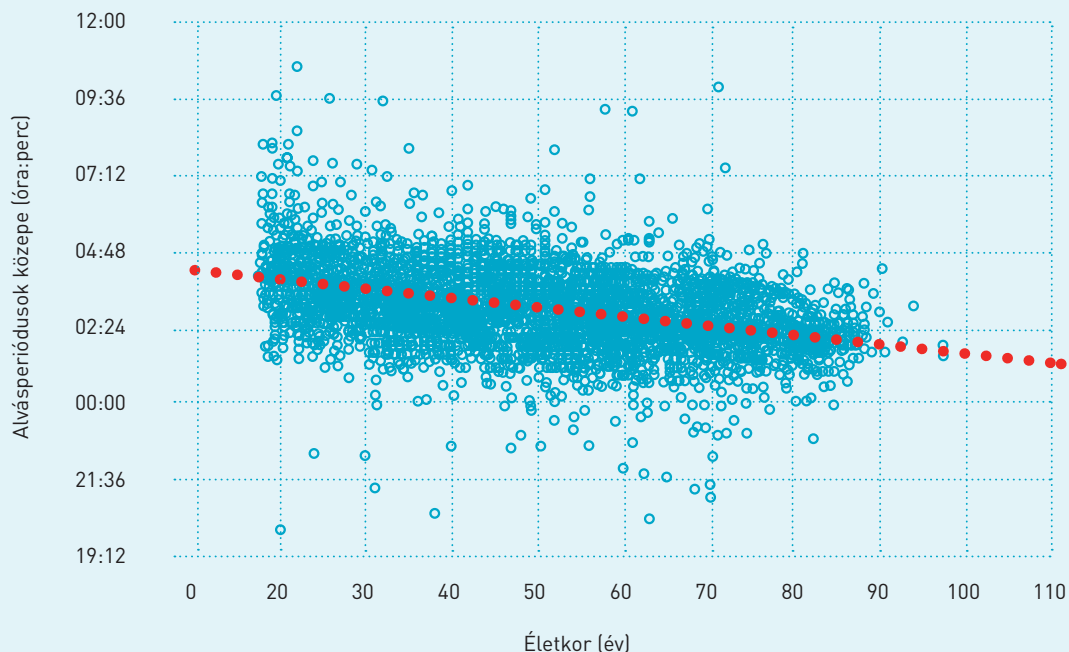
Alvásidőzítés

A felnőtt magyar népesség szabadnapokon becsült és túlalvásra korrigált alvásközépidéje kevés eltéréssel éjjeli 3 órára esik (2:59). Az életkor negatívan korrellál az alvásközépidővel, ami

azt jelenti, hogy fiatalabb korúak körében későbbi alvásidőzítés jellemző, mint idősebb korúak esetében ($r = -0,415$; $N = 5206$; $p < 0,00001$). Vagyis az

alvásidőzítés egyének közötti varianciájának több mint 17 százalékát a kérdőívet kitöltők életkora magyarázza ($r^2 = 0,172$; 1. ábra).

1. ábra. Az életkor és az alvásidőzítés összefüggésének ábrázolása korrelációs pontdiagram formájában. A kék körök az alanyok adatait, a vörös egyenes pedig a lineáris összefüggést optimálisan leíró trendet (regressziós egyenes) jelzi.



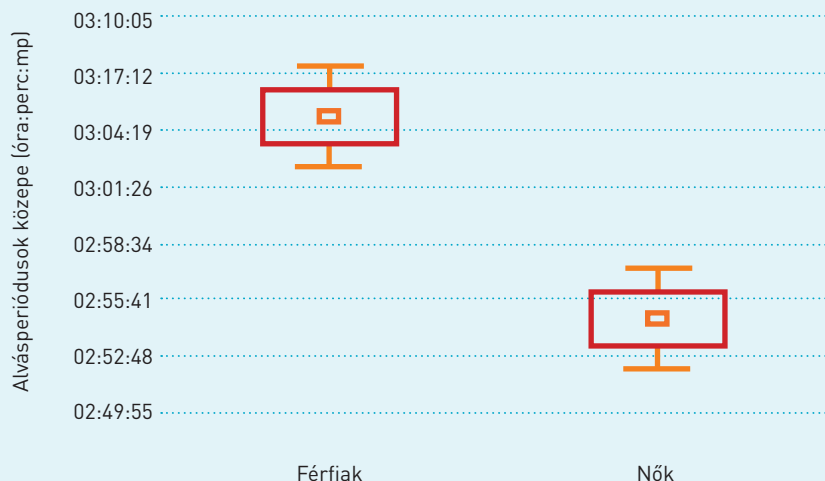
Jelentős a nemi különbség is. Az alvásközépidők férfiak körében szignifikánsan későbbiek a nőkéinél [$F(1, 5204) = 27,75$; $p < 0,00001$], jóllehet az átlagok közötti különbség hozzávetőlegesen 10 perc-

nyi csupán. Mivel a fő alvásidőzítési változó igen erőteljes életkori és nemi hatásokkal jellemezhető, az alábbi elemzések mindegyikében kontrolláljuk az életkort és a nemet is.

2. ábra. Az alvásidőzítés nemi eltérései.

Férfiak körében későbbi alvásidőzítés figyelhető meg a kérdőív női kitöltőihez képest

- Átlag
- Átlag $\pm$ standard hiba
- ┳ Átlag $1,96 \times$ standard hiba



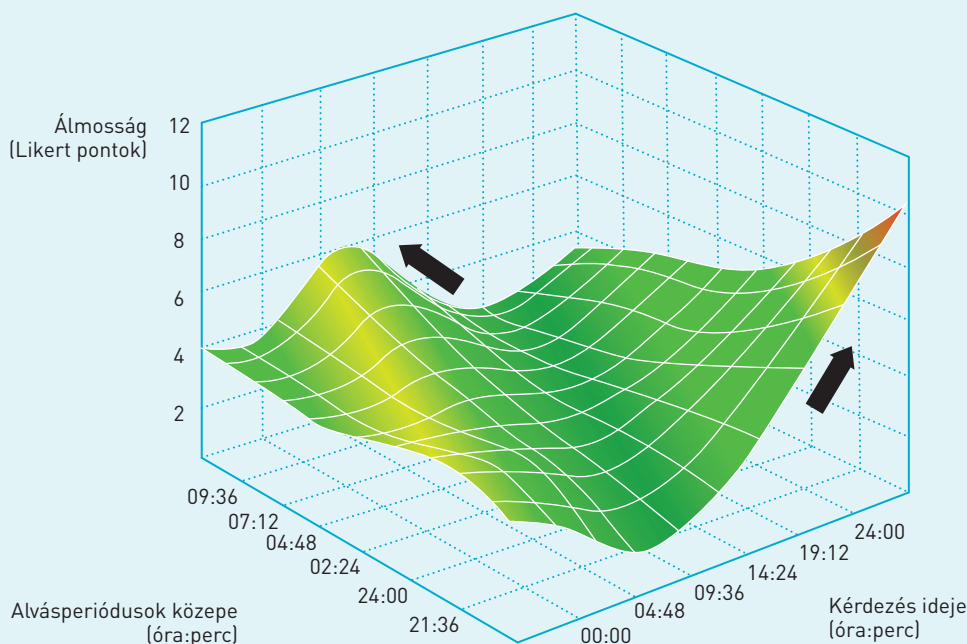
A kültéri természetes fényben való tartózkodás heti egységeken becsült mennyisége korábbi alvásidőzítéssel függött össze, vagyis minél többet tartózkodott valaki természetes fényben, annál inkább jellemző volt rá a korai elalvás és ébredés ($r = -0,140$; $N = 4971$; $p < 0,000001$).

Az általános lineáris modell révén vizsgált betegségek közül az 1/1000-es szignifikanciaszinten az alvásközépidő a magasvérnyomás betegség ($\beta = -0,074$; $p < 0,00001$) és az agyérbetegségek ($\beta = -0,067$; $p = 0,00005$) statisztikai varianciáját magyarázta. Mindkét esetben a korábbi alvás bizonyult rizikótényezőnek. A WHO általános jóllét skálája vonatkozásában kedvezőnek bizonyult a keisebb alvásidőzítés ($\beta = 0,054$; $p = 0,00018$), vagyis tartalmilag a két eredmény összhangban van (mivel feltételezzük, hogy a magasabb általános jóllét kevesebb betegséggel jár együtt).

Mivel az alvásidőzítés a kronotípusok egyik megbízható mutatója, az elemzésben kitértünk az aktuálisan megélt szubjektív álmoságnak a kérdések

felvételének időpontjától és az alvásközépidőktől való függésére. Ezekben az esetekben is kontrolláltuk a nem és az életkor hatásait, azonban a hipotézisünkkel összhangban a prediktorok sorát az alvásközépidő és az aktuális időpont interakciójával bővítettük (az aktuális álmoság szintjének időponttól való függését a kronotípusok befolyásolják: a korábbi alvásközépidővel jellemezhető alanyok korábban lesznek álmosak és viszont). Ez utóbbi elemzések a kérdőíradatok felvételének kezdeti időpontjában mutattak szignifikáns függést az időponttól ($\beta = 1,15$; $p = 0,0001$), az alvásközépidőtől ($\beta = 0,22$; $p = 0,0002$), és e két változó interakciójától ($\beta = -1,17$; $p = 0,0001$) (3. ábra). A kérdőíradatok felvételének végén becsült álmoság esetében ezek az értékek elérték ugyan a klasszikus nominális szignifikanciaszintet, de az általunk a jelen vizsgálatban elfogadott szigorúbb kritérium alatt maradtak, ezért részletes közlésüktől eltekintünk.

3. ábra. A kérdéssor kitöltésének kezdetén jelzett aktuális álmoság szintjének összefüggése a kérdés idejével és a kronotípussal (alvásperiódus közepe). A nyilakkal jelzett kiemelkedések a délelőtti órákban kérészt kései kronotípusok, és az esti órákban vizsgált korai kronotípusok álmoságszintjének megnövekedett voltát mutatják.



Szociális jetlag

A szabadnapokon és a munkanapokon jelzett alvásidőzítésbeli különbség átlaga, vagyis a felnőtt magyar népesség szociális jetlag értéke 1 óra és 9 perc. Átlagban ennyivel alszunk későbben szabadnapjainkon, és ennyivel szeretnénk későbben aludni munkanapjainkon is. A szociális jetlag az életkorral csökken ($r = -0,145$; $N = 5956$; $p < 0,000001$).

Összegzés

Eredményeink a felnőtt magyar lakosság alvására vonatkozó idői tényezőket illetően adnak számot néhány gondolatébresztő jelenségről. A szakirodalom és a nemzetközi sajtó általában az elégtelen alvásról és annak potenciális következményeitől hangos. Ezzel szemben az emberek saját bevallásuk szerint átlagosan több mint 8 órát töltenek alvással, ami minden szakértői ajánlás szerint a felnőttkorban az elégséges mennyiségbe sorolható. Amellett, hogy ez nyilván egy átlag, és vannak az átlagtól való igen jelentős eltérések is, meg kell jegyeznünk az alábbiakat:

1. A felmérés nagyrészt a nyári szabadságok ideje alatt, és kisebb részt azt követően történt. Ez hozzájárulhatott a magasabb átlagos alvásidőkhöz, bár a nyári és a szeptemberi adatok közötti különbség tekintetében nem igazolódott a nyári többletalvás hipotézise.
2. A koronavírus-járvány miatti lezárások és távmunka éppen a felmérést megelőző tavaszon kerültek széleskörben bevezetésre. Ez tartósan átrendezhette az alvási szokásokat, hiszen az utazásra fordított idő egy részét az emberek akár alvásra is fordíthatták.
3. A lefekvés és az ébredés közötti időszakban egyes alanyoknál, korcsoportokban, illetve betegségekben előfordulhatnak hosszabb-rövidebb ébrenléti periódusok, amelyek nem jelennek meg a fenti elemzésekben. Vagyis ezekben az esetekben a teljes alvásidő rövidebb az itt bemutatottnál és mértnél. Bár eredményeink szerint a magyar populáció átlagos napi alvása optimális, emellett nem függ az életkortól és nemi különbségeket sem mutat, úgy tűnik, hogy az átlagnál kevesebbet alszanak a nem-asztma jellegű légzőszervi betegségekkel küszködők, és többet a gyomor- és nyombélfekélytől szenvedők. Ezeknek az összefüggéseknek

Az életkor és a nem hatásainak kontrollja mellett a szociális jetlag mértéke nem függött össze a vizsgált egészségi és jóllét-változókkal, de előrejelezte a kérdőív kitöltése utáni álmoságot (nagyobb mértékű szociális jetlag természetesen nagyobb fokú álmosággal járt együtt: $\beta = 0,05$; $p = 0,0001$).

a mélyreható elemzése és értelmezése túlmutat a jelen munka keretein, de egyértelműen gondolatébresztő, és egyben fölveti a népesség-szintű egészségügyi és betegségmegelőzési programoknak az alvásidőre való kiterjesztésében rejlő potenciális lehetőségeket.

Az alvás időtartama mellett annak időzítése is kiemelkedő jelentőségű változó, amely révén optimálisan operacionalizálhatóvá vált a kronotípusok (korábban bagoly-pacsirta típusok) fogalma. Az alvásperiódusok közepének átlaga kevéssel hajnali 3 óra előttinek bizonyult. Vagyis ez az az időpont, amely az adatfelvétel idején érvényben lévő nyári időszámítás szerint a népesség „társadalmi nyugvópontja”: az az időpont, amikor a legtöbb felnőtt magyarországi lakos éppen alszik. Az időpont nominálisan korábbi, mint a szakirodalomban közölt átlag (Roenneberg 2017: 13. o.), ami valószínűleg két oknak tudható be: egyrészt Magyarország a németországi dominanciájú mérésekben vizsgált alanyok lakóhelyéhez képest az időzóna keleti felében van (vagyis korábban kel és nyugszik a nap, mint Nyugaton), másrészt pedig ez egy reprezentatív minta, szemben az önkéntes online kitöltésen alapuló nemzetközivel.

Az idősebbek és a nők körében korábbra esett az alvásperiódus közepe a fiatalabb korosztályéhoz és a férfiakéhoz képest. Ezek a megfigyelések, valamint a kültéri, természetes fényben való tartózkodás mértékének a korai alvásidőzítéssel való összefüggése a nemzetközi trendekbe illeszkednek. Ezen felül a napi álmoságsszint is eltérően alakult az alvásidőzítési változó függvényében: az elvárt módon a korai alvásidőzítésű alanyok későn álmosodtak el inkább, míg a habituálisan későn alvók a délelőtti órákban. Mindez egybeesik a szakirodalmi adatokkal, és arra utal, hogy

a szociálpolitikai döntésekben lehetőség nyílik egyes napszakok, korosztályok és csoportok optimális tevékenység-időztítésének biztosítására. Újszerű megfigyelés, és valószínűleg inkább a betegségek következményeit, mintsem az okait tükrözi a korai kronotípus és a magas vérnyomás, valamint az agyérbetegségek kapcsolata. Mindkető jelezhet olyan kronomedicinális jelenségeket, mint például a depresszióban megfigyelhető korai ébredés vagy a non-dipper vérnyomás jelensége, amelyek további szaktudományos elemzésre várnak.

A társadalmi ritmus és az egyéni biológiai ritmus ütközéséből eredő szociális jetlag jelensége szintén először került reprezentatív hazai mintán a kutatói érdeklődés fókuszába. Kimutattuk, hogy

a társadalmi és a biológiai ritmusok ütközése fiatalabb korban jellemzőbb, és egyben az éberség fenntartásának képességével interferál: a kérdőív végére a magas szociális jetleggel jellemezhető alanyok álmosodtak el inkább.

Kutatásunk számos ponton további elemzést és vizsgálódást kíván meg, melyek egy része a Hungarostudy 2021 adatbázis alapján, más részük egyéb adatsorok és adatgyűjtések révén oldható meg. Jelen munka egy kronoepidemiológiai gyorsjelentésként fogható föl, mely gondolatébresztő, de amelyet programalkotó és mélységi vizsgálatokkal szükséges kiegészíteni a kellő mértékű tisztánlátás és az alkalmazott kutatási potenciál kiaknázása érdekében.

Felhasznált irodalom

- Bech, Per (1996) The Bech, Hamilton and Zung Scales for Mood Disorders: Screening and Listening. 2nd ed. Berlin: Springer.
- Bonnet, Michael H. and Donna L. Arand (1995) We are chronically sleep deprived. *Sleep*. Vol. 18. (10): 908–911. <https://doi.org/10.1093/sleep/18.10.908>
- Bódizs Róbert (2021) Theories on the functions of sleep. In: Claudio Bassetti, Walter McNicholas, Tiina Paunio, Philippe Peigneux (Eds) *Sleep Medicine Textbook: 2nd edition*. Regensburg: European Sleep Research Society (ESRS) pp. 41–56.
- Gallicchio, Lisa and Bindu Kalesan (2009) Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Sleep Research*. Vol. 18. (2): 148–158. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.2008.00732.x>
- Haraszti, Réka Ágnes, Krisztina Ella, Norbert Gyöngyösi, Till Roenneberg and Krisztina Káldi (2014) Social jetlag negatively correlates with academic performance in undergraduates. *Chronobiology International*. Vol. 31. (5): 603–612. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.879164>
- Hirshkowitz, Max, Kaitlyn Whiton, Steven M Albert, Cathy Alessi, Oliviero Bruni, Lydia DonCarlos, Nancy Hazen, John Herman, Eliot S Katz, Leila Kheirandish-Gozal, David N Neubauer, Anne E O'Donnell, Maurice Ohayon, John Peever, Robert Rawding, Ramesh C Sachdeva, Belinda Setters, Michael V Vitiello, J Catesby Ware, and Paula J Adams Hillard (2015) National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. Vol. 1. (1): 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Horne, Jim A (1991) Dimensions to sleepiness. In: Timothy H. Monk (Ed.), *Sleep, sleepiness and performance*. New York: John Wiley & Sons. 169–196.
- Riegel, Barbara, Alexandra L Hanlon, Xuemei Zhang, Desiree Fleck, Steven L Sayers, Lee R Goldberg, and William S Weintraub (2013) What is the best measure of daytime sleepiness in adults with heart failure? *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. Vol. 25. (5): 272–279. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2012.00784.x>
- Roenneberg, Till, Anna Wirz-Justice and Martha Merrow (2003) Life between Clocks: Daily Temporal Patterns of Human Chronotypes. *Journal of Biological Rhythms*. Vol. 18. (1): 80–90. <https://doi.org/10.1177/0748730402239679>
- Roenneberg, Till (2017) *Internal Time: Chronotypes, Social Jet Lag, and Why You're So Tired*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

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. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*. 7. (3): 247–255. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.8>

Súdy Ágnes Réka, Ella Krisztina, Bódizs Róbert és Káldi Krisztina (2019) Association of Social Jetlag With Sleep Quality and Autonomic Cardiac Control During Sleep in Young Healthy Men. *Frontiers in Neurosciences*. Vol. 13: 950. <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00950>

Zhou, Qiongui; Ming Zhang, and Dongsheng Hu (2019) Dose-response association between sleep duration and obesity risk: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Sleep and Breathing*. Vol. 23. (4): 1035–1045. <https://doi.org/10.1007/s11325-019-01824-4>

A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében

Betekintő

Jelen tanulmány a fiatalok körében a depressziós tünetek és az öngyilkossági gondolatok előfordulását vizsgálja. A korábbi felméréshez képest megduplázódott a nagy valószínűséggel klinikai mértékű, tehát kezelésre szoruló depressziósok aránya a vizsgált populációban. Leginkább a magas iskolai végzettségűek, illetve a munkanélküli fiatalok érintettek. Szintén rizikócsoporthoz tartoznak a roma etnikum a fiatalok körében súlyos depresszióra nézve, és körükben az öngyilkossági gondolatok is gyakrabban jelennek meg. Az öngyilkossági gondolatokra és a depresszióra nézve egyaránt veszélyeztetettebbnek bizonyulnak azok, akiket vér szerinti szülőjük egyedül nevelt. A tanulmány megerősíti, hogy a társas támogatás nagyobb mértéke alacsonyabb depressziós pontszámokkal jár együtt.

Bevezető

A magyar fiatalság körében a depresszió és az öngyilkosságok aránya európai és világviszonylatban is az élmezőnybe tartozik (Németh és mtsai 2021). A 15-29 éves fiatalok körében az öngyilkosság a vezető halálok, melynek hátterében leggyakrabban a kezeletlen mentális betegség, legtöbbször a major depresszió áll (Balázs 2019).

2020 és 2021-ben a Covid-19 járvány hatására számos országban kimutathatóan megemelkedett a szorongás, a depresszió, a poszttraumás érzelmi tünetek és a stressz mértéke a járványt megelőző időszakhoz képest (Torales 2020, Fond és mtsai 2021), a depresszió aránya bizonyos országokban megháromszorozódott a lakosság körében (Ettman és mtsai 2020, Winkler és mtsai 2020). Míg a legtöbb fejlett országban az öngyilkosságok száma stagnált vagy csökkent a pandémia alatt (Pirkis és mtsai 2021), Japánban és Magyarországon növekedés volt tapasztalható. Magyarországon 10 százalékkal nőtt a halállal végződő öngyilkosságok száma a 2019-es évhez képest, és a növekedés túlnyomó többségben a férfiak körében

volt tapasztalható (Központi Statisztikai Hivatal 2021).

Külön figyelmet érdemel a fiatalok helyzete, akiket a tanulmányok szerint méginkább érint a depresszió növekedése. Ausztriában például, más országban végzett kutatásokkal megegyezően, a depressziós és szorongásos tünetek magas előfordulását találták. A felmérésben részt vevők 21 százaléka mutatott depresszív tüneteket és 19 százaléka szorongásos tüneteket; ez egy 2014-es átfogó vizsgálattal összehasonlítva ötszörös növekedést jelent (Statistik Austria 2015). Míg 35 év alatt a vizsgált alanyoknak több mint 30 százaléka mutatott depressziós tüneteket, addig 65 év felett csupán 5 százalék. A szorongás esetében is hasonló tendenciát lehetett megfigyelni: a 35 év alattiak 25 százaléka, a 65 év felettiek 7 százaléka mutatott legalább közepes mértékű szorongó tüneteket (Pieh és mtsai 2020), pedig a pandémiát megelőző időszakban nem volt ilyen jelentős korosztálybeli eltérés az országban (Löwe et al. 2008).

A depresszió eloszlása a vizsgált mintában

Az alábbi táblázatokban a Hungarostudy felmérések korábbi eredményeivel vetjük össze az egyes depresszió-kategóriákba eső 18-29 év közötti személyeket. A depressziót a Rövidített Beck Depresszió kérdőívvel (BDI9) vizsgáltuk, melynél a 0-9 pont közötti érték kizárja a depressziót, a 10-18 pont között enyhe, a 19 pont felett közepes, és a 25 pont feletti érték súlyos depressziót valószínűsít. Míg 2013-ban a súlyos mértékű depresszió a

megkérdezett fiatalok 3,2 százalékában fordult elő, addig 2021-re ez az érték 8,8 százalékra nőtt. 2002-ben a súlyos depressziós fiatalok aránya mindössze 2,3 százalék volt Magyarországon (1. táblázat). A következő táblázatban láthatjuk, hogy a klinikai mértékű depresszió (vagyis a közepes és súlyos depresszió együtt) aránya 2013-hoz képest 2021-ben megduplázódott (6,3 százalékról 12,4 százalékra nőtt).

1. táblázat: Depresszió kategóriák előfordulása a 18-29 évesek körében a Hungarostudy kutatásokban 2002 óta

Depressziós tünetek	2002	2006	2013	2021
Jelentéktelenek (normál tartomány)	84,50%	86,50%	86,60%	81,4%
Enyhék	10,90%	9,65%	7,10%	6,20%
Közepesek	2,70%	1,54%	3,10%	3,60%
Súlyosak	1,90%	2,30%	3,20%	8,8%
	2002	2006	2013	2021
Nem klinikai depresszió	95,40%	96,16%	93,70%	87,6%
Klinikai depresszió	4,60%	3,84%	6,30%	12,4%
N	2555	882	434	1226

Demográfiai mutatók a depresszió mértékének tükrében

A 18-29 éves válaszadók (N=1226) legfontosabb demográfiai mutatóit szemléltetjük az alábbi táblázatban (2. táblázat). Klinikai mértékű depresszióknak a közepes és súlyos depressziós pontszámokat tekintjük, együtt. Az eredményekből látható, hogy a felnőtt lakosság körében jellemző nemi különbség ebben a korosztályban nem

mutatható ki a depresszióra nézve. A depresszió jelentősen gyakoribb a felsőfokú végzettséggel rendelkezők körében, 18,7 százalék ez az arány a 10%-ot sem éri el a középfokú végzettséggel rendelkezők között¹. A hétköznapi aktivitás szempontjából a depresszióknak leginkább kitettek a munkanélküliek, közel 20 százalékuk klinikai

¹Mivel a 18-29 éves korosztályról van szó, utóbbi csoportban többen lehetnek olyanok is, akik már felsőfokú intézményben tanulnak, de még nem szerezték meg a felsőfokú végzettséget.

mértéket elérő depresszióval érintett, ami jelentősen magasabb a tanulókénál vagy a dolgozóknál (15,1%). Lakóhely szerint is jelentős eltérések mutatkoztak a vizsgált mintában: legnagyobb arányban a Budapesten élő fiatalok érintettek (20,4%), míg a községben élők között ez az arány 5,7 százalék.

A magukat romának valló fiatalok körében jelentősen magasabb a közepes vagy súlyos depresszió (16,0%) azokkal szemben, akik nem vallották romának magukat (12,1%).

Érdekes megfigyelés, hogy azok körében, akik már nem élnek a szüleikkel, jelentősen magasabb arányú volt a depresszió (18,2%), mint azoknál, akik szüleikkel élnek. A kérdőív kitért arra is, hogy 14 éves kora előtt ki nevelte az egyént. Azok körében volt a legmagasabb a depresszió, akiket az egyik vérszerinti szülő egyedül nevelt (16,1%), míg ha új partnerrel nevelte a vérszerinti szülő, ez az arány 8 százalék volt, alacsonyabb, mint a házasság vérszerinti szülők általi nevelés esetén (11,9%).

2. táblázat: Depresszió összefüggése a szociodemográfiai jellemzőkkel a 18-29 évesek körében. Hungarostudy 2021

Depressziós tünetek	Depresszió mértéke (BDI9)		N	P érték
Jelentéktelenek (normál tartomány)	Normál	Klinikai ²		
Összesen	87,6%	12,4%	1216	
Neme	Nincs különbség			
Iskolai végzettség				
Alapfok	86,9%	13,1%	398	,002
Középfok	90,1%	9,9%	615	
Felsőfok	81,3%	18,7%	203	
Aktivitás				
Dolgozik	84,9%	15,1%	760	,000
Munkanélküli	81,0%	19,0%	42	
Tanuló	92,5%	7,5%	308	
Háztartásbeli vagy CSED, GYED, GYET	97,7%	2,3%	87	
Lakóhely, település				
Budapest	79,6%	20,4%	226	,000
Megyeszékhely, megyei jogú város	86,4%	13,6%	265	
Város	87,0%	13,0%	376	
Község, nagyközség	94,3%	5,7%	349	
Etnikum - cigány/roma				
Nem cigány/roma etnikum	87,9%	12,1%	1134	,044
Cigány/roma etnikum	84,0%	16,0%	81	

.....

²közepes vagy súlyos depressziós pontszámok

Együtt él szülőikkel				
Nem	81,8%	18,2%	424	,000
Igen	90,7%	9,3%	706	
Ki nevelte 14 éves koráig				
Házasságban élő vér szerinti szülők	88,1%	11,9%	1050	,002
Együtt élő, nem házas, vér szerinti	93,1%	6,9%	29	
Egyik vér szerinti szülő egyedül	83,9%	16,1%	62	
Egyik vér szerinti szülő új társsal	92,0%	8,0%	25	

A depresszió összefüggése egyéb pszichológiai mutatókkal

Az alábbiakban megvizsgáltuk, hogy a BDI9 kérdőívén mért depressziós pontszámok milyen összefüggésben állnak különböző lelki egészség-mutatókkal a megkérdezett fiatalok körében (3. táblázat). A depresszióra nézve fontos védőfaktor jelent a társas támasz, ami másoktól (házastárs, szülők, barátok, kollégák stb.) jövő támogatást, törődést jelent. A felmérésünk szerint minél inkább számíthat valaki másokra, annál kevésbé valószínű a depresszió megjelenése. Ez egybevág a korábbi felmérések eredményeivel. Pozitív irányú kapcsolat mutatkozott azonban a házastársi stressz mértékével: minél stresszesebbnek éli meg valaki a párkapcsolatát férjével vagy feleségével, annál inkább érintett lehet depressziós tünetekkel. Hasonlóan az észlelt stressz mértéke is pozitív irányú összefüggést mutat a depresszió mértékével. A szubjektív jóllét a WHO egyik leggyakrabban vizsgált mutatója, melynek mértéke jól jelzi az egyén lelki egészségét. Minél alacsonyabb pontszámot ért el valaki a szubjektív jóllét kérdőívén, annál magasabb pontszámot ért el a depressziót mérő kérdőívén.

Érdekes, pozitív irányú összefüggés mutatkozott a depressziós pontszámok és aközött, hogy a megkérdezett fiatal hány Covid-fertőzésen átesett személyt ismert. Minél több ilyen személyről volt tudomása, annál több pontot ért el a depressziót mérő skálán.

Egyre több kutatás foglalkozik azzal, hogy a fiatalok körében megnövekedett a klímaszorongás (Marks és mtsai 2021, Bell és mtsai 2021). Megvizsgáltuk, hogy a klímaváltozás, a környezetszennyezés és az élővilág kipusztulása miatt érzett fenyegetettség milyen mértékben függ össze a

depressziós pontszámokkal. Mindhárom mutató negatív irányú összefüggést mutatott, ami azt jelenti, hogy minél inkább szorong valaki a környezet veszélyeztetettsége miatt, annál alacsonyabbak a depressziós mutatói.

3. táblázat: A depresszió és egyes pszichológiai mutatók összefüggései a 18-29 évesek közt a Hungarostudy 2021 felmérésben.

	N	r
Társas támasz (MSPSS10)	1199	-0,432**
Házastársi stressz (MSS5)	462	0,261**
Észlelt stressz (PSS10)	1210	0,459**
Szubjektív jóllét (WHO5)	1216	-0,39**
Hány Covid fertőzöttet ismer?	1038	0,083**
Alábbiak miatti fenyegetettség érzése		
Klímaváltozás	1204	-0,118**
Környezetszennyezés	1205	-0,156**
Élővilág kipusztulása	1202	-0,156**

Az öngyilkossági gondolatok alakulása a vizsgált mintában

A Hungarostudy felmérésben vizsgáltuk az öngyilkossági gondolatok előfordulását is. Az alábbi 5 kérdésre adtak választ a vizsgált személyek:

- Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?
- Az elmúlt 1 évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?
- Volt-e valaha öngyilkossági kísérlete?
- Ön megfontolná-e az öngyilkosságot, ha súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenvedne?

- Ön egyetért vagy nem ért egyet azzal, ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?

Mivel a második és harmadik kérdésre mindössze 33-33 fő adott választ (azok közül, akik az első kérdésre igen választ adtak), így ezek elemzésétől eltekintünk. Az alábbi táblázatban (4. táblázat) szemléltetjük az öngyilkossággal kapcsolatos kérdésekre adott válaszok eloszlását a mintában.

4. táblázat: Öngyilkossági gondolatok, az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdök a 18-29 évesek közt a Hungarostudy 2021 felmérésben. A táblázatban csak azok az értékek vannak feltüntetve, ahol a csoportok közt kimutatható a különbség.

	Foglalkoztatták-e valaha öngyilkossági gondolatok?	Ön megfontolná az öngyilkosságot, ha súlyos és gyógyíthatatlan betegségben szenvedne vagy nem?	Ön egyetért vagy nem ért egyet azzal, ha valaki öngyilkos akar lenni, az az ő dolga, és nem kell beleszólni?
Fő	1212	1128	1153
Összesen	2,69%	6,90%	14,38%
Végzettség			
alapfok	-	-	20,56%
középfok	-	-	11,64%
felsőfok	-	-	10,25%
Aktivitás			
Dolgozik	2,43%	6,63%	-
Munkanélküli	11,17%	12,27%	-
Tanuló	2,49%	5,47%	-
HTB vagy CSÉD, GYED, GYET	0,00%	9,00%	-
eltartott	7,80%	15,99%	-
Település típusa (lakóhely)			
Budapest	1,89%	-	13,97%
Megyeszékhely, megyei jogú város	5,71%	-	7,92%
Város	1,27%	-	14,31%
Község, nagyközség	2,45%	-	19,68%

Gyerekszám			
Nincs gyereke	-	6,85%	-
1 gyereke van	-	5,92%	-
2 gyereke van	-	4,26%	-
3 vagy több gyereke van	-	25,82%	-
Cigány/roma etnikum			
Nem	-	6,23%	13,62%
Igen	-	16,12%	25,01%
Ki nevelte 14 éves koráig			
Házasságban élő vérszerinti szüleim	2,02%	6,35%	-
Együtt élő (nem házas) vér szerinti szüleim	0,00%	2,94%	-

A fenti táblázatból kiderül, hogy az öngyilkosságkal kapcsolatos gondolatok előfordulásában nem mutatkoznak nem és iskolai végzettség szerinti különbségek a vizsgált mintában. A fiatalok összesen 2,7 százaléka foglalkozott már ilyen gondolatokkal. A hétköznapi aktivitás szempontjából vizsgálva az eredményeket az látszik, hogy a munkanélküli fiatalok azok, akik legnagyobb arányban gondoltak már öngyilkosságra (11%), őket pedig az eltartottak követik (közel 8%). Ha a település típusát figyeljük meg, látható, hogy a megyeszékhelyen élők között gondolnak a legtöbben önsértésre. A gyerekszám és az etnikai hovatartozás szerint nem mutatkoztak eltérések a mintában. A depresszióval ellentétben az öngyilkossági gondolatok azok körében voltak a legjellemzőbbek, akiket az egyik vér szerinti szülő egyedül (10%), vagy új társsal nevelt (10%). Azok körében, akiket házasságban élő vér szerinti szülők neveltek, csupán 2 százalékban fordultak elő szuicid gondolatok.

Abban a kérdésben, hogy a válaszadó megfontolná-e súlyos, gyógyíthatatlan betegség esetén az öngyilkosságot, szintén nem mutatkozott nem és iskolai végzettség szerinti eltérés a mintában; összesen a megkérdezettek 6,9 százaléka válaszolt igennel erre a kérdésre. A nők 8,3 százaléka, míg a férfiaknak csak 5,5 százaléka válaszolt igenlően.

A gazdasági aktivitás szerint az eltartott fiatalok 15 százaléka fontolná meg az öngyilkosságot, ami a legmagasabb érték a megkérdezettek között. Őket követik a munkanélküliek 12 százalékkal; a dolgozóknak csak 6 százaléka válaszolt igennel erre a kérdésre. Érdekes, hogy a három vagy több gyermekkel rendelkező fiatalok azok, akik leginkább elgondolkodnának az öngyilkosságon gyógyíthatatlan betegség esetén. Minden negyedik nagycsaládos igennel felelt, ami jóval magasabb, mint a gyermektelen (6,8%), vagy a kevesebb gyermekkel rendelkező fiatalok aránya³. Etnikai hovatartozás szerint az látható, hogy a romák 16 százaléka gondolkodna el azon, hogy gyógyíthatatlan betegség esetén befejezze az életét, míg ez az arány csak 6 százalék a nem roma csoportban. Az öngyilkossági gondolatokkal megegyezően, itt is az egyik vérszerinti szülő által egyedül vagy új társsal nevelt fiatalok válaszoltak a legtöbben igennel, 13 százalék és 18 százalék. A vér szerinti szülők által nevelt fiatalok körében ez az arány csak 6 százalék volt. Azzal az állítással, hogy „az öngyilkosság az egyén saját dolga, és abba nem kell beleszólni” a válaszadók 14 százaléka értett egyet. A férfiak és nők azonos arányban értenek egyet ezzel az állítással. Ebben a kérdésben már jelentős eltérés látható iskolai végzettség szerint: az alacsony végzettségűek 20 százaléka, míg az egyetemet vagy

³Ebben az esetben szükséges megjegyezni, hogy a fiatal korosztályt vizsgálva a sokgyerekesek csak egy szűk részét képezik annak a rétegnek, akik sok gyermeket vállalnak az életük során, mivel többségük még a megvalósítás előtt áll.

főiskolát végzetteknek csak 10 százaléka ért egyet ezzel az állítással. Szignifikánsan több községi lakos (19%), mint más településtípuson élő fiatal felelt igennel erre a kérdésre. Gyermekszám szerint nincs jelentős különbség. A magukat romának valló fiatalok 25 százaléka tartja önálló döntésnek az öngyilkosságot, szemben a nem román 13 százalékos arányával. Ennek a kérdésnek a vonatkozásában nincs különbség abban, hogy ki nevelte a válaszadókat 14 éves koruk előtt.

A fenti adatokból jól látható, hogy mind a depressziós tünetek, mind az öngyilkossági gondolatok komplex összefüggést mutatnak más lelki zavarokkal, és a társadalmi-gazdasági helyzettel egyaránt. Az eredmények részletes elemzése egymástól jelentősen különböző kockázati csoportokat tár fel, amelyek teljesen eltérő megközelítést igényelnek a megelőzés és a lelki egészség fejlesztése szempontjából.

Felhasznált irodalom

- Balázs Judit (2019) Öngyilkosság-prevenció az iskolákban: A Fiatalok Mentális Egészség-öntudatosság Program (YAM) bemutatása. *Educatio* 28. évf. 3. 541–549.
- Bell James, Jacob Poushter, Moira Fagan And Christine Huang (2021) In Response to Climate Change, Citizens in Advanced Economies Are Willing To Alter How They Live and Work. Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/global/2021/09/14/in-response-to-climate-change-citizens-in-advanced-economies-are-willing-to-alter-how-they-live-and-work/> Letöltve 2021.11.11.
- Fond, Guillaume, Katlyn Nemani, Damien Etchecopar-Etchart, Anderson Loundou, Donald C. Goff et al. (2021) Association Between Mental Health Disorders and Mortality Among Patients With COVID-19 in 7 Countries. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 78. (11): 1208–1217. doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.2274
- Marks, Elisabeth, Caroline Hickman, Panu Pihkala, Susan Clayton, Eric R. Lewandowski et al. (2021) Young People's Voices on Climate Anxiety, Government Betrayal and Moral Injury: A Global Phenomenon. *The Lancet* (preprint) <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3918955>
- Torales, Julio, Marcello O'Higgins, João Mauricio Castaldelli-Maia, Antonio Ventriglio (2020) The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 66. (4): 317–320. doi:10.1177/0020764020915212
- Németh Attila, Döme Péter, Drótos Gergely, Rihmer Zoltán (2021) A 2000 és 2019 közötti időszakban Magyarországon elkövetett, befejezett öngyilkosságok statisztikai elemzése. *Orvosi Hetilap*. 162. (32): 1283–1296. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32174>
- Pirkis, Jane, Ann John, Sangsoo Shin, Marcos DelPozo-Banos, Vicas Arya, Pablo Analuisa-Aguilar et al. (2021) Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*. 8. (7): 579–588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
- Winkler, Petr, Tomáš Formánek, Karolina Mlada, Anna Kagstrom, Z. Mohrova et al. (2020) Increase in prevalence of current mental disorders in the context of COVID-19: Analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 29. E173. doi:10.1017/S2045796020000888

A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana

Betekintő

A Hungarostudy 2021 lakossági egészségi állapot felmérés két komponensű kutatás. Az „A” komponens jelenti a 18 éven felüli magyar népesség 7000 fős, nemre, korra, megyékre reprezentatív főmintáját, a „B” komponens pedig a fiatal korosztályokra reprezentatív (18–40 éves) 2000 fős almintáját. Az adatfelvétel személyes formában, kérdezőbiztosok közreműködésével, TAPI¹ módszerrel történt 2021 nyarán. A kérdőív négy fő részből áll, ebből kettő kérdezőbiztos általi lekérdezéssel, kettő pedig önkitöltős formában került felvételre. 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 Kutásetikai Bizottsága engedélyezte (IV/5663-1/2021/EKU).

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

A kutatás célkitűzései

A Hungarostudy 2021 (HS2021) kutatás célja egyrészt a felnőttkorú magyar népesség egészségi állapotának, egészséggel kapcsolatos életminőségének vizsgálata 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 fókuszát jelenti a lakosság egészségi állapotát befolyásoló

olyan életmód-beli és társaskapcsolati tényezők vizsgálata, mint a fizikai aktivitás, az alvási szokások, a rizikómagatartások, a társas támogatottság, a felnőttkori kötődések. A kutatás során kiemelt figyelmet kap a fiatal (18–40 éves) korosztály családdal, gyermekvállalással, várandósággal, szüléssel kapcsolatos attitűdjeinek, stratégiáinak vizsgálata, valamint a digitális egészségügy használatára vonatkozó lakossági ismeretek és igények felmérése.

¹TAPI = Tablet Assisted Personal Interview, a.m. 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 HS2013-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 tesztelése fókusz-csoportos interjúkkal történt. A fókusz-csoportok kialakítása, a beválogatási szempontok meghatározása során figyelembe vették a tervezett országos reprezentatív minta szociodemográfiai jellemzőit. A három csoportban 8-8 fő vett részt. Az interjú előtt kiküldték a résztvevőknek a kérdőíveket és a teszteket. A beszélgetések

időtartama 90-120 perc volt. A beszélgetések online formában, Zoom felületen történtek. A beszélgetésekről hangfelvétel készült. A végleges kérdőívcsomag összeállítására a fókusz-csoportos interjúk tapasztalatainak felhasználásával került sor.

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

A felmérésben részt vevő szakemberek számára a kérdőívben szereplő érzékeny kérdésekre adott 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 két-komponensű minta „A” mintájába 7000, 18 éven felüli személy tartozott, a „B” mintába pedig a 7000 főből 2000 fiatal (18-40 éves) került beválogatásra.

A minta kétlépcsős, arányosan rétegzett, valószínűségi minta, melynek alapsokaságát a Magyarországon élő, magyar állampolgárságú, 18 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

kiválasztása történt meg, úgy, hogy azok reprezentálják a régiókat és településtípusokat. Mivel az adatfelvétel az ún. „véletlen sétás” mintavételi technikára épült², a második lépcsőben az adott településeken meghatározták a véletlen séta 532 kezdőpontját. A háztartásokból a személyek beválogatása a „legutóbbi születésnap módszerrel” történt.³

A mintaszerkezet kialakításánál a KSH 2016-os Mikrocenzus⁴ adatait vették figyelembe. A 7000 fős főminta és a 2000 fős almintá településmintái külön-külön is leképezik az ország településstruktúráját, regionális elhelyezkedés és településnagyság szerint. A 2000 fős almintá a 18-40 éves magyarországi lakosságra reprezentatív.

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

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

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

Adatfelvétel

A felmérést a Társadalomkutató Kft. instruktorai vezették, 167 kérdező részvételével. Az adatfelvételt úgynevezett TAPI (Tablet-assisted Personal Interviewing) módszerrel, azaz tablettel segített személyes adatfelvétel formájában történt és 8 hét alatt valósult meg. Az első adatfelvétel dátuma 2021. július 21.

A kérdőív négy, fizikailag elkülönülő részből állt:

1. Fő kérdőív

2. A 18-40 éves fiatalokra vonatkozó, párkapcsolati kérdőív

3. Az érzékeny kérdéseket (szexualitás, öngyilkosság) tartalmazó kérdőív

4. A nőkre vonatkozó kérdőív.

Az első és a második kérdőív felvétele személyes interjúval történt, a másik két kérdőív önkitöltős módszerrel került felvételre. Az átlagos interjúhossz 52 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, az előírásoknak megfelelően történt-e. 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 romlik. 2002-ben a visszautasítás mértéke 20 százalék alatt volt (17,6%), 2005-ben ez az arány már meghaladta a 20 százalékot (23,8%), ami 6 százalékos növekedést jelent. A 2013-as vizsgálat során a válasz-

megtagadók aránya megközelítette a 30 százalékot (27,4%). A 2021-es vizsgálatban azonban 5 sikeres interjúra 1 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 ún. többszemponú, iterációs súlyozási eljárással lettek korrigálva. A többszemponú súlyozással a 7000-es főminta („A” minta) és a 2000-es alminta („B” minta) főbb társadalmi-demográfiai változók mentén megfigyelhető torzulásai a 2016-os Mikrocenzus 18 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: alapfok (legfeljebb 8 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–településtípus szerinti párosításban a következő részcsoportok képződtek: 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 részcsoporthoz arányai a 18 év feletti népességben megfigyelt részcsoporthoz 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. E kutatás adatbázisának súlyozását követően a 7000 fős mintában a legkisebb súlytényező 0,34-es értéket, a legnagyobb pedig 3,01-et vett fel; a 2000 fős almintában 0,38 és 3,01 a két szélső érték. A kapott minta régió, megye, településtípus, nem, kor, iskolai végzettség tekintetében reprezentatív.

A Hungarostudy 2021 kérdőív bemutatása

A kutatás céljainak megfelelően egyrészt lerövidítettük a HS2013-as alapkérdőívet, másrészt kiegészítettük néhány új tematikus blokkal és mérőeszközzel. Az átalakított kérdőív követi az előző Hungarostudy vizsgálatok felépítését, megtartott blokkjai elsősorban a HS2013-as vizsgálat blokkjaival és elemeivel kompatibilisek.

A kutatás a Covid-19 járványidőszakban történt, 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 magatartásjellemzőkre vonatkozó kérdéseket. Külön blokkot képeznek a munkával, családdal és az anyagi helyzettel kapcsolatos kérdések. A fő

kérdőívben kaptak helyet az állampolgársággal, illetve a magyarsággal kapcsolatos attitűdök, a kockázatesztelés és a kapcsolathálózatok mérésére szolgáló úgynevezett névgenerátorok. A lekérdezés elején és végén a kronotípus leírására alkalmas mérőeszköz mellett, az álmoság napszakfüggő elemzéséhez rögzítettük a válaszadók álmoság-szintjét.

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

Az önkéntöltős 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.

Az alkalmazott skálák belső konzisztenciája

A kérdőívben szereplő 23 mérőeszköz mindegyikének megvizsgáltuk a konzisztencia mutatóját, (Cronbach-alfa), amely a skála megbízhatóságát

jelzi, és amelynek értékei a felmérés adatai alapján 0,53 és 0,97 között mozogtak (1. táblázat).

1. táblázat: Alkalmazott mérőeszközök

Skála megnevezése	Tételek száma	Cronbach-alfa
Anómia Skála (AS-4)	4	0,78
Athéni Inszomnia Skála (Athens insomnia scale, AIS-5)	5	0,89

¹TAPI = Tablet Assisted Personal Interview, a.m. Tablet segítségével felvett interjú

Skála megnevezése	Tételek száma	Cronbach-alfa
Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje (AUDIT-5)	5	0,93
Beck-féle depresszió kérdőív (BDI-9)	9	0,94
Testi tünetek (Patient Health Questionnaire Somatic Symptom Severity Scale, PHQ-14)	14	0,84
(Munka-család konfliktus kérdőív) Work-Family Conflict Scale (WFC)	10	0,91
Családtámogatási tényezők fontossága általában	21	0,98
Családtámogatási tényezők fontossága saját életében	21	0,98
Elégedettség skála	14	0,90
Érzelmi evés skála (Three-factor eating questionnaire, TFEQ-6)	6	0,95
Észlelt stressz skála (Perceived stress scale, PSS-10)	10	0,74
European social survey (ESS) állampolgárság	8	0,64
Házasság, mint intézmény	8	0,83
Házassági stressz skála (Marriage stress scale, MSS-5)	5	0,53
Kockázatesztelés	16	0,97
Koherencia-érzés skála (a Rahe-féle rövidített stressz és megküzdés kérdőívből)	8	0,66
Kapcsolati Struktúrák Kérdőív (ECR-RS) kötődési kérdőív, anya	9	0,88
Kapcsolati Struktúrák Kérdőív (ECR-RS) kötődési kérdőív, párkapcsolat	9	0,88
Poszttraumás növekedésérzés kérdőív (PTGI-10)	10	0,96
Szabálykövetés (Rule compliance, RC-5)	5	0,73
Multidimenzionális társas támogatás skála (Multidimensional scale of perceived social support, MSPSS-10)	10	0,95
WHO Well-Being kérdőív (WBI-5)	5	0,91

Felhasznált irodalom

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

Rózsa Sándor, Réthelyi János, Stauder Adrienne, Susánszky Éva, Mészáros Eszter, Skrabski Árpád, 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.

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

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

Szerzők

Ádám Szilvia PhD egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem

Antal István irodavezető, KINCS

Balog Piroska PhD egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

Bocz János PhD kutató-elemző, KINCS

Bódizs Róbert PhD habil kutatási igazgatóhelyettes, Semmelweis Egyetem

Engler Ágnes PhD habil tudományos elnökhelyettes, KINCS; egyetemi docens, Debreceni Egyetem

G. Horváth Csenge doktorandusz, Semmelweis Egyetem

Kapdebo Ágnes elemző, KINCS

Kovács Katalin Tünde kutató, Nemzetstratégiai Kutatóintézet

Major Enikő kutató-elemző, KINCS; tanársegéd, Debreceni Református Hittudományi Egyetem

Markos Valéria PhD kutató-elemző, KINCS

Papházi Tibor PhD kutató-elemző, KINCS

Pári András kutató-elemző, KINCS; tanársegéd, Pázmány Péter Katolikus Egyetem

Pilling János PhD egyetemi docens, oktatási igazgatóhelyettes, Semmelweis Egyetem

Purebl György PhD habil egyetemi tanár, igazgató, Semmelweis Egyetem

Susánszky Anna PhD egyetemi tanársegéd, Semmelweis Egyetem

Susánszky Éva PhD nyugalmazott egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

Susánszky Pál PhD tudományos munkatárs, Eötvös Loránd Kutatási Hálózat, Társadalomtudományi Kutatóközpont, Politikatudományi Intézet

Szebik Imre PhD egyetemi docens, Semmelweis Egyetem

Székely András kutató-elemző, KINCS; kutató, Végeken Egészséglélektani Alapítvány

Székely B. András kutató, Végeken Egészséglélektani Alapítvány

Tárkányi Ákos PhD kutató-elemző, KINCS

Tóth Mónika Ditta PhD egyetemi adjunktus, Semmelweis Egyetem

Kiadja:
Kopp Mária Intézet a Népesedésért
és a Családokért (KINCS)

Felelős kiadó:
Fűrész Tünde elnök

Főszerkesztő:
Engler Ágnes tudományos elnökhelyettes

Vendégszerkesztő:
Purebl György, a Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézetének igazgatója

Szerkesztőbizottság elnöke:
Aczél Petra elnöki főtanácsadó

Szerkesztőbizottság tagjai:
Andok Mónika, Bagdy Emőke, Bartus Tamás, Bögre Zsuzsanna,
Dávid Beáta, Demény Pál, Forisek Péter, Lentner Csaba, Mészáros József,
Pusztai Gabriella

Szerkesztőség:
Antal István központvezető,
Szomszéd Orsolya irodavezető, Pári András irodavezető

Lektorok:
Szántó Zsuzsanna nyugalmazott egyetemi docens, Semmelweis Egyetem;
Agócs Gergely szakpolitikai főmunkatárs, KINCS

Szerkesztőségi titkár:
Földi-Deutsch Eszter elnöki és tudományos főmunkatárs

Szerkesztőség: kapocs@koppmariaintezet.hu
ISSN 1588-7227 (nyomtatott)
ISSN 2732-0154 (pdf)
A Kiadó kötetei (nyomtatott és e-könyv formátumban) megrendelhetők
a KINCS könyvesboltjában: www.ekonyv.koppmariaintezet.hu

Újra megjelent
Kopp Mária és
Skrabski Árpád

könyve a boldogságkeresésről!

Folytatódik
a boldogság-
keresés!

Keresse a KINCS
e-könyvesboltjában!



Kiadja:



KINCS

KOPP MÁRIA INTÉZET
A NÉPESEDÉSÉRT
ÉS A CSALÁDOKÉRT

koppmariaintezet.hu
ekonyv.koppmariaintezet.hu



KINCS

KOPP MÁRIA INTÉZET
A NÉPESEDÉSÉRT
ÉS A CSALÁDOKÉRT