



IMPULZUS

Szegedi Pszichológiai Tanulmányok
Diákszerzők Publikációs Fóruma

6-7. ÉVFOLYAM, 1. SZÁM
2020 NOVEMBER





A Szegedi Tudományegyetem Bölcsészkar Pszichológiai Intézetének szabad hozzáférésű elektronikus folyóirata. A folyóirat pszichológus hallgatók számára teremt fórumot magas színvonalú tudományos munkáinak bemutatására, a pszichológia bármely területéről és határterületéről, így segítve a tudományos publikálás gyakorlatának elsajátítását. Empirikus és elméleti – áttekintő jellegű munkákat egyaránt várunk. Kéziratokat elfogadjunk BA és MA szintű tanulmányokat folytató szerzőktől, függetlenül attól, hogy tanulmányaikat nappali vagy levelező tagozaton végzik. A kiadvány évente egy vagy két alkalommal jelenik meg. A kéziratokat kettős vak bírálati eljárás alá vetjük. Az *Impulzus* – Szegedi Pszichológiai Tanulmányok a 2004-től 2013-ig nyomtatásban megjelent Szegedi Pszichológiai Tanulmányok utódkiadványaként jelenik meg.

A szerkesztőség címe:

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, 6722 Szeged, Egyetem u.2.

Alapító-főszerkesztő:

Dr. Szokolszky Ágnes SZTE BTK Pszichológiai Intézet

Email: szokolszky@gmail.com

Szerkesztők:

Csábi Eszter SZTE BTK Pszichológiai Intézet

Email: csabieszti@gmail.com

Sallay Viola SZTE BTK Pszichológiai Intézet

Email: sallay.viola@gmail.com

Kresznerits Szilvia SZTE BTK Pszichológiai Intézet

Email: kreszilvi@gmail.com

Honlap, borítólap és nyomdai szerkesztés: Dragon Zoltán

6-7. évfolyam, 1. szám, 2020 november

IMPULZUS

A TÚLSÚLYOS SZEMÉLYEKSEL SZEMBENI EXPLICIT ÉS IMPLICIT ATTITÚDÖK A RENDELLENES ÉTKEZÉSI MINTÁZATOK TÜKRÉBEN

Erdész Anett¹

¹ ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiai Intézet,
erdesz.anett@gmail.com

Vizsgálatunk célja, hogy rávilágítson a túlsúlyos személyekkel szembeni implicit, valamint explicit attitűdök feltételezett különbözőségére, figyelembe véve a rendellenes étkezéssel viselkedést. Az explicit előítéletek vizsgálata során fókuszba kerültek továbbá a nemi, valamint életkori különbségek. Vizsgálati eszközként az implicit attitűdök felmérésére a Szemantikus Szelekciós Tesztet alkalmaztuk, mely az egyes jelentések kapcsolatát vizsgáló félprojektív mérőeljárás. Az explicit attitűdök feltérképezésére szolgált az Attitudes Toward Obese Persons (ATOP) skála. Az étkezéssel rendellenességekkel kapcsolatos viselkedéssel vonásokat pedig az Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) kérdőívvel mértük fel. Hozzáférés alapú mintavételt alkalmazva összesen 62 fő (40 férfi, 22 nő) adatait rögzítettük. Eredményeink alátámasztották azon feltételezésünket, miszerint a túlsúllyal szembeni implicit, illetve explicit attitűdök között nem áll fenn számottevő kapcsolat, ezek egymástól független konstruktumok. A rendellenes étkezéssel mintázatok jelenléte nem befolyásolta szignifikánsan sem az implicit, sem az explicit negatív attitűdök erősségét. Igazolást nyert továbbá hipotézisünk, miszerint a nők körében erőteljesebben jelenik meg a rendellenes étkezéssel viselkedés, valamint hogy a korosabb személyek kevésbé negatív explicit viszonyulást fejeznek ki a túlsúlyosokkal szemben.

Kulcsszavak: stigma, explicit attitűd, implicit attitűd, rendellenes étkezéssel mintázatok, Semantic Selection Test (SST), Attitudes Toward Obese Persons (ATOP), Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozom dr. Szabó Évának, hogy ez a munka elkészülhetett, mind az SST magyar validálása, mind pedig személyes segítsége miatt.

Egyes eredmények szerint az elhízott személyekkel szembeni negatív viszonyulás szociálisan elfogadott, emiatt az implicit és explicit attitűdök együttjárását hangsúlyozzák (Crandall, 1994; Puhl & Brownell, 2001). Más szerzők ennek ellentmondva utalnak az implicit, valamint explicit negatív attitűdökre, mint egymástól független mintázatokat mutató konstruktumokra (Brochu & Morrison, 2010). Vizsgálatunk célja ezen ellentmondás tisztázása. Kitérünk továbbá a rendellenes étkezési viselkedésre, amennyiben az előzetes elvárások alapján azok jelenléte kihatással van az explicit előítéletek erősségére, olyan módon, hogy a saját testünkkel kapcsolatos negatív észleletek az elhízottakkal szembeni előítéletesség egyik megalapozója (Hansson & Rasmussen, 2014). Figyelembe vettük továbbá az esetleges nemi, illetve életkori különbségeket, mivel egyértelmű eredmények e szempontok mentén sem születtek.

OBEZITÁS ÉS KÜLÖNBÖZŐ TÍPUSÚ ATTITÚDOK

Az obezitás az anyagcsere-folyamatok genetikai, központi idegrendszeri, endokrin, illetve környezeti hatásokra létrejövő zavara, amely az energiaháztartás egyensúlyának módosulását okozza, és fokozott zsírraktározódáshoz vezet (Halmy, 2003). Az elhízás és a túlsúly mértéke a BMI-index (testtömeg kilogrammban és a méterben kifejezett magasság négyzetének hányadosa) kategóriák mentén határozható meg; 25, illetve a feletti értéknél túlsúlyról, 30 vagy a feletti index esetében pedig elhízásról beszélünk (WHO, 2014). A testtömeg BMI-index kategóriákba való besorolása azonban mesterséges, éppen ezért a továbbiakban, jelen vizsgálat szempontjából nem teszünk különbséget a „túlsúly”, valamint az „elhízás” kifejezések között.

A Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD) 2015-ös felmérése alapján Magyarország a világ negyedik legelhízottabb országa az Amerikai Egyesült Államok, Mexikó, valamint Új-Zéland után. A folyamatosan romló tendencia hazánkban is komoly népegészségügyi problémát jelent, ami kiemelten indokoltá teszi a témával kapcsolatos kutatásokat, melyek segíthetnek a prevencióban és az intervencióban. Ezzel párhuzamosan, a túlsúllyal kapcsolatos különböző típusú negatív vélekedések évről évre erőteljesebben jelennek meg a társadalomban (Latner & Stunkard, 2003), hangsúlyozva ezzel az egyén felelősségét az egészségkommunikációban (Banja, 2004). Goffman (1963) szerint 3 féle stigmatizáció létezik, testi, jellembeli, illetve származásbeli. A túlsúly ezek alapján az első két kategóriába sorolható. Egy elhízott személyt gyakran fizikálisan deviánsnak vélnek külső megjelenése miatt, melyhez rendszerint társulnak jellembeli előítéletek (DeJong, 1980).

Ezen negatív vélekedések megjelenhetnek implicit vagy explicit módon (Browne, 2012). Az implicit attitűdök automatikusak és asszociatív úton fejeződnek ki, melyeknek a személyek nem feltétlen vannak tudatában (Gawronski & Bodenhausen, 2007). Ezzel szemben az explicit attitűdök sokkal inkább tudatosak és kontrolláltak, kognitív kapacitást igényelnek (Rydell & McConnell, 2006). Ezek alapján a témában folytatott vizsgálatok rávilágítanak,

hogy az explicit és az implicit módon megjelenő előítéletek is különbözőek (Wilson, Lindsey, & Schooler, 2000). Teachman és Brownell (2001) amerikai mintán megállapította, hogy a túlsúllyal szembeni negatív implicit attitűdök társadalmi szinten megjelennek, beleértve az elhízásra specializálódott egészségügyi szakembereket is. Ez a megállapítás azonban nem nyert igazolást az explicit attitűdök tekintetében, így tehát nem mutatkozott korreláció a vélekedések tudatos, valamint tudattalan, asszociatív megnyilvánulásai között. Bessenoff és Sherman (2000) szintén úgy találta, hogy annak ellenére, hogy az általuk vizsgált egyik csoport erős, míg a másik enyhe negatív explicit viszonyulást mutat a túlsúlyos személyekkel szemben, nem különböznek az implicit attitűdök erősségét illetően. Úgy vélik, hogy az emberek nagy többsége rendelkezik negatív implicit vélekedésekkel, azonban nem mindenki fejezi ki azokat explicit módon. Az implicit attitűdök megjelenésének mértéke erős prediktív faktor a spontán, nonverbális viselkedésre nézve (pl. szemkontaktus kerülése, megnövelt térbeli távolság). Vizsgálatukban a személyek implicit vélekedései befolyásolták őket abban, hogy milyen távolságban foglaltak helyet egy túlsúlyos személyhez képest. Ezen eredmények kiváltképp érdekesek annak fényében, hogy ezzel szemben a vizsgálatok csupán gyenge kapcsolatot tárnak fel az explicit attitűdök és a tényleges viselkedés között (lásd pl. Baumeister, Vohs & Funder, 2007).

Wilson, Lindsey és Schooler (2000) szerint az embereknek tehát kettős attitűdjeik vannak az attitűdtárgyakhoz, az explicit attitűdök azokat a normákat tükrözik, amelyeket szociálisan elsajátítottunk, míg az implicitek pedig az inkább internalizált, saját hitünkkel, értékrendszerünkkel azonos vélekedéseket. A túlsúllyal kapcsolatos előítéletek internalizációjának szerepe az étkezési zavarok vonatkozásában is jelentős.

TÚLSÚLLYAL SZEMBENI ELŐÍTÉLETEK ÉS ÉTKEZÉSI RENDELLENESÉGEK

A rendellenes étkezési mintázatok, valamint azok folyamánként kialakuló klinikai súlyosságú evészavarok hazánkban is népegészségügyi problémát jelentenek, prevalenciájuk 2-3% (Szumska, Túry & Szabó, 2008). Leggyakoribb előfordulásuk fiatal nők körében jellemző (Szumska et al., 2008), azonban a férfiakat is érintik, kisebb arányban ugyan, mint a nőket (kb. az esetek 10%-a), habár ez az arány valószínűleg alábecsült (Crosscope-Happel, Hutchins, Getz & Hayes, 2000). Túry, Babusa, Dukay-Szabó és Varga (2010) véleménye szerint a kultúra és a társadalmi ideálok folyamatos változása miatt megváltozik az emberi test értéke is. Ennek következtében a nemi szerepek is változnak; a két nem sok tekintetben közeledik egymáshoz. Úgy gondolják, hogy az evészavarok női túlsúlya megszűnik fél évszázadon belül és a férfiakra is ugyanolyan karcsú testideál lesz érvényes.

Az étrendjüket jelentősen korlátozó, valamint a rendellenes étkezési mintázatokkal rendelkező személyek erőteljesen internalizálják a karcsúságideált, s ezzel együtt a túlsúly elítélését (Schvey & White, 2014). A

normák internalizációja a személy saját súlyával kapcsolatos megítélésére van kihatással, mely szoros összefüggésben áll mások testének megítélésével (Hansson & Rasmussen, 2014). Ami a rendellenes étkezési viselkedést mutató személyeket illeti, ők erőteljesebb negatív explicit vélekedéseket fejeznek ki, míg implicit módon nem mutatkozik meg ez a különbség az étrendjüket korlátozó, illetve az egészséges személyek között (Vartanian, Herman & Polivy, 2005).

Carels, Wott, Young, Gumble és Oehlhof (2010) véleménye szerint az idősebb emberek kevésbé hajlamosak internalizálni a túlsúllyal kapcsolatos negatív vélekedéseiket, mint a fiatalok. Magyarázó tényezőként szolgálhat, hogy a korosabb személyek érettségüknek, élettapasztalatuknak köszönhetően kevésbé hajlamosak saját személyes kudarcként megélni a túlsúlyt.

ATTITÚDOK FELTÉRKEPEZÉSE

A túlsúllyal szembeni attitűdök mérésekor felmerülő egyik legnagyobb korlát az explicit módszerek esetében megjelenő társadalmi kívánatosság. Ez a megfelelési igényen alapuló válasz hajlandóság különösen az érzékeny témák (pl. droggal, alkohollal, előítéletekkel kapcsolatos kérdések) esetében lép fel, mint torzító tényező (Mick, 1996). Továbbá Greenwald és Banaji (1995) véleménye szerint az attitűdök sok esetben nem azonosíthatók explicit önbeszámolóson alapuló adatfelvételi eljárásokkal a tudatosság hiányából kifolyólag. Az implicit attitűdök mérésére szolgáló Implicit Asszociációs Teszttel (IAT) kapcsolatban is felmerülnek bizonyos korlátok, például a módszer csupán az ingerek közötti asszociáció erősségét méri (Kiss, Szabó, Ujhelyi & Berkics, 2006), valamint nehezebben alkalmazható kevésbé intelligens személyeknél, esetleg nagyon fiatal vagy idősebb korosztály esetében, mivel az eljárás tartós koncentrált figyelmet igényel (Szabó, Németh & Náfrádi, 2013).

Ezen megállapítások tükrében döntöttünk a több szempontból való megközelítés, azaz a túlsúlyos személyekkel szembeni attitűdök mind explicit, mind implicit vizsgálata mellett.

KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK

Fő kutatási kérdésünk arra irányul, hogy fennáll-e együttjárás a túlsúllyal szembeni implicit, illetve explicit attitűdök között? További kérdésünk, hogy befolyásolja-e a rendellenes étkezési mintázatok jelenléte a negatív implicit és az explicit attitűdök erősségét?

Az *első hipotézis* kapcsán az explicit és implicit attitűdük együttjárását térképezzük fel: Wilson, Lindsey és Schooler (2000) kettős attitűd elmélete alapján feltételezzük, hogy a túlsúlyosokkal szembeni implicit és explicit negatív attitűdök erőssége között nincs szignifikáns kapcsolat. Elméletük szerint az implicit attitűdük automatikusak, változással szemben ellenállóak, míg az explicit viszonyulások kognitív és figyelmi kapacitást igényelnek, könnyebben módosíthatóak. *Második hipotézisünkben* az evészavarok és az implicit

vélekedések viszonyára térünk ki: Bessenoff és Sherman (2000) megállapította, hogy az emberek rendszerint rendelkeznek negatív implicit előítéletekkel a túlsúlyosokkal szemben, ugyanakkor nem feltétlen juttatják azokat kifejezésre explicit módon. Ezen eredmény mentén feltételezzük, hogy a rendellenes étkezési mintázatok jelenléte önmagában nem áll kapcsolatban a túlsúlyosokkal szembeni negatív implicit attitűdök erősségével (Vartanian et al., 2005). A *harmadik hipotézis* kapcsán az evészavarok és az explicit vélekedések kapcsolatát igyekszünk feltárni: Vartanian és munkatársai (2005) szerint az erőteljesebben internalizált vélekedések erősebb tudatos attitűdöket eredményeznek. Úgy gondoljuk, hogy a rendellenes étkezési mintázatok jelenléte ezért negatívabb explicit viszonyuláshoz vezet a túlsúlyos személyek felé. Egybecsengő kutatási eredmények alapján a *negyedik hipotézisben* feltételezzük, hogy *a)* a nők körében erőteljesebben jelennek meg a rendellenes étkezési mintázatok (Szumska et al., 2008), valamint, hogy *b)* erőteljesebb explicit előítéletekkel rendelkeznek a túlsúllyal kapcsolatosan (Vartanian et al., 2005). Az *ötödik hipotézisben* az explicit előítéletek és az életkor összefüggéseit vizsgáljuk: A korosabb személyek kevésbé fejeznek ki negatív explicit előítéleteket a túlsúlyosokkal szemben (Carels et al., 2010).

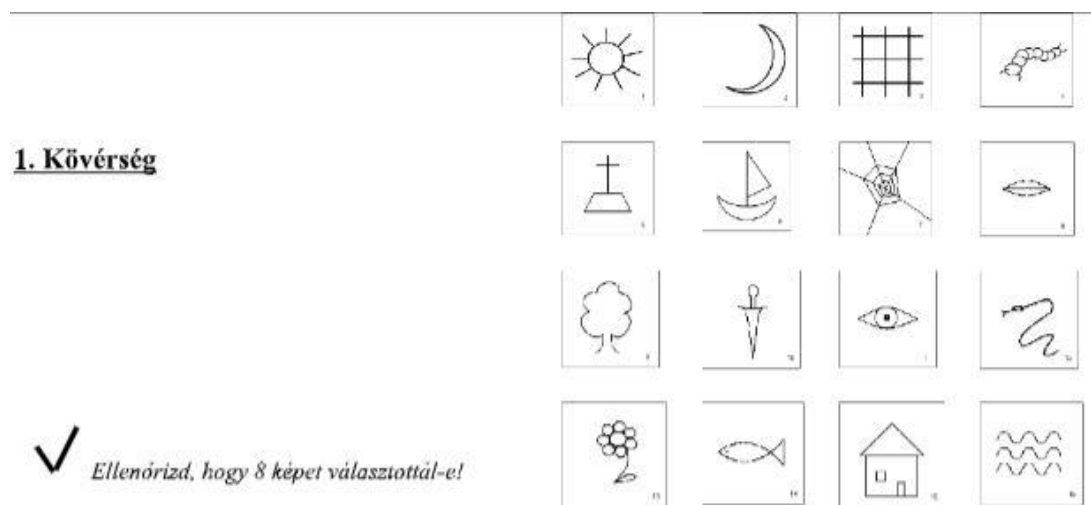
MÓDSZEREK

Résztvevők

A résztvevők informált beleegyezés alapján vettek részt a vizsgálatban. A vizsgálat a Szegedi Tudományegyetem Pszichológiai Intézet etikai irányelveinek betartásával történt. Hozzáférés alapú, azon belül hólabda mintavétellel 62 személy adatait rögzítettük (40 férfi, valamint 22 nő), ez által a vizsgálati személyeket a tágabb ismeretségi körökből kerültek ki. Az átlagos életkor 28,81 év (szórás: 14,27, életkori terjedelem: 14-75 év). Az alapadatok között szerepelt a személyek önbevallás alapján megadott testtömege (kg-ban), illetve magassága (cm-ben), amely alapján BMI-indexet számoltunk. A testsúly átlaga 75,71 kg (szórás: 15,45, testtömeg terjedelme: 45-115 kg). A személyek átlagos magassága 175,76 cm (szórás: 9,1; testmagasság terjedelme: 154-200 cm). A megadott adatok alapján számolt BMI értékek átlaga 24,41 (normál kategória, szórás: 4,27). A testtömegindex minimuma 16, maximuma 36,48. A WHO (2014) által meghatározott BMI-indexek alapján a vizsgálati személyek 5 csoportba voltak sorolhatók. 16-16,99: mérsékelt soványság (N = 2); 18,5-24,99: normál testsúly (N = 39); 25-29,99: túlsúlyos (N = 12). 30-34,99: I. fokú elhízás (N = 8); 35-39,99: II. fokú elhízás (N = 1). A vizsgálatból 3 személyt zártunk ki, mivel válaszaik az SST kapcsán nem voltak értelmezhetőek.

Vizsgálati eszközök

Az implicit attitűdök mérésére a Szemantikus Szelekciós Tesztet (SST, Smékal, 1990) alkalmaztuk, melynek magyar validált változatát elsőként Szabó (2010) használta magyar mintán. Az eljárás előnye, hogy az lehetővé teszi egy fogalom több más fogalomhoz való viszonyának feltérképezését, ellentétben az IAT-val, amivel a fogalmaknak csak a „jó-rossz” dimenzióval való elhelyezkedését állapíthatjuk meg (Szabó et al., 2013). Az SST egy fél-projektív mérőeljárás, amely az egyes jelentések kapcsolatát hivatott vizsgálni. Az eljárás 16 képen alapul, melyek közül a vizsgálati személyeknek 8-at kell kiválasztaniuk a megadott szavak (jelentések) alapján, aszerint hogy szerintük melyek kapcsolódnak leginkább az adott fogalomhoz. A képek (ldd 1. ábra) a megadott szavak esetében ugyanabban a sorrendben fordulnak elő. Az SST eredményeit az azonosan választott képek száma alapján kapjuk meg az egyes jelentések kapcsolatára nézve (Szabó et al., 2013). A teszt alaptétele tehát, hogy a vizsgálati személy számára hasonló jelentéssel bíró fogalmakhoz hasonló jeleket társít. Vizsgálatunkban a célfogalom a „kövérség” volt, melyhez 6 további fogalmat határoztunk meg, melyeknek a „kövérséggel” való kapcsolatára voltunk kíváncsiak. Három pozitív (szépség, egészség, optimizmus), valamint három negatív szó (undor, lustaság, gyengeség) szerepelt a vizsgálatban. Az asszociatív kapcsolat erősségére a két fogalom esetében azonosan választott szavak számából következtetünk. Az egybeesések száma 0-8 közötti értékeket vehet fel.



1. ábra: Szemantikus Szelekciós Teszt (SST), a „kövérség” mint célfogalommal kapcsolatos ábrák.

Az EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire, Fairburn & Beglin, 1994; magyar validálás: Túry, Mezei & Gulec, 2014) 28 itemből álló, önkitöltésre alkalmas kérdőív az étkezési rendellenességekkel kapcsolatos viselkedési vonásokat hivatott felmérni. A teszt kapcsán a vizsgálati személy kap egy összesített pontszámot, emellett a kérdőív négy alskálával rendelkezik: étrend korlátozása, étkezés, testsúly, illetve az alak miatti aggodalom. Az EDE-Q tartalmaz a 28 itemen belül 6, a faktoranalízis alapján a 4 alskála egyikébe sem

besorolható kérdést, amely kifejezetten a túlevéses zavar tüneteinek megjelenését vizsgálja az elmúlt 28 napra vonatkozóan. Ezt a 6 itemet a jelen kutatásban nem alkalmaztuk, mivel általánosságban az étkezési rendellenességek mintázatára voltunk kíváncsiak. Az EDE-Q-ban megjelenő, esetünkben 22 kérdést 7-fokú skálán az elmúlt 28 napra vonatkozóan kellett megválaszolniuk a kitöltő személyeknek. Vizsgálatunkban a skála belső konzisztenciája erősnek bizonyult (Cronbach's alfa = 0,882).

Az ATOP (Attitudes Toward Obese Persons, Allison et al., 1991) kérdőív a személyek explicit attitűdjeit vizsgálta a túlsúlyos személyekkel szemben. 20 darab 6-fokú Likert-skálán értékelhető állítást tartalmaz. Például, „A legtöbb elhízott ember neheztel a normál testsúlyú emberekre.” Vizsgálatunkban a Cronbach's alfa értéke 0,675. Az ATOP kérdőív magyarra fordítását kétnyelvű (angol-magyar) személy végezte, majd egy szintén mindkét nyelvet jól beszélő személy visszafordította azt angol nyelvre. Végül az eredeti, illetve visszafordított változatot hagyták jóvá mindkét nyelv területén kompetens személyek.

A vizsgálat leírása

A vizsgálati személyekkel személyesen, anonim módon töltöttük ki a papír-ceruza alapú kérdőíveket. A válaszadás körülbelül 10 percet vett igénybe. A kitöltés során a személyek először az SST-t végezték el, hogy a későbbiekben megjelenő étkezési szokásokkal és testképpel kapcsolatos kérdések ne befolyásolják őket az asszociációk kialakításában. Az implicit mérőeljárást az alapadatok megadása követte: nem, életkor, testtömeg (kg), valamint magasság (cm). Majd az EDE-Q kérdőív következett, hogy felmérhessük az esetlegesen megjelenő rendellenes étkezési mintázatokat. Ezt követte végezetül a túlsúlyos személyekkel szembeni explicit attitűdök mérésére szolgáló ATOP skála.

EREDMÉNYEK

Az SST alkalmazása kapcsán meg kellett vizsgálnunk a célfogalom („kövérség”) köré rendeződő, választott szavakat, feltételezve, hogy a jelentésekkel kapcsolatos választások nem véletlenszerűek. Ennek igazolásához a szópárok binomiális eloszlását vizsgáltuk. Az egyes eloszlások feltérképezéséhez illeszkedéssel vizsgálatot végeztünk, mely kapcsán nem-paraméteres Khi-négyzet próbát használtunk. 6 szópár közül 4 esetében azt találtuk, hogy az eloszlás nem tér el a véletlenszerű binomiális eloszlástól (1. táblázat). Ezért a „kövérség-szépség” ($\chi^2(6) = 5,43, p = 0,49$), a „kövérség-egészség” ($\chi^2(6) = 8,95, p = 0,176$), a „kövérség-optimizmus” ($\chi^2(7) = 12,19, p = 0,094$), valamint a „kövérség-gyengesség” ($\chi^2(6) = 11,92, p = 0,064$) szópárt ki kellett zárunk a vizsgálatból. A „kövérség-undor” ($\chi^2(7) = 14,38, p = 0,045$), valamint a „kövérség-lustaság” ($\chi^2(4) = 15,87, p = 0,003$) szópárok esetében a választások nem véletlenszerűen történtek. A két szóhoz tartozó választások esetében a legvalószínűbb átlag a négyes (binomiális eloszlás alapján a véletlenszerű választás esetében a legnagyobb valószínűsége a 4 egybeesésnek

van), ezért továbbá el kellett döntenünk, hogy a bennmaradó szópárok esetében az adott változók átlaga szignifikánsan különbözik-e a négytől. E kapcsán egymintás t-próbát alkalmaztunk. A „kövérség-undor” szópár esetében a választások átlaga nem különbözött szignifikánsan a véletlenszerű értéktől, ezért nem használhattuk ($t(61) = -0,09, p = 0,928$). A „kövérség-lustaság” szópár esetében a választások átlaga eltért négytől, ($t(61) = 5,226, p < 0,001$) ezért alkalmazhatónak bizonyult (2. táblázat).

Szópár	Khi-négyzet értéke	DF (szabadságfok)	Szignifikancia (p)
kövérség-szépség	5,43	6	0,49
kövérség-undor	14,38	7	0,045
kövérség-egészség	8,95	6	0,176
kövérség-lustaság	15,87	4	0,003
kövérség-optimizmus	12,19	7	0,094
kövérség-gyengeség	11,92	6	0,064

1. táblázat: Khi-négyzet illeszkedés vizsgálat értékei az egyes szópárok esetében

Szópár	Átlag	Szórás	t-érték	DF (szabadságfok)	Szignifikancia (p)
kövérség-undor	3,98	1,41	-0,09	61	0,928
kövérség-lustaság	4,68	1	5,226	61	< 0,001

2. táblázat: Az egybeesések értékei az egymintás t-próbák során

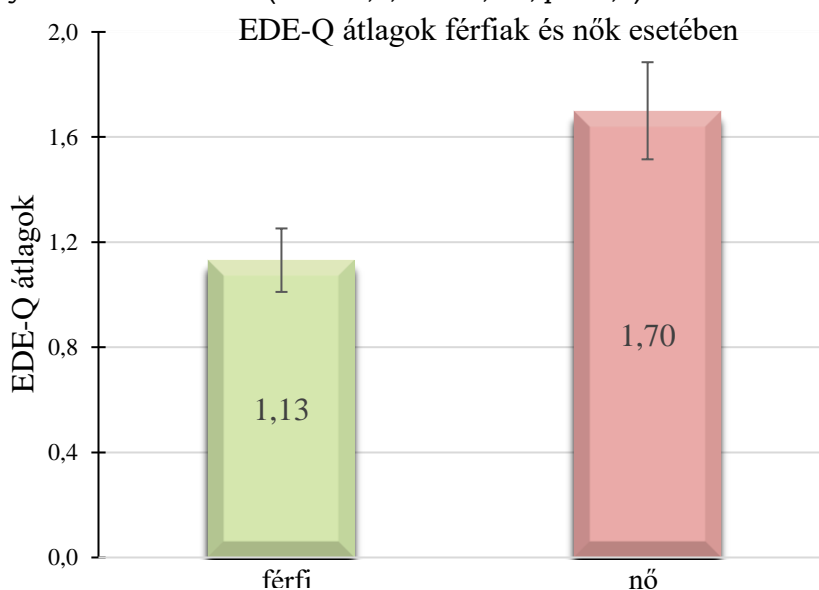
Első hipotézisünkben feltételeztük, hogy a túlsúlyosokkal szembeni implicit, illetve explicit negatív attitűdök egymástól független konstruktumok, tehát nem áll fenn köztük szignifikáns kapcsolat. Az állítás vizsgálatát a változók eloszlásának tesztelésével kezdtük, a Shapiro-Wilk normalitás próba során a változóink (ATOP, „kövérség_lustaság”) nem illeszkedtek a normál eloszláshoz ($p < 0,05$). Ezért nem-paraméteres eljárást alkalmaztunk, Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk az esetleges kapcsolatot. A korreláció igazolta hipotézisünket, mivel a két változó között gyenge, elhanyagolható, nem szignifikáns kapcsolat mutatkozott ($r(60) = 0,134, p = 0,3$).

Második hipotézisünkben feltételeztük, hogy a rendellenes étkezési mintázatok jelenléte nem befolyásolja a túlsúlyosokkal szembeni negatív implicit attitűdök erősségét. A Shapiro-Wilk próba során láthattuk, hogy az EDE-Q globális pontértékei illeszkedtek a normál eloszláshoz ($p = 0,073$), míg a „kövérség_lustaság” változó, mint már korábban is vizsgáltuk, nem illeszkedett ($p < 0,05$). Az EDE-Q pontszámok alapján (átlag: 1,33; szórás: 0,85) létrehoztunk 3 csoportot az átlagtól való egy szóráson belül, illetve kívül eső értékek mentén. Az átlag alatti „alacsony” csoportba 12 fő tartozott, átlaghoz viszonyítva egy szóráson belüli értékeket ért el 40 személy („normál” csoport), átlag feletti rendellenes étkezési mintázatot mutatott 10 fő („magas” csoport). A Kruskal-Wallis próba során a hipotézisünk beigazolódtott, a három csoport között nem volt szignifikáns különbség az implicit előítéletek tekintetében ($H(2) = 3,129, p = 0,209$).

Feltételezésünkben ugyan nem szerepelt, de megvizsgáltuk az implicit előítéletek erősségét a nem, életkor, illetve BMI-index csoportok tekintetében. A nem alapján nem mutatkozott különbség, a mediánok megegyeztek ($U = 439$, $Z = -0,015$, $p = 0,988$). Az életkor ($r(60) = 0,146$, $p = 0,257$), valamint a BMI-index ($H(4) = 1,261$, $p = 0,868$) alapján sem volt szignifikáns eltérés.

Harmadik feltételezésünkben úgy gondoltuk, hogy azok a személyek, akik inkább patológiás étkezési viselkedést mutatnak, negatívabb explicit viszonyulást fejeznek ki a túlsúlyos emberek felé. Hipotézisünk megdőlt, az EDE-Q globális és az ATOP változók között semmiféle kapcsolat nem mutatkozott ($r(60) = 0,086$, $p = 0,507$) a Spearman-féle rangkorrelációs eljárás alapján. Megvizsgáltuk az explicit értékek alakulását az EDE-Q alapján létrehozott három csoport („alacsony”, „normál”, „magas”) mentén is. Hipotézisünk ebben az esetben sem igazolódott, nem mutatkozott szignifikáns különbség a 3 csoport értékei között az explicit előítéletek tekintetében ($H(2) = 2,3$, $p = 0,317$). A három csoport mediánjait megvizsgálva az „alacsony”, „normál” és „magas” csoportban az értékek a feltételezett iránnyal ellentétesen alakultak („alacsony”: 62,5, „normál”:64, „magas”: 72).

Negyedik hipotézisünkben feltételeztük, hogy a) a nők körében erőteljesebben jelennek meg a rendellenes étkezési mintázatok, valamint, hogy ezzel összefüggésben b) erőteljesebb explicit előítéletekkel rendelkeznek a túlsúllyal kapcsolatosan. A hipotézis első alrészének vizsgálatához független mintás t-próbát végeztünk. Feltételezésünk beigazolódott (2. ábra), amennyiben a nők ($N = 22$) körében szignifikánsan magasabb volt az EDE-Q-n elért pontértékek átlaga (1,7; szórás: 0,87), mint a férfiak ($N = 40$) esetében (1,13, szórás: 0,76); ($t(60) = -2,673$, $p = 0,010$). A harmadik hipotézissel egybehangzó eredmény mutatkozott a b) alrészben, miszerint a rendellenes étkezési mintázat megjelenésének erőssége, illetve a negatív explicit viszonyulás között nem mutatkozott összefüggés, azaz a nők nem fejeznek ki explicit módon negatívabb viszonyulást a túlsúlyosokkal szemben ($U = 431,5$, $Z = -0,125$, $p = 0,9$).



2. ábra: A rendellenes étkezési mintázatok megjelenésére vonatkozó EDE-Q átlagok és szórások férfiak és nők körében

Ötödik hipotézisünkben feltételeztük, hogy a korosabb személyek kevésbé fejeznek ki negatív explicit előítéleteket a túlsúlyosokkal szemben. A minta életkorának átlaga 28,8 év, az egy szórásnál kívül eső személyeket külön csoportba soroltuk, ez alapján két korcsoportot hoztunk létre; „fiatalok” (14-43,07 év, N = 51), „idősebbek” (< 43,07 év, N = 11). Mann-Whitney próbával vizsgáltuk a csoportok közötti esetleges különbségeket. Hipotézisünk nem igazolódott be, azonban tendenciaszerű különbség megmutatkozott a két csoport negatív explicit attitűdjeinek erőssége között (U = 182, Z = -1,817, p = 0,069). A két csoport mediánjait vizsgálva az „idősebb” csoport némivel pozitívabb explicit viszonyulást mutatott a túlsúlyos személyek felé („fiatalok”: 63, „idősebbek”: 73).

MEGVITATÁS

Az SST használata során célfogalomként a „kövérség” szó szerepelt, e köré rendeződött 6 fogalom, melyek közül 3 pozitív (szépség, egészség, optimizmus), valamint 3 negatív (undor, lustaság, gyengeség) volt. Az illeszkedés tesztelése során láthattuk, hogy a 6 jelentésből csupán 2 szópár esetében tértek el a választások a véletlenszerű binomiális eloszlástól. A 2 szópár kapcsán a kövérség mint célfogalom negatív jelentésekkel társult: undor, lustaság. Ezen eredmény alapján láthatjuk, hogy a vizsgálati személyek esetében erősebb asszociatív kapcsolat mutatkozott a kövérség és a negatív jelentés-tartalmú szavak között. Feltételezhető tehát, hogy a „kövérség” mint központi fogalom inkább hív elő negatív tulajdonságokat, mintsem pozitívakat. A véletlenszerű átlagtól való eltérés vizsgálata során pedig megmutatkozott, hogy csupán a kövérség és lustaság fogalmak kapcsolódtak össze jelentősen. Ezen eredmény beilleszthető DeJong (1980) elméleti feltevésébe, mely szerint az elhízott személyek „fizikális devianciája” miatt rendszerint társulnak hozzájuk jellembeli előítéletek. Fontos megjegyezni, hogy az emberek az elhízott személyek esetében kauzális attribúciót alkalmazva személyes okoknak tulajdonítják a túlsúlyt. Jelen esetben a lustaságot, mint belső tényezőt diszpozicionális attribúcióként (Heider, 1958) is értelmezhetjük, amelynek során az elhízott személyek saját felelőssége válik hangsúlyossá.

Az SST használata során vizsgálatunkban tehát egy szópár bizonyult használhatónak, így az implicit attitűdöket csupán a „kövérség-lustaság” kapcsolatán keresztül tudtuk vizsgálni, mely nagyban korlátozza az eredmények megbízhatóságát, valamint kiterjeszhetőségét. Érdeemes lenne nagyobb mintaelemszámmal megismételni a vizsgálatot, hiszen a választások véletlenszerű eloszlását ez a tényező is befolyásolhatta. Első hipotézisünk szerint a túlsúlyos személyekkel szembeni implicit, valamint explicit negatív vélekedések között nincs számottevő összefüggés. A hipotézis igazolásához szükséges lenne további implicit eljárásokat alkalmazni, például IAT-val kiegészíteni a kutatást, számba véve az esetleges hátrányait, kiváltképpen, hogy a fogalmaknak csupán a „negatív-pozitív” dimenzió való feltérképezésére

alkalmas. Ugyanakkor Teachman és Brownell (2001) ezzel a mérőmódszerrel támasztotta alá azt a feltételezést, miszerint implicit negatív előítéletek az egészségügyi szakemberek körében is jelen vannak a túlsúlyos személyek felé. Ezzel szemben, explicit mérőeljárásokkal nem mutatkozott meg ez a negatív vélekedés. Az említett korlátok kiterjednek a *második*, az eredményeink alapján szintén beigazolódott feltételezésünkre is, miszerint a rendellenes étkezési mintázatok jelenléte nem befolyásolja a negatív implicit viszonyulás erősségét a túlsúlyos személyekkel szemben. Ez összhangban áll Bessenoff és Sherman (2000) megállapításával, miszerint az explicit előítéletekben különböző csoportok között nem mutatkozik szignifikáns különbség az implicit attitűdök terén. Ezen eredmények tükrében a patológiás evési mintázatok megléte vagy hiánya sem befolyásolja a nem tudatos viszonyulásokat. Az implicit előítéletek erősségét továbbá megvizsgáltuk a nemek, a BMI-index csoportok, valamint az életkor alapján létrehozott kategóriák mentén. Az utóbbi szempontok szerint sem mutatkozott szignifikáns eltérés a válaszadók között. Ezen eredmények szintén egybevágóak Bessenoff és Sherman (2000) nézetével, miszerint a negatív előítéletek életkortól, súlycsoporttól, foglalkozástól függetlenül megjelennek a társadalomban.

Harmadik feltételezésünk nem igazolódott be, mivel a rendellenes étkezési mintázatok nem befolyásolták a vizsgálati személyek negatív explicit vélekedéseinek erősségét a túlsúlyosokkal szemben. Eredményeink tehát nem erősítik meg Schvey és White (2014) elméletét, mely a vizsgált kapcsolatot a testsúllyal és testalakkal kapcsolatos normák internalizációjára alapozza. A harmadik hipotézissel egybehangzó eredményeket kaptunk a *negyedik feltételezésünk b)* alrészére vonatkozóan, melyet arra alapoztunk, hogy a nők, akik esetében erőteljesebb a rendellenes étkezési viselkedés, negatívabb explicit viszonyulást mutatnak a túlsúlyosok felé. Az *a)* alrész beigazolódott, miszerint a nők körében szignifikánsan gyakoribbak a patológiás étkezési mintázatok, ez azonban nem járt együtt a negatívabb explicit attitűdökkel. Az hipotézis *a)* részének helytállóságát számos vizsgálat alátámasztja, mely szerint az étkezési rendellenességek javarészt a nőket érintik (pl. Striegel-Moore, Seele & Lewinsohn 2003, Szumska et al., 2008). Eredményeink gyakorlati hasznaként jegyezhető fel, hogy ez a megállapítás magyarázatként szolgálhat arra, hogy a modern kultúrákban a női test tárgyiasítása történik, azaz a nők önbecsülését és megítélését javarészt a külső megjelenés és attraktivitás befolyásolja (Lindner, Tantleff-Dunn & Jentsch, 2012). Vizsgálatunkat azonban nem szerettük volna leszűkíteni a női populációra. A férfiak esetében kevésbé megmutatkozó patológia abban is gyökerezhet, hogy ők ezeket a típusú rendellenességeket „női kórságoknak” tekintik, valamint szégyellik (Robinson, Mountford & Sperlinger, 2013), melyhez többek között az is hozzájárulhat, hogy a vizsgálatokat rendszerint csak női vizsgálati személyekkel végzik.

Ötödik feltételezésünk, mely szerint az életkor előrehaladtával csökken a negatív explicit viszonyulás az elhízott személyekkel szemben, nem igazolódott be, eredményeinkben azonban tendenciaszerű kapcsolat mutatkozott. Az életkor által meghatározott felosztás alapján az „idősebb” csoportba csupán 11 személy

tartozott, ez hozzájárulhatott az eredmények alakulásához. Feltételezhető továbbá, hogy az életkor nem meghatározó tényező a túlsúlyos személyekkel szembeni explicit előítéletek terén, és ennél jelentősebb változók (pl. személyiségjegyek, nem) befolyásolják az explicit viszonyulást. Mindezek ellenére a tendenciaszerű eredmény további, kiemelten idősebb populáción végzett vizsgálatokat kíván, mivel kevés korábbi vizsgálat irányult e populációra a témában.

Vizsgálatunkban a patológiás étkezési mintázatokra rámutató EDE-Q pontértékek átlagai a normál, egészséges populációnak megfelelőek voltak mindkét nem esetében (Fairburn & Beglin, 1994; Lavender, Young & Anderson, 2010). A 62 vizsgálati személyből csupán 10 tartozott az EDE-Q alapján létrehozott „magas” csoportba, azaz esetükben jelent meg az átlagosnál számottevően magas patológiás étkezési viselkedés, mely az étkezési rendellenességekre nézve sem képvisel reprezentatív mintát. Az rendellenes étkezési viselkedés, valamint a túlsúlyosok felé kifejezett negatív explicit attitűdök kapcsolatának megbízható vizsgálatához érdemes lenne a normál értékektől jelentősen eltérő, valamint magasabb elemszámú mintán megismételni a vizsgálatot.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Allison, D. B., Basile, V. C., & Yuker, H. E. (1991). The measurement of attitudes toward and beliefs about obese persons. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 599-607.
- Banja, J. (2004). Obesity, responsibility, and empathy. *The Case Manager*, 15(6), 43-46.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Funder D. C. (2007). Psychology as the Science of Self-Reports and Finger Movements: Whatever Happened to Actual Behavior? *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 396-403.
- Bessenoff, G. R., & Sherman, J. W. (2000). Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social Cognition*, 18(4), 329- 353.
- Brochu, P. M., & Morrison, M. A. (2007). Implicit and explicit prejudice toward overweight and average weight men and women: Testing their correspondence and relation to behavioral intentions. *Journal of Social Psychology*, 147(4), 681-706.
- Carels, R. A., Wott, C. B., Young, K. M., Gumble, A. K., & Oehlhof, M. W. (2010). Implicit, explicit, and internalized weight bias and psychosocial maladjustment among treatment-seeking adults. *Eating Behaviors*, 11(3), 180-185.
- Crandall, C. S. (1994). Prejudice against fat people: Ideology and selfinterest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(2), 882-894.

- Crosscope-Happel, C., Hutchins, D. E., Getz, H. G., & Hayes, G. L. (2000). Male anorexia nervosa: A new focus. *Journal of Mental Health, 22*(4), 365-370.
- DeJong, W. (1980). The Stigma of Obesity: The Consequences of Naive Assumptions Concerning the Causes of Physical Deviance. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(1), 75-87.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*(4), 363-370.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2007). Unraveling the Processes Underlying Evaluation: Attitudes from the Perspective of the Ape Model. *Social Cognition, 25*(5), 787-717.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York, NY: Simon and Schuster.
- Greenwald, A.G., Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, Self-esteem and Stereotypes. *Psychological Review, 102*(1), 4-27.
- Halmy, L. (2003). *Az elhízás jelentősége, gazdasági hatásai és prevenciójának lehetőségei*. Budapest, Magyarország: Folpress Kiadó.
- Hansson, L. M., & Rasmussen, F. (2014). Attitudes towards obesity in the Swedish general population: The role of one's body size, weight satisfaction, and controllability beliefs about obesity. *Body Image, 11*(2014), 43-50.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
- Karpinski, A., & Hilton, J. L. (2001). Attitudes and the Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*(7) 774-788.
- Kiss, P., Szabó, É., Ujhelyi, A., & Berkics, M. (2006): *Kutatásmódszertan: Szociálpszichológia*. Bölcsész Konzorcium, Budapest
- Latner, J. D., & Stunkard, A. J. (2003). Getting Worse: The Stigmatization of Obese Children. *Obesity, 11*(3), 452-456
- Lavender, J. M., Young K., & Anderson, D. A. (2010). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eating Behaviors, 2*(11), 119-121.
- Lindner, D., Tantleff-Dunn, S., & Jentsch, F. (2012). Social Comparison and the 'Circle of Objectification'. *Sex Roles, 4*(67), 222-235.
- Mick, D. G. (1996). Are studies of dark side variables confounded by socially desirable responding? The case of materialism *The Journal of Consumer Research, 23*(2), 106-119.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2015). Health Statistics. <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2001). Bias, discrimination, and obesity. *Obesity Research, 9*(3), 788-805.
- Robinson, K. J., Mountford, V. A., & Sperlinger, D. J. (2013). Being men with eating disorders: Perspectives of male eating disorder service-users. *Journal of Health Psychology, 18*(2), 176-186.

- Rydell, R. J., & McConnell, A. L. (2006). Understanding implicit and explicit attitude change: A systems of reasoning analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 91*(6), 995-1008.
- Schiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review, 84*(2), 127-190.
- Schvey, N. A., & White, M. A. (2014). The internalization of weight bias is associated with severe eating pathology among lean individuals. *Eating Behaviors, 17*(2015), 1-5.
- Smékal, V. (1990): Metóda sémantického výběru. In: Maršalová, L., Mikšík, O. a kol.: *Metodológia a metódy psychologického výskumu*, SPN Bratislava. 294-302.
- Striegel-Moore RH, Seeley JR, Lewinsohn PM. (2003). Psychosocial adjustment in young adulthood of women who experience an eating disorder during adolescence. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(2003), 587-593.
- Szabó, É. (2010/b): The Semantic Selection Test: A new approach to explore pupils' emotional attachment to school. ISPA's Annual Conference, Dublin, Ireland.
- Szabó, É., Németh, R., & Náfrádi, L. (2013). Egy új eljárás az attitűdök érzelmi aspektusának, valamint az attitűd tárgyak asszociációs kapcsolatainak vizsgálatára: a Semantic Selection Test - SST – bemutatása.
- Szumaska, I., Túry, F., & Szabó, P. (2008) Az evészavarok epidemiológiájának újabb adatai. In F. Túry & B. Pászthy (Eds.), *Evészavarok és testképzavarok* (pp. 109-120). Budapest, Magyarország: Pro Die Kiadó.
- Teachman, B., & Brownell, K. (2001). Implicit associations toward obese people among treatment specialists: Is anyone immune? *International Journal of Obesity, 25*(1), 1-7.
- Teachman, B. A., Gapsinski, K. D., Brownell, K. D., Rawlins, M., & Jeyaram, S. (2003). Demonstrations of implicit anti-fat bias: The impact of providing causal information and evoking empathy. *Health Psychology, 22*(1), 68-78.
- Túry, F., Fiedler, P., Gulec, H., Moessner, M., Mezei, A., & Bauer, S. (2014). A Randomized Controlled Trial of an Internet-Based Posttreatment Care for Patients with Eating Disorders. *Telemedicine and e-Health, 20*(10), 1-7.
- Túry, F., Babusa, B., Dukay-Szabó, Sz., & Varga, M. (2010). Az evés- és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magyar Tudomány, 171*, 1306-1315.
- Vartanian, L. R., Herman, C. P., & Polivy, J. (2005). Implicit and explicit attitudes toward fatness and thinness: The role of the internalization of societal standards. *Body Image, 2*(2005), 373-381.
- Wilson, T. D., Lindsey, S., Schooler, T. Y. (2000). A model of dual attitudes. *Psychological Review, 107*(1), 101-126.
- World Health Organization (2014). Global database on Body Mass Index: BMI Classification. <http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro.html>

SZOCIÁLISPROBLÉMA-MEGOLDÁS VIZSGÁLATA SERDÜLŐKNÉL

Horvát Barbara

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, hrv.brb97@gmail.com

Kutatásom célja az volt, hogy a szociálisprobléma-megoldó gondolkodás és az empátia részterületeinek összefüggéseit vizsgáljam serdülők körében. Célcsoportom a 12-15 éves általános iskolás korosztály volt, a 74 fő vizsgálati személy kiválasztására kényelmi mintavétellel került sor. A kutatásban három kérdőívet; a Social Problem-Solving Inventory- Revised kérdőívet (SPSI-R), a Davis-féle Interpersonal Reactivity Index (IRI) skálát és a Negatív problémaorientációt mérő kérdőívet (NEGORI) alkalmaztam. Az eredmények alapján a 12-15 éves korosztály szociálisprobléma-megoldására jellemzőbb a pozitív orientációs stílus, a racionalitás és az impulzivitás mint a negatív orientáció és az elkerülés. A fiúk elkerülőbbek és impulzívabbak mint a lányok, és az életkor előrehaladtával a racionalitásuk is stabilitást mutat. A negatív orientációs stílus elsősorban a negatív énhatékonysággal és a minta követésével magyarázható, amelyek összefüggnek az empátia két részterületével, a személyes distresszel és az empátiás törődéssel. A kutatás eredményei alátámasztják azt a feltételezést, hogy a problémamegoldással kapcsolatos orientációs stílusok értelmezéséhez érdemes figyelembe venni az empátia egyes részterületeinek hatását.

Kulcsszavak: Davis-féle Interpersonal Reactivity Index (IRI), empátia, Negatív problémaorientációt mérő kérdőív (NEGORI), pozitív- és negatív orientáció, Social Problem-Solving Inventory- Revised kérdőív (SPSI-R), szociálisprobléma-megoldás

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozom Blaskovicsné Dr. Gál Zita tanárnőnek a dolgozat elkészítésében nyújtott segítségéért, szakmai támogatásáért.

Személyközi problémáink megoldása hatással van pszichés jóllétünkre, tanulmányi- és munkahelyi teljesítményünkre, testi egészségünkre és beilleszkedésünkre is (Elliott, Bush & Chen, 2006; McMurren & McGuire, 2005; Lindsay et al., 2011; Rodriguez-Fornells & Mayden-Olivares, 2000). Chang, D’Zurilla és Sanna (2004) szerint szociális problémának tekinthető minden olyan személyközi helyzet, amelynek megoldásához a személy számára nem áll rendelkezésre megfelelő információ annak megoldásához, vagy valamilyen (személyen belüli vagy személyek közötti) konfrontáció következtében akadályozott a helyzet hatékony kezelése. Definíciójuk alapján a társas problémák négy kategóriába sorolhatók: (1) személyen kívüli; (2) személyen belüli, (3) személyközi; (4) közösségi, társadalmi problémák. A típusok egy folyamat részei, meghatározzák egymást. Például egy személyen kívüli probléma esetén a probléma forrása egy másik személy viselkedése, amelynek észlelése következtében a személy is a probléma részévé válhat. A személyen belüli probléma az egyén helyzetéből, feladatából, társas kapcsolatából származik, ha ez azonban interperszonális kapcsolatban is megjelenik, akkor személyközivé válhat. A társadalmi probléma több személyt, csoportot érint (Gál & Kasik, 2014). A személyközi probléma-megoldás folyamata során ezeket a személyközi problémákat oldjuk meg (D’Zurilla & Nezu, 1990; Frauenknecht & Black, 2009), amelyhez többféle stratégiát alkalmazunk. (McMurren & McGuire, 2005).

A társas problémák megoldását az utóbbi évtizedben egyre gyakrabban kutatják, és a kutatók eddig olyan kérdésekre keresték a választ, hogy milyen tudással rendelkezik a személy a társas szituációkról, milyen pszichés működések állnak ennek az ismeretanyagának a hátterében, illetve hogy hogyan használja fel ezt a tudást a problémáinak a megoldására a társas helyzetekben (D’Zurilla & Goldfried, 1971). A kutatások elkülönítették a folyamat két fő részét: az orientációs szakaszt, ami a problémához való viszonyulásunkat jelzi, illetve a megoldási szakaszt, ami a megoldás kivitelezésére vonatkozik (D’Zurilla, Nezu & Mayden-Olivares, 2002).

Az orientációs szakaszban elkülöníthetünk pozitív és a negatív orientációs stílust (Chang, D’Zurilla & Sanna, 2004). A negatív orientációra az jellemző, hogy a személy figyelmen kívül hagyja a problémát, és úgy érzi, hogy nem képes annak megoldására (D’Zurilla & Mayden-Olivares, 1996). Ennek a negatív viszonyulásnak a hátterében számos tényező állhat, például az alacsony énhatékonyság, a nem megfelelő szülői bánásmód vagy a rossz nevelési minta. A pozitív orientációra ezzel szemben az jellemző, hogy a személy meg szeretné oldani a problémát és úgy érzi, képes is változtatni a helyzeten (Chang et al., 2004). A pozitív orientáció a lehetséges pozitív következmények felé tereli a figyelmet, és meghatározó lehet az viselkedés folytatása vagy feladása szempontjából (Boross & Pléh, 2004).

A problémamegoldási folyamat második részére, azaz a megoldási szakaszra vonatkozóan négy részfolyamatot határoztak meg a kutatók. A megoldás a probléma definiálásával kezdődik, ami elsősorban személyiségbeli jellemzőktől függ, így az észlelési képességtől, egyes kognitív folyamatoktól (például nézőpont-átvétel) illetve az érzelmi és szociális képességektől (például az együttműködés) (D’Zurilla et al.; Channon & Crawford, 2010). A probléma

azonosítását követi a megoldási módok keresése, majd a lehetőségek közül a legalkalmasabb megoldás kiválasztása. Ezt követi a cselekvés, majd a helyzet értékelése (Kasik, 2010, 2015).

Ahogy az orientációs szakaszban kétféle (pozitív- és negatív) stílust, úgy a kivitelezésnél is többféle stílust különíthetünk el, attól függően, hogy milyen szempontok vezérlik a személy problémamegoldását. Ez alapján megkülönböztetünk racionális, impulzív és elkerülő stílust. Attól, hogy az egyén bizonyos helyzetekben racionális problémamegoldást alkalmaz, elépzelhető, hogy más helyzetekben elkerülő, vagy impulzív stratégiát alkalmaz.

A racionális probléma-megoldású személyre az jellemző, hogy logikusan dönt, és alaposan végiggondolja a megoldási lehetőségeket. Igyekszik figyelembe venni a tényeket és a várható következmények alapján hoz döntést. Az impulzív személyre ezzel szemben az jellemző, hogy ő inkább az érzelmei (leginkább a negatív érzelmek) alapján dönt, és nem veszi figyelembe a megoldási lehetőségeket és azok következményeit. Az ilyen személy általában gyorsan és meggondolatlanul hoz döntést. Az elkerülő személyre a halogatás, illetve a megoldási lehetőségek teljesen figyelmen kívül hagyása jellemző. Az ilyen személy a tehetetlenségérzése miatt inkább várakozik és visszavonul, amíg meg nem oldódik a probléma. Probléma-megoldó helyzetekben inkább valamilyen más tevékenységbe kezd, és megpróbál nem foglalkozni a problémával.

Ezek a stílusok nem teljesen különállóak, hanem kombinálhatóak, és személyi - helyzeti tényezőktől függően egyaránt hatékonyak lehetnek. A korábbi kutatások azt mutatják, hogy a nagy intra- és interperszonális különbségek ellenére az életkor előrehaladtával kialakul egy domináns megoldási stílus, amit leggyakrabban alkalmazunk a probléma-megoldó helyzetekben, és ami életkoronként változó, jellegzetes megoldási mintázatok alakulnak ki (D'Zurilla et al., 2002). Érdekes azonban tudnunk, hogy melyik helyzetben melyik megoldási módot érdemes alkalmaznunk. McMurrán és McGuire (2005) szerint a társas problémákhoz való hozzáállásunk nagy mértékben meghatározza a másfajta problémákhoz való hozzáállásunkat is. A szociálisprobléma-megoldás változásai életünk számos releváns területére hatással vannak.

Ahogy az életkor előrehaladtával kialakul a domináns megoldási módszerünk, úgy egyre tudatosabban is kezeljük a személyközi problémáinkat (Chang et al., 2004). Gyermekkorban, az óvodáskor alatt még erősen egocentrikus a gyermek gondolkodása, és a viselkedését azonnali, impulzív döntések vezérlik. A kisiskoláskorban azonban, ahogy az iskolai szocializáció során egyre több társas szabályt sajátít el és egyre ügyesebb lesz a nézőpontváltásban, a másoknak való szándék-érzés- és gondolattulajdonításban, úgy egyre jobban végiggondolja a problémamegoldás folyamatát (Marion, 2003; Gottman, 1997). Éppen ezért az óvodáskor után egyre markánsabbá válnak az egyéni, a nemi és a kulturális különbségek. Ezt követően a serdülőkor kezdetéig némileg csökken ezeknek a változásoknak az intenzitása, de utána újra felerősödnek a különbségek (Chang et al., 2004). Mivel a szociálisprobléma-megoldási stílusok változásának az egyik legintenzívebb és a felnőttkori probléma-megoldás jellemzőinek szempontjából is

meghatározó időszakáról van szó, többszörösen indokolt a téma serdülőkori vizsgálata.

A szociálisprobléma-megoldás vizsgálatára fejlesztették ki az SPSI-R kérdőívet (D’Zurilla et al., 2002), aminek az adaptált változatát Kasik, Nagy és Fúzi (2009) készítették el, és jelen kutatásban is ezt alkalmaztam a szociálisprobléma-megoldó gondolkodás mérésére. Hipotéziseim megfogalmazásánál olyan hazai kutatásokra támaszkodtam, amelyek

Vizsgálatomban a szociálisprobléma- megoldást az empátiával összefüggésben is vizsgáltam. Cohen (2006) úgy definiálta az empátiát, mint mások érzelmeinek és gondolatainak a felismerésére és az azokra való reagálásnak a képességét. Hein és Singer szerint (2008) pedig egy olyan érzelmi állapotról van szó, amit a másik személy érzéseinek a megosztása hoz létre.

Az empátia nem csak azt foglalja magába, hogy ismerjük a másik szándékát (vagyis a nézőpontváltásra való képességet) hanem azt is, hogy képesek vagyunk tudatosítani, hogy mit érez és mit szeretne a másik személy. Ebből kiindulva Preston és de Waal (2002) az empátia két komponensét különítik el: az affektív komponenset, amely a személyes distresszre, az együttérzés során felmerülő aggodalomra vonatkozik, illetve a kognitív komponenset, ami a nézőpontváltást jelenti. Az empátia vizsgálatánál fontos ezeknek a részeknek az elkülönítése, hiszen az egyes komponensek közti különbségek a viselkedésben is megnyilvánulnak. (Például ha az egyénre nagyobb mértékű empátiás distressz jellemző, akkor kevésbé lesz törődő, és a viselkedése kevésbé lesz empatikus.)

Davis az empátia mérésére dolgozta ki az IRI-skálát, (1980, 1983) ami a diszpozicionális, vagyis az vonásbeli empátiát méri. Davis definíciója szerint az empátia a másik személy reakciója által kiváltott viselkedés, gondolat- és érzelemmintázat, amelynek van egy kognitív komponense is, ami mások érzéseinek a megértését foglalja magába. Jelen kutatásban ezt a kérdőívet alkalmaztam az empátia komponenseinek felmérésére.

Kutatásom célcsoportja azért a 12-15 éves korosztály volt, mivel a kisiskoláskortól a serdülőkorig egyre nagyobb teret kap a logikus gondolkodásmód, és a serdülőkorban egyre jellemzőbb, hogy figyelembe veszik a rendelkezésükre álló lehetőségeket és tudatosabban kezelik a problémákat (D’Zurilla et al., 2002). Ebben a korban a legintenzívebbek a szociálisprobléma-megoldási stílusokra vonatkozó változások, amik még relevánsabbá teszi a kérdés serdülőkori vizsgálatát. A szociálisprobléma-megoldás jellemzőire vonatkozóan a korábbi eredmények azt mutatták, hogy a serdülők az életkor előrehaladtával egyre jobban figyelembe veszik a rendelkezésükre álló megoldási lehetőségeket, vagyis egyre racionálisabbak, ugyanakkor ebben a korban az érzelmeik is nagy szerepet kapnak a döntéshozatalban. Egyre jellemzőbb, hogy logikusan végiggondolják az alternatívákat, és a választásnál figyelembe veszik a döntéseik következményét is. 12-16 éves korban a pozitív orientáció csökkenő tendenciát mutat és a negatív orientáció lesz jellemzőbb, vagyis a serdülők egyre pesszimistábbá és elkerülőbbé válnak (Higgins & Thies, 1981). Számos magyar mintán végzett longitudinális felmérés is ezeket az eredményeket erősíti (Például Kasik, 2010, 2015).

Az életkor előrehaladtával felerősödő egyéni változások mellett, a nemi különbségek is számottevőek. Kutatásomban az életkori változások mellett a nemi különbségek vizsgálatára is kitértem. Az Eisenberg és Lennon (1983) által végzett életkori kutatások azt mutatták, hogy a nők empatikusabbak, mint a férfiak és az életkorral egyre jobban teljesítenek az empátiás készséget igénylő feladatokban (Mestre, Samper & Frías, 2009).

A szociálisprobléma-megoldási stílusoknak és az empátia részterületeinek összefüggéseit számos kutatás vizsgálta. (Kasik, 2015; Chang et al., 2004; Gáspár & Kasik, 2015). Az egyik kutatás alapján az empátia nézőpontfelvétel/váltás képessége összefüggést mutat a pozitív probléma-orientációval, ami pedig az életkor előrehaladtával egyre erősödik. A negatív orientáció, az elkerülés és az impulzivitás az empátia egy másik faktorával, a személyes distresszel mutat összefüggést (Gáspár & Kasik, 2015). A szociálisprobléma-megoldás és az empátia részterületei számos ponton érintkeznek egymással, ezen kapcsolatrendszer részletesebb feltárása azonban további kutatásokat igényel. Ezért döntöttem úgy, hogy jelen kutatásban e két terület összefüggéseit vizsgálom.

A VIZSGÁLAT BEMUTATÁSA

Kérdésfeltevés és hipotézisek

Kutatásom célja a szociálisprobléma-megoldás és az empátia életkori és nem szerinti jellemzőinek, illetve kapcsolatrendszerének feltárása volt 12-15 évesek körében. A 12 és 15 évesek probléma-megoldó gondolkodásának illetve empátiás készségének jellemzői mellett, azt is elemeztem, hogy bizonyos családi tényezők (mint a mozaikcsaládban való nevelkedés vagy a szülők iskolai végzettsége) hogyan befolyásolják a probléma-megoldás egyes területeit.

Az életkori és nemi probléma-megoldási mintázatokra vonatkozóan azt feltételeztem, hogy: (1) 12-13 éves korban jellemzőbb lesz a pozitív orientáció, ami 14-15 éves korig csökkenő tendenciát mutat majd. A negatív orientációban, az elkerülésben valamint az impulzivitásban az életkor előrehaladtával növekvő tendenciát feltételeztem, ugyanakkor nem számítottam markáns különbségekre, mivel nem volt jelentős eltérés az általam vizsgált életkori csoportok között (Gáspár & Kasik, 2015). (2) Feltételeztem továbbá, hogy mindkét nemre egyformán jellemző az impulzivitás, amiben az életkor előrehaladtával növekvő tendencia figyelhető meg (Kasik, 2015). Az empátia és a probléma-megoldás kapcsolatáról azt feltételeztem, hogy (3) a lányok empatikusabbak és elkerülőbbek, míg a fiúk kevésbé empatikusak, viszont racionálisabbak a probléma-megoldásban (Eisenberg & Lennon, 1983). A szociálisprobléma-megoldás és a családszerkezet kapcsolatára vonatkozóan a következő hipotéziseket fogalmaztam meg: (4) A mozaikcsaládban élő gyermekekre inkább a negatív orientáció és az elkerülés lesz jellemző. (5) Az előző hipotézis fordított esetében, tehát ha a gyermek nem mozaikcsaládban él, akkor inkább a pozitív orientáció és a racionalitás lesz jellemző a probléma megoldó stílusára. (6) A szülők iskolázottságára vonatkozóan

az volt a feltevésem, az anya iskolai végzettsége a negatív orientációval és az elkerüléssel, az apa iskolai végzettsége pedig a pozitív orientációval és a racionalitással függ majd össze (Kasik, 2012).

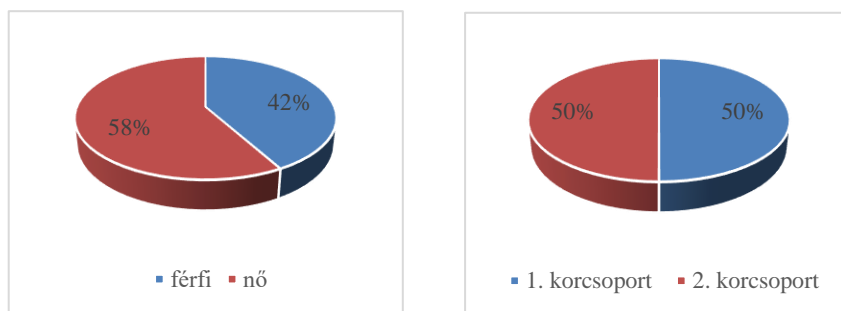
Nyitott kérdésként hagytam, hogy mi bír a negatív orientáció esetében legnagyobb magyarázó erővel, illetve mi az, ami a legkevésbé hat rá.

MÓDSZEREK

Résztevők

A dolgozatban egy keresztmetszeti kutatás eredményeit ismertetem. A vizsgálati személyek kiválasztásánál hozzáférés alapú mintavételt alkalmaztam. A vizsgálat egy szerbiai, vajdasági általános iskola (6. és 8. évfolyamos) tanulóinak a bevonásával történt. Csak azoknak a gyerekeknek az adatait dolgoztam fel, akik mind a négy mérőeszköznél értékelhető és teljes választ adtak.

A vizsgálatra 2018 áprilisában került sor, és 12-15 évesek vettek részt benne (N = 74, fiúk: 42%, lányok: 58%). A résztvevő diákok életkori átlaga 13,23 év, (szórás: 1,12), ez nemekre bontva a következőképpen alakult: fiúk életkori átlaga 12,90 év (szórás: 1,07), lányok életkori átlaga 13,46 év (szórás: 1,12). A mintát két életkori csoportra bontottam, (12-13 és 14-15 évesek) amelyekbe ugyanannyi csoporttag került és közel azonos volt a fiúk és a lányok aránya is. A nemek megoszlása az első korcsoportban a következőképp alakult: N = 37, fiúk: 51,4%, lányok: 48,6%. A fiatalabb csoport életkori átlaga 12,2 év (szórás: 0,39). Az idősebb korcsoportban a nemek eloszlása a következőképp alakult: N = 37, fiúk: 32,4%, lányok: 67,6%. A csoport életkori átlaga 14,27 év (szórás: 0,45). A csoport életkori átlaga 14,27 év (szórás: 0,45). (Lásd 1. és 2. ábra).



1. és 2. ábra: A minta nemi és korcsoportonkénti eloszlása

A családi háttérrel (családszerkezet, szülők iskolai végzettsége, családi kommunikáció jellemzői, szubjektív jóllét a családban) szerzett adatok alapján nem volt jelentős különbség a két életkori csoport között.

A vizsgálat megkezdése előtt tájékoztattam az intézmény vezetőjét, a szülőket és a résztvevő diákokat a kutatás menetéről, és írásos beleegyezésüket kértem a vizsgálat lebonyolításához. A kísérleti személyeket előzetesen részletesen tájékoztattam a vizsgálatról és a rájuk vonatkozó információkról,

külön kitérve az anonimitásra, és az egész kutatást az SZTE BTK Pszichológiai Intézet etikai szabályait és eljárásrendjét szem előtt tartva végeztem el.

Vizsgálati eszközök

A szociálisprobléma-megoldás és az empátia életkori és nem szerinti jellemzőinek illetve kapcsolatrendszerének vizsgálatára 3 nemzetközileg és hazailag elfogadott és gyakran alkalmazott mérőeszközt alkalmaztam.

A szociálisprobléma-megoldó gondolkodás mérésére a D’Zurilla és munkatársai (2002) által kifejlesztett Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) adaptált változatát (Kasik, Nagy és Fúzy, 2010) alkalmaztam, amivel a szociálisprobléma-megoldó gondolkodás öt jellemzője mérhető (pozitív és negatív orientáció, racionalitás, impulzivitás és elkerülés). A kijelentéseknél a kitöltőknek egy 1-5-ig terjedő Likert-skálán kellett döntést hozniuk, hogy mennyire igazak rájuk a kortársaikkal való kapcsolatukra vonatkozó állítások (1=egyáltalán nem igaz rám, 2=kicsit igaz rám, 3=közepes mértékben igaz rám, 4=igaz rám, 5=teljes mértékben igaz rám).

A kérdőív pozitív orientáció faktora azt méri, hogy a személy mennyire szeretné megoldani a kortársaival kapcsolatos problémáit és mennyire hisz abban, hogy képes erre (Példa item: *Ha nem tudok elsőre megoldani egy problémát, nem adom fel.*) A negatív orientáció faktor azt méri, hogy mennyire jellemző a személyre, hogy nem szeretné megoldani a hasonló jellegű problémákat és mennyire tart attól, hogy nem is tudja megoldani (Példa item: *Ha meg kell oldanom egy problémát, megijedek és félek.*) A racionalitás faktor azt méri, hogy a személy a szociális problémákban mennyire támaszkodik logikus érvekre (Példa item: *Döntés előtt végiggondolom minden lehetséges megoldás jó és rossz következményét.*) Az impulzivitás faktor azt méri, hogy a személy döntéshozatalára mennyire jellemző az érzelemközpontúság, illetve, hogy milyen fokú feszültséget, és izgalmat él át az ilyen helyzetekben (Példa item: *Ha döntenem kell, az érzéseimre hallgatok.*) Az elkerülés faktor azt méri, hogy mennyire jellemző az személyre, hogy a problémamegoldó helyzetekre kilépéssel reagál és elhalasztja a konfliktus megoldását (Példa item: *Mindent megteszek, hogy ne kelljen foglalkozni a problémáimmal.*) Az összpontszámok meghatározásához minden faktornál összeadjuk a faktorhoz tartozó itemekre adott értékeket, majd elosztjuk a faktorhoz tartozó itemek számával.

Az empátia mérésére Davis (1980) Interpersonal Reactivity Index (IRI) kérdőívének adaptált verzióját választottam (Rózsa, é. n.), ami az empátia négy faktorát (fantázia, nézőpontfelvétel/-váltás, empátiás törődés, személyes distressz) méri. Azért választottam ezt a kérdőívet, mert ez árnyalt képet ad az empátia kognitív és érzelmi dimenzióiról is (Shamay-Tsoory 2011).

A kérdőív első faktora a fantáziát méri, vagyis azt, hogy a személy mennyire tudja beleképzelni magát bizonyos helyzetekbe. (Példa item: *Elég gyakran álmodozok vagy fantáziálok olyan dolgokról, amik megtörténhetnek velem.*) A második faktor a nézőpontfelvétel- és váltás, ami annak a képességét méri, hogy a személy mennyire képes belehelyezkedni mások helyzetébe (Példa

item: *Olykor úgy próbálok megérteni a barátaimat, hogy elképzelem milyenek lehetnek a dolgok az ő nézőpontjukból tekintve.*) A harmadik faktor az empátiás törődés, ami azt méri, hogy mennyire ébresztenek benne együttérzést a barátaival kapcsolatos élmények (Példa item: *Gyakran gondolok aggodalommal és együttérzéssel, azokra az emberekre, akiknek a sorsa kevésbé szerencsés, mint az enyém.*) A kérdőív negyedik faktora a személyes distressz, ami a személy saját magára irányuló szorongásnak mértékét jelzi. (Példa item: *Veszélyhelyzetben szorongás fog el, és igen kényelmetlenül érzem magam.*)

A kijelentéseknél a kitöltőknek döntést kell hozniuk, 0-4-ig terjedő Likert-skálán mennyire igazak rájuk az állítások azzal kapcsolatban, hogy milyen gondolatokat, érzéseket vált ki belőlük másoknak a reakciója (0=egyáltalán nem igaz rám, 1=kicsit igaz rám, 2=közepes mértékben igaz rám, 3=igaz rám, 4=teljes mértékben igaz rám).

Az összpontszámok meghatározásához a SPSI-R kérdőívhez hasonló módon minden faktornál összeadjuk a faktorhoz tartozó itemekre adott értékeket, majd elosztjuk a faktorhoz tartozó itemek számával. Ennél a kérdőívben vannak fordított itemek is, amelyeknek az értékelésénél fordított pontrendszert alkalmazunk (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0).

A kérdőívben szerepel 9 további tétel (lásd 2. melléklet), ami a személy otthoni-családi körülményeire kérdez rá. Ennek keretében a személlyel együtt élő szülők iskolai végzettségéről, a családi kommunikáció jellemzőiről, a szubjektív jóllétről, a családszerkezetről és még néhány további jellemzőről szereztem adatokat. A családi háttértényezőkre vonatkozó állításoknál 0-4-ig terjedő intervallumskálán kellett meghatározni a kijelentéssel való egyetértés mértékét az alapján, hogy milyen gyakran űzik az adott tevékenységet a családban. A személyes jóllétet egy 1-7-ig terjedő skálán kellett bejelölni.

A Negatív problémaorientáció részletesebb mérésére a 21 itemes Negatív problémaorientációt mérő kérdőívet (NEGORI) választottam (Kasik, Gál és Tóth, 2018), amely a negatív orientáció hátterében meghúzódó tényezőket tárja fel: a negatív énhatékonyságot, a negatív illetve pozitív következménybe vetett hitet, a problémahárítást, a szokás, a minta követését és a várakozást.

Az összpontszámok meghatározásához minden faktor esetében az első két kérdőívhez hasonlóan összeadjuk a faktorhoz tartozó itemekre kapott értékeket, majd elosztjuk az adott faktorhoz tartozó itemek számával. A kérdőív a következő faktorokat tartalmazza: Negatív énhatékonyság, (Példa item: *Képtelen vagyok megoldani a problémáimat.*) negatív következmény, (Példa item: *Félek attól, hogy annak valami rossz dolog lesz a vége.*) pozitív következmény, (Példa item: *Így nem leszek ideges.*) problémahárítás, (Példa item: *Nem én okoztam a problémát.*) szokás (Példa item: *A tanáraink sem foglalkoznak a problémákkal.*) és várakozás (Példa item: *Majd valahogyan megoldódik.*).

A vizsgálat leírása

Az adatfelvételre az általános iskola tantermeiben, tanórák keretében került sor. A vizsgálat megkezdése előtt engedélyt kértem az intézmény vezetőjétől a kutatás

lebonyolításához, és az iskolapszichológus közreműködésével továbbítottam a szülőknek a passzív informált beleegyező nyilatkozatokat. A vizsgálatba két 6.-os és két 8.-os évfolyam diákjait vontam be (6 diák kivételével, akiknek a szülei nem járultak hozzá a vizsgálatban való részvételhez, mindenki vállalta a kitöltést, így összesen 74 diák töltötte ki a kérdőíveket).

A vizsgálat megkezdése előtt egyeztettem az intézetvezetővel és az iskolapszichológussal arról, hogy osztályonként milyen időpontban kerítünk sort az adatfelvételre. A vizsgálat osztályonként egy 45 perces tanórát vett igénybe. Az osztályfőnökök tájékoztatták a diákokat a kutatásban való részvételről, de a vizsgálat megkezdése előtt a diákok részletes tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, az anonimitásról, az önkéntes részvételről, a visszavonulás jogáról és az őket érintő etikai kérdésekről. A vizsgálat előtt megkérdeztem, hogy kitől érkezett vissza a szülői informált beleegyezés, és ezek a személyek nem vettek részt a kutatásban. Ezt követően röviden bemutakoztam és bemutattam a kutatás célját és hátterét. Tájékoztattam őket minden olyan etikai szempontról, ami hatással lehet a vizsgálatban való részvételükre. Ezután az osztályfőnök segítségével sor került a kérdőívek kiosztására.

A kérdőívcsomag egy informatív tájékoztatással kezdődött, amiben ugyanazok az információk szerepeltek, mint amiket előtte szóban hallottak. Ezt egy demográfiai adatokra vonatkozó kérdőív követte, amiben néhány személyes adatra (nem, életkor, családszerkezet) illetve családi háttértényezőkre (családon belüli kommunikáció, közös tevékenységek, szülők iskolai végzettsége stb.) vonatkozó kérdés szerepelt. Ezt követte a Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R) kérdőív magyar változata, ami 25 állításon keresztül méri a személyköziprobléma-megoldás jellemzőit.

A következő kérdőív, ami a kérdőívcsomagban szerepelt a Davis-féle Interpersonal Reactivity Index volt, ami 28 állításon keresztül különféle viselkedésmódokat sorolt fel azzal kapcsolatban, hogy milyen gondolatokat, érzéseket vált ki a személyből mások reakciója. A kérdőívcsomag a 21 itemes Negatív problémaorientációt mérő kérdőívvel (NEGORI) zárult, ami 21 olyan állítást tartalmazott, amelyek az instrukcióban szereplő főmondat („Azért nem oldom meg a kortársaimmal kapcsolatos problémáimat, mert...”) különböző befejezései voltak. A kitöltőnek a kortársaival kapcsolatos és az elmúlt egy hónapban történt problémáira gondolva kellett bekarikáznia a kijelentések után azt a számot, amelyik legjobban kifejezi a véleményét.

A kérdőívek kitöltésére papír alapon került sor és az osztályonkénti tesztcsomagokat egymástól elkülönítve tároltam. Az adatfelvétel során ügyeltem arra, hogy minden instrukciót pontosan mondjak el, ugyanakkor a kitöltés megkezdése előtt felhívtam a figyelmüket arra, hogy ha bármilyen kérdésük adódik a kitöltés közben, azt nyugodtan feltehetik és bármikor szabadon, következmények nélkül félbeszakíthatják a kitöltést. Az instrukcióban arra is kitértem, hogy fontos, hogy minél őszintébben és bátrabban válaszoljanak, és hogy figyelmesen olvassák el a kérdéseket. A kérdőívcsomag kitöltésére egy 45 perces tanóra állt rendelkezésükre, de mind a négy osztálynál nagyjából 30 perc alatt kitöltötték a kérdőíveket. Miután befejezték a kitöltést, megkérdeztem őket,

hogy mennyire találták fásasztónak illetve érdekesnek a kérdéseket, végül pedig, hogy van-e valamilyen kérdésük a kutatással illetve az eredményekkel kapcsolatban. Ezt követően megköszönöm a kutatásban való részvételüket. A kérdőívfelvétel körülményeiben semmi különös nem volt, és nyugodt légkörben került sor a kitöltésre.

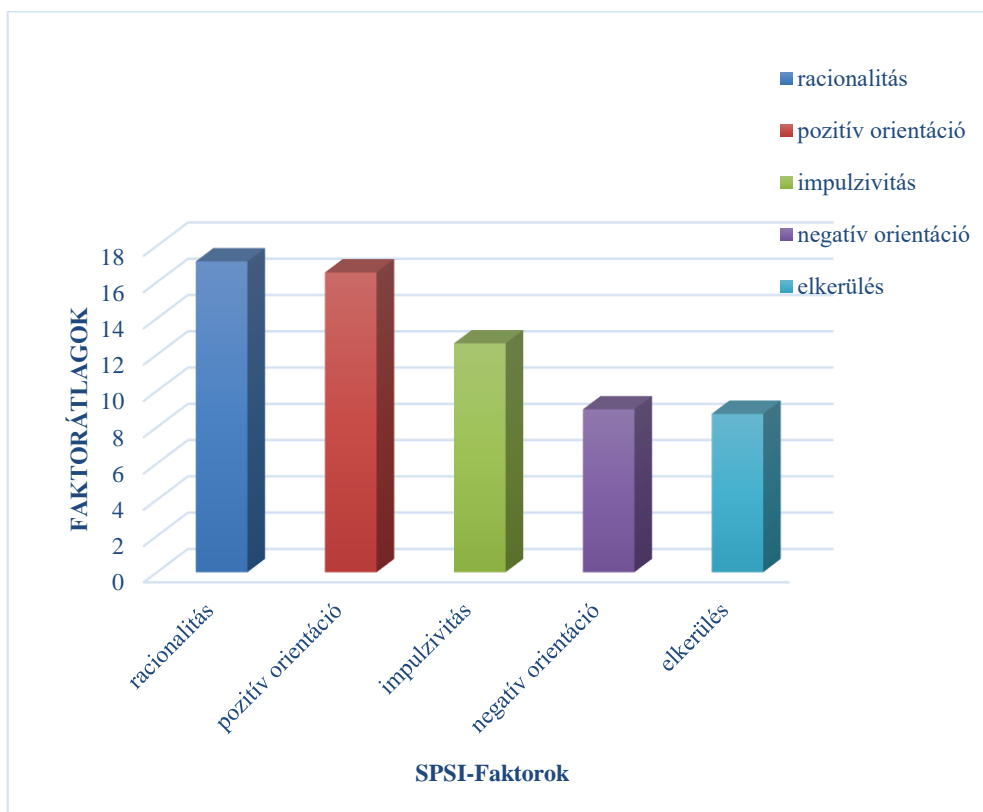
Mivel nem longitudinális kutatást terveztem, a kódolás kettős vak módon történt, vagyis az évfolyamokba soroláson kívül semmilyen egyéb információ nem állt rendelkezésemre a vizsgálati személyek beazonosításához. A résztvevő diákokat az életkor alapján két csoportba (12-13 és 14-15 éves) osztottam. Az adatfelvétel után a diákok válaszaiból nyert adatokat az IBM SPSS Statistics nevű programban pontosan rögzítettem, majd az adatok szelektálása után statisztikai próbákkal elemeztem.

EREDMÉNYEK

A szociálisprobléma-megoldás serdülőkori jellegzetességeire vonatkozóan az első hipotézisem az volt, hogy 12-13 éves korban jellemzőbb lesz a pozitív orientáció, ami 14-15 éves korig csökkenő tendenciát mutat majd. Ennek tesztelésére független mintás t-próbát alkalmaztam, amivel összehasonlítottam a két korcsoport átlagpontszámait a SPSSI-R faktorainál. A két korcsoport átlagpontszámai egyik faktor esetében sem különböztek egymástól szignifikánsan. A racionalitás faktor összpontszámai: $t(70) = 1,72$, $p = 0,089$, az impulzivitás faktor összpontszámai: $t(61) = -0,65$, $p = 0,52$, a pozitív orientáció faktor összpontszámai: $t(70) = -0,035$, $p = 0,98$, a negatív orientáció faktor összpontszámai: $t(72) = 1,4$, $p = 0,17$ és az elkerülés faktor összpontszámai: $t(67) = 0,65$, $p = 0,51$.

A két korcsoport összevont elemzéséhez egymintás t-próbát alkalmaztam. A 12-15 éves korosztály SPSSI-R faktor-összpontszámainak összehasonlítása alapján, a serdülők a racionalitás faktoron érték el a legmagasabb átlagot, ami 17,14 pontot jelentett (szórás: 4,04), ezt követte a pozitív orientáció faktor összpontszáma 16,53 ponttal (szórás: 3,14), majd az impulzivitás 12,62 ponttal, (szórás: 2,93), a negatív orientáció, 8,99 ponttal (szórás: 3,27)

majd az elkerülés 8,73 átlagpontszámmal (szórás: 3,25). A 12-15 éves korosztály szociális- probléma megoldásának jellemzőit a 3. ábra szemlélteti. A szociálisprobléma-megoldás és az empátia nemenkénti pontszámait a 4. táblázat tartalmazza.



3. ábra: 12-15 éves korosztály szociálisprobléma- megoldásának jellemzői

Faktorok	Fiúk	Lányok	t
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	
Racionalitás	16,76 (3,622)	17,40 (4,321)	n.s.
Impulzivitás	13,38 (3,034)	12,08 (2,773)	n.s.
Pozitív orientáció	16,58 (3,139)	16,49 (3,179)	n.s.
Negatív orientáció	9,51 (3,32)	8,60 (3,20)	n.s.
Elkerülés	9,67 (3,18)	8,09 (3,17)	2,026

Fantázia	13,04 (4,89)	16,74 (5,89)	-2,854
Empátiás törődés	15,90 (3,56)	16,98 (4,75)	n.s.
Személyes distressz	13,033 (3,79)	14,18 (4,17)	n.s.
Nézőpont felvétel- váltás	8,54 (3,63)	9,83 (4,15)	n.s.

3. ábra: A szociálisprobléma-megoldás és az empátia nemenkénti összehasonlítása

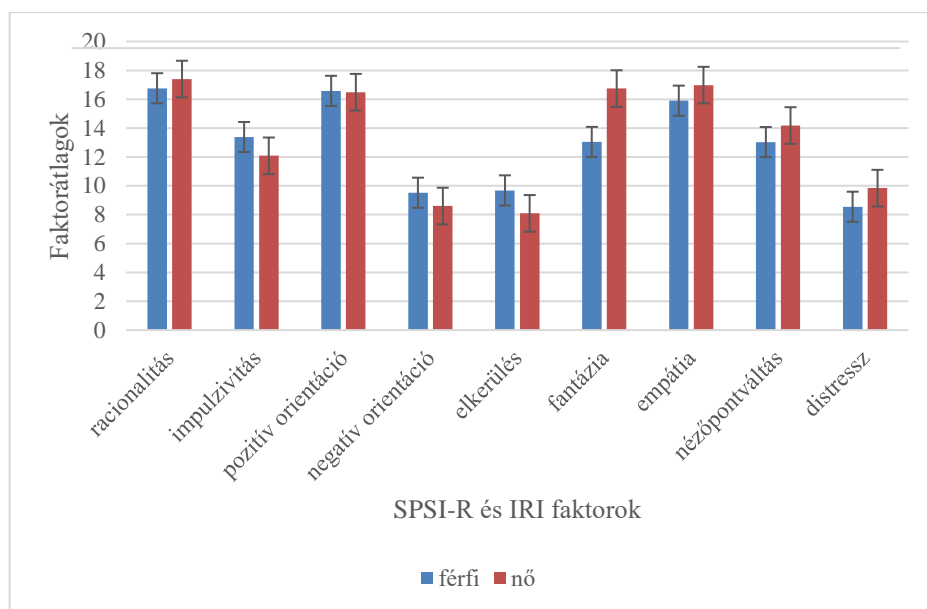
A két korcsoport között nem volt szignifikáns eltérés a szociális-probléma megoldás faktoraiban, ezért megvizsgáltam, hogy a legfiatalabb és a legidősebb korcsoport között van-e kimutatható eltérés. A legfiatalabb és a legidősebb csoport tagjainak a faktorátlagait többszemponos varianciaanalízissel hasonlítottam össze. Az SPSI-R faktor összpontszámok összehasonlítása alapján a két életkori csoport között szignifikáns eltérés volt a negatív orientáció faktor esetében: $F(27,200, 0,966) = 1,674$, $p = 0,018$. A két csoport átlagpontszámainak összehasonlítása alapján a 15 éves korcsoportban alacsonyabb pontszámot értek el (7,400 (szórás: 3,27)), mint a 12 éves korcsoportban (9,83 (szórás: 3,72)).

A második hipotézisem alapján azt feltételeztem, hogy 12-15 éves korban mindkét nemre egyformán jellemző az impulzivitás, és a vizsgálati személyek a problémamegoldás többi faktorához képest magasabb pontszámot érnek el ezen a faktoron. A szociálisprobléma- megoldás faktorátlagainak nemi összehasonlítására független mintás t-próbát alkalmaztam, amivel összehasonlítottam a két csoport SPSI-R faktorátlagait, köztük az impulzivitást is. Az eredmények alapján az impulzivitás faktoron elért átlag pontszámok szignifikáns eltérést mutattak a két csoport között: $t(28) = 2,087$, $p = 0,046$. Az impulzivitás faktorátlagainak részletesebb összehasonlításából kiderült, hogy a fiúk magasabb pontszámot értek el az impulzivitás faktoron (átlag: 13,60, szórás: 3,5), mint a lányok (átlagpontszám: 11,13, szórás: 2,92). Az impulzivitás korcsoportonkénti változását a két nemre bontva is megvizsgáltam. A két életkori csoport átlagait független mintás t-próbával hasonlítottam össze. A fiúknál nem volt szignifikáns eltérés a csoportok között: $t(24) = 0,416$, $p = 0,681$. A lányok átlagpontszámainak az összehasonlítása alapján a fiatalabb korcsoport alacsonyabb pontszámot ért el az impulzivitás faktoron, de ez az emelkedés sem volt szignifikáns $t(35) = 1,77$, $p = 0,086$.

A fiatalabb és az idősebb korcsoporton belüli nemi eltérések elemzésére független mintás t-próbát alkalmaztam. A fiatalabb csoportban a lányok és a fiúk között szignifikáns különbség volt az impulzivitás tekintetében: $t(28) = 2,087$, $p = 0,046$. A lányok átlagpontszáma 11,13 (szórás: 2,92), a fiúké pedig 13,60 lett (szórás:

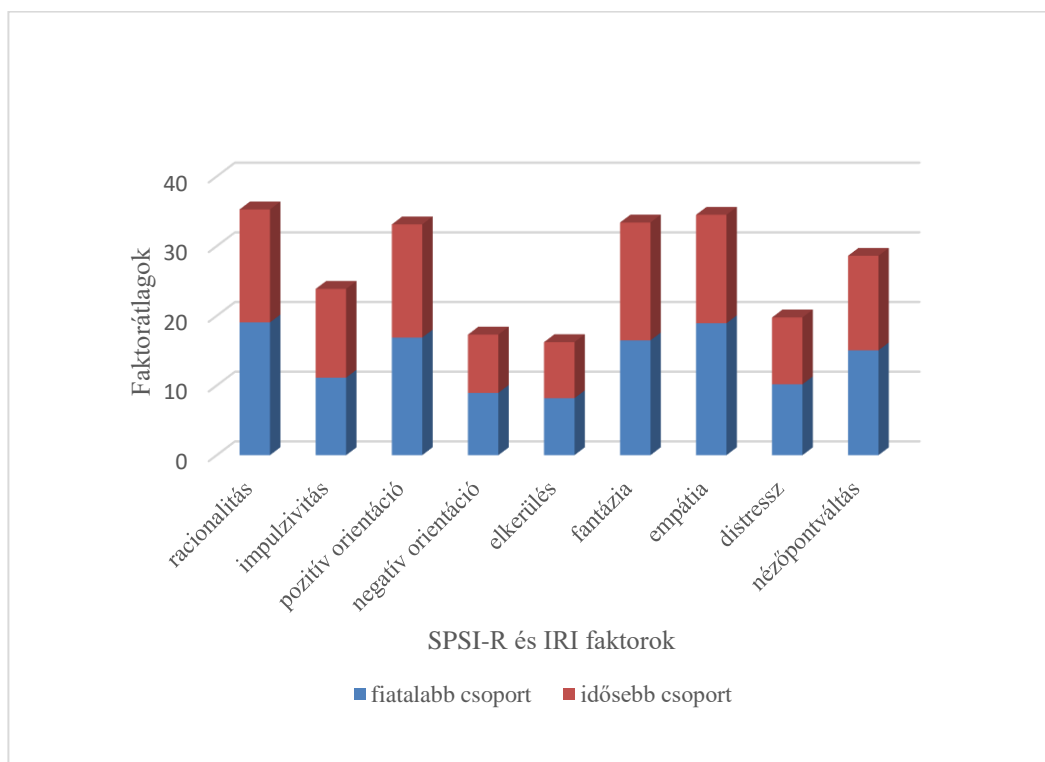
3,52). Az idősebb csoportban a lányok és a fiúk között az impulzivitás tekintetében nem volt szignifikáns különbség: $t(31) = 0,4$, $p = 0,69$.

A fiúk és a lányok SPSI-R faktorátlagait független mintás t-próbával hasonlítottam össze. Az elkerülés faktor esetében szignifikáns eltérés volt a két csoport között: $t(67) = 2,028$, $p = 0,05$. A csoportok átlagpontszámainak összehasonlítása alapján a férfiak átlagpontszáma 9,86 (szórás: 3,18), míg a nőké 8,097 (szórás: 3,176) lett. A többi SPSI-R faktor esetében nem volt szignifikáns eltérés a fiúk és a lányok között, azonban tendencia szinten megjelenik, hogy a férfiak kevésbé racionálisak, mint a nők, továbbá elkerülőbbek és jellemzőbb rájuk a negatív orientáció. Az SPSI-R faktorátlagok összehasonlítása alapján mindkét nemnél magasabb pontszámot értek el a racionalitás és a pozitív orientáció faktorokon, mint a negatív orientáció és az elkerülés faktoron. A problémamegoldás életkori változásait az empátia jellemzőivel együtt a 4. ábra szemlélteti.



4. ábra: Probléma-megoldás és empátia nemek szerint

Az SPSI-R faktorok átlagpontszámainak a változását nemenként is megvizsgáltam. A lányok korcsoportonkénti összehasonlításához független mintás t-próbát alkalmaztam, amivel összehasonlítottam a fiatalabb és az idősebb korcsoport SPSI-R faktorátlagait. A két korcsoport szignifikánsan eltérő választ adott a racionalitás faktor esetében: $t(41) = 72,23$, $p = 0,031$. A fiatalabbak magasabb átlagpontszámot ért el (átlag: 19,06 (szórás: 4,007), mint az idősebbek (átlag: 16,20 (szórás: 4,213)). A többi faktor esetében sehol sem volt szignifikáns eltérés a két csoport között. A fiúk korcsoportonkénti összehasonlításához szintén független mintás t-próbát alkalmaztam, és ez esetben egyik faktornál sem volt szignifikáns eltérés volt a két csoport között. A lányok probléma-megoldásának és empátia jellemzőire lásd az 5. ábrát.



5. ábra: Lányok probléma-megoldásának és empátiájának összehasonlítása korcsoportonként

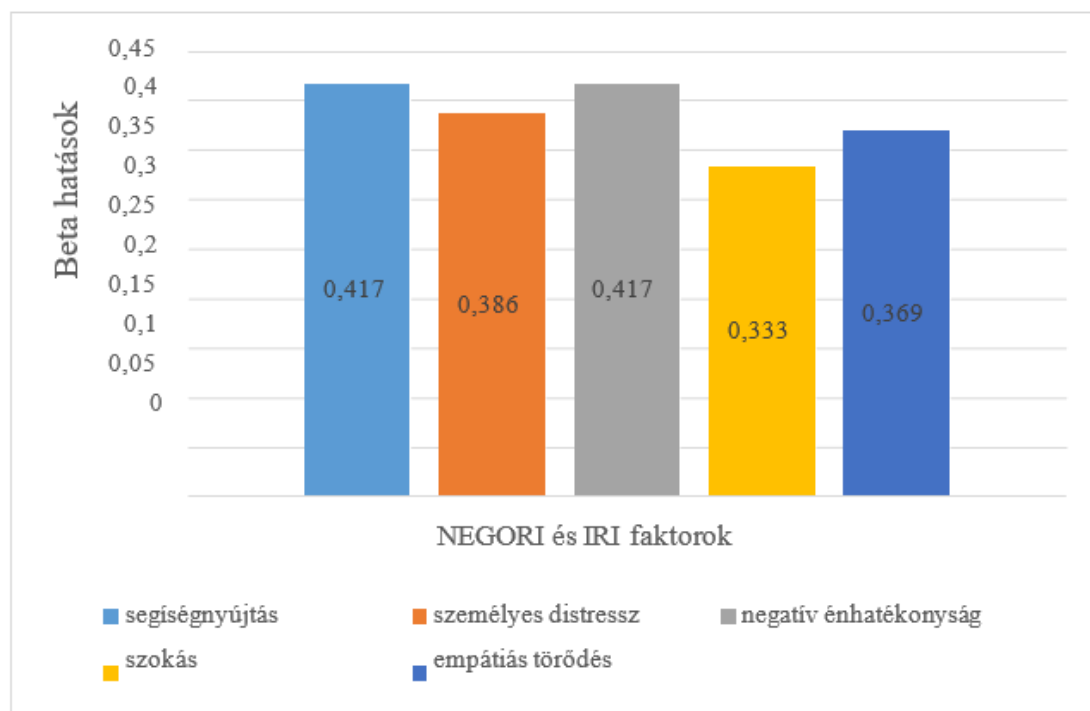
A harmadik hipotézisem alapján a lányok empatikusabbak, elkerülőbbek, míg a fiúk kevésbé empatikusak és racionálisabbak a probléma-megoldásban. Ennek ellenőrzésére független mintás t-próbát alkalmaztam, amivel összehasonlítottam a lányok és a fiúk IRI kérdőívre adott faktorátlagait. A fantázia faktor esetében szignifikáns eltérés volt a fiúk és a lányok között: $t(68) = 2,750$, $p = 0,008$. A faktorátlagok összehasonlítása alapján a fiúk átlagpontszáma 13,04 lett (szórás: 4,89), a lányoké pedig 16,74 (szórás: 5,89). A fiúk és a lányok között az empátia többi faktorán elért átlagpontszámok összehasonlítása alapján nem volt különbség (empátiás törődés: $t(72) = -1,059$, $p = 0,293$; nézőpontváltás: $t(71) = -1,204$, $p = 0,232$; személyes distressz: $t(71) = -1,386$, $p = 0,170$.), de a lányok minden faktor esetében magasabb átlagpontszámot értek el, mint a fiúk.

Az empátia nemi különbségeinek változását korcsoportonként is megvizsgáltam. A független mintás t-próba a fiúk esetében az empátia egyik faktoránál sem mutatott szignifikáns eltérést, ezzel szemben a lányoknál az empátia empátiás törődés faktoránál szignifikáns eltérés volt: $t(41) = 2,43$, $p = 0,019$. A fiatalabb csoport átlag pontszáma 18,94 (szórás: 4,29), míg az idősebbé 15,56 (szórás: 4,65) lett.

Az empátia és a szociálisprobléma-megoldás nemi és életkori különbségeinek elemzése után ezen tényezők összefüggéseit és egymásra gyakorolt hatását vizsgáltam meg. A Pearson- féle korrelációanalízis alapján a SPSI-R faktorátlagai és az IRI- faktorátlagai közül a pozitív orientáció faktor pontszámai gyenge fordított együttjárást mutattak az empátia distressz faktorának pontszámaival: $r(70) = -0,293$, $p = 0,013$. A negatív orientáció faktor

pontszámai közepes erősségű pozitív együttjárást mutattak az empátia distressz faktorával: $r(72) = 0,58$, $p < 0,001$. A két skála többi faktorátlagai között nem volt szignifikáns összefüggés.

A negatív orientációs problémamegoldás háttértényezőinek a vizsgálatára lineáris regressziót alkalmaztam. A függő változók között az IRI- és a NEGORI kérdőív faktorai, illetve a családi háttértényezők 5 faktora szerepelt. A regresszioelemzés eredménye alapján ($R^2 = 0,591$) a szülői segítségnyújtás faktornak szignifikáns főhatása lett a szociális probléma- megoldás negatív orientáció faktorára nézve: $Beta = -0,417$, $t = -3,338$; $p = 0,002$. Emellett a negatív orientációs stílusra szignifikáns főhatással volt a NEGORI énhatékonyság faktora ($Beta = 0,417$, $t = 3,445$; $p = 0,002$), az IRI személyes distressz faktora ($Beta = 0,386$, $t = 2,718$; $p = 0,011$), a NEGORI szokás faktora ($t = 2,423$; $p = 0,021$) és az IRI empátiás törődés faktora ($t = 3,099$; $p = 0,004$) (lásd 6. ábra).

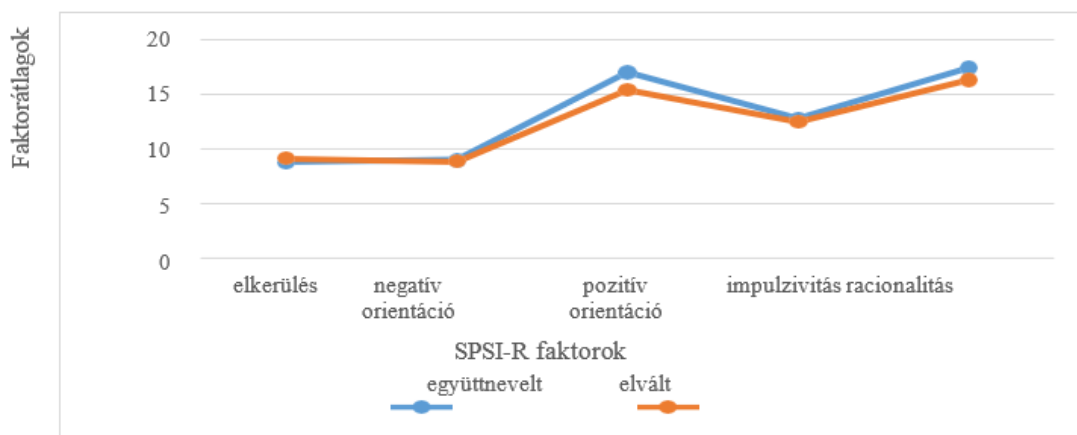


6. ábra: Negatív orientáció háttértényezői

A 4. és az 5. hipotézis teszteléséhez, amelyek a családszerkezet szociálisprobléma- megoldásra gyakorolt hatására vonatkoztak, először két csoportra osztottam a mintát. A mintában szereplő gyerekek 71%-át együttélő, 29%-ukat pedig elvált szülők nevelik. Az együttnevelt gyermekek életkori átlaga 13,23 év (szórás:1,15) nemi eloszlása: nők: 57, 7%, férfiak: 42,3%. Az elvált szülőkkel nevelkedő gyermekek életkori átlaga: 13,29 év (szórás: 1,10), nemi eloszlása: nők 61,9%, férfiak: 38,1%. A két csoport összehasonlítására független mintás t-próbát alkalmaztam, amivel a két csoport SPSI-R faktorátlagai közti különbségeket mértem.

A SPSI-R faktorátlagok független mintás t-próbával való összehasonlítása alapján szignifikáns különbség volt a két csoport között a pozitív orientáció faktor

pontszámainál: $t(69) = 2,040$, $p = 0,045$. A mozaikcsaládban élő gyerekek átlagpontszáma 15,33 lett (szórás: 3,183) a nem mozaikcsaládban élőké pedig 16,96 lett (szórás: 3,017). Az SPSI-R kérdőív többi faktoránál nem volt különbség a két csoport között. A szülői bánásmód családtípusonkénti különbségeit a 7. ábra szemlélteti.



7. ábra: Szociálisprobléma-megoldás családtípusonként

A szülők iskolai végzettségének összehasonlítására Wilcoxon-próbát alkalmaztam, ami alapján nem volt szignifikáns eltérés az anyák és az apák végzettsége között ($Z = -0,448$; $p = 0,654$). Emiatt a nem elemeztem tovább a szülők végzettségének hatását a szociálisprobléma- megoldásra.

MEGVITATÁS

A korábbi kutatások rámutattak arra, hogy a szociális probléma-megoldás hatékonysága számos személyiségvonástól és környezeti tényezőtől függ. A hazai (Kasik, 2015) és a nemzetközi kutatások (Chang et al., 2004) alapján a személyiségbeli tényezők közül az empátia fejlettsége és a probléma-megoldás módjai kölcsönösen hatnak egymásra. Ezért a jelen kutatásban a szociálisprobléma-megoldás és az empátia részterületeinek kapcsolatrendszerét illetve az orientációs stílusok jellegzetességeit vizsgáltam 12-15 éves serdülők körében.

A 12-15 éves korosztály szociálisprobléma-megoldó gondolkodására jellemzőbb a pozitív orientáció, mint a negatív orientáció és az elkerülés, ami összhangban van a Kasik által végzett korábbi vizsgálatokkal (Kasik, 2010, 2014). Feltevésem az volt, hogy 12-13 éves korban jellemzőbb a pozitív orientáció, és ez csökkenő tendenciát mutat majd. Az általam vizsgált mintán a 12-13 és a 14-15 évesek között nem volt szignifikáns eltérés a pozitív és a negatív orientációs stílusok között. A két csoport összevont elemzése előtt összehasonlítottam a legfiatalabb és a legidősebb korcsoport szociálisprobléma-megoldási módjait, ami alapján a negatív orientációban csökkenő tendenciát figyelhető meg. Ez összhangban van McMurrán, Egan és Blair 2001-es kutatásával, és tovább erősíti

azt az eredményt, hogy a negatív orientáció csak később, a serdülőkor második felében válik domináns megoldási móddá. A két csoport összevont elemzése alapján a 12-15 éves korosztályra nem csak a pozitív orientáció, hanem a racionalitás és az impulzivitás is jellemzőbb, mint a negatív orientáció és az elkerülés, ami Kasik (2014) kutatási eredményeit erősíti.

A racionalitáson és az impulzivitáson elért magas értékek arra utalnak, hogy ebben a korban a serdülők egyre racionálisabban végiggondolják a rendelkezésükre álló probléma- megoldási módokat, illetve felméri azokat következményeit, ugyanakkor a döntéshozatal folyamatában az érzelmeik is jelentős szerepet kapnak. Az impulzivitás nem mutat jelentős növekedést az életkor előrehaladtával, ami azt jelenti, hogy ahogyan egyre tudatosabban kezelik az interperszonális problémákat, úgy az érzelmeik kissé háttérbe kerülnek. A fiúk és a lányok szociálisprobléma-megoldó gondolkodása között jelentős különbség volt, méghozzá a fiúk impulzívabbak és elkerülőbbek mint a lányok, ami összhangban van a korábbi kutatások eredményeivel (Kasik, 2010) A szociális-probléma megoldás faktoraiban a 12 és 15 évesek között nincs jelentős változás, azonban a fiúk és a lányok csoportonkénti elemzéséből kiderült, hogy a lányok az életkor előrehaladtával egyre kevésbé racionálisak, vagyis náluk az érzelmeik kerülnek előtérbe a probléma-megoldás folyamatában.

Az empátia nemi különbségeire vonatkozóan a korábbiakban ellentmondásos eredmények születtek (v.ö. Davis, 1994), azonban az eredmények többsége azt erősíti, hogy a nők nagyobb mértékű empátiás készséggel rendelkeznek, mint a férfiak. Brown, Nesse és Vinokur (2003) eredményei szerint a nők jobban teljesítenek az empátiát igénylő feladatokban, mint férfi kortársaik. A 12-15 évesek körében végzett kutatásom alapján a lányok magasabb értéket értek el az empátia fantázia faktorán, mint a fiúk. Az empátia többi faktoránál nem volt szignifikáns eltérés, azonban megemlítendő, hogy a lányok átlagpontszámai minden esetben magasabbak lettek, mint a fiúké. Ez az eredmény azonban a minta nagyságából is adódhat illetve abból, hogy a lányok aránya a mintában nagyobb volt, mint a fiúké (58-42%). A nők jobb empátiás készsége azonban tendenciaszerűen így is megjelent.

A 12-15 évesek empátiás készségéről globálisan az mondható el, hogy a lányok és a fiúk egyaránt magasabb pontszámot értek el az empátiás törődés, a fantázia és nézőpontfelvétel-váltás faktorokon mint a személyes distressz faktoron, és ebben az életkor előrehaladtával nem volt jelentős változás (Ez azonban nem jelenti azt, hogy a serdülőkor végéig stabil marad). A lányok életkori összehasonlítása alapján a 12 éves lányokra jellemzőbb az empátiás törődés és racionalitás, mint a 15 évesekre, ami ellentmond a korábbi kutatási eredményeknek. A fiatalabb lányokra nagyobb fokú együttérzés jellemző, ami arra utalhat, hogy ekkor érzékenyebbek a mások reakcióira, és könnyebben megérinti őket a másik személy érzései. Ahogyan fejlődik az érzelmi intelligenciájuk, úgy ez fokozatosan enyhül, és kisebb mértékű aggodalmat élnek át. A fiúknál nem volt markáns eltérés egyik faktor esetében sem a 12 és 15 évesek között.

A szociálisprobléma-megoldás és az empátia kapcsolatára vonatkozóan Siu és Shek (2005) kutatásával összhangban azt az eredményt kaptam, hogy az empátia egy részterülete, a fantázia összefügg a pozitív orientációval. A lányok magasabb értéket értek el a pozitív orientációban és szignifikánsan nagyobb értéket az empátia fantázia faktorán, mint a fiúk, ami közvetetten jelentheti azt, hogy a fantázia összefügg a pozitív orientációval (Siu & Shek, 2005). A hipotézisemmel ellenben a szociálisprobléma-megoldásra nem volt hatással az empátia nézőpontfelvétel-váltás faktora, azonban az empátia egy másik faktora, a személyes distressz összefüggést mutatott úgy a pozitív, mint a negatív orientációs stílussal. Batanova és Loukas (2011) kutatásai már alátámasztották, hogy a személyes distressz hatással van a problémamegoldásban az elkerülésre és az impulzivitásra. Jelen kutatás eredményei alapján a személyes distressz elsősorban a pozitív- és a negatív orientációval mutat összefüggést. A személyes distressz mértéke pozitívan korrelált a negatív orientációval, tehát minél nagyobb szorongást él át a személy a másik szenvedése láttán, annál kevésbé szeretné megoldani a problémát, és kevésbé hiszi azt, hogy képes hatni a helyzetre. Ennek a fordítottja is igaz, vagyis ha a személyből kisebb mértékű szorongást és feszültséget vált ki mások reakciója, akkor nyitottabb lesz rá, hogy megoldja a problémáit és végiggondolja a lehetőségeit. Mindezek az eredmények összhangban vannak Gáspár (2015) kutatásával. A mások reakciója által kiváltott szorongás mértéke tehát meghatározza, hogy a személy hogyan viszonyul a kortársaival kapcsolatos problémákhoz, ennek értelmében, ha nagyfokú szorongást él át a problémamegoldó helyzetben, kevésbé lesz nyitott rá, hogy megoldja azt, és inkább attól tart majd, hogy nem tudja megoldani a problémát.

A negatív orientáció hátterében elsősorban a negatív énhatékonyság és a környezeti szokás, mint a követése áll. Eredményeim alapján kis mértékben határozzák meg a probléma- megoldás más faktorai, azonban az empátia személyes distressz és az empátiás törődés faktorai hatással vannak rá. A szülők iskolai végzettsége és a családszerkezet hatása sem a fiatalabb, sem az idősebb csoportban nem jelentős. A kutatásból az is kiderült, hogy a gyermek személyes jólléte nem feltétlenül függ a családi konstellációtól, vagyis attól, hogy a szülők együtt nevelik- e gyermeket vagy sem.

A kutatás elsődleges limitációja, hogy a téma heterogenitását tekintve kis elemszámú mintával dolgoztam, és lehet, hogy ez akadályozta a nemi különbségek vizsgálatát. Az életkori különbségek feltárásához érdemes lett volna olyan mintát választani, amiben nagyobb korkülönbség van a vizsgált korcsoportok között. Valószínű, hogy azért nem voltak kimutathatók a két életkori csoport között a probléma-megoldási stílusok közti különbségek, mivel a 12-15 éves korosztály még inkább együtt vizsgálendő és a serdülőkor későbbi szakaszában válnak jelentőssé a változások a problémamegoldásban. Emellett a jövőben az empátia és a szociálisprobléma-megoldási stílusok változásának pontos nyomonkövetése érdekében érdemes lenne a longitudinális vizsgálati eljárást választani.

A kutatási eredmények általánosítása érdekében a kutatást érdemes lenne egy idősebb életkorú mintán is megismételni (16-18 évesekkel) és a jelen

kutatásban vizsgált 12-15 éves korcsoport adatait is bővíteni, majd összehasonlítást végezni a két életkori mintán. A szociálisprobléma-megoldás háttérének vizsgálatához érdemes lenne a személyiségbeli tényezőkhöz kívül a külső, környezeti, például családi nevelés jellemzőit is figyelembe venni.

A kutatás eredményei többnyire összhangban vannak a korábbi kutatások eredményeivel, miszerint a serdülőkor előtt (12-15 éves korban) a serdülők szociális-probléma megoldó gondolkodására jellemzőbb a pozitív orientáció és a racionalitás. A kutatásban nem sikerült jelentős életkori különbségeket kimutatni, azonban a lányok és a fiúk összehasonlításából kiderült, hogy a problémamegoldásban az életkor előrehaladtával egyre erősödő nemi különbségek vannak. A fiúk elkerülőbbek és impulzívabbak, mint a lányok, akik ezzel szemben egyre kevésbé racionálisak. Ennek háttérében az empátia egyik részterülete, a fantázia állhat, amelyen a lányok magasabb értéket értek el, mint a fiúk. Az orientációs stílusra az empátia egy másik részterülete, a személyes distressz is hatással van, még hozzá minél nagyobb feszültséget, szorongást él át a személy a kortársakkal kapcsolatos problémák során, annál inkább jellemző rá a negatív orientációs gondolkodási stílus. A fiúk szociálisprobléma- megoldó és empátiás készségében az életkor előrehaladtával nem volt lényeges változás, míg a lányoknál a szociálisprobléma-megoldásban a racionalitás és az empátia empátiás törődés faktorában egyaránt csökkenő tendencia figyelhető meg.

A felmutatott eredmények hasznosak lehetnek a pedagógusi tevékenységben és hozzájárulnak a szociálisprobléma-megoldás háttértényezőinek feltárásához.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Batanova, M. D. & Loukas, A. (2011). Social anxiety and aggression in early adolescents: Examining the moderating roles of empathic concern and perspective taking. *Journal of Youth and Adolescence*, 40, 1534–1543.
- Boross, A. & Pléh, Cs. (2004). *Bevezetés a pszichológiába*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Brown, S., Nesse, R. M., Vinokur, A. D., & Smith, D. M. (2003). Providing social support may be more beneficial than receiving it: results from a prospective study of mortality. *Psychological Science*, 14(4), 320-327.
- Chang, E. C., D’Zurilla, T. J. & Sanna, L. J. (2004). Social problem solving. Theory, research, and training. *American Psychological Association*.
- Channon, S. & Crawford, S. (2010). Mentalising and social problem-solving after brain injury. *Neuropsychology Rehabilitation*, 20(5), 739–759.
- Cohen, S. B. (2006). Elemi különbség. Férfiak, nők és a szélsőséges férfiagy. Fordította Ivády Rozália Eszter, Budapest, Osiris Kiadó, 252-255.
- D’Zurilla, T. J. & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (107–126).

- D’Zurilla, T. J. & Nezu, A. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory (SPSI). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (156–163).
- D’Zurilla, T. J., Maydeu-Olivares, A. & Kant, G. L. (1998). Age and gender differences in social problem solving in college students, middle age, and elderly adults. *Personality and Individual Differences*, 25 (241–252).
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–126.
- Eisenberg, N. & Lennon, R. (1983). Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin*, 94(1), 100–131.
- Elliott, T., Bush, B. & Chen, Y. (2006). Social problem solving abilities predict pressure sore occurrence in the first three years of spinal cord injury. *Rehabilitation Psychology*, 51, 69–77.
- Frauenknecht, M. & Black, D. R. (2009). Is it social problem solving or decision making? Implications for health education. *American Journal of Health Education*, 41(2), 112–123.
- Gáspár, Cs., & Kasik, L. (2015). A szociálisprobléma-megoldás, az empátia és a szorongás kapcsolata serdülők körében. *Iskolakultúra*, 25 (10).
- Gottman, J. (1997). Raising an emotionally intelligent child. The heart of parenting. Simon & Schuster, New York.
- Hein, G., Singer & T. (2008). I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Current Opinion in Neurobiology*, 18(2), 153–158.
- Higgins, J. P. & Thies, A. P. (1981). Problem solving and social position among emotionally disturbed boys. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(2), 356–358.
- Kasik, L. (2010). A szociálisérdek-érvényesítő, az érzelmi és a szociálisprobléma-megoldó képességek vizsgálata 4–18 évesek körében. PhD-értekezés. SZTE BTK Neveléstudományi Doktori Iskola.
- Kasik, L. (2015). A Szociálisprobléma-megoldás fejlődése serdülőkorban – Két Longitudinális vizsgálat tapasztalatai. *Magyar Pedagógia*, 115(2), 139–153.
- Kasik, L. (2016). „Nem szeretném megoldani.” A kortársi problémák megoldásával kapcsolatos negatív orientáció vizsgálata serdülők körében. *Alkalmazott pszichológia*, 16, 37–51.
- Kasik, L., Gál, Z. & Tóth, E. (2018). Development and psychometric properties of NEGORI (Negative Orientation Questionnaire). *Journal of Relationships Research*, 9 (8), 1-13
- Kasik, L., Nagy, Á. & Fűzy, A. (2009). Szociálisprobléma-megoldás Kérdőív. SZTE BTK Neveléstudományi Intézet.
- Lindsay, W. R., Hamilton, C., Moulton, S., Scott, S., Doyle, S. & McMurrin, M. (2011). Assessment and treatment of social problem-solving in offenders with intellectual disability. *Psychology, Crime and Law*, 17, 181–197.
- Marion, M. (2003). Guidance of young children. Merrill Prentice Hall, New Jersey.

- McMurran, M. & McGuire, J. (2005). Social problem solving and offending: Evidence, evaluation and evolution. John Wiley & Sons, Chichester, UK.
- McMurran, M., Egan, V., Blair, M. & Richardson, C. (2001). The relationship between social problem-solving and personality in mentally disordered offenders. *Personality and Individual Differences*, 30, 517–524.
- Mestre, M. V., Samper, P., Frías, M. D. & Tur, A. M. (2009). Are women more empathetic than men? A longitudinal study in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 76–83.
- Preston, S.D. & de Waal, F.B.M. (2002). Empathy: its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25, 1-72.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1996). Premotor cortex and the recognition of motor actions, *Cognitive Brain Research*, 3, 131-141.
- Rodríguez-Fornells, A. & Maydeu-Olivares, A. (2000). Impulsive/careless problem solving style as predictor of subsequent academic achievement. *Personality and Individual Differences*, 28, 639–635.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *Neuroscientist*, 17(1), 18–24.
- Siu, A. M. H. & Shek, D. T. L. (2005). Relations between Social Problem Solving and Indicators of Interpersonal and Family Well-Being among Chinese Adolescents in Hong Kong. *Social Indicators Research Series*, 71.
- Tóth, I., & Gervai, J. (1999). Szülői bánásmód kérdőív (H-PBI): a Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 4, 551–56

AZ ÖNÉRTÉKELÉS ÉS AZ ÉNHATÉKONYSÁG ÖSSZEFÜGGÉSEI A CSALÁDI SZOCIALIZÁCIÓS TÉNYEZŐKKEL

Lőrincz Anna Kata

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, lorincz.anna23@gmail.com

A pozitív fiatalkori fejlődés elméleti kerete a sikeres fejlődéshez, kibontakozáshoz szükséges képességek és feltételek vizsgálatára összpontosít. Az 5C modell (Lerner, Almerigi, Theokas és Lerner, 2005) öt egyéni képességen keresztül ragadja meg a fejlődés lényegét, ezek közül az egyik az önbizalom, melynek elemei az önértékelés és az énhatékonyság. Számos kutatás talált pozitív irányú kapcsolatot e két változó, illetve a jó mentális és fizikai állapot, valamint a szubjektív jóllét között. Kutatásom során arra kerestem a választ, hogy kibontakozó felnőttkorú személyek körében vizsgálva milyen összefüggéseket találunk az önértékelés és énhatékonyság, illetve különböző családi szocializációs tényezők: nevelési attitűd, stílus, cél, valamint családi légkör között. A minta 216 személyből állt (80 férfi és 136 nő; átlagéletkor: 21,59 év, szórás: 1,93). A vizsgálati személyek online kérdőívet töltöttek ki, mely önértékelésükre, énhatékonyságra, családi szocializációjukra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. Az önértékelés pozitív kapcsolatban állt a támogató nevelési attitűddel, és negatív kapcsolatot mutatott a manipulatív, inkonzisztens, illetve korlátozó stílusokkal, valamint a konfliktusos családi légkörrel. Az énhatékonyság pozitív összefüggést mutatott a támogató nevelési attitűddel és negatívát a korlátozó nevelési stílussal. A kutatás eredményeiből kirajzolódik a fejlődést támogató családi tényezők szerepe a fiatalkori fejlődés során.

Kulcsszavak: pozitív fiatalkori fejlődés, önértékelés, énhatékonyság, családi szocializáció

Köszönetnyilvánítás: Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, dr. Kőrössy Judit egyetemi docensnek, aki a téma kiválasztásától kezdve a cikk elkészítéséig kísérte munkám, szakmai észrevételeivel, támogatásával segítve azt.

Az 1990-es évektől kezdve a korábban uralkodó, betegségeket és hiányosságokat hangsúlyozó elméletekkel szemben új irányzat jelent meg a fiatalkor fejlődéslélektani kutatásában. A pozitív fiatalkori fejlődés (*positive youth development*, PYD) elméleti kerete a fejlődési potenciálokra helyezi a hangsúlyt (Damon, 2004; Kőrössy, 2016; Lerner, Dowling, és Anderson, 2003). Ellentétben azokkal a vizsgálatokkal, melyekben a gyermekek, illetve fiatalok főként sérülékeny, rizikó tényezőknek és veszélyeknek kitett egyénekként jelennek meg, az új szemléletben aktív, sorsukat és jövőjüket hatékonyan alakító, erőforrásaikat kiaknázó szereplőkként tudunk rájuk tekinteni (Damon, 2004). Az irányzat célja, hogy elősegítse és támogassa azokat a forrásokat, körülményeket, melyek a pozitív fejlődési kimeneteket facilitálják (Kőrössy, 2016). Hangsúlyozza, hogy minden gyermek egyedi tehetségekkel, erősségekkel, érdeklődésekkel és jövő potenciállal jellemezhető (Damon, 2004). Ez a sikeres jövő pedig akkor valósulhat meg, ha a fiatal támogató közeg veszi körül, melynek ő maga is aktív részese (Kőrössy, 2016).

A pozitív fiatalkori fejlődés mélyebb megértése érdekében több modellt is alkottak, köztük a Fejlődési források modelljét (Benson, Scales, Leffert, és Roehlkepartan, 1999; idézi: Kőrössy, 2016) a Kezdeményezés megközelítés modelljét (Larson, 2000), valamint az 5 C modellt (Lerner, Almerigi, Theokas, és Lerner, 2005) (v.ö. Kőrössy, 2016). A modellek alapján képet kaphatunk arról, milyen készségek, képességek, illetve külső környezeti feltételek kellenek a sikeres fejlődéshez. Mindhárom elméletben hangsúlyos szerepet kapnak maguk a fiatalok, akik nem csak rugalmasan alkalmazkodnak a feltételekhez, hanem aktív alakítói fejlődésüknek. Mind Lerner (2005) 5 C modelljének¹ önbizalom (confidence) elemében, mind a Benson és munkatársai (1999) által kidolgozott belső források pozitív identitás komponensében fontos szerepet kap az önértékelés és az énhatékonyság. Kutatásomban ezek kapcsolatát a külső források közül a Benson és munkatársai (1999) által kiemelt családi tényezőkkel összefüggésben vizsgáltam meg.

Az önértékelés a szelf pozitív, illetve negatív értékelése (Smith és Mackie, 2004), az egyén saját értékességére vonatkozó ítélete, saját maga iránt való attitűdje, mely magában foglalja az önmagáról alkotott hiedelmeit, valamint emocionális állapotokat, mint a büszkeség vagy szégyen (Hewitt, 2009). Az önértékelés összefüggést mutathat a nemmel (Bleidorn et al., 2016; Helwig és Ruprecht, 2017). A magas önértékelés kapcsolatban áll a stresszel való hatékonyabb megküzdéssel, illetve a jó mentális és fizikai egészségi állapottal (Li, Chan, Chung, és Chui, 2010; Taylor és Stanton, 2007). Az alacsony önértékelés maladaptív kimenetelkekkel mutat összefüggést, mint a bűnözés, illetve az alacsony fizikai és mentális egészség (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffitt, és Caspi, 2005; Orth, Robins, és Widaman, 2012).

Orth (2017) kapcsolatot talált a gyermekkori családi környezet, illetve az önértékelés mértéke között. A hatás mértéke bár idővel csökkent, szignifikáns maradt a fiatal felnőttkor idején is. Soest, Wichstrøm és Kvalen (2016) azt

¹ Az 5 elem: competence, character, connection, confidence, caring / compassion.

tapasztalták, hogy az önértékelés magasabb szintjét a férfi nem, a magasabb szülői iskolázottság, és a magasabb mértékű szülői törődés jósolták be. Az autonómia támogatása az anya és az apa részéről pozitív összefüggésben áll a serdülők önértékelésével (Duineveld, Parker, Ryan, Ciarrochi, és Salmela-Aro, 2017).

Az énhatékonyság az egyén saját képességeibe vetett hite, mely befolyásolja érzéseit, gondolatait, motivációját, cselekedeteit (Bandura, 1977). Bandura (1986; idézi: Byars-Winston, Diestelmann, Savoy, és Hoyt, 2017) szociokognitív elmélete szerint az énhatékonysággal kapcsolatos elképzelések négy fő forrásból származnak: a személyes teljesítményből (például korábbi sikerek, tapasztalatok), behelyettesítő tanulásból (például modell személyek megfigyelése), társas meggyőzésből, megerősítésből (például szóbeli bátorítás), és fiziológiai állapotokból, feladat közbeni érzelmi arousal megtapasztalásából (például stressz, vagy szorongás átélése feladatteljesítés közben). Az énhatékonyság erős összefüggésben áll az étellel való elégedettséggel (Marcionetti és Rossier, 2016), valamint az önértékeléssel, mind a felnőtteket (Judge, Locke, Durham, és Kluger, 1998), mind pedig a serdülőket (Bradley és Corwyn, 2004) vizsgálva.

Számos kutatás foglalkozik a pozitív fiatalkori fejlődés közösségi, környezeti feltételekkel, a fejlődési kimenetekkel, valamint a fizikai és mentális egészséggel való összefüggéseivel. Eredményeikből a maladaptív viselkedések visszaszorításának fontossága mellett kirajzolódik a pozitív viselkedésformák támogatásának nélkülözhetetlensége is, és egyre több kutatás emeli ki a család hatását a fiatalok fejlődési kimenetelére (Youngblade, Theokas, Schulenberg, Curry, Huang, és Novak, 2007).

A családi szocializáció nagyon fontos szerepet tölt be a fiatalok viselkedésének, normáinak, értékeinek, hiedelmeinek kialakításában, befolyásolva a családtagok pszichés, kognitív és szociális fejlődését (Mester, 2013). A szülői nevelés fontos szerepet játszik a serdülők, és fiatalok fejlődésében (Jámbori és Sallay, 2003; Zsolnai et al., 2012). A szülők mutatják meg a serdülőknek, fiataloknak a célokat, irányokat és ötleteket a jövőképük kialakításához (Jámbori és Sallay, 2003). Jámbori és Sallay (2003) kutatásukban azt tapasztalták, hogy a szabályorientált, támogató családi légkörben felnövő serdülők főleg a családi étellel kapcsolatban alkotnak konkrétabb képet jövőjükéről, emellett a jövőbeli családjukkal kapcsolatos céljaikat megvalósíthatóbbnak, pontosabbnak ítélik. Megfigyelték továbbá az anyai támogató attitűd pozitív hatását a baráti kapcsolatokhoz fűződő reményekre, szelfre vonatkozó céljaikra. Sallay (2003) vizsgálata során a konfliktusos családi légkör, valamint a konformitás mint nevelési cél negatív, a következetes nevelési stílus, illetve a megfelelő szintű támogató attitűd pozitív hatását tapasztalta a fiatalok jövőképének alakulására. Margitics és Paulik (2006) kutatásában a konfliktusos családi légkör, valamint az inkonzisztens és a manipulatív nevelési stílus összefüggésben állt a maladaptív megküzdési formákkal. Az autoritativ légkörnek pozitív hatása van a teljesítmény-motivációra, autonómiára, kompetenciára és az önértékelésre (Baumrind, 1971, Jámbori és Sallay, 2003).

Több kutatás is alátámasztotta a gondoskodó, bizalomteli szülő-gyerek kapcsolat fontosságát az egészséges szelf-fejlődésben, illetve a pozitív énkép megalapozásában (Sallay és Münnich, 1999). Az emberek a másokkal való interakcióikon keresztül ismerik meg magukat (Mead, 1934). A megfelelő szintű önértékelés kialakulásában az egyént körülvevő fontos személyek jelentik a kontextust, melyben a szelf meghatározása történik (Tesser és Campbell, 1983; idézi: Sallay és Münnich, 1999). Kulcsár (1981) szerint az énkép kialakításában fontos szerepet tölt be a szülők nevelési stílusa, énképe. Rosenberg (1965; idézi: Sallay és Münnich, 1999) megállapította, hogy a serdülő fiúk énképét az apa-fiú kapcsolat határozza meg. Sallay és Münnich (1999) kutatásuk során azt tapasztalták, hogy a meleg, elfogadó kapcsolat az anyával kapcsolatban állt a szelf pozitív alakulásával, emellett vizsgálatukban a korlátozó nevelési stílus optimálisabbnak bizonyult a megengedőnél. Youngblade és munkatársai (2007) kutatásában több pozitív családi tényező is összefüggésben állt a serdülők szociális kompetenciájával, illetve önértékelésével, valamint az internalizáció, az externalizáció, illetve az akadémiai problémák alacsonyabb szintjével. Azok a fiatalok, akiket olyan személyek vesznek körül, akik pozitív közeget biztosítanak számukra, nem pusztán kevésbé lesznek kitéve a negatív kimeneteknek, hanem nagyobb valószínűséggel mutatják a pozitív fejlődés jeleit (Youngblade et al., 2007).

A pozitív fiatalkori fejlődés szakirodalmi főleg a gyermekek, serdülők fejlődésével foglalkoznak, kevés szakirodalmat találunk, amely kiterjeszti a felnőttekre is a vizsgálatokat. Kutatásom célcsoportjaként a kibontakozó vagy készülődő felnőttkorú (emerging adulthood, Arnett, 2000) fiatalokat jelöltem ki. Ennek az időszaknak sajátossága, hogy sem a serdülőkorhoz, sem a fiatalfelnőttkorhoz nem sorolható. Arnett (2000) szerint ez az életszakasz pszichoszociális moratórium, gondtalan időszak, mely során a szülői elvárások a függetlenedésekből kifolyólag kevésbé hangsúlyosak, miközben a felnőtt lét felelősségteljességének súlya még nem nehezedik a fiatalokra. Kiemeli e korosztály fejlődési potenciáljait, lehetőségeit.

Hajduska (2006) szerint az egyetemi évek időszaka azáltal, hogy hidat képez a serdülőkor és a felnőttkor között, magában foglalja mindkét szakasz kihívásait. A nem hatékony megküzdési módok önértékelési zavarhoz, szorongáshoz, depresszióhoz, érzelmi zavarhoz, tanulási problémákhoz, párkapcsolati és egyéb társas nehézségekhez vezethetnek (Hajduska, 2006). Az eriksoni fejlődésmodellben a fiatal felnőttkor több krízist is magában foglal: az autoritáskrízist (szülőkről való leválás, társadalmi értékek elfogadása vagy elutasítása, önfenntartás), a teljesítménykrízist (pályaválasztás, tanulmányi kihívások, tanulással kapcsolatos attitűd), valamint az identitáskrízist (énkép, önértékelés, énhatékonyság), illetve az időszak legfontosabb feladata a társas kapcsolatok kialakítása, az intimitás és izoláció kérdése (Erikson, 1968). A kibontakozó felnőttkorúak pozitív fiatalkori fejlődés tekintetében való vizsgálatának eredményeképp precízebb képet kaphatunk e korosztály erőforrásairól, jellemzőiről, melyek segíthetik a felnőttkorba való sikeres átlépésüket.

Kutatásom során arra keresem a választ, hogy a készülődő felnőttek esetén milyen összefüggéseket láthatunk a pozitív fiataalkori fejlődés két eleme, az önértékelés, illetve az énhatékonyság, valamint az észlelt nevelési attitűd, nevelési cél, nevelési stílus, illetve családi légkör között.

Hipotézisem (H1) szerint az önértékelés magasabb értéke (a) a támogató nevelési attitűd magasabb észlelt szintjével, (b) az önállóságra nevelés mint cél magasabb észlelt szintjével, (c) a következetes nevelési stílus magasabb észlelt szintjével fog együtt járni, alacsonyabb szintje pedig (d) a konfliktusos családi légkör magasabb értékeivel fog összefüggést mutatni. További hipotézisem (H2) alapján azt várom, hogy az énhatékonyság érzés magasabb értéke (a) a támogató nevelési attitűd magasabb észlelt szintjével, (b) az önállóságra nevelés mint cél magasabb észlelt szintjével, (c) a következetes nevelési stílus magasabb észlelt szintjével fog együtt járni, alacsonyabb szintje pedig (d) a konfliktusos családi légkör magasabb értékeivel fog összefüggést mutatni.

MÓDSZEREK

Vizsgálati személyek

A kutatás a fiatal felnőttek csoportját célozta meg, ezért a kérdőív az általuk gyakran használt közösségi média felületeken (Facebook, Instagram) került megosztásra. Az online kérdőívet 229 fő (81 férfi és 148 nő) töltötte ki, melyből az életkorra és a gimnáziumi tanulmányok elvégzésére vonatkozó szűrés után 216 fő (80 férfi 136 nő; életkoruk átlaga: 21,59 év, szórás: 1,93) maradt. A családi szocializáció kérdőív anyai kérdéssorát 211 fő (78 férfi és 133 nő), az apai kérdéssort pedig 191 fő (69 férfi és 122 nő) töltötte ki.

Vizsgálati eszközök

Az önértékelés mérésére a Rosenberg Önértékelés Skála (Rosenberg Self-esteem Scale, Rosenberg, 1965) Sallay, Martos, Földvári, Szabó és Ittzés (2014) által közölt változatát használtam. A 10 tételes skála az általános önértékelést méri, a vizsgálati személyek a tételekkel való egyetértésüket négyfokú Likert-skálán tudják kifejezni (1 = egyáltalán nem értek egyet, 4 = teljesen egyetértek). Sallay és munkatársai (2014) vizsgálatukban négy almintán vizsgálták a skála belső megbízhatóságát, mely mindegyik mintán magasnak bizonyult (a legalacsonyabb esetén: Cronbach-alfa = 0,857; a legmagasabb esetén: Cronbach-alfa = 0,898).

Az énhatékonyság mérésére az Általános Énhatékonyság Skála (General Self-Efficacy Scale, Schwarzer, 1993; idézi: Szabó, 2008) magyar változatát (Kopp, 1993; idézi: Szabó, 2008) használtam, melynek tételeit Szabó (2008) doktori disszertációjából emeltem ki. Az eredetileg 20 tételes kérdőív rövidített verziója 10 pozitív állítást tartalmaz, melyekkel a vizsgálati személy egy négyfokú skálán

tudja kifejezni az egyetértését, ahol 1 = “egyáltalán nem jellemző rám”, 4 = “teljes mértékben jellemző rám”.

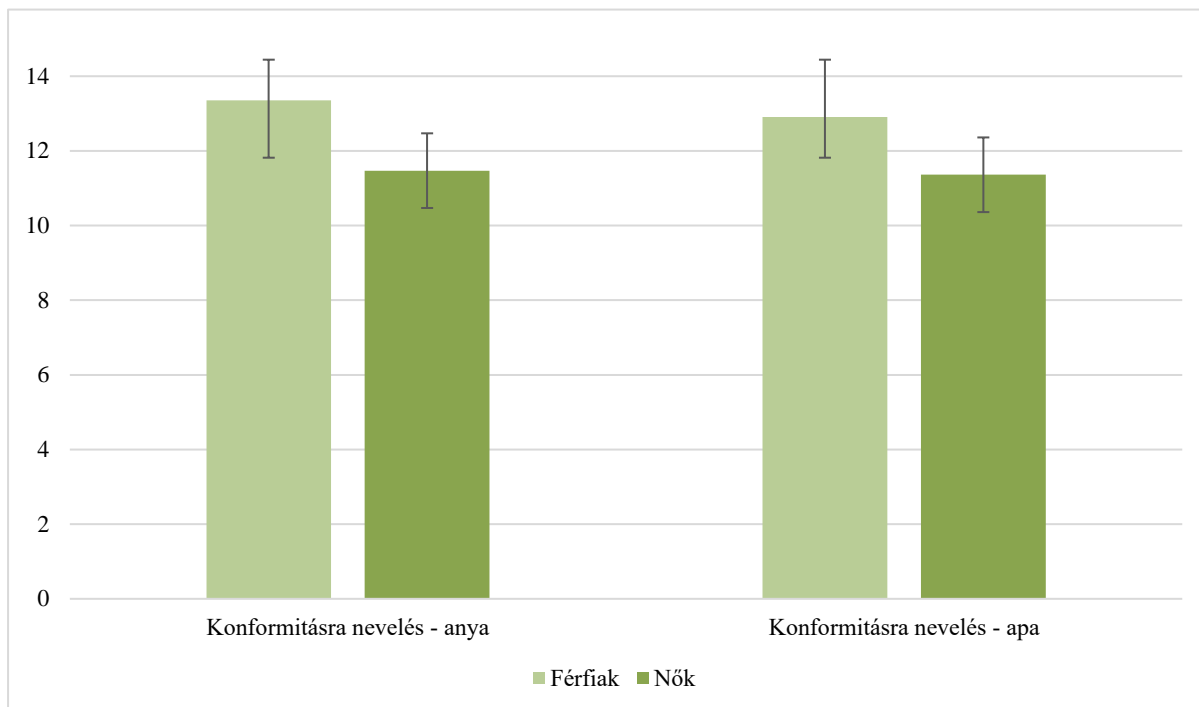
A nevelési célok, attitűdök, stílusok fiatalok általi észlelését a Családi Szocializáció Kérdőív (Dalbert és Goch, 1997; idézi: Sallay és Krotos, 2004) magyar változatával mértem, melyet korábbi magyar kutatásokban Sallay és Dalbert (2002, idézi: Sallay és Krotos, 2004), valamint Sallay és Krotos (2004) használtak vizsgálataikban. A kérdőív a családi szocializáció négy dimenzióját vizsgálja, ezek a családi légkör (szabályorientált, konfliktusorientált családi légkör), a szülői nevelési célok (önállóságra nevelés, konformitásra nevelés), a szülői nevelői attitűdök (következetes, manipulatív, inkonzisztens nevelési attitűd), valamint a szülői nevelési stílus (támogató, korlátozó). A válaszadóknak vissza kell emlékezniük a serdülőkorukra (12-14 éves korukra) és ez alapján kell megadniuk az állításokkal való egyetértésüket egy hatfokú skálán (ahol 1 = egyáltalán nem jellemző, 6 = teljes mértékben jellemző).

A vizsgálat menete

A vizsgálati személyek egy online kérdőívet töltöttek ki, mely körülbelül 15 percet vett igénybe. a Családi Szocializáció Kérdőív anyai, illetve apai szakaszainak kérdéseire csak azok válaszoltak, akiknek az életének abban a szakaszában (12-14 éves korban) jelen volt valamilyen anya, vagy apa-figura (édesanya/apa, nevelő anya/apa).

EREDMÉNYEK

A nemek közötti különbségeket vizsgálva a családi szocializáció kérdőív konformitás mint nevelési cél skáláján a férfi kitöltők magasabb pontszámot értek el, mind az anyai (férfiak: $N=78$; $M=13,35$; $SD=4,22$; nők: $N=133$; $M=11,47$; $SD=4,17$; $t(209)=-3,13$, $p=0,002$), mind az apai (férfiak: $N=69$; $M=12,91$; $SD=4,39$; nők: $N=122$; $M=11,36$; $SD=4,14$; $t(189)=-2,43$, $p=0,016$) konformitást mérő skálák esetén (lásd: 1. ábra).



1. ábra: A konformitás mint észlelt nevelési cél pontszámai az anyai, illetve apai alskálán a nem alapján képzett csoportokban. A férfiak mindkét szülő esetén magasabb mértékben számoltak be a konformitás mint nevelési cél észleléséről, mint a nők. A különbség szignifikáns a $p < 0,05$ szinten.

Az első hipotézis kapcsán a Rosenberg Önértékelés Skálán elért pontszámokat korreláltattam a Családi Szocializáció Kérdőív skáláinak pontszámaival. Az önértékelés skálán elért pontszám biztos, de gyenge, pozitív irányú együttjárást mutatott mind az anyai ($r(209) = 0,28, p < 0,001$), mind az apai ($r(189) = 0,24, p = 0,001$) támogató nevelés észlelését mérő skála pontszámával. A korlátozó nevelés kapcsán gyenge, de biztos, negatív irányú kapcsolat volt megfigyelhető, mind az anyai ($r(209) = -0,21, p = 0,002$), mind az apai ($r(189) = -0,28, p < 0,001$) oldal tekintetében (1. táblázat).

		Önértékelés		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Támogató nevelési attitűd	Apa	0,24**	0,37**	0,04
	Anya	0,28**	0,36**	0,19
Korlátozó nevelési attitűd	Apa	-0,28**	-0,36**	-0,15
	Anya	-0,21**	-0,33**	-0,05

1. táblázat: A Rosenberg Önértékelés Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési attitűdöket mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintá esetén

Az észlelt nevelési célok esetén az önállóságra nevelés mint cél összefüggése az önértékeléssel csak az apai oldal esetén bizonyult szignifikánsnak, mértéke elhanyagolható volt, iránya a vártnak megfelelő ($r(189) = 0,15, p = 0,04$). A konformitás mint észlelt nevelési cél mind az anyai ($r(209) = -0,22, p = 0,001$), mind az apai ($r(189) = -0,22, p = 0,003$) alskála esetén szignifikáns, biztos, de gyenge, negatív irányú kapcsolatot mutatott az önértékeléssel. A férfiakat külön vizsgálva nem volt megfigyelhető szignifikáns kapcsolat (lásd: 2. táblázat).

		Önértékelés		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Önállóságra nevelés mint cél	Apa	0,15*	0,19*	0,10
	Anya	0,09	0,15	0,02
Konformitásra nevelés mint cél	Apa	-0,22**	-0,38**	-0,01
	Anya	-0,22**	-0,36**	-0,06

2. táblázat: A Rosenberg Önértékelés Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési célokot mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintán

A nevelési stílusok tekintetében a következetes nevelés mint észlelt nevelési stílus a várt iránytól eltérően, negatív irányú, az apai skála esetén biztos, de gyenge ($r(189) = -0,23, p = 0,001$), az anyai skála esetén gyenge, majdnem elhanyagolható ($r(209) = -0,17, p = 0,015$) kapcsolatot mutatott az önértékeléssel. Az inkonzisztens észlelt nevelési stílus, valamint az önértékelés között biztos, de gyenge, negatív irányú összefüggés volt megállapítható, mind az anyai ($r(209) = -0,21, p = 0,002$), mind az apai ($r(189) = -0,25, p < 0,001$) skála esetén. A manipulatív észlelt nevelési stílus apai skáláján elért pontszám ($r(189) = -0,28, p < 0,001$), valamint az anyai skála pontszáma gyenge, de biztos, negatív irányú ($r(209) = -0,23, p = 0,001$) összefüggést mutatott az önértékeléssel (lásd: 3. táblázat).

		Önértékelés		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Következetes stílus	Apa	-0,23**	-0,26**	-0,20
	Anya	-0,17*	-0,27**	-0,02
Inkonzisztens stílus	Apa	-0,25**	-0,21*	-0,32**
	Anya	-0,21**	-0,23**	-0,20
Manipulatív stílus	Apa	-0,19*	-0,24**	-0,12
	Anya	-0,22**	-0,26**	-0,18

3. táblázat: A Rosenberg Önértékelés Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési stílusokat mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintán

Az önértékelés és a konfliktusos légkör között gyenge, de biztos, negatív irányú kapcsolat volt megfigyelhető ($r(214) = -0,21, p = 0,002$) (lásd: 4. táblázat).

	Önértékelés		
	Teljes minta	Nők	Férfiak
Konfliktusos légkör	-0,21**	-0,24**	-0,15
Szabályorientált légkör	-0,08	-0,15	0,06

4. táblázat: A Rosenberg Önértékelés Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt családi légkört mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintá esetén

Második hipotézisem kapcsán a Schwarzer-féle Énhatékonyság Kérdőív pontszámainak kapcsolatát vizsgáltam a családi jellemzőkkel, korrelációs eljárással. Azt tapasztaltam, hogy a támogatói attitűd észlelésének pontszáma, mind az apai ($r(189) = 0,17, p = 0,02$), mind az anyai ($r(209) = 0,19, p = 0,005$) skálák esetén szignifikáns, de gyenge, pozitív irányú kapcsolatot mutat az énhatékonyság pontszámával. A korlátozó nevelési attitűd észlelésének mértéke mind az apai ($r(189) = -0,28, p < 0,001$), mind az anyai ($r(209) = -0,24, p = 0,001$) alskála esetén szignifikáns, gyenge, de biztos, negatív irányú kapcsolatban állt az énhatékonysággal (lásd: 5. táblázat).

		Énhatékonyság		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Támogató nevelési attitűd	Apa	0,17*	0,19*	0,15
	Anya	0,19**	0,20*	0,22
Korlátozó nevelési attitűd	Apa	-0,28**	-0,30**	-0,25*
	Anya	-0,24**	-0,21*	-0,30**

5. táblázat: A Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési attitűdöket mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintá esetén

Az észlelt nevelési cél kapcsán csak az anya önállóságra nevelésének volt szignifikáns, de elhanyagolható mértékű, pozitív irányú kapcsolata az énhatékonysággal ($r(209) = 0,16, p = 0,02$). A férfiak almintáján mind az apai ($r(67) = 0,30, p = 0,01$), mind az anyai almintán ($r(76) = 0,33, p = 0,004$) gyenge, de biztos, pozitív irányú kapcsolat volt látható (lásd:

		Énhatékonyság		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Önállóságra nevelés mint cél	Apa	0,11	-0,003	0,30*
	Anya	0,16*	0,07	0,33**
Konformitásra nevelés mint cél	Apa	-0,14	-0,14	-0,19
	Anya	-0,13	-0,17	-0,12

5. táblázat).

		Énhatékonyság		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Önállóságra nevelés mint cél	Apa	0,11	-0,003	0,30*
	Anya	0,16*	0,07	0,33**
Konformitásra nevelés mint cél	Apa	-0,14	-0,14	-0,19
	Anya	-0,13	-0,17	-0,12

5. táblázat A Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési célokat mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintá esetén

A mért észlelt nevelési stílusok közül csak a manipulatív nevelési stílus apai skálája mutatott gyenge, negatív irányú kapcsolatot az énhatékonysággal ($r(189) = -0,18, p = 0,01$). A nők almintáján az apa észlelt manipulatív nevelési stílusa és az énhatékonyság között gyenge, de biztos, fordított irányú kapcsolat állt fenn ($r(119) = -0,24, p = 0,008$) (lásd: 6. táblázat).

		Énhatékonyság		
		Teljes minta	Nők	Férfiak
Következetes stílus	Apa	-0,10	-0,08	-0,18
	Anya	-0,08	-0,09	-0,09
Inkonzisztens stílus	Apa	-0,13	-0,10	-0,18
	Anya	-0,10	-0,05	-0,21
Manipulatív stílus	Apa	-0,18*	-0,24**	-0,13
	Anya	-0,02	-0,07	0,06

6. táblázat: A Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt nevelési stílusokat mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintá esetén

A családi légkör kapcsán a konfliktusos légkör észlelése szignifikáns, de gyenge, negatív irányú összefüggést mutatott az énhatékonysággal (lásd: 7. táblázat).

	Énhatékonyság		
	Teljes minta	Nők	Férfiak
Konfliktusos légkör	-0,16*	-0,14	-0,17
Szabályorientált légkör	-0,04	-0,08	0,02

7. táblázat: A Schwarzer-féle Énhatékonyság Skála és a Családi Szocializáció Kérdőív észlelt családi légkört mérő skálái közti korrelációs együtthatók értékei a teljes minta, valamint a női és férfi almintán

MEGVITATÁS

A nemek közötti különbségeket tekintve szignifikánsan alacsonyabb értéket értek el a nők a konformitás skálákon mind az anya, mind az apa esetén mint a férfiak, ami egybeesik Jámbori (2003) eredményeivel. A korábbi kutatásokkal (Bleidorn et al., 2016; Helwig és Ruprecht, 2017; Soest et al., 2016) szemben nem találtam szignifikáns különbséget a nemek között az önértékelés esetén.

Az észlelt támogató nevelés szintje pozitív összefüggésben állt az önértékeléssel. Minél magasabbnak élték meg a szülők támogató attitűdjét, annál magasabb volt az önértékelésük. A férfiak esetén, valószínűleg a kis elemszámból fakadóan az anya észlelt támogató nevelési attitűdjének és az önértékelésnek az összefüggése nem érte el a szignifikáns szintet, de hasonló tendenciát mutatott. Az apa észlelt támogató nevelési attitűdje a férfi almintán nem állt kapcsolatban az önértékeléssel.

A korlátozó nevelés a vártak megfelelő irányú, tehát fordított kapcsolatot mutatott az önértékeléssel. A férfiak almintáján nem volt szignifikáns kapcsolat az önértékelés mértéke és a korlátozó nevelési attitűd között, nőknél az önértékelés alacsonyabb szintjével járt együtt. Sallay és Münnich (1999) serdülők vizsgálatakor az apai nevelés kapcsán hasonló eredményeket kaptak, vizsgálatukban a kevésbé korlátozó apai nevelés jobb énképpel járt együtt.

Női kitöltők esetén az apa észlelt önállóságra nevelése pozitív kapcsolatot mutatott az önértékeléssel. A konformitásra nevelés mindkét szülő esetén negatív irányú összefüggésben állt vele, minél inkább azt élték meg, hogy a szüleik nevelési célja a konformitás, annál alacsonyabb volt az önértékelésük. Férfiaknál nem volt megfigyelhető szignifikáns kapcsolat.

Feltételezésemmel ellentétben az önértékelés, illetve a következetes nevelés között negatív irányú kapcsolat volt megfigyelhető, tehát a következetes nevelés magasabb észlelt szintje az önértékelés alacsonyabb szintjével járt együtt. A férfi almintát külön vizsgálva az anya esetén nem volt kapcsolat, az apai skála

kapcsán hasonló tendencia volt megfigyelhető, mint a teljes mintán. A várt iránytól való eltérést feltételezhetően a skálát alkotó tételek magyarázhatják. A következetes beállítottságot 2-2 állítás alkotja mindkét szülő esetén: „*Ha édesanyám/édesapám megtiltott nekem valamit, tehettem, amit akartam, kitartott álláspontja mellett.*”, „*Amikor egy feladat elvégzése előtt álltam, édesanyám/édesapám nem hagyott lazítani, amíg be nem fejeztem.*”. A tételek a szülők viselkedését merevnek írják le, elképzelhető, hogy a vizsgálati személyek számára negatív felhangjuk volt. El lehetne gondolkozni a tételek szövegének kisebb módosításán: például, ha az első idézett állítás esetén a „*tehettem, amit akartam*” szavak helyére a „*következetesen*” kifejezést írjuk, jelentősen módosul a kijelentés mondanivalója, tónusa („*Ha édesanyám/édesapám megtiltott nekem valamit, következetesen kitartott álláspontja mellett*”). Mivel a korábbi kutatásokban a következetes nevelési stílus pozitív tényezőkkel járt együtt (Sallay, 2003) ezért a kérdés további vizsgálatokat igényel. Az inkonzisztens, illetve manipulatív neveléssel fordított kapcsolatot mutatott az önértékelés, magasabb szintjük az önértékelés alacsonyabb szintjével jár együtt.

A konfliktusos légkör észlelése gyenge, de biztos, negatív irányú kapcsolatban állt az önértékeléssel, tehát a konfliktusos légkör észlelésének magas szintje az önértékelés alacsony mértékével járt együtt.

Ahogy a korábbi kutatásokban is megállapították, az önértékelés és az észlelt családi tényezők között valóban megfigyelhető kapcsolat (Kulcsár, 1981; Rosenberg, 1965). Összességében elmondható, hogy az önértékelés magas szintje az észlelt támogató nevelési attitűddel áll összefüggésben. Az alacsony értéke pedig a konfliktusos családi légkörrel, a konformitás, mint észlelt nevelési céllal, az inkonzisztens, illetve a manipulatív észlelt nevelési stílussal az apa észlelt következetes nevelési stílusával, az anya észlelt korlátozó nevelési attitűdjével volt kapcsolatban mindkét nem esetén. Továbbá a nők esetén kimutatható volt az apa önállóságra nevelése, mint észlelt nevelési cél pozitív, valamint az anyai észlelt konformitásra nevelés, az anyai következetes nevelési stílus, illetve az apai korlátozó nevelési stílus negatív összefüggése az önértékeléssel. Youngblade és munkatársai (2007), illetve Orth (2017) is kimutatták a pozitív családi tényezők kedvező hatását az önértékelésre. Sallay és Münnich (1999) kutatásukban az anyával való meleg, elfogadó kapcsolat és a szelf pozitív alakulásának együtt járását tapasztalták. Soest és munkatársai (2016) pedig megállapították, hogy a magasabb mértékű szülői törődés kapcsolatba hozható az önértékelés magasabb szintjével.

Az együttjárások gyenge mértéke mögött valószínűleg az állhat, hogy a vizsgált dimenziók mellett a nevelés, illetve a szülő-gyermek kapcsolat egyéb aspektusai (például szeretet, érzelmi elfogadás) erősebb összefüggést mutathatnak a fiatalok önértékelésével. Emellett az élet számos egyéb területe, baráti és romantikus kapcsolatok, az iskola, és a munka világa egyaránt befolyásolhatja azt.

Hipotézisem, miszerint az énhatékonyság magasabb mértékű megélése a támogató nevelési attitűd magasabb észlelt szintjével fog együtt járni beigazolódott, azonban a két változó között csak gyenge kapcsolat volt látható. A

korlátozó nevelés szignifikáns, negatív irányú összefüggést mutatott az énhatékonysággal mindkét nem esetén. Tehát a korlátozó nevelési attitűd magasabb észlelt szintje az énhatékonyság alacsonyabb szintjével járt együtt.

Férfiak esetén mind az apa, mind pedig az anya észlelt önállóságra nevelése gyenge, de biztos, pozitív irányú kapcsolatban állt az énhatékonysággal, tehát minél inkább megélik az énhatékonyságukat, annál nagyobb mértékben számolnak be az önállóságra nevelés, mint nevelési cél észleléséről, és fordítva.

Az énhatékonyság nem mutatott összefüggést a következetes nevelés észlelésének mértékével, illetve az inkonzisztens neveléssel sem állt kapcsolatban. A manipulatív stílust vizsgálva az anya esetén nem volt kapcsolat az énhatékonysággal, az apa esetén a nőknél volt megfigyelhető az énhatékonyság és a manipulatív észlelt nevelési stílus közötti gyenge, de biztos fordított irányú kapcsolat. Minél magasabb volt az apa manipulatív stílusának észlelése, annál alacsonyabb önértékelésről számoltak be, és fordítva.

Összességében tehát elmondható, hogy az énhatékonyság a nevelési attitűdök tekintetében csak a korlátozó attitűddel állt kapcsolatban. Az észlelt nevelési célok kapcsán csak az önállóságra nevelés mint észlelt nevelési cél járt együtt az énhatékonysággal, és csak férfiak esetén. Az észlelt nevelési stílusokat vizsgálva a csak az apa észlelt manipulatív stílusával mutatott összefüggést és csak a női kitöltőknél. Az alacsony elemszámok miatt a kérdés további kutatásokat igényel, azonban feltételezhető, hogy a férfiak és a nők esetében más-más családi tényezők mutatnak összefüggést az énhatékonysággal. A korlátozó nevelési attitűd negatív kapcsolata az énhatékonysággal azonban mindkét nem esetén kirajzolódik. A pozitív fejlődést mutató magas önértékelés és énhatékonyság valóban együtt jár a szülői támogatással, önállóságra neveléssel, konfliktusmentes családi légkörrel, a manipulatív és korlátozó nevelés alacsonyabb szintjével, és ez az összefüggés még fiatal felnőttkorban is kimutatható.

A kutatás korlátját képezi alacsony elemszáma, így ahhoz, hogy megbízhatóbb és szélesebb körben értelmezhető eredményeket kapjunk, érdemes lenne kibővíteni, főleg a férfi al minta esetében. A vizsgálat során fiatal felnőttek emlékeztek vissza arra, milyennek észlelték szüleik viselkedését, ez torzíthatta az eredményeket. Előfordulhat például, hogy azért a támogató nevelés esetén láthatjuk a leginkább egyértelmű összefüggést, mert a társas támasz a fiatal felnőttkorban is fontos, talán a szülőkkel való kapcsolat esetén a lehangsúlyosabb. Jelenlegi állapotunk befolyásolhatja az emlékezés színezetét (Gerslma, Emmelkamp és Arrindel, 1990), akár aktuális érzelmi állapotunkon keresztül (Forgas, 2008), akár azáltal, hogy jelenünket a múltunk megváltoztatásával igyekszünk igazolni (Wixon és Laird, 1976). A fiatalok válaszait módosíthatja a megfelelési igény, melynek hatására inkább a társadalom által elvárt irányába alakítják válaszaikat, illetve befolyásolhatja a hibás emlékezet és a megváltozott észlelés is (Spanier, 1976). Különösen jellemző lehet ez olyan hosszantartó kapcsolatok esetén, mint a szülő-gyermek kapcsolat (Gerslma et al., 1990), melyre való visszaemlékezést befolyásolja a szülők iránti szeretet vagy rosszindulat (Parker, 1984), illetve az a tendencia, mely szerint a szülői viselkedés

észlelése összefüggésben áll az egyén személyiségével (Slater, 1962). Érdemes lenne megvizsgálni, hogy egyéb mérőeszközök bevonásával milyen összefüggéseket tapasztalnánk, például, ha a családi környezet, illetve szülői nevelés percepciójának mérésére más módszert, illetve más nevelési dimenziókat használnánk. Ezen felül a vizsgált változók kapcsolatát számos egyéb tényező is befolyásolhatta, így érdemes lenne ezeket is figyelemmel kísérni. Fontos lenne továbbá megvizsgálni, hogy hogyan befolyásolják a vizsgált változókat az ellentétes anyai, illetve apai hatások, valamint kiterjeszteni a kutatást a családi szerkezetre.

A pozitív fiatalkori fejlődés koncepciója összetett, minden aspektusára kiterjedő vizsgálat létrehozása meglehetősen nehéz feladat, azonban egy-egy elemének kutatása is nagyban hozzájárulhat, hogy megértsük, mi segíti a fiatalokat abban, hogy egészséges felnőttekké váljanak. A kutatásból jól látszik a megfelelő családi tényezők szerepe a fiatalkori fejlődés során. Azonban az is megfigyelhető, hogy nem kizárólagos forrásai a fejlődésnek, így a további elemek vizsgálata és támogatása is fontos feladat. Számos iskolai program épül a pozitív fiatalkori fejlődés elméletére ezek szélesebb körű alkalmazása mindenképp pozitív hatással lenne a fiatalok lelki és testi egészségére.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480.
- Bandura, A. (1977). Self efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(1), 1-103.
- Bleidorn, W., Arslan, R. C., Denissen, J. J. A., Rentfrow, P. J., Gebauer, J. E., Potter, J., Gosling, S. D. (2016). Age and gender differences in self-esteem—a cross-cultural window. *Journal of Personality and Social Psychology*, 111(3), 396-410.
- Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2004). Life satisfaction among European American, African American, Chinese American, Mexican American, and Dominican American adolescents. *International Journal of Behavioral Development*, 23(5), 385-400.
- Byars-Winston, A., Diestelmann, J., Savoy, J. N., & Hoyt, W. T. (2017). Unique effects and moderators of effects of sources on self-efficacy: a model-based meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 64(6), 645-658.
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *The Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 591, 13-24.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and

- delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328-335.
- Duineveld, J. J., Parker, P. D., Ryan, R. M., Ciarrochi, J., & Salmela-Aro, K. (2017). The link between perceived maternal and paternal autonomy support and adolescent well-being across three major educational transitions. *Developmental Psychology*, 53(10), 1978-1994.
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W.W. Norton, New York.
- Forgas, J. P., & East, R. (2008). On being happy and gullible: Mood effects on skepticism and the detection of deception. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1362-1367.
- Gerlsma, C., Emmelkamp, P. M. G., Arrindel, W. A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Hajduska, M. (2006). Felsőoktatási krízisek. *Alkalmazott Pszichológia*, 8 (1), 32-38.
- Helwig, N. E., & Ruprecht, M. R. (2017). Age, gender, and self-esteem: a sociocultural look through a nonparametric lens. *Archives of Scientific Psychology*, 5, 19-31.
- Hewitt, John P. (2009). The social construct of self-esteem. In C. R. Snyder, S. J. Lopez (Eds), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 217-224). Oxford University Press.
- Jámbori, Sz., Sallay, H. (2003). Parenting styles, aims, attitudes, and future orientation of adolescents and young adults. *Review of Psychology*, 10(2)131-140.
- Judge, T. A., Locke, E. A., Durham, C. C., & Kluger, A. N. (1998). Dispositional effects on job and life satisfaction: the role of core evaluations. *Journal of Applied Psychology*, 83(1), 17-34.
- Kőrössi, J. (2016). A pozitív fiatalkori fejlődés elmélete és modelljei. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(2), 9-18.
- Kulcsár, Zs. (1981): Személyiség-pszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Larson, R. W. (2000): Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55(1), 170-183.
- Lerner, R. M., Almerigi, J. B., Theokas, C., Lerner, J. V. (2005): Positive youth development. A view of the issues. *Journal of Early Adolescence*, 25(1), 10-16.
- Lerner, R. M., Dowling, E. M., & Anderson, P. M. (2003). Positive Youth Development: Thriving as the basis of personhood and civic society. *Applied Developmental Science*, 7(3), 172-180. DOI:10.1207/1532480XADS0703_8
- Li, H. C., Chan, S. L., Chung, O. K., & Chui, M. L. (2010). Relationships among mental health, self-esteem and physical health in Chinese adolescents: an exploratory study. *Journal of Health Psychology*, 15(1), 96-106.
- Marcionetti, J., & Rossier, J. (2016). Global life satisfaction in adolescence: The role of personality traits, self-esteem, and self-efficacy. *Journal of Individual Differences*, 37(3), 135-144.
- Margitics, F., & Paulik, Zs. (2006). Megküzdési stratégiák preferenciájának összefüggése az észlelt szülői nevelői hatásokkal. *Magyar Pedagógia*, 106(1), 43-62.

- Mead, G. H. (1934): *Mind, self, and the society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mester, D. (2013). A jövő-orientáció háttértényezőinek vizsgálata főiskolai hallgatók körében. *Doktori értekezés*, Debreceni Egyetem.
- Orth, U. (2017). The family environment in early childhood has a long-term effect on self-esteem: a longitudinal study from birth to age 27 years. *Journal of Personality and Social Psychology*. <http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000143>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271-1288.
- Parker, G. (1984). The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder. *Social Psychiatry*, 19, 75-81.
- Sallay, H., & Krotos, H. (2004). Az igazságos világba vetett hit fejlődése: Japán-magyar kultúrközi összehasonlítás. *Pszichológia*, 24(3), 233-252.
- Sallay, H., & Münnich, Á. (1999). Családi és nevelési attitűdök percepciója és a self-fejlődéssel való összefüggései. *Magyar Pedagógia*, 99(2), 157-174.
- Sallay, H. (2003). A szülői nevelés hatása serdülők jövő-orientációjának alakulására. *Magyar Pedagógia*, 103(3), 389-404.
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). A Rosenberg Önértékelés Skála (RSES-H): alternatív fordítás, strukturális invariancia és validitás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 259-275.
- Slater, P. E. (1962). Parental behavior and the personality of the child. *Journal of Genetic Psychology*, 101, 53-68.
- Smith, E. R. & Mackie, D. M. (2004). *Szociálpszichológia*. Magyarország, Budapest, Osiris Kiadó.
- Soest, T., Wichstrøm, L., & Kvalen, I. L. (2016). The development of global and domain-specific self-esteem from age 13 to 31. *Journal of Personality and Social Psychology*, 110(4), 592-608.
- Spanier, G. G. (1976). Use of recall data in survey research on human sexual behavior. *Social Biology*, 23, 244-253.
- Steiger, A. E., Allemand, M., Robins, R. W., & Fend, H. A. (2014). Low and decreasing self-esteem during adolescence predict adult depression two decades later. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(2), 325-338.
- Szabó, M. (2008). A társadalmi nemekkel kapcsolatos dinamikus nézetrendszerek szociálpszichológiai vizsgálata: Ideológiák és sztereotípiák, nemi tipizáltság és társas identitás. *Doktori disszertáció*, Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.
- Vajda Zs., Kósa É. (2005). *Neveléslélektan*. Osiris, Budapest.
- Wixon, D. R., & Laird, J. D. (1976). Awareness and attitude change in the forced-compliance paradigm: The importance of when. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 376-384.
- Youngblade, L. M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I. & Novak, M. (2007). Risk and promotive factors in families, schools, and communities: a contextual model of Positive Youth Development in adolescence.

Pediatrics (119), S47-S53.

Zsolnai, A., Kinyó, L., & Jámbori, Sz. (2012). Szocializáció, szociális viselkedés, személyiségfejlődés. In B. Csapó (Ed.), *Mérlegem a magyar iskola* (pp. 327-366). Budapest, Magyarország: Nemzeti Tankönyvkiadó.

KRÓNIKUS VESEBETEGEK ÉNKÉPÉNEK ÉS ÖNIRÁNYÍTOTTSÁGÁNAK VIZSGÁLATA

Mátyás Eszter

PPKE BTK Pszichológiai Intézet, vesebetegkutatas@gmail.com

A krónikus veseelégtelenség olyan változásokat eredményez a betegek életében, melyek megingathatják a pszichés egyensúlyukat. Jelen kutatás célja a vesebetegek énképének és önirányítottságának feltáró vizsgálata. A mintát 128 krónikus vesebetegséggel élő személy alkotta, akik közül 64 már átesett a transzplantáción, 64 fő pedig dialíziskezelésben részesül. A vizsgálathoz használt kérdőívcsomag a Temperamentum és Karakter Kérdőív Önirányítottság skáláját, az Általános Énhatékonysági Skálát, valamint a Szelf-konceptió Egyértelműség skálát tartalmazta. Mindemellett a várólistán töltött idő hosszára, a transzplantáció óta eltelt időre és a betegséggel kapcsolatos fiziológiai mutatókra is rákérdeztünk. Az eredmény szerint a transzplantáció hatással van a betegek önirányítottságára, énképük egyértelműen megfogalmazott voltára és énhatékonyságára. Az önirányítottság és az énkép egyértelműség gyenge pozitív kapcsolatban áll a jobb vesefunkciókkal. A transzplantációt követő második év után a jól artikulált énkép alacsonyabb szintjét tapasztaltuk. A várólistán eltöltött idő hossza közepes erősségű negatív irányú összefüggést mutat az önelfogadással. A fenti eredmények hangsúlyossá teszik a krónikus vesebetegek pszichés támogatásának szükségességét.

Kulcsszavak: krónikus vesebetegség, önirányítottság, énhatékonyság, énkép egyértelműség

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozom Dr. Hargitai Rita tanárnőnek a dolgozat elkészítésében nyújtott segítségéért, szakmai meglátásaiért.

A 20. század második felére az orvostudomány robbanásszerű fejlődésének eredményeképpen a szervátültetés mindennapos eseménnyé vált. A szervátültetések közül leggyakrabban vesetranszplantációt végeznek. A szervek működését helyettesítő mesterséges eljárások területén is rohamos fejlődés tapasztalható, ezek közül jelenleg a legmagasabb szinten a vesepótló kezelések állnak (Rempert, 2012). Amerikai adatok szerint a krónikus vesebetegség előfordulása az elmúlt évtized alapján 13,6 %-ra tehető a végstádiumú veseelégtelenség prevalenciája nélkül (Saran és mtsai., 2016). Az Egyesült Államokban a végstádiumú vesebetegek száma is növekvő tendenciát mutat, jelenleg meghaladja a 600 000 főt.

Ma Magyarországon minden tizedik ember érintett valamilyen vesebetegségben. A kezelésre szoruló betegek száma évről évre nő. Több mint százezer vesebeteget látnak el évente hazánk nefrológiai szakrendelésein, akik közül körülbelül 6500 végstádiumú vesebetegségben szenved, tehát életben maradásukat szolgálja jelenleg a művesekezelés. Hazánkban körülbelül 3000-en élnek transzplantált vesével. Az éves veseátültetések számát tekintve az európai középmezőnyhöz tartozunk, 2014-ben már 376 veseátültetést végeztek hazánkban (Szegedi, 2016).

Transzplantált populáción végzett korábbi pszichológiai kutatások

Az orvosi tényezőknél – allokáció, műtét kimenetele, donorszervre adott immunválasz – felül olyan akadályok is nehezíthetik a transzplantáció eredményességét, melyek a biomedikális kereteken túlmutatnak. A veseátültetésen átesett emberek olyan tapasztalatokat élnek meg, melyek korábbi élményeikhez még csak nem is hasonlíthatók (Quintin, 2012). Így egyre több pszichológiai kutatás irányul a szervátültetésen átesett betegek pszichés állapotának feltérképezésére.

A krónikus megbetegedések során előforduló gyakori pszichológiai megterheléseket Cohen és Lazarus (1979) a lét, a testi integritás és a jóllét fenyegetettségében, a jövőkép beszűkülésében, az énkép megváltozásában, az érzelmi egyensúly elvesztésében, az aktivitás és társas szerepek megkérdőjeleződésében, a gyógykezelésektől való függésben és a hospitalizációban látta. A krónikus vesebetegség progressziója és leginkább a végstádiumú vesebetegség kialakulása olyan életmódváltozásokkal és pszichés következményekkel jár – létfontosságú szerv funkciójának elvesztése, csökkent mobilitás, családi és munkahelyi szerepek változása, szigorú diéták, kezeléstől való függőség, kontrollvesztés érzése – melyek mindegyike krónikus distresszt kiváltó tényező. A diagnózissal való szembesülés krízisét nehezíti annak a tudata, hogy ez a helyzet egy sikeres transzplantációig mindenképp fennáll majd. A várólistán eltöltött idő hosszát pedig nem tudják befolyásolni, tőlük független faktor. A sikeres beavatkozást követően is szigorú életmódbeli szabályokat kell betartani, ezáltal nagyfokú pszichológiai alkalmazkodást kívánva a betegektől. Transzplantáció után a legfőbb distresszforrást a kapott szerv működésével (graftműködéssel) kapcsolatos aggodalmaik jelentik. A beteg együttműködési

készségét is próbára teszi az immunszuppresszív gyógyszerek folyamatos szedése és a rendszeres kontrollvizsgálatokra való járás. A kilökődéstől való félelem mellett a gyógyszerek mellékhatásai is szomatikus és pszichés teherként hatnak.

A transzplantációs várólistára kerülés és a beavatkozás között sok esetben azonban akár több hónap vagy év telik el (Perner és Petrányi, 2013). Laupacis és munkatársai (1996) kimutatták, hogy a végstádiumú veseelégtelenségben szenvedő betegek számára jobb életminőséget és hosszabb várható élettartamot nyújt a szervátültetés a dialízishez képest. Az Országos Vérellátó Szolgálat adatai alapján 2016-ban a transzplantációra váró betegek közül a veseátültetésre várók átlagos várakozási ideje a leghosszabb: 3,36 év. Következésképpen a várólistán eltöltött idő és a betegek mentális egészségének összefüggéseire több empirikus kutatás is irányult. Francia kutatók (2010) a várólistán szereplő betegek érzelmi és hangulati állapotát és a listán töltött idő összefüggését vizsgálták. Azt találták, hogy a várólistán töltött idővel párhuzamosan nő a *szorongás* és a *depresszió* mértéke (Corruble, Durrbach, Charpentier, Lang, Amidi, Dezamis és Falissard, 2010). Egy török tanulmányban a jól működő grafftal élő vesetranszplantáltak mintájában a depresszió prevalenciája 20-25% közötti volt, amely alacsonyabbnak bizonyult, mint a transzplantáció előtt álló, dialíziskezelésben részesülő betegcsoportban (Akman, Ozdemir, Sezer, Micozkadioglu és Haberal, 2004).

Török kutatók dialíziskezelés alatt álló vesebetegek temperamentum- és karakterprofilját vizsgálták (Orhan, Ozer, Sayarlioglu, Dogan, Altunoren, Akman, Temizkan, 2011). 69 dialízisben részesülő beteg és 39 egészséges kontrollszemély Temperamentum- és Karakter Kérdőíven és Kórházi Szorongás és Depresszió skálán adott válaszait hasonlították össze. Az eredményeik szerint a dializált betegcsoportok szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el az *Önirányítottság* skálán, ami azt jelenti, hogy a vizsgált végstádiumú vesebetegek kontrollra, szabályok betartására, viselkedéses alkalmazkodásra való képessége alacsonyabb, mint az egészséges kontrollcsoportba tartozó személyeké.

Továbbá, a beteg életmódváltozással történő alkalmazkodása a betegségéhez, ezáltal a kezelésben való aktív részvétele hatással van a betegség lefolyására és kimenetelére. Thompson és Kyle (2000) a betegek által *észlelt kontroll* vizsgálata során összefüggést talált a betegség kedvező pszichoszociális kimenetelével. A páciensek felfedezik az állapotuk kezelhető szempontjait, és a betegség következményeivel és kimenetelével kapcsolatban több kontrollt élnek meg. Annak az érzése, hogy képes hatást gyakorolni a betegségére a testi folyamatokra is hatással lehet.

Bandura (1997) által megfogalmazott énhatékonyság konstruktuma a személyes hatékonyság a viselkedésszabályozás kompetenciájával kapcsolatos optimista beállítottságot, vagyis a saját képességeibe vetett optimista hitét jelenti. Vizsgálatai alapján a magas énhatékonysággal rendelkező emberek jobban bírják a fájdalmat, egészség tudatosabban élnek és gyorsabban gyógyulnak műtét után. Weng, Dai, Huang és Chiang (2010) 150 vesetranszplantált beteg énhatékonyságát vizsgálta. Az eredményeik szerint a magas énhatékonysággal rendelkező transzplantált vizsgálati személyek magasabb értéket értek el az öngondozásban,

kiváltképp a problémamegoldó képességben és a jobb beteg-orvos kapcsolatban. Tehát az énhatékonyság közvetlenül befolyásolja az öngondozó viselkedést és ezáltal közvetett módon hatással van az életminőség mentális egészség komponensére.

Fontos kiemelni hazai vonatkozásban Látos Melinda (2015) munkásságát. Empirikusan igazolta, hogy a testkép integritásának megbomlása és a kapott szerv pszichés befogadásának nehézsége a fizikai és mentális jóllétre negatív hatással lehet. Kutatásuk legjelentősebb eredménye, hogy a pszichológiai tényezők hosszú távon is hatással lehetnek a betegek egészségi állapotára, így befolyásolják a később jelentkező rejekeziós epizódokat.

Jelen kutatás újszerűségét az adja, hogy a vesebeteg populációt a fent vizsgált változókon túl az énkép egyértelműségének tükrében is vizsgálja. Az én strukturális jellemzői közé soroljuk az énkép egyértelmű voltát, az énkomplexitást és az énszéttagozottságot. Az énkép egyértelműsége a szelfstruktúra stabilitásának mértékét adja meg. Jól definiált énképpel rendelkező személyek énképe „világosan és egyértelműen meghatározott, belsőleg konzisztens és időben stabil” (Campbell, Trapnell, Heine, Katz, Lavalley és Lehman, 1996, 141. o.), míg az a kevésbé jól artikulált énképpel rendelkező emberek énképe diffúz, bizonytalan és könnyen meggingatható. Másrészt a korábbi kutatások nem helyezték fókuszba az orvosi mutatók és a személyiségjellemzők kapcsolatának vizsgálatát, így céljaink között szerepel ezen összefüggések feltárása is.

Hipotézisek

A fent említett szakirodalmak ismeretében az alábbi hipotézisek kerültek megfogalmazásra:

- I.
 - a. A transzplantáció után levő betegek énképe határozottabban definiált, mint a beavatkozás előtt álló vizsgálati személyeké.
 - b. A műtét előtt álló betegek önrányítottsága alacsonyabb, mint azoké, akik már átették a transzplantációt.
 - c. A transzplantáció előtti és utáni csoport énhatékonysága eltér egymástól: a transzplantált páciensek magasabb énhatékonysággal rendelkeznek, mint a nem transzplantált betegtársaik.
- II. Az énkép határozottan megfogalmazott jellege, a magasabb énhatékonyság és a magasabb önrányítottság jobb vesefunkciókkal (magasabb eGFR érték és alacsonyabb szérumszint kreatinin szint) jár együtt.
- III. Pozitív irányú kapcsolat mutatható ki a transzplantációtól eltelt idő és az önrányítottság, az énhatékonyság és az énkép tisztaság között. Továbbá megvizsgáljuk a Pérez-San Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez és Pérez-Bernal (2005) által leírt összefüggéseket, miszerint a transzplantációt követő második évtől nagyobb valószínűséggel jelennek meg ismét a pszichés problémák.

- IV. A várólistán eltöltött idő negatív kapcsolatban áll a vizsgálati személyeink énhatékonyságával, önirányítottságával és énképük határozottságával.

MÓDSZEREK

Résztevők

A vizsgálati mintát alkotó alanyok krónikus vesebetegséggel élő felnőtt személyek, akik dialíziskezelés alatt állnak, valamint vesetranszplantáción már átesett betegek. A mintaválasztás hozzáférhetőségi alapú, az online adatgyűjtés közösségi oldalon található csoportban történt.

A végleges mintát 128 vizsgálati személy alkotta, akik közül 64 fő vesetranszplantált, 64 vesebeteg pedig dialíziskezelésben részesült. A dializált személyek közül 25 szerepel és 39 nem szerepel jelenleg a transzplantációs várólistán. A válaszadók átlagéletkora 48,23, szórása 13,03 év. A legfiatalabb kitöltő 18, a legidősebb 82 éves. Az Országos Vesetranszplantációs Várólista adatai alapján a végstádiumú veseelégtelenség a 41-60 éves korosztályban a leggyakoribb, jelen vizsgálatban a minta több mint fele (53,9 %-a) esik ebbe a korosztályba.

Egyes vizsgálatok szerint a krónikus vesebetegség nagyobb valószínűséggel alakul ki nőknél, mint férfiaknál. A hazai adatok szerint a kezeléseken résztvevő nők száma alacsonyabb, mint a férfiaké, ugyanakkor jelen vizsgálatban a nők felülreprezentáltak, a minta 65,63 %-át alkották. Így a vizsgált minta a nemi eloszlás szempontjából nem, azonban az életkori eloszlás tekintetében reprezentatív. Az Országos Vérállítói Szolgálat szerint 2016-ban a veseátültetésre várók átlagos várólistán töltött ideje 3,36 év. A 25 várólistán szereplő vesebeteg közül 22-en adták meg a várólistára kerülésük idejét, mely alapján az átlagos várakozási idejük 3,05 év, ami közelít a magyar átlagértékhez. A transzplantáció után levő csoport tagjai átlagosan 7,27 éve élnek donorvesével (szórás 6,17 év).

Vizsgálati eszközök

A tesztbattéria a demográfiai adatok felvételével kezdődött. A vizsgálati személyek nemét, életkorát, lakóhelyét, legmagasabb iskolai végzettségét, családi állapotát rögzítettük. Relevánsnak tartottuk, hogy mikor volt a transzplantációja, illetve, ha még műtét előtt áll, mióta szerepel a transzplantációs várólistán. A vesék működésének legjobb jellemzője a Glomerulus Filtrációs Ráta, melynek meghatározása a szérum kreatinin érték alapján történik. Számításakor figyelembe veszik a beteg életkorát, nemét és testtömegét. Így az objektív orvosi értékek közül az utolsó (4 hónapnál nem régebbi) szérum kreatinin értéket, valamint a Becsült Glomerulus Filtrációs Rátát (eGFR) kérdeztük meg, önbeszámoló útján.

A személyek *önirányítottságát* a Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív magyar változatával mértük fel (Temperament and Character

Inventory - TCI) (Cloninger és mtsai, 1993). Az önirányítottság az akaraterőre és a célirányos önmeghatározásra utal, a személy kontrollra, szabályok betartására és a viselkedéses alkalmazkodásra való képességét jelenti. Az alábbi alszálakból tevődik össze: *Felelősségérzet, Céltudatosság, Leleményesség, Önellfogadás, Kongruencia*. A kérdőív hazai adaptációja Rózsa és munkatársai (2005) által történt. A vizsgálati személyekkel az önirányítottság (Self-Directedness, S) dimenziót vettük fel, mely 44 kényszerválasztásos tételből áll.

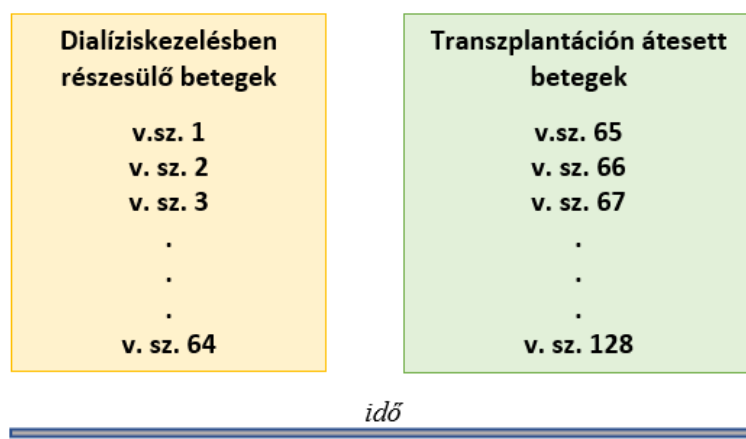
A vizsgálati személyek énképének határozottan megfogalmazott jellegét a Szelf-koncepció egyértelműsége skálával (Self Concept Clarity Scale (SCCS, Campbell és mtsai., 1996)) mértük. A kérdőív egydimenziós, 12 tételből áll, melyekre ötfokú Likert-skálán kell a válaszokat megadni. Az eredeti kérdőív időbeli stabilitása megfelelő és magas megbízhatósággal rendelkezik, a Cronbach-alfa értéke 0,86. A kérdőív magyar változatának validálását Kállai és munkatársai (2018) végezték.

Az énhatékonyság mérésére Schwarzer és Jerusalem (1995) által kidolgozott 10 állítást tartalmazó Általános Énhatékonyság Skála (General Self-Efficacy Scale (GSE)) kérdőívet használtuk. Önbevalláson alapuló kérdőív, melynek tételeire 4-fokú skálán jelölhetők a válaszok. A kérdőív hazai adaptációját Kopp Mária és munkatársai (1993) végezték el.

A vizsgálat lefolytatása

A kérdőívet a Google Drive Kérdőív nevű felületén készítettük el, s a Facebook közösségi oldalon található *Transzplantáltak-Dializáltak* csoportban osztottuk meg. A kutatás az etikai elveknek megfelelően, azok betartásával valósult meg. Az eredmények kiszámítása az IBM SPSS Statistics 22 programmal történt.

Jelen vizsgálat keretein belül nem volt módunk a várólistán szereplő vesebetegek nyomonkövetésére, tehát longitudinális vizsgálat folytatására. Kvázi-panel vizsgálatot (1. ábra) végeztünk, ahol két független csoportot hasonlítottunk össze: a dializált betegek és a sikeres transzplantáción már átesett betegek csoportját.



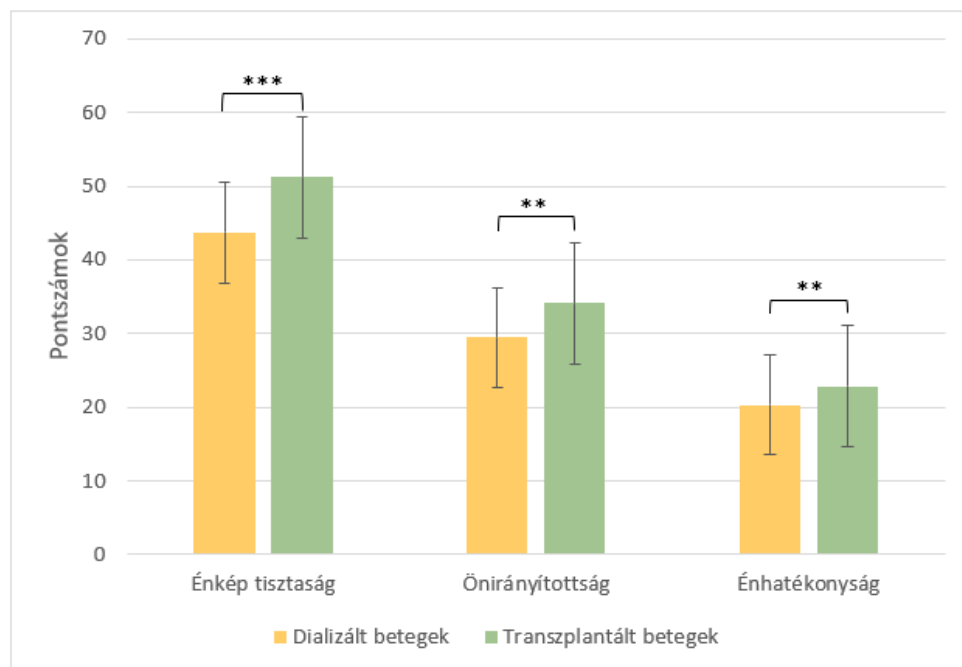
1. ábra: Az kvázi-panel eljárás

Pérez-San Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez és Pérez-Bernal (2005) a transzplantáció után eltelt idő pszichés állapotra gyakorolt hatását vizsgálta. Eredményeik szerint a műtétet követő időszakban három szakasz különíthető el. Az első egy év a *riadó*, melyet kihívások és félelmek jellemeznek, a második év az *alkalmazkodás* fázisa, ekkor csökken a depresszió és a szorongás mértéke. Ezt követi a 2. évtől a *kimerülés* szakasza, ahol a pszichés tartalékok kimerülése miatt ismét félelem, szorongás és depresszió lép fel. A fentiek alapján a vizsgált transzplantáció utáni populáción belül 3 csoportot alakítottunk ki a műtét után eltelt évek szerint: 0-2 év (N=27), 3-9 év (N=18), 10 vagy több év (N=19).

EREDMÉNYEK

A transzplantáció előtt és után álló betegek összehasonlítása

Az első hipotézis szerint a vizsgálatban használt kérdőívek eredményei eltérők lesznek a transzplantáció előtt álló és transzplantáció után levő betegcsoportok között. A minták elemszámaiból következően (mindkét mintában meghaladja a 40 főt) a „central limit theorem” törvényszerűségei miatt (Wilcox, 2010) feltételezhető a mintákon a normalitás feltételének teljesülése. Ez alapján független mintás t-próbát alkalmaztam, amelynek eredményeit az 1. számú diagram mutatja.



* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

1. diagram: A vizsgálati személyek átlageredményei a használt kérdőíveken

- a. A próba alapján szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a vesetranszplantált betegek ($M = 51,185$ $SD = 4,83$) a dializált vizsgálati személyekhez ($M = 43,698$ $SD = 9,31$) képest az énkép egyértelműségét vizsgáló kérdőíven: $t(126) = -5,736$ $p < 0,001$ (1-tailed).
- b. A dialíziskezelés alatt álló csoport tagjai ($M = 29,46$ $SD = 6,88$) szignifikánsan alacsonyabb önirányítottsággal rendelkeznek ($t(126) = -4,398$ $p < 0,01$ (1-tailed)), mint a sikeres transzplantáción átesett vizsgálati személyek ($M = 34,123$ $SD = 4,99$).
- c. A transzplantált betegek ($M = 22,89$ $SD = 5,91$) énhatékonysága szignifikánsan magasabb, mint a dializált vizsgálati személyeké ($M = 20,317$ $SD = 6,34$): $t(126) = -2,378$ $p < 0,01$ (1-tailed).

Hipotézisünk nem tért ki rá, de érdemesnek tartottuk megvizsgálni az önirányítottsággal kapcsolatos alskálákat is (lásd 1. táblázat).

	S1	S2	S3	S4	S5
Próba eredménye	-4,174***	-3,664 ***	-3,324***	-2,672**	-1,368

- * $< 0,05$
- ** $< 0,01$
- *** $< 0,001$

1. táblázat: A transzplantáció előtt álló és a műtéten átesett betegek önirányítottságának különbségei az alskálák szerint

Az 1. számú táblázatból látszik, hogy a vizsgált csoportok önirányítottságának különbsége az első négy alfaktor (felelősségérzet, céltudatosság, leleményesség, önfogadás) szignifikáns különbségéből adódik. Az 5. alfaktor (viselkedés, személyes tulajdonságok belátása) esetében a különbség nem szignifikáns: $t(126) = -1,368$ $p = 0,087$ (1-tailed).

A veseműködés és a pszichológiai tényezők összefüggései

A második feltételezésünk szerint az egyértelműbb énkép, a magasabb énhatékonyság és a magasabb önirányítottság jobb vesefunkciókkal jár együtt. Ehhez szükségünk volt a vizsgálati személyek legutolsó szérum kreatinin és Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta értékére. Az orvosi adatok megadása sok esetben hiányos maradt, így összesen 121 vizsgálati személy szérum kreatinin értékét és 86 résztvevő eGFR értékét rögzítettük. A statisztikai vizsgálat mindkét esetben Pearson-féle korreláció számításával történt.

	Énkép tisztaság	Önirányítottság	Énhatékonyság
Szérum kreatinin	-0,190*	-0,335***	-0,090

* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

2. táblázat: A szérum kreatinin szint és az adott kérdőív közötti kapcsolat

A jobb vesefunkciót az alacsonyabb szérum kreatinin és a magasabb eGFR érték mutatja. A 2. táblázat alapján látható, hogy gyenge negatív korreláció található az egyértelműbb énkép ($r = -0,190$ $p = 0,018$ (1-tailed)) és a szérum kreatinin szint között. A magasabb szintű önirányítottság ($r = -0,335$ $p < 0,001$ (1-tailed)) és az alacsonyabb szérum kreatinin értékek közötti kapcsolat közepes erősségű. Az énhatékonyság skálán elért pontszámok és a szérum kreatinin értékek között nem mutatható ki összefüggés: $r = -0,090$ $p = 0,164$ (1-tailed).

	Énkép tisztaság	Önirányítottság	Énhatékonyság
eGFR	0,271**	0,268**	0,058

* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

3. táblázat: A Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta és az adott kérdőív közötti kapcsolat

A 3. táblázat a vesefunkciók jellemzésére használt másik objektív mérőszám, a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR) és a vizsgálat során használt kérdőívek közötti kapcsolatot mutatja be. A jobb veseműködésre a magasabb eGFR érték utal. Az énkép egyértelműsége és az eGFR között gyenge szignifikáns kapcsolatot találtunk: $r = 0,271$ $p = 0,006$ (1-tailed). Az önirányítottság és az eGFR között szintén gyenge, pozitív együttjárás volt kimutatható: $r = 0,268$ $p = 0,006$ (1-tailed). A vizsgálati személyek énhatékonysága és az eGFR érték között nem mutatható ki összefüggés: $r = 0,058$ $p = 0,297$ (1-tailed).

A fiziológiai mutatók önirányítottsággal kapott összefüggéseit utólag ebben az esetben is tovább vizsgáltuk. A korrelációs vizsgálat eredményeit az alfaktorok szintjén az 4. számú táblázat tartalmazza.

	S1	S2	S3	S4	S5
Szérum kreatinin szint	-0,241**	-	-	-	-
Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta (eGFR)	0,301*	0,189*	0,210*	0,178	0,032

* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

4. táblázat: A szérum kreatinin szint és a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta kapcsolata az önrányítottság alfaktoraival

A szérum kreatinin szint gyenge, negatív kapcsolatban áll az önrányítottság összes alfaktorával. A Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta és az első alfaktor, azaz a felelősségérzet között közepes erősségű pozitív kapcsolatot találtunk, a céltudatosság és leleményesség alfaktorokkal az összefüggés gyenge. Az önelfogadás és a személyes tulajdonságok belátása nem mutat szignifikáns kapcsolatot a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta értékével.

A transzplantáció óta eltelt idő pszichés hatása

A krónikus vesebetegség a pszichés megterheléseken túl komoly életmódbeli változásokkal jár. Azt feltételeztük, hogy idővel egyre könnyedebb az új életformához való alkalmazkodás, és a szükségszerű újítások a napi rutin részét képezhetik ismét. Azt feltételeztük, hogy pozitív kapcsolatot találunk a transzplantációtól eltelt idő és a magasabb önrányítottság, az egyértelműbb énkép és a magasabb énhatékonyság között.

	Énkép tisztaság	Önrányítottság	Énhatékonyság
Transzplantáció óta eltelt idő	-0,061	-0,098	0,253*

* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

5. táblázat: A transzplantációs műtét óta eltelt idő és a kérdőívek eredményei közötti kapcsolat

A statisztikai elemzéshez a Pearson-féle korrelációt használtam (5. táblázat). Az énkép tisztaság ($r = -0,061$ $p = 0,316$ (1-tailed)) és az önrányítottság ($r = -0,098$ $p = 0,222$ (1-tailed)) esetében a feltételezésünk nem igazolódott. Az énhatékonyság vizsgálatakor gyenge pozitív összefüggést kaptunk: $r = 0,253$ $p = 0,023$ (1-tailed).

A transzplantáció óta eltelt idő szerinti felosztás alapján a csoportok közötti különbséget vizsgáltuk. A Kruskal Wallis próba során szignifikáns

különbséget kaptunk a kialakított csoportok között az énkép egyértelműsége skála esetében: $H(2, N = 64) = 7,637$ $p = 0,022$. Az önirányítottság és énhatékonyság vonatkozásában nem volt kimutatható különbség. A csoportok között előforduló különbségeket Mann-Whitney tesztekkel elemeztük részletesebben. Az elemzés során Bonfferoni-korrekciót alkalmaztunk, a szignifikanciához használt kritériumszint ebben az esetben 0,0167. Szignifikáns különbséget találtunk a 0-2 éve és 3-9 éve transzplantált csoportok között ($U = 122$ $Z = -2,742$ $p = 0,006$). Nem találtunk különbséget a 0-2 éve és 10 vagy több éve ($U = 97,5$ $Z = -2,055$ $p = 0,40$), valamint a 3-9 éve és 10 vagy több éve transzplantált csoportok között ($U = 265$ $Z = -0,022$ $p = 0,983$). A transzplantáció után levő mindhárom csoport szignifikánsan magasabb énkép tisztasággal rendelkezik, mint a magyar átlag. Az egymintás t-próba eredményei a következőképp alakultak: 0-2 év: $t(26) = 6,333$ $p < 0,001$ (1-tailed); 3-9 év: $t(17) = 6,394$ $p < 0,001$ (1-tailed); 10 vagy több év: $t(18) = 2,899$ $p = 0,005$ (1-tailed).

A várólistán eltöltött idő pszichés hatása

A negyedik hipotézis alapjául a várólistán eltöltött idő mentális egészségre gyakorolt hatásai szolgáltak. Hipotézisünk szerint a várólistán eltöltött idő negatív kapcsolatban áll a vizsgálati személyeink énhatékonyságával, önirányítottságával és énképük egyértelműségével. Az elemszámra való tekintettel a normalitás vizsgálatához Shapiro-Wilk tesztet használtunk, melynek alapján az önirányítottság ($W(25) = 0,949$ $p = 0,233$) és az énkép egyértelműség ($W(25) = 0,958$ $p = 0,374$) skálán kapott eredmények nem térnek el szignifikánsan a normál eloszlástól. A normalitásvizsgálat során az énhatékonyság skála eredményei szignifikáns eltérést mutatnak a normál eloszlástól: $W(25) = 0,917$ $p = 0,044$. Ezek alapján a hipotézis teszteléséhez az önirányítottság és az énkép egyértelműség várólistán eltöltött idővel való összefüggéseinek teszteléséhez a Pearson-féle korrelációt használtunk. Az önirányítottság és a várólistán eltöltött évek között közepes erejű negatív kapcsolat mutatható ki: $r = -0,449$ $p = 0,018$ (1-tailed). Az énkép egyértelműség és a várólistán töltött idő hossza között nem szignifikáns az együttjárás: $r = -0,014$ $p = 0,474$ (1-tailed). Mivel az énhatékonyság skálán kapott eredmények szignifikánsan eltérnek a normál eloszlástól, ezért annak vizsgálatára Spearman-féle korrelációt alkalmaztunk. Az itt kapott eredmények nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a két változó között: $r_s = 0,295$ $p = 0,092$ (1-tailed).

Az önirányítottság skála esetében kapott szignifikáns kapcsolatra hivatkozva itt is megvizsgáltuk az összefüggést alfaktoronként. A Spearman-féle korreláció eredményeit a 6. táblázat foglalja össze.

	S1	S2	S3	S4	S5
Próba eredménye	0,066	0,190	0,178	-0,442*	0,190

* < 0,05

** < 0,01

*** < 0,001

6. táblázat: Az önirányítottság alfaktorai és a várólistán eltöltött idő kapcsolata

A statisztikai próba az 1., 2., 3. és 5. alfaktor és a várólistán eltöltött idő között nem mutat szignifikáns kapcsolatot. A 4. alfaktor, vagyis az önfogadás esetében közepes erejű negatív együttjárás van a várólistán töltött évek számával: $r_s = -0,442$ $p = 0,0195$ (1-tailed).

AZ EREDMÉNYEK ÉRTELMEZÉSE

Megállapítható tehát, hogy a transzplantáció után levő páciensek szignifikánsan magasabb önirányítottsággal, énhatékonysággal rendelkeznek, énképük is határozottabban artikulált. A funkciójukat ellátni képes vesékkal a páciensek homeosztatisz egyensúlya helyreáll, amelynek pszichés következményei is egyértelműek. A transzplantált páciensek magasabb kontrollra, szabályok betartására és viselkedéses alkalmazkodásra képesek. Döntéseikkel kapcsolatban nagyobb felelősségérzettel jellemezhetők, céltudatosabbak, a problémáik esetén leleményesebbek és elfogadóbbak önmagukkal szemben. Emellett nagyobb észlelt kompetenciával rendelkeznek és világosan megfogalmazott, konzisztens, jól artikulált énképpel rendelkeznek. Az eredmény egyetlen alfaktor esetén, a *Személyes tulajdonságok belátásánál* nem mutatott szignifikáns különbséget. Az alfaktor tételei elsősorban a kialakult és begyakorolt automatikus viselkedésmintázatokra vonatkoznak (Rózsa és munkatársai, 2005). A dializáltak és a transzplantáltak közötti különbség hiánya azzal magyarázható, hogy mind a dialíziskezelés mellett, mind a transzplantáció után szigorú szabályok betartását követelő életmódot kell folytatniuk a betegeknek, ezen új életformákhoz való alkalmazkodásnak elengedhetetlen része az adaptív viselkedésválaszok automatikussá válása (pl.: vesekímélő diéta betartása, gyógyszerek rendszeres szedése).

Costa-Requena, Cantarell, Moreso, Parramon és Seron (2017) szerint a fiziológiai mutatók kapcsolatban állnak az egészséggel összefüggő életminőséggel. Jelen kutatásban a veseműködés objektív mutatói és az énkép egyértelműsége, valamint az önirányítottság közötti szignifikáns összefüggést igazoltuk. A szérum kreatinin szint az énkép jól artikulált jellegével gyenge negatív irányú, az önirányítottsággal közepes erősségű negatív irányú kapcsolatban állt. Ezen pszichológiai faktorok a Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta értékekkel gyenge, pozitív kapcsolatot mutattak. A statisztikai eredményeink alapján énhatékonyság esetében nem volt kimutatható korreláció.

A szérum kreatinin szint és az önirányítottság közötti közepes erejű korreláció miatt fontosnak tartottuk a kapcsolat részletesebb vizsgálatát: az önirányítottság alfaktorai negatív irányú gyenge együttjárást mutattak a szérum kreatinin szinttel. A Becsült Glomerulus Filtrációs Ráta csak a felelősségérzet, a céltudatosság és a leleményesség alfaktorokkal mutatott gyenge pozitív kapcsolatot. Az eredmények értelmezésekor fontos figyelembe vennünk, hogy a szérum kreatinin szintekre közel másfélszer több adatunk volt, mint a Becsült Glomerulus Filtrációs Rátákra vonatkozóan.

A vesetranszplantációtól eltelt évek száma magasabb szintű önirányítottsággal, énhatékonysággal és egyértelműbb énképpel jár együtt. A szelf-konceptió egyértelműsége és az önirányítottság esetében nem kaptunk szignifikáns összefüggést. Az énhatékonyság elemzésekor gyenge pozitív kapcsolat mutatkozott. A statisztikai mutatókból látszik, hogy az énhatékonyságra vonatkozó eredmények nem követik a másik két pszichológiai faktorhoz tartozó eredményeket. A pozitív összefüggés magyarázatául Bandura (1997) elmélete szolgál, miszerint az énhatékonyság szintje megküzdési tapasztalatokon keresztül befolyásolható. Így a transzplantációtól eltelt évek számának növekedésével az élettapasztalatok száma, és ezáltal a nehéz helyzetekben való hatékony megküzdések száma is gyarapszik. A nehézségekkel való sikeres megküzdés fokozza a személyek önmagukba vetett hitét. Yamaguchi (2003) szerint minél magasabb az egyén énhatékonysága, annál nagyobb a kitartása és rugalmassága is. Ezáltal a nehéz helyzeteket kihívásként kezeli és a stressz-helyzeteket kevesebb szorongással éli meg. A transzplantációt követő 2 év után pszichológiai szempontból kritikus időszak következik.

További eredményünk szerint szignifikánsan határozottabb énképpel rendelkeznek a 0-2 éve transzplantált betegek a 3-9 éve transzplantált személyekhez képest. Ezen eredmény illeszkedik a Pérez-San Gregorio, Martín-Rodríguez, Galán-Rodríguez és Pérez-Bernal (2005) által leírt összefüggésekhez, miszerint a transzplantációt követő második évtől a pszichés kimerülés következményeképp nagyobb valószínűséggel jelennek meg ismét a pszichés problémák. Másként fogalmazva, megjelenhet a betegek szervkilökődéstől (rejekciótól) való félelme, szorongást és depressziós tüneteket eredményezhet.

Végül, az eredményeink szerint a dialíziskezelés alatt álló, transzplantációs várólistán szereplő betegek énhatékonysága és énkép jól definiált volta nem függ össze a várólistán töltött idő hosszával. Azonban az önirányítottság és a várólistán eltöltött évek között közepes erősségű, negatív kapcsolatot mutat, amely az önelfogadás alskála szignifikáns korrelációjából ered. Ez a klinikai szempontból fontos eredmény a várólistán lévő betegek pszichés támogatásának fontosságára hívja fel a figyelmet, hiszen azáltal, hogy a beteg tőle független okok miatt hosszabb ideig várakozik az új szervre, egyre nehezebben fogadja el önmagát olyannak, amilyen. Ennek az összefüggésnek végzetes következményei is lehetnek, amelyek már alkalmatlanná teszik őt a transzplantációs beavatkozásra.

KONKLÚZIÓ

A dolgozat célja a vesetranszplantáció pszichológiai szempontból történő vizsgálata volt. Kutatási kérdéseink a várólistán eltöltött idő szerepére, magának a transzplantációs beavatkozásnak a pszichés hatásaira, és a transzplantáció óta eltelt idő jelentőségére irányultak.

Vizsgálatunk a két csoport közötti különbséget az énkép tisztaság, az énhatékonyság és az önjelöltottság oldaláról erősítette meg.

Összefoglalva, eredményeink alátámasztják a vesebetegek pszichológiai támogatásának fontosságát mind a veseátültetés előtti, mind pedig a műtétet követő időszakban. Jelen kutatás keresztmetszeti elrendezése a dializált és a transzplantált személyek közötti különbségekre világít rá, ugyanakkor a kapcsolatok ok-okozati viszonyát nem magyarázza. Érdeemes lenne a vizsgálatot longitudinális keretek között megismételni, ezáltal igazolni lehetne, hogy a pszichológiai jellemzőkben tapasztalt szignifikáns különbségek a közvetlenül a transzplantációnak a következményei.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Akman, B., Ozdemir, F. N., Sezer, S., Micozkadioglu, H., Haberal, M. (2004). Depression levels before and after renal transplantation. *Transplant Proc* 36:111-3.
- Bandura, A. (1997). Editorial. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 8-10.
- Campbell, J. D., Trapnell, P. D., Heine, S. J., Katz, I. M., Lavalley, L. F., & Lehman, D. R. (1996). Self-concept clarity: Measurement, personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology*, 70(1), 141.
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cohen, F., Lazarus, R. S. (1979). Coping with stress of illness. In Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. (eds.): *Health psychology*. San Francisco, Jossey Bass, 217-254.
- Corruble, E., Durrbach, A., Charpentier, B., Lang, P., Amidi, S., Dezamis, A., ... & Falissard, B. (2010). Progressive increase of anxiety and depression in patients waiting for a kidney transplantation. *Behavioral Medicine*, 36(1), 32-36.
- Costa-Requena, G., Cantarell, M. C., Moreso, F., Parramon, G., & Seron, D. (2017). Health related quality of life in renal transplantation: 2 years of longitudinal follow-up. *Medicina Clínica (English Edition)*, 149(3), 114-118.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993). Hungarian Questionnaire in Psycho - metric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research, Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.

- Látos, M. (2015). A testkép szerepe és a transzplantált szerv pszichológiai integrációjának jelentősége a veseátültetés sikerességében. PTE BTK Pszichológia Doktori Iskola. Elméleti Pszichoanalízis Program, Pécs
- Laupacis, A., Keown, P., Pus, N., Krueger, H., Ferguson, B., Wong, C., Muirhead, N. (1996). A study of the quality of life and cost-utility of renal transplantation. *Kidney Int* 50:235-42
- Orhan, F. O., Ozer, A., Sayarlioglu, H., Dogan, E., Altunoren, O., Akman, O., ... & Temizkan, A. (2011). Temperament and Character Profiles of Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 201-209.
- Pérez-San-Gregorio, M. A., Martín-Rodríguez, A., Galán-Rodríguez, A. és PérezBernal, J. B. (2005). Psychological Stages in Renal Transplant. *Transplantation Proceedings*, 37, 1449-1452.
- Perner, F., Petrányi, Gy. (2013). *Szervátültetés*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Quintin, J. (2012). Organ transplantation and meaning of life: the quest for self fulfillment. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16(3), 565.
- Remport, Á. (2012). *A vesetranszplantált betegek és a transzplantált vese túlélését meghatározó tényezők* (Doctoral dissertation).
- Rózsa, S., Kállai, J., Osváth, A., & Bánki, M. C. (2005). Temperamentum és Karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív felhasználói kézikönyve. *Medicina: Budapest*.
- Saran R, Li Y, Robinson B, Abbott KC, Agodoa LY, Ayanian J, Bragg-Gresham J, Balkrishnan R, Chen JL, Cope E, Eggers PW, Gillen D, Gipson D, Hailpern SM, Hall YN, He K, Herman W, Heung M, Hirth RA, Hutton D, Jacobsen SJ, Kalantar-Zadeh K, Kovesdy CP, Lu Y, Molnar MZ, Morgenstern H, Nallamothu B, Nguyen DV, O'Hare AM, Plattner B, Pisoni R, Port FK, Rao P, Rhee CM, Sakhuja A, Schaubel DE, Selewski DT, Shahinian V, Sim JJ, Song P, Streja E, Kurella Tamura M, Tentori F, White S, Woodside K, Hirth RA. (2016) US Renal Data System 2015 Annual Data Report: Epidemiology of Kidney Disease in the United States. *Am J Kidney Dis*, 67: S1-305.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In: Weinman, J., Wright, S. and Johnston, M. (eds.): *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. NFER-NELSON, Windsor, UK., pp. 35-37.
- Szegedi J. (2016) Vesebetegség, vesepótló kezelés epidemiológiája. <https://www.diabetes.hu/cikkek/hypertonia/1503/vesebetegseg-vesepotlo-kezeles-epidemiologiaja>, Letöltve: 2019. 03. 01.
- Thompson, S. C., & Kyle, D. J. (2000). The role of perceived control in coping with the losses associated with chronic illness. Miller (Eds.), *Loss and trauma: General and close relationship perspectives*, 131-145.
- Weng, L. C., Dai, Y. T., Huang, H. L., & Chiang, Y. J. (2010). Self-efficacy, self-care behaviours and quality of life of kidney transplant recipients. *Journal of advanced nursing*, 66(4), 828-838.
- Wilcox, R. R. (2010). *Fundamentals of modern statistical methods: Substantially improving power and accuracy*. Springer Science & Business Media.

Yamaguchi, S. (2003). A kultúra és a kontrollal kapcsolatos orientációk. In.: Nguyen Luu Lan Anh – Fülöp M. (szerk.) *Kultúra és pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest.

A DIÁDIKUS COPING ÖSSZEFÜGGÉSE A PSZICHÉS JÓLLÉTTEL KAPCSOLATOS SZEMÉLYISÉGVÁLTOZÓKKAL ÉS A PÁRKAPCSOLATI ELÉGEDETTSÉGGEL

Óry Fanni

PTE BTK Pszichológiai Intézet, oryfanni@gmail.com

Bodenmann (1997) helyezte elsőként a stressz vizsgálatát társas kontextusba, a párok közös megküzdését elemezve. Kutatásom célja az volt, hogy feltárjam a diádikus coping aspektusainak összefüggéseit a párkapcsolati elégedettséggel, a feltételes önbecsüléssel, az alapvető pszichológiai szükségletek kielégítettségével, illetve az én-hatékonysággal. A vizsgálati személyek (169 nő és 31 férfi) egy 5 kérdőívből álló kérdőívcsomagot töltöttek ki online felületen keresztül. A felmérésben csak azok vehettek részt, akik a kitöltés időpontjában legalább 1 éve párkapcsolatban éltek, továbbá már betöltötték 25. életévüket, de még nem múltak el 50 évesek. Eredményeim szerint a diádikus coping minősége szignifikánsan összefügg mindegyik vizsgált változóval. A pozitív páros megküzdés pozitív, míg a negatív páros megküzdés dimenziói negatív együttjárást mutatnak a vizsgált változókkal. Ez alól egyedül a feltételes önbecsülés kettő skálája jelent kivételt, ahol fordított irányú az együttjárás. A párkapcsolati működés fontos aspektusa, hogy a pár tagjai milyen módon kezelik az őket érő stresszes helyzeteket. A párkapcsolat sikeres működésének szubjektív megítélése befolyásolja az egyén viselkedését a különböző interperszonális helyzetekben, kihatással van az egyén teljesítményére, illetve a fizikai és a mentális egészségére egyaránt. Fontos kutatási területről van szó, hiszen a vizsgálatok eredményei átültethetők gyakorlati párterápiás módszerekbe.

Kulcsszavak: stressz, diádikus coping, párkapcsolati elégedettség, feltételes önbecsülés, alapvető pszichológiai szükségletek, én-hatékonyság

Köszönetnyilvánítás: Munkám megvalósulását Csókási Krisztina tanárnő segítségének, illetve a Kriszbacher Ildikó Ösztöndíj program támogatásának köszönhetem.

Folkman és Lazarus (1980) nevéhez kötődik a stressz kognitív tranzakcionista modellje, amely reprezentatívan szemlélteti az egyén által alkalmazott megküzdési stratégia kiválasztási folyamatát. Megküzdésnek vagy copingnak nevezzük minden olyan erőfeszítést és cselekvést az egyén részéről, amellyel az őt ért külső és belső hatásokat igyekszik kezelni. Ezt a választást a helyzet kiértékelése határozza meg, amely pedig a személlyel szemben támasztott külső és belső elvárások, illetve a személy rendelkezésére álló személyes és társas erőforrások interakciójától függ (Bodenmann, 2005). Az egyén által megélt stressz tehát legalább annyira függ az egyén társas környezetétől, mint a személy egyedi jellemzőitől. A megküzdés vizsgálata során az interperszonális mechanizmusokat is figyelembe kell venni a helyzet pontos megértése érdekében (Makó és Kiss, 2013).

A diádikus coping

Nagyon sokáig a stresszt és a stresszkezelést individuális folyamatként közelítették meg a különböző modellek, annak ellenére, hogy egy társas térben lezajló folyamatról van szó (Falconier, Jackson, Hilpert, & Bodenmann, 2015). Azonban az 1990-es évek elején megjelent egy új megközelítés, amely a stressz kontextuális jellegére helyezte a hangsúlyt. Ekkor kezdtek el foglalkozni a diádikus coping, azaz a párok stresszel való közös megküzdési folyamatának feltárásával (Bodenmann, 2005). Bodenmann (1997) definíciója szerint a diádikus coping a párokat érintő stresszel kapcsolatos érzelemregulációt és a problémamegoldó tevékenységek összességét jelenti.

A diádikus coping folyamatainak tanulmányozása eredményeként Bodenmann (1997) megalkotta modelljét, amelyben a diádikus stresszt 3 szempont mentén sorolta kategóriákba. Az egyik a partnerek érintettségére vonatkozik, hiszen érheti a párt együtt egy stresszes helyzet, amikor mindegyikük számára közvetlen tapasztalatot jelent a stressz. Emellett, a felek a mindennapjaik során átélt stresszt is átvihetik kapcsolatukba, tehát a partnerük közvetetten, de részese lesz a megküzdési folyamatnak (Martos, Sallay, Nistor és Józsa, 2012). Az első esetre jó példa egy krónikus betegség diagnózisa, amelyről egyszerre értesülnek a felek, de eltérő módon érinti őket, míg a közvetett stressz átélésének legjellemzőbb előfordulása az otthon levezetett munkahelyi stressz (Bodenmann, 2005). A második szempont a stressz eredete, hiszen a stressz forrása lehet a kapcsolat valamely jellemzője, illetve egy, a kapcsolati kereteken kívül eső tényező is (Martos és mtsai., 2012). Belső forrásként szolgálhat a felek eltérő vélekedése egy adott témáról, míg külső stresszforrás bármilyen, a pártól függetlenül történő esemény lehet (Bodenmann, 2005). A harmadik csoportosítási szempont az idői szekvencia, hiszen a stressz érintheti a pár tagjait egyszerre vagy különböző időpontokban (Martos és mtsai., 2012). Az idői mintázat szoros összefüggésben áll a felek érintettségének kérdésével. A kettő szempont együttes vizsgálata segít megtalálni az individuális és a diádikus coping mechanizmusok határát (Bodenmann, 2005). A diádikus coping tehát egy többdimenziós komplex folyamat, amely magába foglalja a partnerek stresszel

kapcsolatos kommunikációját, a stressz megjelenésére adott válaszaikat, illetve a probléma megoldására tett erőfeszítéseiket (Falconier et al., 2015).

A kapcsolaton belüli helyzetértékelést Bodenmann a Lazarus-Folkman modell folyamatai mentén írta le, a következő interakcióban: az egyik fél percepciója során stresszként éli meg a helyzetet, amely attribúcióját mind verbálisan, mind nonverbálisan kommunikálja párja felé, aki észleli és interpretálja párja jelzéseit, majd valamilyen módon reagál a kialakult helyzetre. A stresszhelyzetre adott együttes válaszreakció tehát a pár tagjainak egyéni jellemzőitől, a stresszkommunikációjuktól és az egymáshoz való viszonyuktól is függ (Bodenmann, 2005). A modell felépítésével arra is utal Bodenmann, hogy a páros megküzdési készségek tanulhatók és fejleszthetők, hiszen a hatékony coping a partnerek befektetett munkájának egyaránt függvénye (Nistor, Martos, & Molnár, 2013).

Bár minden pár működése egyedi, az alkalmazott megküzdési mechanizmusaik 2 fő kategóriába sorolhatók. Az egyik kategória a pozitív, míg a másik a negatív páros megküzdési formákat foglalja magába. A negatív formák közé tartozik, amikor valaki ellenségesen, ambivalens módon vagy közömbösen viselkedik párjával szemben, azaz piszkálja azért, mert feszült, kifejezi, hogy nem szívesen segít neki a helyzet kezelésében és nem figyel oda szavaira. A pozitív megküzdési formák közé sorolta Bodenmann az átvállalt páros megküzdést, amikor valaki átveszi párjától tevékenységeinek egy részét vagy akár teljes egészét azért, hogy tehermentesítse őt. A pozitív páros megküzdés további fajtái a probléma-, illetve az érzelemorientált coping. Az alábbi 2 megküzdési forma megjelenhet a partner támogatásában, illetve a problémával való közös megküzdésben. Támogatásról akkor van szó, amikor a stressz csak az egyik felet érinti közvetlenül és partnere segít neki a probléma elemzésében, a helyzet átkeretezésében, megoldási lehetőségek kidolgozásában, illetve empátikus megértéssel fordul felé, kifejezi együttérzését. Ezzel szemben a közös megküzdés arra utal, amikor mindkét fél aktívan részt vesz a helyzet megoldásában, együtt próbálnak megoldást találni a problémára és közös időtöltéssel segítik egymást az érzelmi arousal szintjük csökkentésében, a feszültségoldásban (Bodenmann, 2005).

A diádikus coping célja tulajdonképpen az, hogy fenntartsa, illetve szükség esetén helyreállítsa az individuális és a diádikus homeosztázist, a kapcsolat működését (Makó és Kiss, 2013). Ebből kifolyólag az adaptív páros megküzdés pozitívan hat a pár közös, illetve a felek saját, személyes életére egyaránt.

A diádikus coping kutatási relevanciája

Az, hogy a párok hogyan kezelik a stresszt együtt, fontos előjelzője a kapcsolat működésének és a stabilitásnak (Bodenmann & Randall, 2012). Tanulmányok bizonyítják, hogy a párkapcsolatban megélt magasabb szintű stressz alacsonyabb párkapcsolati elégedettséggel jár együtt (Bodenmann, Ledermann, & Bradbury, 2007).

Martos és munkatársai (2012) a Páros Megküzdés Kérdőív magyar változatának validálásakor alkalmazott kutatásukban azt vizsgálták, hogy a diádikus coping minősége összefüggésben áll-e a párkapcsolati, illetve az élettel való elégedettséggel. Eredményeik rámutattak, hogy míg a páros megküzdés negatív formái negatív, addig a pozitív aspektusai pozitív korrelációs együttjárást mutatnak mind a párkapcsolati, mind az élettel való elégedettség minőségének és mértékének alakulásával. Igazolták a diádikus megküzdéssel folytatott külföldi kutatások eredményeinek relevanciáját magyar mintán is.

Kutatók egy csoportja 2015-ben metaanalízist alkalmazva empirikus bizonyítékot nyert arra nézve, hogy a diádikus coping erősen bejósolja a párkapcsolati elégedettség mértékét a nemtől, az életkortól, a nemzetiségtől, a képzettségi szinttől és a párkapcsolat hosszától függetlenül. Megállapították, hogy a legerősebb prediktív erővel a páros megküzdés észlelt minősége bír, továbbá, hogy a pozitív megküzdési formák bejósoló ereje szignifikánsan nagyobb, mint a negatív megküzdési formáké. Az is bizonyítást nyert, hogy a pozitív páros megküzdés protektív faktorként működik mind a páros, mind az egyéni jóllétre nézve stresszcsökkentő funkcióján keresztül (Falconier et al., 2015).

Számos kutatás bizonyítja, hogy a diádikus coping létfontosságú szerepet játszik a házassággal való elégedettség mértékének alakulásában, mint a kapcsolati minőség szignifikáns prediktora (Razak et al., 2015). A párok közös megküzdési mintázata szoros összefüggésben áll a párkapcsolati elégedettségükkel, így javasolt a párterápiába beemelni olyan pszichoedukációs és gyakorlati megoldásokat kínáló módszereket, amelyek kifejezetten a páros coping fejlesztésére fókuszálnak (Falconier et al., 2015). Létezik már több olyan edukációs módszer is, amelyeket a stressz és coping kutatások eredményei alapján dolgoztak ki. Ilyenek többek között a páros megküzdést javító tréning (CCET) vagy a copingorientált párterápia (COCT). Mindkét módszer hasznossága bizonyított, hiszen tudatosságot és hatékony coping stratégiákat nyújt a párok számára, amelyekkel megelőzhetik kapcsolatuk tönkremenetelét (Bodenmann & Randall, 2012).

A párkapcsolati elégedettség

A párkapcsolati elégedettség egy szubjektív és tudatos kognitív értékelési folyamat eredménye (Kozékiné, 2014). Azokra a párkapcsolatban tapasztalt interperszonális mechanizmusokra utal, amelyek összefüggenek a szerelem érzésével, a szexuális attitűdökkel, a kapcsolatba investált idő és energia mennyiségével, illetve az elkötelezettséggel (Makó és Kiss, 2013). Emellett megmutatja az egyéni elvárások, igények és szükségletek kapcsolaton belüli kielégülésének mértékét és erős prediktív erővel bír a kapcsolat hosszára, stabilitására és sikerességére nézve (Kozékiné, 2014). Számos kutatás közelíti meg úgy a párkapcsolati elégedettséget, mint kimeneti, függő változót. A diádikus coping kutatásokban szinte mindig megjelenő változó, mert a magas párkapcsolati elégedettségről beszámoló párok esetén adaptív diádikus coping, jó minőségű kommunikáció, illetve megfelelő minőségű partneri támogatás figyelhető meg (Nistor et al., 2013). Fontos

következményei vannak tehát a kapcsolati és az egyéni egészségre nézve, így fontos azonosítani azokat a faktorokat, amelyek hatással vannak alakulására (Falconier et al., 2015).

A feltételes önbecsülés és a társas támogatás

Az önbecsülésnek két egymástól független aspektusát különböztetik meg: az alapvető és a feltételes (kiérdemelt) önbecsülést. Az alapvető önbecsülés gyermekkorban fejlődik ki a szülők feltétel nélküli szeretete által, majd stabilan, vonás jelleggel jelenik meg a személyiségben. Ezzel szemben, a jelen kutatásban vizsgált kiérdemelt önbecsülés a későbbi életszakaszban, az erőfeszítéseink és viselkedésünk mentén alakul ki és nagymértékben függ a külső visszajelzésektől. Tulajdonképpen alacsony alapvető önbecsülésből és a különböző én-megerősítő szükségletekből épül fel. Forrásai, amelyek a versengő, azaz kompetencia és az affiliatív, azaz kapcsolati szükségletekből erednek, változékony és sérülékeny bázisai az önértékelésnek. Minél alacsonyabb az alapönbecsülés szintje, annál erősebben érvényesül a kiérdemelt önbecsülés az egyén viselkedésében (Sági, 2015).

Egyes kutatások szerint az önértékelés és párkapcsolati elégedettség között nincs szignifikáns együttjárás. Azonban mindkettőt az határozza meg, hogy a személy milyen külső visszajelzéseket, közeli interperszonális kapcsolataiban mennyi támogatást, megértést és elfogadást kap. Az interperszonális kapcsolatok közül is kiemelkedően fontos hatásúak a romantikus kapcsolatok. Azok a személyek, akik empátiát és megértő hozzáállást tapasztalnak párjuk részéről magasabb önbecsülésről és magasabb párkapcsolati elégedettségről számolnak be (Cramer, 2003).

Az alapvető pszichológiai szükségletek és a motiváció

A Deci és Ryan nevéhez kötődő önmeghatározás elmélet (SDT) szerint az autonómia-, a kompetencia- és a kapcsolati igény, amelyeket összefoglaló néven alapvető pszichológiai szükségleteknek nevezünk, veleszületettek és univerzálisak (La Guardia, Ryan, Couchman, & Deci, 2000). Ezek a szükségletek képviselik az egészséges, teljes értékű működéshez szükséges „tápanyagokat” (Ryan & Deci, 2008). Ahhoz, hogy az egyén megfelelően tudjon funkcionálni és fejlődni, ezeknek a szükségleteinek kielégítettnek kell lennie. Az autonómiaigény alatt az önirányítás értendő, amikor az életünk alakulásáról saját magunk határozunk. A kompetenciaérzés azt írja le, amikor az egyén képes elérni céljait és sikerélménye van a kihívást jelentő helyzetekben. A kapcsolati igény a kötődöttség érzésére vonatkozik, amikor érezzük, tartozunk valakihez. Abban, hogy kinek melyik szüksége dominál, nagy egyéni különbségek figyelhetők meg (La Guardia et al., 2000). Az alapvető pszichológiai szükségletek hatással vannak az egyén általános gondolkodására, viselkedésére, helyzetértékelésére, az

érzelmekre, elvárásokra, hiedelmekre és az egyéni motivációra (Ryan & Deci, 2008).

Jelen kutatásban vizsgált többi változó és az alapvető pszichológiai szükségletek közti kapcsolat az egyéni célokhoz kötődő motiváción keresztül érvényesül.

Az észlelt én-hatékonyság és a társas támogatás

Az általános én-hatékonyság megmutatja az egyén hiedelmeit arra vonatkozóan, hogy képesnek tartja-e magát a kihívások teljesítésére, illetve céljai eléréséhez szükséges cselekvések kivitelezésére. Bandura nevéhez kötődő fogalom, amely egy szubjektív, önmagunkról alkotott értékítéletet jelent. Az egyén saját képességeibe vetett hite befolyásolja az adott helyzet értékelését, az adott szituációban megélt érzelmeit és a választott viselkedési formákat. Az én-hatékonyság mértéke szerepet játszik abban, hogy az egyén milyen erőfeszítéssel vág bele a feladataiba, milyen kitartással dolgozik, mennyire erős a motivációja, illetve esetleges kudarc esetén milyen gyorsan nyeri vissza cselekvőképességét (Kiss, 2012).

Elsősorban a munkahelyi teljesítménnyel kapcsolatban szokták vizsgálni az én-hatékonyságot. A jó teljesítményhez szükség van motivációra és saját célokra, amelyek szempontjából a társas támogatás jelentős szereppel bír (Brunstein, Dangelmayer, & Schultheiss, 1996). A házastárstól kapott támogatás mindenki mástól érkező támogató attitűdnél fontosabb (Kaplan & Maddux, 2002). Emellett a pár tagjainak a partnerük személyes céljaihoz való hozzáállása a párkapcsolat minőségére is kihatással van (Brunstein et al., 1996). A párkapcsolati elégedettséget az is befolyásolja, hogy a pár mennyire gondolja magát képesnek arra, hogy megvalósítsák a közös céljaikat (Kaplan & Maddux, 2002).

A vizsgált változók feltételezett kapcsolata

A fentiek alapján látható, hogy a diádikus coping elsősorban a hatékony kapcsolati működés kialakítására és fenntartására irányul, stabilitást létrehozva a kapcsolati mechanizmusokban. Emellett hozzájárul a pár tagjainak jóllétéhez, elősegítve a társas környezetbe való integrációjukat, mind párként, mind egyes emberként (Bodenmann, 2005). A diádikus megküzdés jobb minősége továbbá hozzájárul a párkapcsolat jobb minőségéhez és stabilitásához. A pár pozitív érzésvilágának támogatásával elősegíti az egyéni kiegyensúlyozottság elérését, amelynek alapvető építőkövei a pszichológiai szükségletek, az önbecsülés és az észlelt én-hatékonyság. A korábbi alapján azért érdemes a jelen kutatásban vizsgált változókat egy modellben vizsgálni, mert a párkapcsolati elégedettség, az önbecsülés és az észlelt én-hatékonyság alakulásában közvetlenül szerepet játszik a társas támogatás. Az alapvető pszichológiai szükségletekről pedig azért feltételeztem, hogy kapcsolódnak a társas támogatáshoz, mert az egyéni célokhoz társuló motivációban releváns szerepük van.

A VIZSGÁLAT CÉLJAI ÉS HIPOTÉZISEI

Jelen kutatásom elsődleges célja az volt, hogy a diádikus coping és a párkapcsolati elégedettség közötti összefüggésekre vonatkozó, korábbi kutatási eredményeket teszteljem magyar mintán. Első hipotézisem szerint a diádikus coping minősége összefüggésben áll a párkapcsolati elégedettség minőségével, illetve be is jósolja azt. Második hipotézisem szerint azon vizsgálati személyek viselkedésében, akiknek a párkapcsolatában sok a negatív megnyilatkozás, erősebben érvényesül a kapcsolatalapú feltételes önbecsülés, míg a támogató légkörben élő válaszadóknál nem jelenik meg ez a dominancia. Harmadik hipotézisem szerint azok a vizsgálati személyek, akik a partnerük részéről sok támogatást kapnak a nehéz helyzetekben, mindhárom (autonómia-, kompetencia- és kapcsolati igény) alapvető pszichológiai szükségletük tekintetében kielégítettebbek, mint azok, akik nem tapasztalják meg ezt a támogató attitűdöt párjuk részéről. Negyedik hipotézisem szerint ez a különbség megjelenik az észlelt én-hatékonyság érzés alakulásában is.

MÓDSZEREK

Résztevők

A vizsgálatba való bekerülés feltételekhez volt kötve. A felmérésben csak azok vehettek részt, akik a kitöltés időpontjában legalább 1 éve párkapcsolatban éltek, továbbá már betöltötték 25. életévüket, de még nem múltak el 50 évesek. A kutatás résztvevőit facebookon, illetve édesanyám munkatársai körében e-mailen keresztül értem el. Összesen 204 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot, azonban 4-en hiányosan vagy hibásan adtak választ, így az elemzéseket 200 db kitöltés alapján végeztem el.

A válaszadók nemi eloszlása aránytalan volt, hiszen a vizsgálati személyek 84,5%-a (169 fő) volt nő és csupán 15,5%-a (31 fő) volt férfi. Ebből kifolyólag nem tudtam nemi összehasonlítást végezni. A vizsgálati személyek átlagéletkora 32,55 év (SD = 7,54) volt. A kitöltők többsége tehát még nem töltötte be a 33. életévét (61%), azonban pontosan a minta 50%-ának már volt gyermeke a kitöltés pillanatában. Minden vizsgálati személy rendelkezett legalább valamilyen középfokú végzettséggel, sőt a többség, 123 fő (61,5%) felsőfokú végzettséget is magáénak tudhatott. A havi jövedelem szempontjából elmondható a válaszadókról, hogy a kitöltés pillanatában pozitívan látták anyagi helyzetüket, általánosságban véve jól éltek. A jövedelmek számszerűsített eloszlását az 1. táblázat szemlélteti.

A havi jövedelem mértéke	Gyakoriság (fő)	Százalékos eloszlás (%)
Jelentősen átlag alatti	9	4,5
Valamelyest átlag alatti	24	12
Átlagos	79	39,5
Valamelyest átlag feletti	73	36,5
Jelentősen átlag feletti	15	7,5

1. táblázat. A mintát az átlagos havi jövedelem szerint bemutató eredmények

A vizsgálati személyekről elmondható, hogy a jelenlegi kapcsolatukban kevesebb, mint 6 éve éltek, de ebben az időszakban egyszer sem szakítottak egymással. Annak ellenére, hogy többnyire rövidebb ideje tartó kapcsolatokról volt szó, a kitöltők 82%-a (164 fő) közös háztartásban élt együtt párjával. A közös háztartáson belüli együttélés több különböző formája is megjelent. A papíralapú elköteleződés nélkül együtt élők száma majdnem megegyezett az élettársi viszonyban vagy házasságban élők számával, hiszen az első csoportba 84 fő (42%), míg a másik csoportba összesen 83 fő (41,5%) tartozott. A vizsgálati személyeket arról kérdeztem még, hogy a munkamegosztás milyen módon történik kapcsolatukban. A legtöbb esetben, pontosabban 136 személy (68%) esetében, a pár mindkét tagja munkavállaló volt. Emellett az az eset fordult elő még többször, hogy a pár valamelyik tagja otthon tartózkodott kisgyermekkel GYES-en (15,5%, azaz 31 fő), illetve az, hogy a pár egyik vagy mindkét tagja tanuló volt (összesen 12%, azaz 24 fő).

Vizsgálati eszközök

A téma feltárását egy 5 kérdőívből álló kérdőívcsomaggal végeztem (a kérdőívek a bemutatásuk sorrendjében követik egymást). A kérdőívcsomagban először egy beleegyező nyilatkozat szerepelt, majd a demográfiai kérdések következtek. Itt olyan adatokat kellett megadniuk a kitöltőknek, mint a nemük, az életkoruk, a legmagasabb iskolai végzettségük, a havi jövedelmük, illetve a jelenlegi párjuk előtti rövid és hosszú távú kapcsolataik száma. Ezután feltettem néhány kérdést a jelenlegi párkapcsolatukra vonatkozóan. Ezekre a kérdésekre adott válaszokból derült ki, hogy a vizsgálati személyek hány éve ismerik párjukat, hány éve alkotnak egy párt, közös háztartásban élnek-e, szakítottak-e már, milyen viszonyban élnek egymással, illetve hogyan történik a munkamegosztás kapcsolatukban. Ezekben felül kíváncsi voltam arra is, hogy van-e az adott kapcsolatban gyermek, mennyi és a pár tagjai milyen rokonsági viszonyban állnak a gyermekkel/gyermekkel.

A *Páros Megküzdés Kérdőív* 37 itemből áll és annak a felmérésére szolgál, hogy a válaszadó megítélése szerint ő és párja hogyan bánnak a stresszel, milyen módon kezelik az őket érő stresszes szituációkat. A megküzdési stratégia fajtákat méri mind a kitöltő saját viselkedésére, mind a partnere részéről tapasztalt viselkedésre nézve. A kérdőív felvételéhez nincs szükség a pár mindkét tagjára,

amely jellemzőjét kihasználtam jelen kutatásomban. Itemei a korábbiakban bemutatott coping lehetőségek mentén sorolódnak 15 skálába, amelyekből következtetéseket lehet levonni a pár tagjainak viselkedésével kapcsolatban külön-külön, illetve kapunk egy összesített képet is a pár közös működéséről. Az állításokat egy 5-fokú Likert típusú skálán (1 = Nagyon ritkán és 5 = Nagyon gyakran) kell értékelni, amelyen az adott magatartásmód gyakorisága fejezhető ki (Martos és mtsai., 2012).

A *Kapcsolati Elégedettség Skála* segítségével a válaszadó kifejezheti elégedettségét jelenlegi párkapcsolatára vonatkozóan. A kérdőív 7 itemet tartalmaz, amelyeket 5-fokú Likert-skálán kell megválaszolni, ahol 1 = Kevésbé jellemző és 5 = Nagyon jellemző. Az állítások 1 faktorba sorolódnak. A kapcsolati elégedettség mérésére több különböző típusú kapcsolati mód esetén is alkalmazható, gyorsan kitölthető kérdőív. Megbízható és valid mérőeszköz (Martos, Sallay, Szabó, Lakatos és Tóth-Vajna, 2014).

A *Feltételes Önbecsülés Skála* 26 tételével méri az egyén feltételes önbecsülésének mértékét a kompetencia, illetve a kapcsolatok dimenziója mentén, ugyanis a 26 item 2 faktorba sorolódik be. A Kompetenciaalapú önbecsülés skálája a saját belső erőfeszítésen alapuló önbecsülést, míg a Kapcsolatalapú önbecsülés skála a mások értékelésén, visszajelzésein alapuló önbecsülést méri. A válaszadás 4-fokú Likert-skálán történik, ahol 1 = Egyáltalán nem jellemző rám, míg 4 = Erősen jellemző rám (Sági, 2015).

Az *Alapvető Pszichológiai Szükségletek Skálával* feltérképezhető, hogy az egyes embernek az egészséges, kiegyensúlyozott élethez melyik pszichológiai szükségletének – autonómia-, kompetencia-, kapcsolati igény – kielégítése az elsődleges. A kérdőív 21 iteme 3 faktorba osztható be a 3 különböző alapvető pszichológiai szükséglet alapján. A válaszadás 7-fokú Likert típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem igaz és 7 = Teljesen igaz), ahol azt kell meghatározni a vizsgálati személynek, hogy az adott állítás milyen mértékben jellemzi őt (La Guardia et al., 2000).

Az *Általános Én-hatékonyság Skálával* fel lehet térképezni az egyén önmagába vetett általános hitét azzal kapcsolatban, hogy mennyire érzi magát képesnek arra, hogy sikeresen helyt álljon az élet hozta különböző helyzetekben, megbirkózzon az előtte álló feladatokkal és kihívásokkal. A válaszadás 4-fokú Likert típusú skálán történik (1 = Egyáltalán nem és 4 = Teljes mértékben). A kérdőív 10 itemet tartalmaz, amelyek 1 faktorba sorolhatóak be (Luszczynska, Scholz & Schwarzer, 2005).

A vizsgálat menete

A kérdőívcsomagot minden vizsgálati személy online felületen, a Google Forms-on keresztül töltötte ki. A kérdőívet egy linken keresztül tettem elérhetővé számukra.

Alkalmazott statisztikai eljárások

A statisztikai elemzéseket az előbbieken bemutatott leíró statisztikákkal kezdtem. Ezután reliabilitás vizsgálatot futtattam le mind a 22 skálára. A reliabilitás vizsgálat során kapott Cronbach's Alpha értékeket a 2. táblázatban foglaltam össze. Ezek alapján az értékek alapján a kérdőívcsomag mindegyik skálájáról elmondható, hogy megbízhatóan mért.

Kérdőív	Skála neve	Cronbach's Alpha	Kérdőív	Skála neve	Cronbach's Alpha
Páros Megküzdés	Saját stressz kommunikáció	0,694	Párkapcsolati elégedettség		0,922
	Saját támogató megküzdés	0,796			
	Saját átvállalt megküzdés	0,805	Feltételes Önbecsülés	Kompetencia	0,901
	Saját negatív megküzdés	0,656		Kapcsolati	0,896
	Partner stressz kommunikáció	0,742			
	Partner támogató megküzdés	0,923	Alapvető pszichológiai szükségletek	Autonómia	0,817
	Partner átvállalt megküzdés	0,905		Kompetencia	0,753
	Partner negatív megküzdés	0,812		Kapcsolati	0,788
	Közös páros megküzdés	0,784			
	Közös megküzdés értékelése	0,960			
	Saját megküzdés összpontszám	0,837	Általános énhatékonyság		0,907
	Partner megküzdés összpontszám	0,910			
	Negatív páros megküzdés összpontszám	0,818			
	Pozitív páros megküzdés összpontszám	0,927			
	A kérdőív összpontszáma	0,937			

2. táblázat. A kérdőívcsomagban szereplő kérdőívek skáláinak Cronbach's Alpha értékei

Ezt követően normalitásvizsgálatot futtattam szintén mind a 22 skálára. A Kolmogorov-Smirnov normalitásvizsgálat alapján egyik skála sem lett normális

eloszlású. Ebből kifolyólag ordinális adatokként kezeltem a skálákat a további statisztikai elemzések során. A skálák közötti együttjárások feltérképezésére Spearman-korrelációt alkalmaztam, amely korrelációs együtthatók megbízhatóságát Benjamini-Hochberg korrekció vizsgálattal ellenőriztem. Azért volt szükség erre a korrekciós vizsgálatra, mert sok korreláció együttes lefuttatásakor könnyen előfordul, hogy fals pozitív eredményeket kapunk, hiszen ilyen esetben a hibaszázalékok összeadódnak (Benjamini & Hochberg, 1995). A diádikus coping bejósoló erejét Lineáris regreszió analízis, illetve Többszörös lineáris regresszió analízis segítségével vizsgáltam.

Az adatok statisztikai elemzését az IBM SPSS Statistics 22.0 programcsomaggal végeztem.

EREDMÉNYEK

A Páros Megküzdés Kérdőív (DCI) skáláinak szignifikáns korrelációs összefüggései

A Spearman-korrelációs elemzések középpontjába a Páros Megküzdés Kérdőív (DCI) skáláit állítottam, ugyanis elsősorban arra voltam kíváncsi, hogy a DCI skálái milyen összefüggésben állnak a kérdőívcsomagban vizsgált többi változóval.

A Párkapcsolati Elégedettség Skálával a vizsgált kérdőív (DCI) minden alskálája szignifikánsan korrelál. A negatív megküzdést mérő skálák - saját, partnerre vonatkozó és a közös megküzdést mérő skálák egyaránt - negatív, a többi DCI skála pozitív kapcsolatban áll az elégedettséggel. Ráadásul ezen összefüggések szinte mindegyike közepesen erős kapcsolatot jelent. Az is kirajzolódott, hogy a pozitív és a negatív páros megküzdés közel egyforma mértékű összefüggésben áll az egyéni elégedettség alakulásával. A párkapcsolattal való elégedettség mértéke a kapcsolati működés kognitív kiértékelésével, szubjektív megítélésével áll a legszorosabb kapcsolatban ($r(198) = 0,786$; $p < 0,001$).

A Feltételes Önbecsülés Skála esetében kirajzolódott összefüggések alapján bár a páros megküzdés pozitív aspektusai is hatással vannak a feltételes önbecsülésünk megjelenésére, a negatív tapasztalatok erősebben hatnak ezen önbecsülésünk mindegyik típusára. A partner részéről érkező negatív megnyilvánulások azok, amelyek a legjobban kifejtik hatásukat: $r(198) = 0,309$; $p < 0,001$ a feltételes önbecsülés kompetencia skálája, illetve $r(198) = 0,345$; $p < 0,001$ a kapcsolati skálája esetén egyaránt.

Az alapvető pszichológiai szükségleteink kielégítettsége is szignifikánsan összefügg a párunkkal közös megküzdési stratégiáink minőségével. Ezen szükségletek közül elsősorban az autonómia igényünket határozza meg párkapcsolatunk működése. Azon belül is főként a partnerünkkel közös megküzdés értékelése, a személyes benyomásaink ($r(198) = 0,501$; $p > 0,001$) játszanak fontos szerepet autonómiánk megélésében.

Végezetül pedig az Általános Én-hatékonyság Skála esetén is számos szignifikáns összefüggés volt megfigyelhető a Páros Megküzdés Kérdőív alskáláival, azonban ezek a kapcsolatok csupán gyenge korrelációk.

Az előbbieken kiemelt összefüggéseket, illetve minden további szignifikáns korrelációt a 3. táblázatban (az erősebb, 0,3 feletti korrelációs együtthatókat zölddel jelöltem a könnyebb átláthatóság érdekében) jelenítettem meg. Csak olyan együttjárásokat tekintettem valóban létező kapcsolatoknak, amelyek a Benjamini-Hochberg korrekció vizsgálat alapján is validnak bizonyultak. Ennek megfelelően a táblázatban is csak ezeknek a kritériumoknak megfelelő összefüggéseket tüntettem fel.

	Párkapcsolati elégedettség	Feltételes önbecsülés (Kompetencia)	Feltételes önbecsülés (Kapcsolati)	Alapvető szükségletek (Autonómia)	Alapvető szükségletek (Kompetencia)	Alapvető szükségletek (Kapcsolati)	Én-hatékonyság
Saját stressz komm.	,248***			,291***		,229***	
Saját támogató megküzdés	,478***			,337***	,199**	,232***	,230***
Saját átvállalt megküzdés	,350***			,304***	,199**	,224***	,278***
Saját negatív megküzdés	-,417***	,191*	,198**	-,281***	-,158*	-,165*	
Partner stressz komm.	,354***			,238***		,180*	,203**
Partner támogató megküzdés	,642***	-,226***	-,247***	,411***	,233***	,254***	,193*
Partner átvállalt megküzdés	,498***	-,150*		,315***	,234***	,222**	,189*
Partner negatív megküzdés	-,673***	,309***	,345***	-,470***	-,334***	-,257***	-,209**
Közös páros megküzdés	,562***			,336***	,232***	,200**	,151*
Közös megküzdés értékelése	,786***	-,224***	-,291***	,501***	,317***	,252***	,264***
Saját megküzdés összpont.	,529***			,406***	,211**	,286***	,245***
Partner megküzdés összpont.	,691***	-,222**	-,262***	,443***	,278***	,276***	,228***
Neg. páros megküzdés összpont.	-,653***	,294***	,314***	-,426***	-,284***	-,240***	-,175*
Poz. páros megküzdés összpont.	,672***	-,157*	-,167*	,430***	,274***	,268***	,228***
A kérdőív összpont.	,693***	-,167*	-,210**	,462***	,280***	,290***	,242***

3. táblázat. A Páros Megküzdés Kérdőív skáláinak szignifikáns korrelációs értékei a kérdőívcsomagban vizsgált változókkal

Megjegyzés: * = $p < .05$, ** = $p < 0,005$, *** = $p < 0,001$

A diádikus coping minősége és a párkapcsolattal való elégedettség

A korábbi kutatási eredmények szerint a diádikus megküzdés minősége bejósolja a párkapcsolattal való elégedettség alakulását. Ennek az összefüggésnek a vizsgálatához Lineáris regresszió analízist használtam. A regresszióban kapott eredmények validitásának ellenőrzésére Durbin-Watson tesztet futtattam (Durbin, 1957), amely alapján mindegyik regressziós összefüggés validnak bizonyult. A Páros Megküzdés Kérdőív összpontszáma, tehát a DCItot skála szignifikánsan bejósolja a párkapcsolati elégedettség (RAStot skála) mértékét, mivel $F(1;199) = 152,627$; $p < 0,001$; $\text{adj}R^2 = 0,432$; $\beta = 0,660$; $p < 0,001$. A DCItot skála határfoka független változóként közepesen erős, illetve a függő változó varianciáját 43,2%-ban magyarázza. Az elemzés eredményei alapján elmondható, hogy ha DCItot skálán elért pontszám nő, akkor a RAStot skálán elért pontszám is növekszik.

A diádikus coping párkapcsolati elégedettségre vonatkozó bejósoló erejét először a DCI összevont skálái mentén megvizsgáltam. Kíváncsi voltam arra, hogy a saját (DCOtot), illetve a partnerre vonatkozó (DCPtot) páros megküzdés összpontszámai hogyan befolyásolják az elégedettség mértékét. Mindkét skála szignifikánsan magyarázza az elégedettség alakulását, azonban a DCOtot jelentősen alacsonyabb határfokkal rendelkezik. A DCOtot skála esetén $F(1;199) = 47,195$; $p < 0,001$; $\text{adj}R^2 = 0,188$ és $\beta = 0,439$; $p < 0,001$ eredmények születtek. A DCPtot skálával végzett elemzés eredményei pedig a következők lettek: $F(1;199) = 171,576$; $p < 0,001$; $\text{adj}R^2 = 0,462$ és $\beta = 0,681$; $p < 0,001$. Tehát a DCOtot skála csupán a varianciák 18,8%-át, míg a DCPtot skála a kimeneti változó varianciájának 46,2%-át magyarázza.

A páros megküzdés pozitív és negatív aspektusai, és a párkapcsolati elégedettség

Azt is megvizsgáltam, hogy a párkapcsolati elégedettség alakulásában a páros megküzdés pozitív vagy negatív aspektusai érvényesülnek-e jobban. A negatív vonások gyakoribb megjelenésével a kapcsolati elégedettség csökken, míg a diádikus coping pozitív aspektusai növelik az elégedettséget. Ráadásul a pozitív vonások hatása nagyobb arányban (46,2%) és erősebben is érvényesül az elégedettség érzésének alakulásában, mint a negatív kapcsolati tendenciák hatása (32%) (lásd

	F(1;199)	Szignifikancia értéke (p)	adjR ²	Béta	Béta szignifikancia értéke (p)
Pozitív páros megküzdés összpont.	171,921	<0,001	0,462	0,682	<0,001
Negatív páros megküzdés összpont.	94,519	<0,001	0,320	-0,568	<0,001

4. táblázat).

	F(1;199)	Szignifikancia értéke (p)	adjR ²	Béta	Béta szignifikancia értéke (p)
Pozitív páros megküzdés összpont.	171,921	<0,001	0,462	0,682	<0,001
Negatív páros megküzdés összpont.	94,519	<0,001	0,320	-0,568	<0,001

4. táblázat. A Poz. pár. megküzd., illetve a Neg. pár. megküzd. skálák magyarázó ereje a párkapcsolati elégedettségre vonatkozóan

A Páros Megküzdés Kérdőív összevont skálái egyenként szignifikánsan bejósolják a párkapcsolati elégedettség mértékét. Ebből kifolyólag, egy közös modellben lett volna érdekes vizsgálni hatásukat. Ezen skálák között azonban multikollinearitás állt fent, hiszen nagyon magasak ($r = 0,8$ feletti) voltak köztük a korrelációs együtthatók értékei, így ezt a lehetőséget elvettem. Azonban a DCI 10 alskálája között nem állt fent multikollinearitás, így ezzel a 10 alskálával (Saját stressz komm., Saját támogató megküzd., Saját átvállalt megküzd., Saját neg. megküzd., Partner stressz komm., Partner támogató megküzd., Partner átvállalt megküzd., Partner neg. megküzd., Közös páros megküzd. és Közös megküzdés értékelése) futtattam többszörös lineáris regresszió analízist. A modell szignifikánsan ($F(10;199) = 35,141$; $p < 0,001$) bejósolja a párkapcsolati elégedettség alakulását, ráadásul a varianciák 63,2%-a ($adjR^2 = 0,632$) magyarázható a modell segítségével. Az alskálák nem rendelkeznek egyforma nagyságú magyarázó erővel. A páros megküzdés szubjektív értékelését mérő alskála (EDC) kiugró erősségű ($\beta_{EDC} = 0,648$; $p < 0,001$), amely megerősíti a korreláció elemzések során kirajzolódott összefüggéseket is.

MEGVITATÁS

Az első hipotézis teljes mértékben igazolást nyert. A párok stresszel való közös megküzdésének minősége szoros összefüggést mutatott a felek párkapcsolati elégedettségével, sőt a diádikus coping bizonyos aspektusai jelentős magyarázó erővel rendelkeznek az elégedettségre vonatkozóan, összhangban az ide vonatkozó szakirodalommal (Bodenmann et al., 2007; Bodenmann & Randall, 2012; Martos és mtsai., 2012).

A korrelációs vizsgálatok során a Páros Megküzdés Kérdőív Közös megküzdés értékelése nevű alszála emelkedett ki, mert ez a skála állt a legszorosabb összefüggésben a párkapcsolati elégedettséggel. Ráadásul a többszörös lineáris regresszió analízisben használt modellt alkotó skálák közül is ez a skála rendelkezett a legnagyobb bejósoló erővel. Az egyén elégedettségének foka tehát jelentősen függ attól, hogy milyen minőségűnek érzékeli a partnerével közösen történő problémakezelést. Ez a szubjektív megítélés meghatározza, hogy milyen érzelmeket fűz valaki a kapcsolatához. Az egyéni szubjektív értékelés a közvetlen tapasztalatok mentén változik, mind pozitív, mind negatív irányban. A stresszes helyzetek kezelésében megjelenő negatív megnyilatkozások minden esetben csökkentik a felek elégedettségét függetlenül attól, hogy a pár melyik tagjától érkeznek. Azonban minden emberre az van rosszabb hatással, ha a partnere részéről érkezik az elutasító magatartás, a közönyös hozzáállás a felmerülő probléma megoldása során. A saját negatív reakciók sokkal kisebb mértékben csökkentik a párkapcsolatra irányuló elégedettség mértékét, mint a partner részéről tapasztalt ellenszenves megnyilvánulások. A saját részről tanúsított elutasító magatartásnak az egyén nem tulajdonít olyan nagy jelentőséget. Ez a különbség az emberi önzőséggel magyarázható, amely hatására az egyén másoktól olyan magatartást vár el, amit azonban ő maga nem tesz meg visszafelé.

A korrelációs elemzések alapján kirajzolódott, hogy az elégedettség szempontjából az is jelentős, hogy a pár milyen módon kezeli azokat a nehézségeket és stresszes szituációkat, amelyek mindkettőjüket érintik. Azok a párok mutatkoznak sikeresebbnek, akiknek a problémamegoldáshoz sokszínű, változatos eszközkészlet áll rendelkezésükre. Ők a kialakult helyzettel aktívan foglalkoznak, kidolgozzák a megoldási opciókat. Emellett a felgyülemlett stressz levezetésére, kikapcsolódásra is fordítanak időt, természetesen együtt. Az ily módon működő párkapcsolatok stabilabbak, jobb minőségűek és valószínűleg nem végződnek válással (Bodenmann & Randall, 2017). A jól működő párkapcsolathoz tehát szükség van arra, hogy a pár tagjai odafigyeljenek egymásra, a partnerük igényeihez igazodva nyújtsanak segítséget, álljanak mellé egy-egy nehezebb szituációban, illetve töltsenek egymással minőségi időt.

Második hipotézisem is bizonyítást nyert, mivel eredményeim alapján a párok stresszel való közös megküzdésének különböző aspektusai hatással vannak arra, hogy a felek külön-külön milyen énképpel rendelkeznek saját magukról, mennyire hisznek önmagukban és képességeikben. Ahogyan az Sági (2015) írásából is kiderül, minden ember rendelkezik alapönbecsüléssel, amely

születésétől kezdve elsősorban gyermekkorban épül. Ezt egészíti ki a feltételes (kiérdemelt) önbecsülés, amelyet az egyén társas környezetéből érkező visszajelzések formálnak. A kompetenciaalapú kiérdemelt önbecsülést az határozza meg, hogy a személy mennyire találja magát alkalmasnak és képesnek arra, hogy megbirkózzon a kihívásokkal (Sági, 2015). Az elemzések azt mutatják, hogy minél több negatív megnyilatkozást tapasztal a személy a párkapcsolatában, annál ingadozóbb lesz a képességeire vonatkozó önbecsülése. A feltételes önbecsülés annak ellenére, hogy a DCI pozitív aspektusokat mérő skáláival is szignifikáns kapcsolatban áll, a negatív aspektusokkal mutat erősebb összefüggést. A kompetenciaalapú feltételes önbecsülés esetében tehát a pozitív megnyilatkozások nem rendelkeznek jelentős kompenzáló erővel. A feltételes önbecsülés kapcsolatalapú faktora és a diádikus megküzdés minősége is összefügg egymással. Ebben az esetben is a negatív tendenciák érvényesülnek erősebben, így a pozitív aspektusok valódi kompenzáló ereje elveszik. A párkapcsolat működését romboló magatartásformák az affiliációs önbecsülésre sincsenek jó hatással, bizonytalanná teszik az egyént elsősorban a párértékével kapcsolatban. Ha valaki úgy érzi, hogy nem érdemel figyelmet, nem tud a párjának megbízható támasza lenni, akkor csökken az alapönbecsülése és egyre inkább mások véleményétől függően definiálja önmagát.

Az alapvető pszichológiai szükségleteinek kielégítése társas térben, az interperszonális folyamatok során történik (La Guardia et al., 2000), így nem meglepő, hogy a partnerrel közös, stresszel való megküzdés minősége összefügg a kielégítettség érzésével, amely összefüggés alátámasztja harmadik hipotézisemet. Amennyiben ez a megküzdési folyamat hatékony, a felek jól érzik magukat a kapcsolatunkban, és más emberekkel is könnyebben alakítanak ki jó viszonyt. Amennyiben a pár tagjai megfelelő módon segítik egymást a nehéz helyzetekben, támogatják párjukat és hisznek benne, akkor maga a személy is hinni fog önmagában és kompetensnek látja magát az akadályok legyőzésében. Az autonómia szükségletét egy olyan támogató partner tudja kielégíteni, aki úgy nyújt segítséget, hogy közben nem „fojtja meg” a másikat, nem vállalja át sem a döntést, sem a felelősséget a választott megoldásért, hanem hagyja, hogy a párja meghozza saját döntéseit. Továbbá ezen szükségletek kielégítettségében fontos aspektus a saját segítő viselkedés, hiszen a másiknak nyújtott megfelelő támogatásból magának a segítséget nyújtó félnek is öröme származik, illetve kompetensnek érezheti magát, ha jól tud segíteni párjának.

A partner részéről érkező negatív, elutasító viselkedés a másik fél énhatékonyság érzését csökkenti. Ugyanakkor a negativitás hatását elnyomva, protektív tényezőkként jelennek meg a párkapcsolat pozitív aspektusai, ugyanis erősebb összefüggést mutatnak az észlelt énhatékonysággal, mint a negatívak. A vizsgálatban mutatkozó legerősebb faktor a Saját átvállalt megküzdés nevű skála volt, azaz meghatározó, hogy az egyén mennyire látja hatékonynak a párjának nyújtott saját támogatását, segítségét, mennyire tudja megkönnyíteni a partnere nehéz helyzetét. Ha azt éli meg, hogy párja számára a megfelelő segítséget jelentette a kritikus helyzetben, akkor erősödik benne az az érzés, hogy más helyzetben is a körülményeknek megfelelően tud helytállni. Ezzel az

eredménnyel a negyedik hipotézisem is igazolást nyert.

ÖSSZEGZÉS

Jelen dolgozatom eredményei megerősítik a diádikus coping jelentős szerepét a párkapcsolatok alakulásában, amely az interperszonális helyzetekben lezajló kommunikáció, illetve a társas támogatás folyamatain keresztül mutatkozik meg. Mivel a stressz elkerülhetetlen része az életünknek, ráadásul társas térben lezajló folyamat, így a páros megküzdés vizsgálata létfontosságú (Bodenmann, 1997; Bodenmann & Randall, 2017). Minél jobb minőségű megküzdésre képesek a párok együtt, annál nagyobb esélyük van kialakítani és fenntartani a magas szintű elégedettséget egy stabil párkapcsolatban (Bodenmann, 2005). A páros megküzdés központi szerepének lényege az alábbi mondattal kifejezően összegezhető: „A megfelelő megküzdési stratégiák alkalmazása által a stresszel való megküzdés képességének elsajátítása elengedhetetlen a párkapcsolati elégedettség megéléséhez és fenntartásához.” (Kozékiné, 2014, 51.o.). Emellett kirajzolódott az is, hogy a diádikus coping minőségének nem csak a párkapcsolatra irányuló érzésekre van kihatása, hanem a felek egyéni lelki világára egyaránt. A megfelelő megküzdési stratégiák ugyanis hozzájárulnak ahhoz, hogy az egyén feltételes önbecsülése kevésbé érvényesüljön viselkedésében és önértékelésében. Továbbá a jó minőségű diádikus coping az alapvető pszichológiai szükségletek magasabb szintű kielégítettségével jár együtt, ráadásul az észlelt én-hatékonyság érzés megerősítésével hatékonyabbá teszi az egyén, partnerétől független, mindennapos teljesítményét.

Aki párkapcsolatát egy jól működő rendszernek tekinti, magasabb kapcsolati elégedettségről számol be. Továbbá stabil lelki egyensúllyal rendelkezik, amely annak köszönhető, hogy az alapvető igényei kielégítettek a kapcsolatában. Párja mellett érvényesíteni tudja önmagát, tehát rendelkezik autonómiával. Hatékonyan képes a párjának segítséget nyújtani, így kompetensnek látja magát a mindennapok során. Ő maga is kielégítő támogatást, segítséget kap párjától, tehát tudja, hogy a nehéz helyzetekben sincs egyedül. Egy jól funkcionáló párkapcsolatban élő ember megfelelő mértékű önbizalommal, reális énképpel és önálló, stabil személyiséggel rendelkezik, amely rezilienssé teszi a negatív hatásokkal szemben. Tulajdonképpen egy egészséges alapvető önbecsülést tudhat magáénak.

Összefoglalva az elvégzett elemzésekből levont következtetéseket úgy gondolom, hogy a kutatás fontos eredményeket hozott, hiszen magyar mintával dolgozott egy olyan témában, amely hazánkban kevésbé kutatott kérdéskörnek számít. Ezen felül olyan összefüggésekre mutatott rá, amelyekből kiindulva akár új párterápiás módszerek is kidolgozhatóak, de legalábbis új aspektusok emelhetőek be a már meglévő párterápiás módszerekbe. Mindenesetre felhívta a figyelmet arra, hogy az élet számos területére kihatással van az, hogy a párok milyen eszközökkel kezelik az őket érő stresszt, milyen minőségben állnak a párjuk mellett a nehéz helyzetekben, és az alkalmazott technikáik összességében

milyen hatékonysággal működnek, azaz adaptív problémamegoldást tesznek lehetővé vagy sem. A megküzdési stratégiák pedig fejleszthetők, a repertoár bővíthető, így érdemes foglalkozni a témával a gyakorlati pszichológia keretein belül egyaránt.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Benjamini, Y., & Hochberg, Y. (1995). Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *Journal of the Royal statistical society: series B (Methodological)*, 57(1), 289-300.
- Bodenmann, G. (1997). Dyadic coping—a systematic-transactional view of stress and coping among couples: Theory and empirical findings. *European Review of Applied Psychology*, 47(2), 137-140.
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In: Reveson, T. A., Kayser, K. & Bodenmann, G. (Eds.). *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping*. Washington, DC: American Psychological Association. 33-49.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551-569.
- Bodenmann, G., & Randall, A. K. (2012). Common Factors in the Enhancement of Dyadic Coping. *Behavior Therapy*, 43(1), 88-98.
- Bodenmann, G., & Randall, A. K. (2017). Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current Opinion in Psychology*, 13, 96-106.
- Brunstein, J. C., Dangelmayer, G., & Schultheiss, O. C. (1996). Personal goals and social support in close relationships: Effects on relationship mood and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(5), 1006-1019.
- Cramer, D. (2003). Facilitativeness, conflict, demand for approval, self-esteem, and satisfaction with romantic relationships. *The Journal of psychology*, 137(1), 85-98.
- Durbin, J. (1957). Testing for serial correlation in systems of simultaneous regression equations. *Biometrika*, 44(3/4), 370-377.
- Falconier, M., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 42, 28-46.
- Folkman S, Lazarus RS. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*; 21, 219-39.
- Kaplan, M., & Maddux, J. E. (2002). Goals and marital satisfaction: Perceived support for personal goals and collective efficacy for collective goals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21(2), 157-164.
- Kiss E. Cs. (2012). A személyiség pozitív erőforrásai. In: Gy. Kiss E. és Polyák L. (Szerk.). *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők*

- szerepe a rehabilitációs munkában. Budapest: Oriold és Társa Kiadó.
- Kozékiné H. Zs. (2014). *A párkapcsolati elégedettség vizsgálata rendszerszemléleti keretben*. Doktori (PhD) Disszertáció. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E., & Deci, E. L. (2000). Within-Person Variation in Security of Attachment: A Self-Determination Theory Perspective on Attachment, Need Fulfillment, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(3), 367-384.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5), 439-457.
- Makó H. és Kiss E. Cs. (2013). Párkapcsolat és egészség a stressz és coping vonatkozásában. In: Kiss E. Cs. és Polyák L. (Szerk.). *Sztómaterápiás eszközök befolyása az életminőségre, életvitelre és a lelki ellenálló képesség tényezői*. ILCO Konferencia 2012. Konferenciakötet.
- Martos T., Sallay V., Nistor, M., és Józsa P. (2012). Párkapcsolati megküzdés és jóllét-a Páros Megküzdés Kérdőív magyar változata. *Psychiatria Hungarica*, 27, 446-458.
- Martos T., Sallay V., Szabó T., Lakatos Cs., és Tóth-Vajna R. (2014). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 245-258.
- Nistor, M., Martos T., & Molnár P. (2013). „I just want you to care of me!” The effects of attachment and family patterns on dyadic coping. In: Rákó E. & Szabó Gy. (Eds.) *The training of social professionals in both sides of the border*. 150-158.
- Sági A. (2015). A Feltételes Önbecsülés Skála (CSES-H) magyar változatának validálása és pszichometriai jellemzői. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(4), 787-805.
- Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2009). The role of stress on close relationships and marital satisfaction. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 105-115.
- Razak, S. N. F. A., Hoesni, S. M., Zakaria, E., & Ismail, R. (2015). The Role of Dyadic Coping to Marital Quality-The Conceptual Paper. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 211, 911-916.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 654-678.

A SZINGLI NŐK TÁRSADALMI MEGÍTÉLÉSE

Tóth Noémi

PPKE BTK Pszichológiai Intézet, noemitoth24@gmail.com

Kutatásom a szingli nők társadalmi megítélését vizsgálja, fókuszában a szociális reprezentáció, a szinglikkel szembeni sztereotípiák és a szociális dominancia orientáció elemzése áll. Az eredményeket a nem és a kapcsolati státusz tekintetében értelmeztük. Keresztmetszeti elrendezésű kérdőíves kutatásunkban 540 vizsgálati személy (M=25,47 év, SD=8,45) vett részt. Az eszközöket a *A Szingli Személyek Negatív Sztereotipizálása Skála* (NSSP), a *Szociális Dominancia Orientáció Skála* (SDO7), illetve szociális reprezentáció vizsgálat alkotta. Az eredmények szerint a nemek elkülönülnek a szociális reprezentációk, a negatív sztereotípiák és a szociális dominancia orientáció szempontjából egyaránt. A férfiak esetében több negatív jelentésű, a nők esetében több pozitív jelentésű kifejezés jelenik meg. A férfiakat illetően inkább jellemző az sztereotip gondolkodás és a szociális dominancia orientáció. A kapcsolati státusz szintén összefügg a sztereotip gondolkodással. Az elkötelezett kapcsolatban élőkre jellemzőbb az előítéletesség. A szinglikkel szembeni sztereotípiák szignifikánsan korrelál a szociális dominancia orientációval.

Kulcsszavak: Szingliség, szociális reprezentáció, sztereotípiák, igazságos világba vetett hit, a házasság ideológiája

Köszönetnyilvánítás: Köszönettel tartozom Kővágó Pál Lajosnak a dolgozat elkészítésében nyújtott segítségéért, szakmai meglátásaiért.

A „singlism” fogalma szerint a társadalomban egyedülállóként résztvevő egyének sztereotípiája, előítélet és diszkrimináció célpontjai, áldozatai (DePaulo és Morris, 2005). A szinglik stigmatizációjára már a definíció megfogalmazása felhívja a figyelmet, hiszen a fogalmat az alapján alkották, hogy mi nem jellemző a populációra, illetve amivel nem rendelkeznek; nem házasok. A jelenség magyarázatakor jogi és társadalmi definíció különböztethető meg. A jogi fogalom szerint az egyedülállók nem házasságban élő személyek, míg a társadalmi szerint olyan egyének, akik nem élnek komoly párkapcsolatban (DePaulo és Morris, 2005). Az elmúlt években a kutatók a „socially single”¹ kifejezést igyekeztek használni, vagyis arra voltak kíváncsiak, hogy az egyén romantikus kapcsolatban van-e valakivel (DePaulo és Morris, 2006).

Az egyedülálló populáció aránya folyamatosan növekszik, különösen a világ nyugati felén. Míg 1976-ban 37,4 százalék vallotta magát egyedülállónak az USA-ban, addig 2014-ben ez a szám 50,2 százalékra gyarapodott (Slonim, Gur-Yaish és Katz, 2015). Érdekes továbbá, hogy DePaulo és Morris (2005) eredményei szerint, egy amerikai felnőtt átlagosan már több időt tölt szingliként, mint házasságban.

Az 1. táblázatban a házasságban élő és az egyedülálló egyének aránya látható 1970 és 2002 között, az Egyesült Államokban. Míg 1970-ben a populáció 71,7%-a házasságban élt, és csak 16,2 %-a volt szingli, addig 2002-ben ez az arány 58,9% és 24,4% volt (DePaulo és Morris, 2005).

Év	Össz.	Házás	Szingli	A szingliség típusai		
				Mindig szingli	Özvegy	Elvált
2002	209,3	123,2 (58,9%)	86,0 (41,1%)	51,1 (24,4%)	14,0 (6,7%)	20,9 (10%)
2000	201,9	120,1 (59,5%)	48,2 (23,8%)	48,2 (23,9%)	13,7 (6,8%)	19,8 (9,8%)
1990	181,8	112,6 (61,9%)	40,4 (22,2%)	40,4 (22,2%)	13,8 (7,6%)	15,1 (8,3%)
1980	159,5	104,6 (65,5%)	32,3 (20,3%)	32,3 (20,3%)	12,7 (8,0%)	9,9 (6,2%)
1970	132,5	95,0 (71,7%)	21,4 (16,2%)	21,4 (16,2%)	11,8 (8,9%)	4,3 (3,2%)

1. táblázat: A házasságban élő és az egyedülálló egyének aránya 1970-től 2002-ig (a táblázat forrása: DePaulo és Morris, 2005).

Ugyanakkor DePaulo és Morris (2005) szerint a házasság és a család ideológia markánsan jelen van az amerikai társadalomban. Ez az ideológia előír egy normatív életutat, amelyre a „párokba rendeződés” (coupling), a szülővé válás és a nukleáris család jellemző. Ez az út nem csak egyfajta lehetőség, hanem az egyetlen jó megoldásként van jelen, amelynek követése tiszteletet érdemel és jóérzéssel töltheti el a csoport tagjait. Az ideológia megkérdőjelezhetetlen és észrevétlen, hiszen szinte „mindenki szeretne házasságot kötni (DePaulo és Morris, 2005).

Jelen dolgozat célja a szingli nőkkel kapcsolatos szociális reprezentációk és sztereotípiák feltérképezése és elemzése.

¹ Jelentése: szociális szingliség (saját fordítás)

A különböző kultúrák, csoportok és egyének számára a társadalmi valóságot a szociális reprezentációk képviselik (László, 1999), amely módszer ideális információgyűjtésre, hiszen nem szab határt a vizsgált csoportok asszociációinak. Moscovici definíciója szerint egy sokoldalú koncepció, egyfajta érték-, eszme- és képzetrendszer, amely egyszerre kognitív és szociális folyamat (Bidjari, 2011). A szociális reprezentációk az egymásra ható mindennapi tapasztalatokból, illetve a kommunikációból (például az informális vagy a média kommunikációjából) jönnek létre. Segítségével koherenssé válik a gondolkodásunk, elképzeléseink, hiedelmeink, illetve könnyedén hozunk létre az asszociatív kapcsolatokat (Bidjari, 2011). A szociális reprezentációk kettős funkciót töltenek be, hiszen létrehozzák azt a rendet, ami képessé teszi az egyéneket, hogy tárgyi és szociális világukban eligazodjanak, emellett lehetővé teszik a kommunikációt azáltal, hogy biztosítják a társas érintkezés kódját.

Morris, DePaulo, Hertel és Ritter 2004-es kutatásában egyetemi hallgatók szedték listába azokat a jelzőket, amelyek eszükbe jutottak akkor, amikor házast, illetve szingli egyéneket mutattak be a számukra. A házast esetében gyakran megjelenő jelző volt például a boldog, a kedves, a stabil, a gondoskodó, a hűséges, a kompromisszumra hajló, illetve a megbízható. Ezzel ellentétben a szingliket illetően a magányos, félénk/szégyenlős/bátortalan, boldogtalan, bizonytalan, makacs/rugalmatlan, gyakran flörtölő, partnert kereső, független, illetve társaságkedvelő/barátságos/szórakoztató szavak kerültek a listába. A kísérlet következő két részében a párkapcsolatban élő személyeket kedvezőbben ítélték meg, mint a szingliként leírt személyeket. Pozitív ítéletet kaptak azok is, akik korábban már éltek párkapcsolatban azokhoz viszonyítva, akik még nem rendelkeztek kapcsolattal. Jellemzően inkább az egocentrikus, az önző és a karrier iránt elkötelezett jelzők jutattak az értékelők eszébe az egyedülálló személyek megítélése kapcsán (Morris, DePaulo, Hertel és Ritter 2004). Egy hasonló kísérlet során Conley és Collins (2002) eredményei azt mutatták, hogy a kitöltők valószínűbbnek találták, hogy szexuális úton terjedő betegséget vagy HIV vírust hordoznak annak ellenére, hogy a két csoport szexuális viselkedését ugyanúgy mutatták be (Conley és Collins, 2002).

A házasságban élők abban az esetben is kedvezőbb ítéletet kaptak, ha a házasság sikertelennek bizonyult; Inkább szociálisnak és vonzónak ítélték az elvált csoportot az egyedülállókhoz szemben (Etaugh és Malstrom 1981). A váláson átesett felnőttek megítélése tehát kevésbé negatív a szinglikéhez képest, hiszen a későbbi kudarc ellenére az életfeladatot teljesítették (DePaulo és Morris, 2005).

Morris, Sinclair és DePaulo (2007) a mindennapi helyzetekben megjelenő diszkriminációra és annak észrevétlen megjelenésére hívták fel a figyelmet tanulmányukban. Az eredmények szerint a kísérletben résztvevők sokkal inkább bérbe adták volna a lakásukat házaspároknak, szemben egyedülálló férfiakkal vagy nővel, együtt élő párokkal vagy együtt élő ellenkező nemű barátokkal annak ellenére, hogy a releváns demográfiai adatok megegyeztek. Ebben az esetben is megjelentek bizonyos előítéletek, amelyek szerint az egyedülálló személyek jellemzően kötelességmulasztók, kevésbé felelősségteljesek vagy érettek. Azonban az elutasításnak nem minden esetben lehetett oka előítélet,

mert a szingli nőket és a hosszú ideje együtt élő párokat nem értékelték delikvensként. A házasság és a család ideológiája következtében megjelenő implicit attitűdök vezethették őket a családi állapoton alapuló döntésben. A résztvevők a kísérlet utolsó részében azonban nem azonosították diszkriminációként a szinglikkel szembeni eltérő bánásmódot, illetve maguk az egyedülálló személyek is legitimnek gondolták az elutasítást (Morris, Sinclair és DePaulo, 2007).

A fentieket alátámasztják Morris (2004) adatai is. A kutatásban résztvevőknek a következő kérdést tette fel: „Vannak olyan társadalmi csoportok a kultúránkban, amelyek negatív sztereotípa vagy diszkrimináció célpontjai? Esetleg Ön egy ilyen csoportba tartozik?” A kérdésre az afroamerikai alanyok 74%-a válaszolt igennel, míg a szingli válaszadók körében 4% volt az arány (Morris, 2004). Ennek magyarázata lehet, hogy a rengeteg alkategória miatt (elvált, özvegy, egyedülálló, együtt élő, de nem házas) nem teljesül a diszkrimináció feltételeként leírható „csoportalapúság”. Továbbá a családi állapot nem mindig tartósan fennálló státusz, változtatható. A kutatás felveti, hogy érdemes lenne úgy megvizsgálni a kérdést, hogy a résztvevők tudatában legyenek annak a ténynek, hogy egy átlagos amerikai mai több évet tölt szingliként, mint házasságban élve (Morris, Sinclair és DePaulo, 2007).

Azon stigma, amely az egyedülálló személyeket érinti, különbözik a többi stigmától. Különböző életkorokhoz kötött normák bizonyos életfeladatokhoz kapcsolódnak úgy, mint a házasságkötés vagy a gyermekvállalás, így ezekbe a stigmákba „bele lehet nőni” a „kijelölt” életkort betöltésekor (DePaulo és Morris, 2005).

A szingli nők a kulturális percepció szerint házasságban élő társaikhoz képest gyorsabban öregednek, amely szemlélhető gender alapú, heteronormatív folyamatként. A szingliségről való értekezés alapvető paramétere az életkor, hiszen az életkor és a család olyan szimbolikus jelentést hordoznak, amely segítségével a nők meghatározzák, kifejezik, illetve mások felé meghatározzák önmagukat (Lahad és Hazan, 2014).

A „túl válogató nő” gyakran használt fogalom a szingliség kapcsán manapság. A válogatás fogalma alapvetően önállósággal, függetlenséggel, magabiztos pozícióval társul, azonban az üzenete megváltozik, amint a nők belépnek a harmincas éveikbe, amelyet a házasságkötés normatív időszakának tartanak. Ekkor már sürgető figyelmeztetésként értelmezendő, amely szerint magányosságot, izolációt eredményezhet az a tény, hogy valaki nem állapodott meg (Lahad, 2013).

Lahad (2012) szociológiai tanulmányában a várakozást és az idő szociológiáját elemzi. Megfigyelhetjük, hogyan vette át a hatalmat életünk felett a naptár, és ahogyan mértékegységekkel ruházzuk fel társadalmunkat sokszor elfelejtve, hogy az idő egy ember által létrehozott fogalom, amely jelentés ad a mindennapoknak. Ebben a társadalmi kontextusban értelmezhető a várakozás is, amelyet általában igyekszünk minimalizálni vagy teljesen kiiktatni. Szemlélhető az idő emellett a hatalom felosztásának perspektívájából is, hiszen a várakozók ideje és társadalmi értéke kevésbé minősül fontosnak azokéhoz képest,

akikre várakoznak. Fontos megemlíteni azt is, hogy ez a várakozás életkor függő, hiszen a szingli életforma másképpen értékelendő 25, 35 vagy 45 éves életkorban. A korábbi szakaszokban a szingli nő várakozása tekinthető pozitívnak, romantikusnak, viszont a státusz tartósságával megjelenik a félelem, az aggodalom és a bizonytalanság. A szingliség alapjaiban különbözik más bizonytalan helyzetektől, ugyanis általában tudjuk, hogy mikor remélhetünk választ és ennek megfelelően tervezhetünk. Ezzel szemben a szingli egyén helyzete bizonytalan, és meghatározhatatlan, hogy mikor érkezik a várakozásának végéhez (Lahad, 2012).

Különböző kutatások léteznek arra vonatkozóan, hogy a házasság és a boldogság (Glenn és Weaver, 1979), illetve a házasság és a jól-lét (Haring-Hidore, Stock, Okun és Witter, 1985) között pozitív kapcsolat van. Vajon a házasságban élők valóban boldogabbak? Ezt a kérdést tette fel egy 2006-os tanulmány (DePaulo és Morris, 2006). Metaanalitikus munkájukban egy 15 éven át folytatott longitudinális kutatást idéznek (Lucas, Clark, Georgellis, & Diener, 2003, idézi: DePaulo és Morris, 2005), amelyben több ezer résztvevő boldogságérzetét évente vizsgálták. Az adatgyűjtés során elemezhetővé váltak a 15 év alatt bekövetkező változások a kapcsolati státuszban (házasságkötés, válás) és a boldogságérzetben. A tesztfelvétel idején a házasságban élők valóban magasabb pontszámot értek a különböző skálákon, azonban a legnagyobb különbség a pillanatnyilag házasok és a korábban házasok között, a legkisebb pedig a jelenleg házasok és az életük során mindig szingli egyének között volt. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy a házasságkötés és a házasságban maradás teszi az embereket boldogabbá. A házasságkötés évében növekvő boldogságérzet végül visszatér arra a szintre, amelyen a házasságkötés előtt volt jellemző. Válás vagy megözvegyülés esetén viszont a boldogságérzet a házasságkötés előtt elért szint alá csökken. Hasonló tendencia jellemző az egészségre. A szinglik hasonlóan egészségesek (vagy csupán kicsit kevésbé egészségesek) a házasokhoz viszonyítva, míg azok, akiknek családi állapota valami miatt megváltozik, hátrányba kerülnek. A házasságkötés tehát nem teszi az embereket tartósan boldogabbá vagy egészségesebbé. Lucas és mtsai (2003) kiemelik, hogy sokkal inkább az egyének közti sokszínűsége érdemes helyezni a hangsúlyt a boldogság mintázatainak változásában.

Milyen üzeneteket közvetít a szingli nők megjelenítése a különböző önségítő könyvekben és a médiákban? Azért is fontos ezen üzenetek detektálása, mert a nők által ezek egyszerűen internalizálhatók. Kutatásukban kvalitatív tartalomelemzés módszerével nyolc szingli nőt megcélzó önségítő könyvet elemeztek, amelyek 2002 és 2007 között jelentek meg. Az írások a kielégítő szingli életformáról és identitásról ígértek információt, és nagy számban keltek el (Koeing, Zimmerman, Haddock és Banning, 2010). A cikk szerzői az adatok elemzését követően hat csoportot különítettek el.

1. Az első üzenet a „szingliség mint az élet pozitív aspektusa”, amelyben fontos szerepet kap a saját időbeosztás, a szexuális élet, a külső szabadsága, annak a lehetősége, hogy önmagára figyeljen, a saját boldogságának felelőssége és a fejlesztendő identitás.

2. A következő üzenet a „szingli nők kapcsán megjelenő sztereotípiák”, hogy mások által nem tűnnek teljesnek, jól működőnek, illetve szó esik a „vad szinglikről” is, akikre jellemző az extrovertált személyiség, a rengeteg randi, érdeklődés a divat iránt és a szórakoztató egyéniség. Több könyvben írtak az „unalmas szingli” kategóriájáról is, aki lusta, boldogtalan és az életéről panaszkodik a körülötte élőknek, illetve arról a sztereotípiáról, hogy inkább romantikus kapcsolatban élne szívesen (Koeing et al., 2010).

3. A harmadik üzenet az a „médiá által festett kép” volt, amelyben gyakori például a szocializáció kérdésének firtatása, vagyis hogy a fiatal nők hite szerint, a házasság a kulcs a boldogsághoz. Emellett gyakori például a Bridget Jones naplója, illetve a Szex és New York című sorozatok idézése.

4. A negyedik üzenet fókuszja a „nehézségek az egyedüllétben”. Ez kiemeli a ketyegő biológiai órát, a magánytól való félelmet, az ünnepek alatt megjelenő érzéseket (például Valentin napon vagy karácsonykor), a szülőktől és barátoktól érkező nyomást arra vonatkozóan, hogy elköteleződjenek, illetve azokat a tippeket, tanácsokat, hogyan legyenek boldogok.

5. Az ötödik üzenet a „szingliség észlelt okára” vonatkozik, és kiemeli a külsőt és bizonyos személyiségvonásokat, vagy éppen azt, hogy valaki választotta ezt az életmódot, hiszen a könyvek gyakran hangsúlyozzák, hogy az egyedüllét jobb, mint egy rossz kapcsolat. Ezek mellett az élet más aspektusára irányuló figyelem is lehet az egyedüllét oka (például karrier).

6. Utolsóként a „szingliség és egyedüllét kommentálása, fejtegetése” jellegű üzenetet különítették el. Itt a házasság és a szingli életmód közötti párhuzamok, a szingliség természetessége, az egyensúly az egyedüllét és az emberi kapcsolatok, illetve a definíciós nehézségek kerülnek a fókuszba.

A bemutatott szakirodalmakban tehát az egyedülálló létforma terjedése mellett a szinglikkel szembeni sztereotípiák és előítéletek jelentek meg. A család és a házasság ideológiája normatív állapotot képviseli, míg a szingliség egyfajta hiányállapotként jelenik meg, amely igen különböző elképzeléseket, hiedelmeket mozgósít. A továbbiakban idézett kutatások szociálpszichológiai jelenségek segítségével magyarázzák a jelenség kapcsán tapasztalt ellentmondásokat.

A negatív sztereotípiák háttere az igazságos világba vetett hit és az attribúciós elmélet szerint

Vajon mi lehet az oka a korábban bemutatott negatív reakcióknak a szingliség kapcsán? Slonim, Gur-Yaish és Katz (2015) cikkükben erre keresték a választ a „single by choice”² és a „single by circumstance”³ csoportok elkülönítésével. Az igazságos világba vetett hit elmélete szerint motiváltak vagyunk arra, hogy igazoljuk és racionalizáljuk a létező társadalmi, gazdasági, illetve politikai struktúrákat azzal, hogy a fennálló rendszert (status quot) fairnek, legitimnek ismerjük el. Ezek a hiedelmek segítenek csökkenteni a bizonytalanságot és

² Jelentése: Választott szingliség (saját fordítás)

³ Jelentése: A körülmények miatti szingliség (saját fordítás)

elkerülni a fenyegető szituációkat (Jost és Hunyady, 2002). Ezek alapján feltételezhető, hogy azok a szinglik, akik választották ezt az életmódot, és ezzel elutasítják a status quot, defenzív reakciókat válthatnak ki, például negatív sztereotípiát. Ezzel kapcsolatban azt találták, hogyha az igazságos világba vetett hit motivációja középpontba kerül, az hajlamosít arra, hogy a saját romantikus kapcsolattal való identifikáció növekedjen. Fontos lesz az, ahogyan a dolgoknak történnie/lennie kell(ene). A „választott szingliség” esetében amiatt jelenhet meg erősebb negatív sztereotípiá, hogy nem osztoznak a kulturális hiedelmekben a párban élés és a házasság fontosságáról és így fenyegetik a status quo folyamatosságát (Slonim, Gur-Yaish és Katz, 2015).

Weiner attribúciós elmélete (1986) szerint, amikor szokatlan, negatív vagy elfogadhatatlan jelenséget ítélünk meg, okot próbálunk társítani a szituációhoz, amely pedig hatással van az érzelmeinkre. Ha a helyzet kontrolláltnak ítélt, vagyis egy döntés következménye, a megjelenő érzelm a harag. Azonban, ha kontrollálhatatlan, az átélt domináns érzelm a szimpátia (Weiner, 1986). A szerzők feltételezése, hogy különböző típusú sztereotípiák jelennek meg a választott és a nem választott szingliség esetében. A bemutatott elméletek alapján alakult ki a feltételezés, amely szerint azon egyedülálló személyek helyzete, akik nem szeretnék egyedül maradni kellemetlen, nem kívánt szituáció, amely a jövőben megváltozhat. Ezen személyek esetében szimpátia jelenik meg, amely csökkenti a negatív sztereotípiákat. Ezzel ellentétben a „választott szingliség” állapotában az egyén aláássa a megalapozott családi értékeket, így „abnormális”, „más” és „fenyegető” címkéket kap. A megjelenő harag pedig megalapozza a negatív sztereotípiákat. A negatív jellemzők mellé azonban a siker és a nagyobb hatalom/potenciál társul az asszociációk tekintetében (Slonim, Gur-Yaish és Katz, 2015).

Day és munkatársai (Day, Kay, Holmes és Napier, 2011) munkájukban azt a kérdést tették fel, hogy vajon az igazságos világba vetett hit motívumának aktivációjakor növekedik-e az elkötelezett kapcsolatok ideológiájának védelme. A kutatásban a University of Waterloo 98 diákja vett részt (54 nő és 42 férfi), akik közül 49-en nem éltek párkapcsolatban. A manipuláció során a résztvevők vagy az igazságos világba vetett hit rendszerének kifejezett fenyegetését tapasztalták azáltal, hogy olyan cikket olvastak, amelyben egy társadalmi csoport igazságtalan diszkriminációját taglalták; vagy éppen nem tapasztaltak fenyegetettséget, hiszen a cikk a diszkrimináció hiányáról szólt. A kísérlet következő részében egy kutatás beszámolójáról kellett véleményt formálniuk, amely vagy támogatta, vagy pedig ellenezte az elkötelezett kapcsolatok ideáját. A résztvevőket arra kérték, hogy szedjék listába azokat az okokat, amelyek szerintük nem megfelelően támasztották alá a levont következtetéseket. Bármennyi okot összeszedhettek, de arra is lehetőségük volt, hogy egyetlen egyet se listázzanak. Az eredmények szerint valóban jellemzőbben jelenik meg kritikai értékelés az elkötelezett kapcsolati ideológia megkérdőjelezése esetében akkor, amikor aktív az igazságos világba vetett hit motivációja, azonban csak férfiak esetében. A megnövekvő kritikai szemlélet csak abban az esetben jelentkezett, amikor a hagyományos párkapcsolati normákat kérdőjelezték meg.

Szociális dominancia orientáció

Pratto, Sidanius, Stallworth és Malle (1994) vezették be a szociális dominancia fogalmát a társadalmi egyenlőtlenség és a dominanciaharc jelenlétének magyarázatára. A társadalomban megtalálható rétegződés következtében a szociális csoportok eltérően részesednek a hatalomból és különböző erőforrásokból, amelyet konszenzuálisan elfogadott ideológiákkal igazolnak. Ezen csoportközi viszonyok támogatásában azonban egyéni eltérések mutatkoznak. A jelenség segítségével kiderül mennyire várja valaki saját csoportjának dominanciáját, mennyire ért egyet a csoportok közötti hierarchikus viszonnal, egyenlőséggel, egyenlőtlenséggel (Faragó és Kende, 2017).

A szociális dominancia orientáció alkalmas számos társadalmi jelenség vizsgálatára, magyarázatára. Többek között a magas SDO pontszámot elérő személyekre nem jellemző az emberi jogok, női jogok, illetve a homoszexuális egyének jogainak pártolása. Továbbá összefügg például az igazságos világba vetett hittel, konzervativizmussal, előítéletességgel (Faragó és Kende, 2017).

Kutatási hipotézisek

H1. Különbséget várok a férfiak és a nők szociális reprezentációi között. A férfiak esetében több negatív jelentésű, a nők esetében több pozitív jelentésű kifejezés jelenik meg (Day és mtsai, 2011).

H2. Különbséget várok a férfiak és a nők szinglikkel szembeni előítéletessége és szociális dominanciája között. A férfiak esetében azt várom, hogy inkább jellemző az sztereotip gondolkodás és a szociális dominancia orientáció (Day és mtsai, 2011).

H3. Különbséget várok a különböző kapcsolati státusszal rendelkezők szinglikkel szembeni előítéletessége között. Az elkötelezett kapcsolatban élő megítélők esetében azt várom, hogy jellemzőbb az előítéletesség (Day, 2016).

H4. Azt várom, hogy a szinglikkel szembeni sztereotípiák szignifikánsan korrelál a szociális dominancia orientációval.

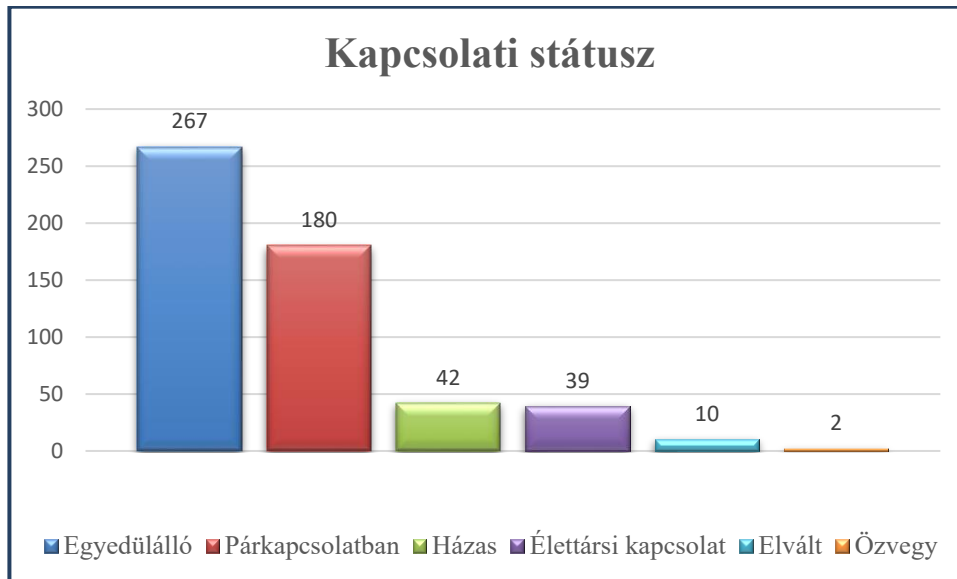
MÓDSZEREK

Résztvevők

Az adatgyűjtés kényelmi mintavétel alkalmazásával történt. A létrehozott kérdőívcsomag a „Google Űrlapok” segítségével készült el, majd a Facebook.com közösségi oldalon jelent meg különböző csoportokban. A vizsgálatban 540 kitöltő vett részt (max-min=18-64 év, M=25,47 év, SD=8,45). A nemek arányát tekintve 418 nő és 122 férfi töltötte ki a kérdőívcsomagot.

Az alábbi táblázatban a kapcsolati státusz szerinti megoszlás látható. 267 fő egyedülálló (49,44%), 180 fő párkapcsolatban él (33,33%), 42 fő házas (7,77%), 39

fő élettársi kapcsolatban él (7,22%), 10 fő elvált (1,85%) és 2 fő özvegy (0,37%). A kitöltők önmagukat sorolták be a lenti kategóriák egyikébe.



1. ábra: A minta eloszlása kapcsolati státusz szempontjából.

Vizsgálati eszközök és eljárás

A résztvevők Google űrlap segítségével létrehozott kérdőívcsomagot töltöttek ki. A kérdőívcsomag első részében a vizsgálati személyek az alapvető demográfiai adatokon (nem, kor, iskolai végzettség, lakóhely) túl a kapcsolati státuszt érintő kérdésekre is választ adtak.

Ezt követte a szociális reprezentáció vizsgálata. A „szingli nő” kifejezés kapcsán soroltak fel öt tulajdonságot a következő instrukcióra: „Kérem, hogy írja le az első 5 tulajdonságot, amely eszébe jut a következő kifejezést olvasva! *Szingli nő*”

A *Szingli Személyek Negatív Sztereotipizálása Skála* (The Negative Stereotyping of Single Persons Scale, NSSP, Pignotti és Abell, 2009) egy három dimenziós, önbeszámolón alapuló, hét fokú Likert-skálás mérőeszköz. Az általa mért dimenziók a *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett*, a *Szingliség észlelt következményei* és a *Szingliség észlelt okai*. A kérdőív 30 tételből áll, amelyek közül 2 fordított. A kérdőívnek magyar változata nem volt, így egy anglisztika szakos hallgató segítségével először magyarra fordítottam, majd ezt egy független, anglisztika szakos hallgató újra angol nyelvre fordította. Mivel eltérés nem volt tapasztalható, a kérdőív használhatóvá vált az előírt fordítási folyamatok alapján (lásd 2. melléklet).

A *Szociális Dominancia Orientáció Skála* (Social Dominance Orientation Scale, SDO, Pratto, Sidanius, Srullworth és Malle, 1994) eredeti változata több változtatáson esett át szerkezetét illetően. A ma használt bifaktoros modell (SDO7, Ho, 2015, magyar változat Faragó és Kende, 2017) az *Egyenlőség elutasítását* (SDO-E) és a *Csoportalapú dominanciát* (SDO-D) méri. Az önbeszámolón alapuló, hét

fokú Likert-skálás mérőeszköz 16 tételt tartalmaz, amelyeknek fele pozitív, fele negatív megfogalmazású. A csoportalapú dominancia célja a pozitív identitás fenntartása, kapcsolódik például a jobboldali tekintélyelvűséghez, konzervációhoz, régimódi rasszizmushoz. Az egyenlőség elutasítása rendszerigazoló funkciót tölt be, így például a gazdasági rendszer igazolásával, implicit előítéletességgel, hierarchiacsökkentő ideológiák elutasításával áll kapcsolatban (lásd 2. melléklet).

A kérdőívcsomag kitöltése körülbelül 15 percet vett igénybe.

A szociális reprezentáció vizsgálatára a QDA Miner és a Wordstat nevű programok alkalmazásával, míg a kérdőívek elemzése az SPSS segítségével került értelmezésre.

EREDMÉNYEK

A szociális reprezentáció válaszok nemek szerinti elemzése

A szociális reprezentáció asszociációs kérdésének eredményei a „wordclouds.com” online program, illetve a „WordStat” program segítségével kerültek elemzésre. Mivel jelentősen több női kitöltő adata állt rendelkezésre, az Excel randomizáló függvényével kiegyenlítettem a mintát a férfiak elemszámához igazítva, így 122 nő és 122 férfi válaszána értelmezésére kerül sor az alábbiakban.

Az alábbi szófelhő (2. ábra) a férfiak és a nők asszociációt mutatja. Látható, hogy a szógyakoriságot tekintve, hasonló mintázat rajzolódik ki a leginkább előforduló tulajdonságok tekintetében. Megállapítható, hogy míg a férfiak esetében a magányos, addig a nők esetében a független és a szabad jelzők is fontos szerepet kapnak.



2. ábra: A férfiak és a nők asszociációiból készített szófelhő.

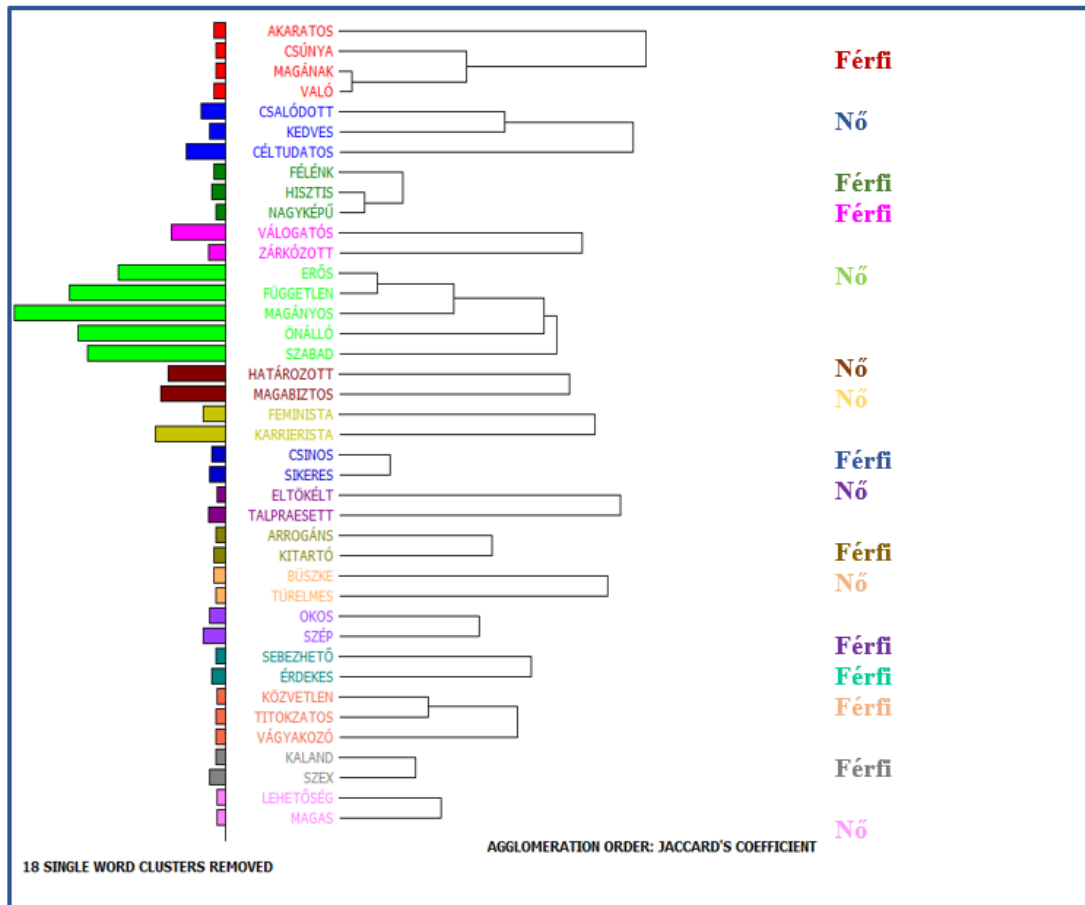
A WordStat program segítségével elvégeztem a nemek közötti szógyakoriság pontos összehasonlítását. A 2. táblázatban a gyakran előforduló szavak láthatóak, illetve azok megoszlása a nemek között, emellett pedig egy Khi négyzet próba és annak szignifikancia szintje. Szignifikáns különbség jelent meg a „Független”, „Szabad”, „Önálló”, „Erős”, „Boldog”, „Válogató”, „Bátor” és „Vonzó” szavak kapcsán.

	Férfiak	Nők	Chi négyzet	<i>p</i> (2-tailed)
Magányos	34	48	3,423	0,064
Független	17	52	24,318	0,000
Szabad	16	43	15,986	0,000
Önálló	22	37	4,863	0,027
Erős	14	31	7,698	0,006
Magabiztos	10	16	1,495	0,221
Határozott	8	16	2,884	0,089
Karrierista	15	9	1,718	0,190
Boldog	2	18	13,796	0,000
Válogató	13	4	5,199	0,023
Céltudatos	6	10	1,035	0,309
Bátor	1	7	4,601	0,032
Vonzó	8	0	8,338	0,004

2. táblázat: A gyakran előforduló szavak megoszlása a férfiak és a nők válaszai között.

A program Dendogramjának segítségével a tulajdonságok különböző klaszterekbe sorolódtak az alapján, hogy mely asszociációk tartoznak össze. Az egyes klaszterekbe sorolt szavak különböző mértékben jellemzőek a férfiakra vagy a nőkre, amely az alábbi ábrán (3. ábra) látható.

A SZINGLI NŐK MEGÍTÉLÉSE



3. ábra: A felsorolt tulajdonságok klaszterekbe sorolása és nemek közötti megoszlása.

Az első hipotézis, amely szerint a férfiak esetében több negatív jelentésű, a nők esetében több pozitív jelentésű kifejezés jelenik meg a szociális reprezentációikban, teljesült.

Az NSSP és az SDO kérdőívek nemek szerinti különbsége

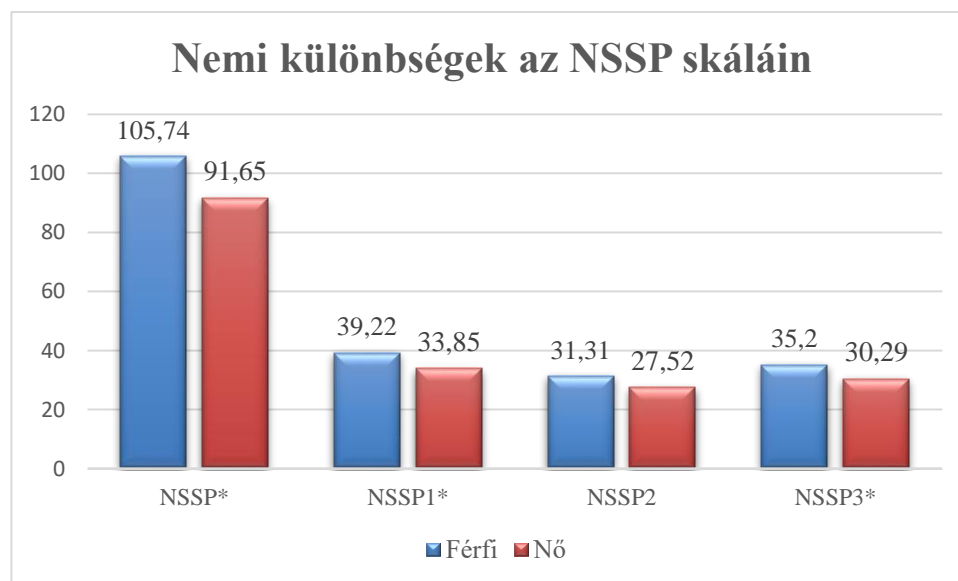
Az NSSP összesített skálája és annak 3 alszkálája és az SDO összesített skálája és annak 2 alszkálája alkotta az eszközöket a nemek szerinti elkülönítés tekintetében. Függetlenmintás t-próba segítségével értelmezem az eredményeket, amelyek az alábbi táblázatokban láthatók. Elsőként a *Szingli Személyek Negatív Sztereotipizálása Skála* eredményei kerülnek bemutatásra (3. táblázat).

	Férfi (N=122)		Nő (N=123)		t	p
	M	SD	M	SD		
NSSP	105,74	35,52	91,65	30,89	3,313	0,001
NSSP 1	39,22	14,15	33,85	11,71	3,238	0,001
NSSP 2	31,31	13,77	27,52	12,5	2,261	0,25
NSSP 3	35,2	13,21	30,29	13,35	2,895	0,004

3. táblázat: Az NSSP skálán megjelenő különbségek átlagértékei és szórása nemek szerint.

Az alábbi oszlopdiagrammon (4. ábra) a férfiak és a nők átlagértékei közötti különbség látható szemléletesebben. A csillaggal jelölt oszlopok esetében szignifikáns a különbség. Az NSSP összesített skáláján ($t(243)=3,313$ $p=0,001$ (2-tailed) $r=0,208$), illetve mindhárom dimenzió tekintetében szignifikáns a különbség a férfiak és a nők között. Szignifikáns a különbség tehát a *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett* ($t(234,082)=3,238$ $p=0,001$ (2-tailed) $r=0,207$), a *Szingliség észlelt következményei* ($t(243)=2,261$ $p=0,25$ (2-tailed) $r=0,144$) és a *Szingliség észlelt okai* ($t(243)=2,895$ $p=0,004$ (2-tailed) $r=0,186$) dimenziók esetében.

A táblázat elemzésekor látható, hogy minden esetben a férfiak érték el a magasabb átlagértékeket, így megállapítható, hogy ezen populáció esetében jellemzőbb a sztereotípiák alkalmazása.



4. ábra: Nemi különbségek átlagértékei az NSSP skálán.

A *Szociális Dominancia Orientáció Skála* eredményei láthatóak a 4. táblázatban. Az SDO összesített skáláján ($t(243)=3,856$ $p<0,0001$ (2-tailed) $r=0,241$), továbbá az SDO-D ($t(243)=3,154$ $p=0,002$ (2-tailed) $r=0,198$) és az SDO-E ($t(243)=3,897$ $p<0,0001$ (2-tailed) $r=0,243$) dimenziók tekintetében is szignifikáns eredmények jelentek meg.

Hasonlóan az NSSP skáláihoz, ebben az esetben is látható, hogy a férfiak minden esetben magasabb átlagértékeket értek el az SDO skálán, így

megállapítható, hogy a csoportalapú dominancia és az egyenlőség elutasítása inkább rájuk jellemző.

	Férfi (N=122)		Nő (N=123)		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	SD	M	SD		
SDO	54,13	17,89	45,46	17,29	3,856	<0,001
SDO-D	26,15	9,58	22,34	9,31	3,154	0,002
SDO-E	27,98	9,7	23,12	9,82	3,897	<0,001

4. táblázat: Az SDO skálán megjelenő különbségek átlagértékei és szórása nemek szerint.

A második hipotézis, amely szerint a férfiak esetében inkább jellemző a sztereotip gondolkodás és a szociális dominancia orientáció, teljesült.

Kapcsolati státusz alapú különbség

A kapcsolati státusz tekintetében az NSSP összesített skáláján ($F(4,186)=2,643$ $p=0,035$ $\eta^2=0,021$), illetve az első két dimenzióján, a *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett* ($F(4,186)=3,273$ $p=0,013$ $\eta^2=0,021$) és a *Szingliség észlelt következményei* ($F(4,186)=3,265$ $p=0,013$ $\eta^2=0,021$) skálákon jelent meg szignifikáns különbség (5. táblázat).

A PostHoc az NSSP összesített skáláján szignifikáns különbséget mutat a Párkapcsolatban élő (M=98,12 SD=33,69) és az Elvált (M=68,2 SD=16,5) csoport ($p=0,011$), az Élettársi kapcsolatban élő (M=100,62 SD=34,87) és az Elvált csoport ($p=0,008$) és a Házas (M=101,45 SD=35,56) és az Elvált csoport ($p=0,006$) között. Vagyis, csak az Egyedülálló csoporttól nem különbözik szignifikánsan az Elvált csoport.

A *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett* dimenzióban szignifikáns különbség van az Egyedülálló (M=33,6 SD=14,32) és a Házas (M=39,83 SD=13,33) csoport ($p=0,027$), az Élettársi kapcsolatban (M=38,85 SD=12,73) élő és az Elvált (M=26,1 SD=8,4) csoport ($p=0,007$), illetve a Házas és az Elvált csoport ($p=0,004$) között.

A *Szingliség észlelt következményei* dimenzióban az Elvált csoport (M=16,5 SD=6,67) minden más csoporttól szignifikánsan különbözik, vagyis az Egyedülálló (M=25,7 SD=13,04 $p=0,041$), a Párkapcsolatban élő (M=28,64 SD=12,96 $p=0,007$), az Élettársi kapcsolatban élő (M=30,97 SD=12,8 $p=0,002$) és a Házas (M=30,4 SD=13,95 $p=0,003$) populációtól is.

Érdekes, tendenciaszerű eredmények figyelhetők meg a kapcsolati státusz és a sztereotípa tekintetében. Az elért átlagértékek a következők szerint növekednek: Elvált, Egyedülálló, Párkapcsolatban élő, Élettársi kapcsolatban élő, Házas.

	M+/-SD				
	Egyedülálló	Párkapcsolat	Élettársi k.	Házas	Elvált
NSSP	89,5+/-33,86	98,12+/-33,69	100,62+/-34,87	101,45+/-35,56	68,2+/-16,5
NSSP 1	33,6+/-14,32	34,44+/-13,26	38,85+/-12,73	39,83+/-13,33	26,1+/-8,4
NSSP 2	25,7+/-13,04	28,64+/-12,96	30,97+/-12,8	30,4+/-13,95	16,5+/-6,67

5. táblázat: Az NSSP skálán megjelenő különbségek átlagértékei és szórása kapcsolati státusz szerint.

A harmadik hipotézis, amely szerint az elkötelezett kapcsolatban élő megítélők esetében inkább jellemző az előítéletesség, nem teljesült.

Sztereotípiák és szociális dominancia orientáció kapcsolata

A szinglikkel szembeni Negatív Sztereotípiák Skála szignifikáns közepesen erős pozitív összefüggést mutat a Szociális Dominancia Orientáció Skálával ($r=3,08$, $p<0,0001$ (2-tailed)). Hasonlóan az összesített skálához, minden aldimenzió pozitívan korrelál egymással (az NSSP 3 dimenziója, illetve az SDO 2 dimenziója).

Tehát a negyedik hipotézis, amely szerint a szinglikkel szembeni sztereotípiák szignifikánsan korrelál a szociális dominancia orientációval, teljesült.

MEGVITATÁS

Kutatásom a szingli nőkről való vélekedések (reprezentációk, sztereotípiák) vizsgálatát vállalta fel, mivel olyan társadalmi jelenségről van szó, amelynek jelentősége növekszik.

A szociális reprezentáció vizsgálatát asszociációs módszerrel végeztem és a válaszokat nemek szerint elemeztem. A férfiak és a nők hasonló tulajdonságokat soroltak fel leggyakrabban (magányos, független, önálló, szabad), azonban néhány jellegzetes különbség mégis megfigyelhető. A nők jellemzően többet használták a független, szabad, önálló, erős, boldog és bátor kifejezéseket, míg a férfiak a válogatós és a vonzó (illetve általánosságban a külső megjelenéssel kapcsolatos) szavakat. A dendrogram azt is megmutatta, milyen asszociációs láncok jelentek meg és ezek mely nemhez tartoznak. A leggyakrabban előforduló asszociációs kapcsolat az erős-független- magányos-önálló-szabad jelzők, amelyek inkább a nők esetében fordultak elő. A nőkre jellemzőek voltak továbbá a csalódott-kedves-céltudatos, a határozott-magabiztos, a feminista-karrierista, az eltökélt-talpraesett, illetve a büszke-türelmes szókapcsolatok. A férfiak esetében megjelentek az akaratos-csúnya-magának való, félnk-hisztis-nagyképű, válogatós-zárkózott, csinos-sikeres, arrogáns-kitartó, okos-szép, sebezhető-érdekes, közvetlen-titokzatos-vágyakozó, illetve a kaland-szex szavak. Megfigyelhető, hogy a férfiak több negatív jelentésű tulajdonságot soroltak fel, míg a nők a szinglik individualizációját hangsúlyozták.

A férfiakra jellemző továbbá a külsőt, illetve az ő lehetőségeiket leíró kifejezések használata (pl. sebezhető-érdekes, kaland-szex).

Koeing és mtsai (2010) munkája alapján (amely a szingli nők kapcsán megjelenő üzeneteket vizsgálta a médiában) a felsorolt jellemzők besorolhatók különböző kategóriákba. A nők esetében alapvetően a „szingliség mint az élet pozitív aspektusa” csoport (pl. szabad, önálló), míg a férfiakat illetően a „szingli nők kapcsán megjelenő sztereotípiák”, különösen a „vad szinglik” kerülnek előtérbe. A „nehézségek az egyedüllétben” kategória a magányosság kapcsán mindkét nem által felsorolásra került. Annak ellenére, hogy a boldogság kérdésében a sztereotípiák szerint a házasságban élők járnak az élen (DePaulo és Morris, 2006), a nők felsorolásában többször megjelent a boldog jelző.

A nemi alapú különbség a kérdőívek kapcsán is megjelent. A szinglikkel szembeni sztereotípiát és a szociális dominancia orientációt mérő eszközök egyaránt szignifikáns különbséget mutattak. A *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett*, a *Szingliség észlelt következményei és okai* alskálákon, illetve az összesített skálán egyaránt magasabb átlagértékeket értek el a férfi kitöltők. A csoportalapú dominanciát és az egyenlőség elutasítását mérő skálák, illetve az SDO összesített skáláján hasonlóan magasabb átlagértékkel rendelkeztek a férfiak. Jellemző tehát erre a populációra az egyenlőség elutasítása, a saját csoport felértékelése, illetve a sztereotip gondolkodásmód. Day és munkatársai (2011) kutatásukban azt találták, hogy az igazságos világba vetett hit motívumának aktivációjakor a férfiak esetében növekszik az elkötelezett kapcsolati ideológia védelme, illetve a kritikai gondolkodás, ha a hagyományos párkapcsolati normák megkérdőjelezéséről van szó. Jelen kutatás esetében is ez történt.

A kapcsolati státuszt illetően az NSSP összesített skáláján, illetve első két dimenzióján (a *Házasság felsőbbrendűsége a szingliség felett* és a *Szingliség észlelt következményei*) mutatkozott különbség. Az *Elvált* kategóriába tartozó személyek alapvetően különböztek a többi csoporttól alacsony pontszámuk következtében. Hasonlóan alacsony értéket értek el az *Egyedülálló* populációba tartozók, őket követte a *Párkapcsolatban élő* és az *Élettársi kapcsolatban élő* csoport. A legmagasabb átlagérték a *Házasok* esetében jelent meg. Megfigyelhető, hogy az elköteleződés komolysága szerint egyre inkább előítéletessé válnak a személyek. Hasonlóan a nemi elkülönítéshez, az igazságos világba vetett hit nyújthat magyarázatot a jelenségre. A status quo fenntartására irányuló motiváció aktivációjakor fontos, hogy a világ történései a számunkra megszokott módon menjenek végbe, így megnövekedik a romantikus kapcsolatokkal való identifikáció. Ezek a hidelemek kiszámíthatóságot, struktúrát és kontrollt biztosítanak az életesemények kapcsán, míg a szingliség ismeretlennek, kontrollálatlannak és strukturálatlannak tűnik (Day, 2016). A házasok esetében érthető módon nagyobb mértékű a fennálló rendszer védelme, hasonlóan az elkötelezett kapcsolatban élőkhez (párkapcsolat, élettársi viszony). Azonban az egyedülállók esetében nincs szükség ilyen jellegű igazolásra, hasonlóan az elvált csoport esetében, akik megtapasztalták a „fennálló rendszer” összeomlását. Day (2016) munkájában kifejti, hogy párkapcsolati bizonytalanság esetén az egyének

hajlamosabbak megvédeni az elkötelezett kapcsolatok ideáját, hogy megmaradjon társadalmi identitásuk. Továbbá az alskálák megfigyelésekor látható, hogy a *Házasság felsőbbrendűsége*, illetve a *Szingliség következményei* skálán mutatkozott különbség, amely még egyértelműbbé teszi a házasságban élők és az elváltak, illetve a szinglik közti különbséget.

A szinglikkel szembeni előítéletesség és a szociális dominancia orientáció pozitívan korrelálnak egymással. Az kapott eredmények oka lehet, hogy a szingliség jelensége ellentmond bizonyos bevett szokásoknak, normáknak, és a szociális dominancia orientáció összefüggésben áll például az igazságos világba vetett hittel, konzervativizmussal, előítéletességgel. A szingli nőket gyakran azonosítják az individualizációval, függetlenséggel, önállósággal, míg az SDO skálán magas pontszámot elérőkre nem jellemző a női jogok tisztelete vagy a tolerancia (Faragó és Kende, 2017).

Összefoglalva tehát, a kutatás eredményei alapján a szinglikkel szembeni sztereotípiák alkalmazása kapcsolatban áll a szociális dominancia orientációval, és mindkettő magasabbnak mutatkozott férfiak esetében. A kapcsolati státusz is fontos szempontként jelent meg, hiszen a kapcsolati elkötelezettséggel együtt nő az egyedülálló személyekkel szembeni előítéletes gondolkodásmód.

További kutatásokban érdemes lenne az életkor szempontját is figyelembe venni mind a vizsgált csoport, mind a megítélők tekintetében. Hogyan alakulnak a szociális reprezentációk a különböző életkori kategóriák esetében, vagyis hogyan ítélik meg a kitöltők a 20, 30, 40, 50, 60 éves egyedülálló nőket? Emellett, hogyan vélekednek a különböző életkorú megítélők? Érdekes lenne továbbá a „kényszerű” és a „választott” egyedüllét megítélésének összehasonlítása is.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Bidjari, A. F. (2011). Attitude and social representation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 1593-1597.
- Conley, T. D., & Collins, B. E. (2002). Gender, relationship status, and stereotyping about sexual risk. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 1483-1494.
- In: DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.
- Day, M. V. (2016). Why people defend relationship ideology. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(3), 348-360.
- Day, M. V., Kay, A. C., Holmes, J. G., & Napier, J. L. (2011). System justification and the defense of committed relationship ideology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), 291.
- DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.

- DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2006). The unrecognized stereotyping and discrimination against singles. *Current Directions in Psychological Science*, 15(5), 251-254.
- Etaugh, C., & Malstrom, J. (1981). The effect of marital status on person perception. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 801-805. In: DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.
- Faragó, L., & Kende, A. (2017). Az elnyomás támogatása vagy az egyenlőség ellenzése? Az új Szociális Dominancia Orientáció Skála (SDO7) vizsgálata. *Alkalmazott pszichológia*, 17(1), 115-135.
- Glenn, N. D., & Weaver, C. N. (1979). A note on family situation and global happiness. *Social Forces*, 960-967.
- Haring-Hidore, M., Stock, W. A., Okun, M. A., & Witter, R. A. (1985). Marital status and subjective well-being: A research synthesis. *Journal of Marriage and the Family*, 947-953.
- Jost, J. T., & Hunyady, O. (2002). The psychology of system justification and the palliative function of ideology. *European Review of Social Psychology*, 13, 111-153. In: Slonim, G., Gur-Yaish, N., & Katz, R. (2015). By choice or by circumstance?: Stereotypes of and feelings about single people. *Studia Psychologica*, 57(1), 35.
- Koeing, J., Zimmerman, T. S., Haddock, S. A., & Banning, J. H. (2010). Portrayals of single women in the self-help literature. *Journal of Feminist Family Therapy*, 22(4), 253-274.
- Lahad, K. (2012, March). Singlehood, waiting, and the sociology of time. In *Sociological Forum* (Vol. 27, No. 1, pp. 163-186). Blackwell Publishing Ltd.
- Lahad, K. (2013, October). "Am I asking for too much?" The selective single woman as a new social problem. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 40, pp. 23-32). Pergamon.
- Lahad, K., & Hazan, H. (2014, December). The terror of the single old maid: On the insolubility of a cultural category. In *Women's Studies International Forum* (Vol. 47, pp. 127136). Pergamon.
- László, J. (1999). Társas tudás, elbeszélés, identitás. *Scientia Humana/Kairosz, Budapest*.
- Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527-539. Idézi: DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.
- Morris, W. L. (2004). Exploring how consciousness-raising enhances self-esteem. Manuscript in preparation. In: DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.
- Morris, W. L., DePaulo, B. M., Hertel, J., & Ritter, L. C. (2004). Perceptions of people who are single: A developmental life tasks model. Manuscript in preparation. In: DePaulo, B. M., & Morris, W. L. (2005). Singles in society and in science. *Psychological Inquiry*, 16(2-3), 57-83.

- Morris, W. L., Sinclair, S., & DePaulo, B. M. (2007). No shelter for singles: The perceived legitimacy of marital status discrimination. *Group Processes & Intergroup Relations*, 10(4), 457-470.
- Pignotti, M., & Abell, N. (2009). The negative stereotyping of single persons scale: Initial psychometric development. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 639-652.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of personality and social psychology*, 67(4), 741.
- Slonim, G., Gur-Yaish, N., & Katz, R. (2015). By choice or by circumstance?: Stereotypes of and feelings about single people. *Studia Psychologica*, 57(1), 35.
- Weiner, B. (1986). An attributional theory of motivation and emotion. New York: SpringerVerlag. In: Slonim, G., Gur-Yaish, N., & Katz, R. (2015). By choice or by circumstance?: Stereotypes of and feelings about single people. *Studia Psychologica*, 57(1), 35.

MELLÉKLETEK

1. Melléklet

Szociális reprezentáció

Instrukció: Kérem, hogy írja le az első 5 tulajdonságot, amely eszébe jut a következő kifejezést olvasva!

Szingli nő

2. Melléklet

A Singli Személyek Negatív Sztereotipizálása Skála

Instrukció: Az alábbi kérdőívben állításokat olvashat. Kérjük, jelölje be egy hétfokú skálán minden egyes állítás mellett, hogy mennyiben ért egyet azzal.

- 1: Egyáltalán nem értek egyet
- 2: Többnyire nem értek egyet
- 3: Inkább nem értek egyet (mint igen)
- 4: Részben egyetértek, részben nem értek egyet.
- 5: Inkább egyetértek (mint nem)
- 6: Többnyire egyetértek
- 7: Teljesen egyetértek

1. Teljesen természetes, hogy az ember párkapcsolatban él.
2. A szingli személyek lehetnek annyira teljesek, mint a párkapcsolatban élők. (R)
3. Azok, akik azt állítják, hogy elégedettek azzal, hogy nem élnek párkapcsolatban, csak ámítják saját magukat.
4. Ha lenne egy olyan gyermekem, aki felnőttként nem élne párkapcsolatban, aggódnék, hogy soha nem lehet boldog.
5. Egy barátság intimitása nem hasonlítható össze egy párkapcsolat intimitásával.
6. Azoknak az élete, akik nem élnek párkapcsolatban, nem lehet teljes.
7. Úgy látom, hogy a szingli barátaim kihagynak valamit az életükből.
8. Azok az emberek, akik nem élnek párkapcsolatban, soha nem lehetnek teljesen elégedettek.
9. Hiszek azoknak a szingliknek, akik azt mondják, hogy elégedettek az életükkel. (R)
10. Biztosan valami probléma van azokkal, akik nem akarnak párkapcsolatot kialakítani.

Szingliség jelentése a(z) ...

11. magányosság.

12. hogy az egyén minden időt azzal tölt, hogy olyan emberekkel találkozzon, akikkel kapcsolatot alakíthat ki.
13. lehangoltság érzése.
14. irigykedés a párkapcsolatban élőkre.
15. közeli kapcsolatok hiánya.
16. kétségbeesetten keresni az intimitást.
17. a munka megszállottjának lenni.
18. hogy az egyén egyedül fog meghalni.
19. a szexuális partnerek váltogatása.
20. párkapcsolat utáni vágyakozás.

Az emberek azért szinglik, mert...

21. éretlenek.
22. felelőtlenek.
23. különcök.
24. fizikailag nem vonzóak.
25. önzőek.
26. félnek az igazi intimitástól.
27. nehéz velük kijönni.
28. túl válogatósak.
29. több szexuális partnerre vágynak.
30. képtelenek az elköteleződésre.

3. Melléklet

A Szociális Dominancia Orientáció Skála

Instrukció: Az alábbi kérdőívben állításokat olvashat. Kérjük, jelölje be egy hétfokú skálán minden egyes állítás mellett, hogy mennyiben ért egyet azzal.

- 1: Egyáltalán nem értek egyet
- 2: Többnyire nem értek egyet
- 3: Inkább nem értek egyet (mint igen)
- 4: Részben egyetértek, részben nem értek egyet.
- 5: Inkább egyetértek (mint nem)
- 6: Többnyire egyetértek
- 7: Teljesen egyetértek

1. Egy ideális társadalomhoz szükséges, hogy egyes csoportok fent, mások lent legyenek. *D Pozitív*
2. Bizonyos embercsoportokat a helyükön kell tartani. *D Pozitív*
3. Valószínűleg jó dolog, hogy bizonyos csoportok fent, más csoportok lent vannak. *D Pozitív*
4. Bizonyos embercsoportok egyszerűen alsóbbrendűek más csoportokhoz képest. *D Pozitív*
5. Az alul lévő csoportok ugyanazt érdemlik, mint a felül lévőek. *D Negatív*

6. Egyik csoportnak sem szabadna uralkodnia a társadalomban. *D Negatív*
7. Az alul lévő csoportok ne kényszerüljenek arra, hogy a helyükön maradjanak.
D Negatív
8. A csoportdominancia rossz alapelv. *D Negatív*
9. Ne erőltessük a csoportok közötti egyenlőséget. *E Pozitív*
10. Ne próbáljunk minden csoportnak azonos életminőséget biztosítani. *E Pozitív*
11. Igazságtalan a csoportok egyenlővé tételével próbálkozni. *E Pozitív*
12. Ne a csoportok közötti egyenlőség legyen a fő célunk. *E Pozitív*
13. Dolgozzunk azért, hogy minden csoportnak egyenlő esélye legyen a boldogulásra. *E Negatív*
14. Tegyük meg minden tőlünk telhető, hogy kiegyenlítsük a különböző csoportok körülményeit. *E Negatív*
15. Akármennyi erőfeszítésbe is kerül, törekednünk kell arra, hogy minden csoportnak egyenlő esélyeket biztosítsunk az életben. *E Negatív*
16. A csoportok közötti egyenlőség legyen az eszményképünk. *E Negatív*

HELYKÖTŐDÉS ÉS TOPOLOGIAI IDENTITÁS VIZSGÁLATA SZEGED TELEPÜLÉSKÉPI SZEMPONTBÓL ELTÉRŐ KARAKTERŰ TERÜLETEIN

Várkonyi Gábor István

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, gabor.varkonyi07@gmail.com

Kutatásom a helykötődés és topológiai identitás összefüggéseivel foglalkozik. Megalkottam a Topológiai Identitás Skála (Félonneau, 2004) és egy helykötődést mérő eszköz (Hernandez et al., 2007) magyar nyelvű változatát, melyek a feltáró- és megerősítő faktorelemzéseket követően az eredetiektől eltérő faktorszerkezettel, de jó illeszkedési mutatókkal és megbízhatósági értékekkel rendelkező, érvényes mérőeszközöknek bizonyultak. Online vizsgálatom során a szegedi mintán (N=254) a vizsgált településrészeket a Településképi Arculati Kézikönyv településképi szempontból eltérő jellegű területei alapján határoltam le és hasonlítottam össze. A történeti területeken élők topológiai identitása szignifikánsan alacsonyabb volt a lakótelepek, lakóparkok és alacsony intenzitású területek lakosaihoz képest. A helykötődés tekintetében nem mutatkozott különbség. Az urbanofil és urbanofób attitűddel rendelkezők számarányában sem mutatkozott jelentős különbség az egyes településrészekben. Az urbanofil attitűd az extroverzív személyiségvonással szignifikáns kapcsolatban állt, a topológiai identitással azonban nem függött össze. A tősgyökeres szegedi lakosok topológiai identitása szignifikánsan magasabb a betelepültekénél, míg helykötődés tekintetében nincs különbség. A nők helykötődése és topológiai identitása szignifikánsan erősebb, mint a férfiaké. Az életkor a helykötődéssel gyenge, a topológiai identitással közepesen erős együtt járást mutatott a vizsgálat eredményei szerint.

Kulcsszavak: helykötődés, helyidentitás, topológiai identitás, urbanofil attitűd, urbanofób attitűd, extroverzió

Köszönetnyilvánítás: Szeretnék köszönetet mondani témavezetőmnek, Dr. Szokolszky Ágnesnek szakmai tanácsaiért és biztatásáért, melyekkel a munka során végigkísért. Köszönöm minden szegedi kitöltőnek is, hogy időt szakítottak a kérdőívemre.

A helyekkel való kapcsolat kutatásával számos tanulmány foglalkozik, azonban az egyes fogalmakkal és azok egymáshoz való viszonyával kapcsolatban nincs teljes egyetértés (Lewicka, 2008). Abban viszont kialakult konszenzus, hogy a helyekkel való érzelmi kapcsolat erősödése hozzásegít egy kiegyensúlyozottabb pszichés állapot eléréséhez (Rowles, 1990 id. Lewicka, 2008). A településfejlesztési koncepciók kidolgozása során gyakran megoldandó feladat a lakosság helyben tartásának elősegítése, az elvándorlás csökkentése. Ennek lehet egyik eszköze a településhez való kötődés és a vele való azonosulás erősödésének támogatása, melyhez első lépésként mérnünk kell tudni ezeket a konstruktumokat.

A helykötődésnek és topológiai identitásnak egy város egészének vizsgálatára alkalmas, magyar nyelvű mérőeszköze tudomásom szerint nincs publikálva. Kutatásomban a Topológiai Identitás Skála (Félonneau, 2004) és egy helykötődést mérő eszköz magyar verzióját kíséreltem meg elkészíteni szegedi mintán, és összefüggéseket kerestem a mért konstruktumok, demográfiai jellemzők, a városhoz való viszonyulás és az extroverzió mint személyiségvonás között. Városi környezetben az eddigi kutatások összefüggést találtak a topológiai identitás erőssége és a városhoz való pozitív viszonyulás között (Félonneau, 2004). Ugyanakkor a város túltöltő, túlingerlő jellege különböző megküzdési módokat eredményezhet (Dúll, 2009), mely szintén hatással lehet az identitás alakulására. A Településképi Arculati Kézikönyvek eltérő építészeti karakterek alapján határolnak le településrészeket. Környezetpszichológiai szempontból azt fontos vizsgálni, hogy az eltérő épített környezetek hogyan hatnak az ott lakó emberekre. Vizsgálatom e tekintetben feltáró jellegű, a településrészek összehasonlításának hiánya és a sok esetben egymásnak ellentmondó szakirodalmi adatok miatt.

Hely-, városi- és topológiai identitás

Dúll (1996) szerint az énidentitás fejlődésében szerepet játszó tényezők között nagyobb figyelmet kell fordítani a fizikai környezet hatásaira. A környezetünkben végbemenő változásoknak (pl. épített környezet változása, költözés) jelentős hatása van az énidentitásunkra. A „helyidentitás” fogalmának két különböző jelentése van. Az egyik értelemben az identitás kifejezetten a helyre vonatkozik, annak olyan jellegzetes vonásaira, alkotóelemeire, melyektől megkülönböztethető lesz és biztosítja időbeli folytonosságát. A „genius loci” (hely szelleme) koncepciója próbálja leírni a helynek ezt a megfoghatatlan, mégis általánosan elfogadott egyedi karakterét (Stedman, 2003 id. Lewicka, 2008). A másik értelemben a pszichológiában a helyidentitás az egyénre vonatkozó pszichológiai konstruktum. A Proshansky és mtsai (1983) által megfogalmazott helyidentitás-elmélet szerint az én szubjektív érzését nem csak más személyekkel való kapcsolataink határozzák meg, hanem különböző fizikai környezetekhez való viszonyaink is. A helyidentitás az énidentitás olyan alstruktúrája, amely széles körű ismereteket tartalmaz a fizikai világról, melyben az egyén él. Nem egyszerűen érzelmi kötődés egy helyhez, hanem összetett kognitív struktúra, amely a fizikai környezet komplexitásáról és sokféleségéről szóló emléket, jelentéstartalmat, gondolatot, érzést, attitűdöt, értéket,

preferenciát jelenít meg. Az ilyen, fizikai környezethez kapcsolódó kogníció magja a személy környezeti múltja, mely olyan helyeket jelent, melyek a személy számára jelentőséggel bírnak. Düll (1996) szerint a helyidentitás hasonlóan működik más kognitív rendszerekhez, befolyásolja észlelésünket és gondolkodásunkat a világgal való tranzakciónk során. A helyidentitás nem csak személyes tapasztalatokból épülhet, hanem mások helyekkel kapcsolatos véleménye is befolyással van rá.

Lalli (1992) bevezette a városhoz kapcsolódó identitás fogalmát, mely a helyidentitáshoz hasonlóan az énidentitás része, azonban a városhoz kapcsolódó identitás kifejezetten települések egészére vonatkozik és túlmutat a kognitív kereteken. Lalli (1992) a városhoz kapcsolódó identitás operacionalizálása során öt faktort azonosított. Az *értékelés* (evaluation) skála összehasonlító értékelésre irányul a saját és más városok között („énfelnagyítás”), továbbá a város észlelt egyediségét méri. A *folytonosság* a városi környezet jelentőségét méri a személyes időbeli folytonosság észlelésében. A *kötődés* (attachment) általánosságban méri, hogy mennyire érzi magát az illető otthon a városban. Az *ismerősség* (familiarity) a mindennapi tapasztalatok hatását, a sikeres tájékozódást méri. Az *elkötelezettség* (commitment) a városnak az egyén jövőbeni terveiben való szereplését, a helyben maradás szándékát méri.

Lalli (1992) szerint az énfelnagyítás motívuma fontos szerepet játszik a városi identitást formáló szociális konstrukciók létrejöttében. Sok esetben a városnak tulajdonított vonás csak az ott lakók véleményét tükrözi, eltúlozva annak valódi nagyságát vagy minőségét. Ez a jelenség magyarázható a saját csoporttal való elfogultsággal. Az adott helyen élés hossza csak akkor erősíti az identitást a hely irányába, ha szociális kapcsolatokkal is rendelkezik az illető, nem pedig elszigetelten él. A szociális kapcsolatok alapvető feltételei az énidentitás, azon belül a helyidentitás fejlődéséhez (Gerson et al., 1977 id. Lalli, 1992).

Félonneau (2004) megalkotta a topológiai identitás fogalmát, mely elméleti koncepcióját tekintve Proshanszky és munkatársai (1983) helyidentitás és Lalli (1992) városhoz kapcsolódó identitás fogalmára épül, melyektől alapvetően abban különbözik, hogy szociális dimenziót is tartalmaz az egyén környezetével kapcsolatban. A topológiai identitás egy helyhez és az ott lakókhöz kötődő érzelmi tudatosságot, egy környezetről való kollektív, kulturálisan átítatott gondolkodási módot jelent. Szociálpszichológiai helyidentitásnak is nevezhetnénk a szerző szerint.

A szakirodalom megkülönbözteti a helyidentitást és a helyidentifikációt. Forrest & Kearns (2001) szerint a helyidentitás akkor jelenik meg, amikor a környezet különleges, egyedi és végül a személyes identitás részévé válik. Hasonlóan a helyidentifikáció az identitásnak kifejezetten a helyre vonatkozó dimenzióit tartalmazza, de csoporttagságot is kifejez azon emberek irányába, akik lakóhelyük által határozzák meg magukat (Twigger-Ross & Uzzell, 1996 id. Tournois & Rollero, 2020). A helyidentifikáció esetében a hangsúly a helyen van, míg a helyidentitás esetében az azonosulás pszichológiai konstruktumán. A két fogalmat sok esetben felcserélik.

Helykötődés

A helykötődés fogalma eltér a helyidentitástól. Hidalgo és Hernandez (2001) szerint a helykötődés egy érzelmi kapcsolódás bizonyos helyek irányába, ahol az illető általában jelen van és kényelmesen, biztonságosan érzi magát. Ezek a helyek méretükben és funkcióikban különbözőek lehetnek (pl. lakókörnyezet, város). Lewicka (2008) az észlelés kettős folyamat elméletére alapozva kifejti, hogy egy hely minél inkább egy magasabb értelmezési kategória szimbólumaként szerepel az emberek tudatában (pl. nemzet, vallás), az irányába kialakuló attitűd annál inkább abból a kategóriából ered, nem pedig a hely egyedi jellemzőiből. Egy város minél inkább „önálló” az emberek tudatában, minél kevésbé azonosítják egy általános kategóriával, az irányába kialakuló attitűd annál inkább alapszik a fizikai környezet jellegzetességein, például a történeti emlékeken. Ez a különbség az általa vizsgált két város között is megmutatkozott (Wroclaw és Lviv). Mindkét településre jellemző volt, hogy a történeti városrészben élők helykötődése szignifikánsan magasabb volt a városrészre és a városra vonatkozóan is, mint a modern negyedekben élőké, azonban az egyediségét jobban megőrző Wroclawban erősebbnek mutatkozott ez a mintázat.

Tournois és Rollero (2020) megelőző kutatásokra hivatkozva kijelentik, hogy az egyén és környezete között két összefüggő, de mégis eltérő kapcsolat van. A helykötődés affektív jellegű, egy érzelmi kötelék a helyek iránt, míg a helyidentitás vagy a helyidentifikáció kognitív természetű, az egyén fizikai környezetéhez tartozó kognícióit jelenti. A helykötődés erősebb azoknál az embereknél, akik pozitívan értékelik környezetüket (Rollero, 2013 id. Tournois & Rollero, 2020). Lewicka (2008) szerint a helykötődés legerősebb bejósolója a városban eltöltött idő. Az életkorral, nemmel, képzettséggel kapcsolatosan nem talált összefüggést.

A helyidentitás és helykötődés kapcsolata a demográfiai jellemzőkkel

Lalli (1988) kimutatta, hogy a településen született lakosok identitása erősebb, mint azon lakóké, akik máshol születtek, függetlenül attól, hogy mennyi ideje élnek az adott településen. Egy későbbi vizsgálatában (Lalli (1992) viszont nem mutatkozott jelentős különbség a településen és máshol született lakosok identitására vonatkozóan, ha az ott lakás időtartamát statisztikailag kontrollálták, bár a második vizsgálat kisebb elemszámon alapult.

Belgrád viszonylatában viszont Tournois és Rollero (2020) meglepő módon azt találták, hogy a nem Belgrádban születettek helyidentifikációja és helykötődése is magasabb volt az őslakosokénál. Ezt az eredményt annak tulajdonították, hogy az ország, melynek fővárosában laknak, az utóbbi évtizedekben sokszor változtatta nevét és határait, így nehezen alakulhatott ki erős identitás a bizonytalan politikai környezetben. A belgrádi lakosok körében az idősebb emberek erősebb helykötődéssel és helyidentifikációval rendelkeztek, mint a fiatalabbak. A nemek között nem találtak különbséget sem a helykötődés, sem a helyidentifikáció vonatkozásában. Ennek egyik okaként a szerzők egy 2018-

as jelentésre hivatkoznak (World Economic Forum, 2018), mely a férfiak és nők lehetőségeinek különbségét vizsgálta négy területen (egészségügy, oktatás, gazdaság, politika). Ebben a 144 országot tartalmazó rangsorban Szerbia a 38., tehát a férfiak és nők lehetőségei, szerepei között nincs nagy különbség, ami hatással lehet a városban élésük módjára is. Megemlíti azonban a szerző, hogy több olyan országban is találtak különbséget a helyidentifikáció és helykötődés között, akik szintén előkelő helyet foglalnak el ezen a listán.

Hernandez és munkatársai (2007) kanári-szigeteki lakosok körében végzett vizsgálataik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a helykötődés hamarabb alakul ki, mint a helyidentitás, különösen a más településen születetteknél. Az őslakosoknál erősebb volt a várossal való identitás, mint a környékkel, a bevándorlóknál nem találtak ilyen különbséget. A kötődés és identitás erőssége közti különbségek függetlennek mutatkoztak a helyben lakás hosszától. Más vizsgálatok szerint az erősebben azonosulók pozitívabban értékelik a városi környezet minőségét, függetlenül az életkortól és az ott tartózkodás hosszától (Lalli, 1988 id. Lalli, 1992; Lalli, 1992). Az erősebb helykötődéssel rendelkező emberek általában tovább élnek ugyanazon a helyen (Hernandez et al., 2007).

Urbanofil és urbanofób attitűdök

Félonneau (2004) a várossal kapcsolatos szociális reprezentációkat is vizsgálta, melyek társas tapasztalásokon alapulnak és különböző értékeket hordoznak, ezért ezek a szubjektív egyén egyfajta mély kifejeződését tartalmazzák az ő referencia pontjain és városi tapasztalatain keresztül. A meggyőződések, referenciák és tapasztalatok az attitűdökön keresztül fejeződnek ki, melyek lehetnek kedvezőek vagy ellenszenvesek a várossal kapcsolatban. Ezeket a várossal kapcsolatos reprezentációkat is vizsgálta a szerző és arra volt kíváncsi, hogy azok milyen összefüggésben állnak a topológiai identitással. Az ideális városhoz való viszonyulás alapján megkülönböztet „urbanofil” attitűddel rendelkező lakosokat, akik jellemzően szeretik a városi nyüzsgést, szeretnek városban élni, míg az „urbanofób” karakter kerülné a zsúfoltságot, a forgalmat, biztonságos, zöld várost kedvel. Kutatásai szerint az urbanofil attitűddel rendelkezőknek erősebb a topológiai identitása.

Városrészekre vonatkozó kutatások

Lalli (1992) szerint a városrészek is rendelkeznek különböző szociális, gazdasági vagy esztétikai identitás formátumokkal, melyek segítségével az ott lakók meg tudják különböztetni magukat más városrészekben lakóktól. A fizikai környezettel való kapcsolat az ott tartózkodás hosszával arányosan erősebbé teszi az azonosulást (Becker & Keim, 1973 id. Lalli, 1992; Lalli, 1988 id. Lalli, 1992). Az identitás még erősebb lesz, ha egy történelmi jelentőségű műemlék vagy alkotás is található az adott településen (Becker & Keim, 1973 id. Lalli, 1992). Az emberek

általában a történelmi jelentőségű helyeket kedvelik, a modernnel szemben (Nasar, 1998 id. Lewicka, 2008). A lakótelepek ezzel szemben sem az identitás kialakításában, sem annak kommunikálásában nem működnek jól. Ezek a házak kevésbé perszonalizálhatók, nincsenek félpublikus terek, ahol szociális háló szövődhetne, ezért a lakótelepi lakások esetében nem vagy nehezebben fejlődik ki a helyidentitás (Niit, 1993 id. Dúll, 1995).

A jelentős zöldfelületekkel rendelkező városrészekhez való kapcsolódást támaszthatja alá a „biofília” fogalma, mely szerint az embernek belső érzelmi vonzódása van más élő organizmusokhoz. Ez a születésünktől fogva velünk lévő adottság tanulási folyamatokon keresztül nyilvánul meg (Wilson, 1984 id. Rácz, 2011). Rácz (2011) szerint a fogalom nem csak fizikai síkon értendő, a humán irányultságra is vonatkozik esztétikai, kognitív, spirituális értelemben. Így az etikus emberi gondoskodás, a környezet és a biodiverzitás fenntartásának alapját alkotja. A parkok és a kertek ebben az értelemben azt jelzik, hogy a környezet biztonságos, megnyugtató. Más szerző szerint azonban bármilyen környezettel szemben lehet ambivalens a viszonyulásunk (Tuan, 1990 idézi Félonneau, 2004).

A város túlingerlő szerepe

Milgram (1970) a városi környezet túlzottan ingergazdag, ezáltal túlterhelő, „túltöltő” hatását emelte ki. A városi környezet nap mint nap túlingerli az ember érzékszerveit, elfárasztja idegrendszerét és kihívások elé állítja érzelmi, kognitív és társas interakciós készségeit. A városi környezet „túltöltő” jellege azonban vonzó is lehet az emberek számára és hozzájárul a városi identitás kialakulásához (Dúll, 2009). Adódik a kérdés: vajon milyen személyiségjegyekkel rendelkező embereknek kedvez ez a túlingerlő környezet? Feltételezhető, hogy az extrovertált-introvertált dimenziók mentén találhatunk különbséget az identitás erősségére vonatkozóan. A felszálló retikuláris aktiválórendszer (ARAS) egyebek mellett a nagyagykéreg általános aktivitását befolyásolja, Eysenck szerint az ARAS személyre jellemző nyugalmi aktivitása magasabb az introvertáltaknál, mint az extrovertáltaknál. Az introvertáltak magasabb nyugalmi arousal szintje könnyebben emelkedik túlzottan magasra, ezért lehetnek visszahúzóbbak és érzékenyek a túlingerlésre. Az extrovertáltak viszont keresik az ingerlést agykérgi izgalmi szintjük emelése érdekében (Carver&Scheier, 2006).

A kutatás célja és hipotézisei

Kutatásom célja, hogy szegedi lakosok körében végzett felmérés során megvizsgáljam a helykötődés és a topológiai identitás jellemzőit, kapcsolatát egymással, a demográfiai jellemzőkkel, az urbanofil-urbanofób attitűdökkel és az extroverzió személyiségjegyével. A mintát Szeged településképi szempontból eltérő jellegű településrészei szerint csoportokra bontottam, a Településképi Arculati Kézikönyvének leírása alapján. Ez a lehatárolás tényleges építészeti

karakterek alapján történt, mely véleményem szerint megragadhatóvá teszi a környezetpszichológiai hatásokat.

Amennyiben a topológiai identitás skála (Félonneau, 2004) és a helykötődés skála (Hernandez et al, 2007) feltáró- és megerősítő faktorelemzést követően a szegedi mintán is használhatónak bizonyul, a következő hipotézisekre keresem a választ: H1: A történeti városrészekben és kertvárosi környezetben élők topológiai identitása szignifikánsan erősebb, mint a lakótelepeken, lakóparkokban és átalakuló városrészekben élőké (Niit, 1993 id. Dúll, 1995; Becker & Keim, 1973 id. Lalli, 1992). H2: A helykötődés mértékében nincs különbség a városrészek lakói között (Hernandez et al., 2007). H3: A történeti városrészben és lakótelepeken, lakóparkokban élők inkább urbanofil attitűddel rendelkeznek (Félonneau, 2004). H4: Az urbanofil attitűddel rendelkezők inkább extrovertáltak (Félonneau, 2004; Dúll, 2009).

MÓDSZEREK

Résztvevők

A kérdőívcsomag kitöltése önként jelentkezés alapján, online felületen, jellemzően közösségi oldalak szegedi csoportjaiban történt megosztás után történt. A vizsgálatban 264 fő vett részt, akik közül 10 fő nem szegedi lakos volt, így őket ki kellett zárni az elemzésből. 254 fő adataival dolgoztam, a minta 71,7%-a nő, 28,0%-a férfi, míg 0,4% (1fő) nem szeretett volna válaszolni a nemét firtató kérdésre. Az átlagéletkor 54,1 év volt, a legfiatalabb kitöltő 18 éves, a legidősebb 80 éves. A kitöltők 84,6%-a Szegeden dolgozik, 55,1%-a (140 fő) születése óta Szegeden él, míg 44,9% más városban született vagy időközben máshol is lakott (114 fő). Átlagosan 41,3 évet éltek Szegeden a kutatásban részt vevők. A Településképi Arculati Kézikönyv által lehatárolt településrészek szerint 39 fő (21,5%) a történeti beépítésű területeken, 64 fő (35,4%) alacsony intenzitású beépítések területén, 47 fő (26,0%) lakóparkban vagy lakótelepeken, 30 fő (16,6%) átalakuló területen és 1 fő (0,6%) egyéb területen él.

Vizsgálati eszközök

Topológiai Identitás Skála

A topológiai identitás méréséhez Félonneau (2004) Topológiai Identitás Skáláját fordítottam magyarra (1. melléklet). A fordítás során először az eredeti elemeket fordítottam angolról magyarra, majd egy független fordító a magyart visszafordította angolra. A két angol verzió összevetését követően korrigáltam a magyar fordítást, ahol ez szükségesnek mutatkozott. Az eredeti kérdőív 4 faktort (külső szemlélő szempontjai, általános kötődés, elkötelezettség, szociális identifikáció) és 22 itemet tartalmazott, megbízhatósága megfelelő volt (Cronbach alfa= 0,86). A 22 itemes faktor struktúra a teljes variancia 60%-át magyarázta. A fordítás után elkészült magyar változaton elvégzett feltáró- és megerősítő

faktorelemzés eredményeképp kialakult egy 5 faktoros és 15 itemes struktúra (2. melléklet), melynek megbízhatósága némi redundanciát feltételez (Cronbach alfa= 0,905), azonban a 16 tétel a teljes varianciára nézve 64,1%-os magyarázó erővel bír.

Helykötődés mérése

A helykötődést Hernandez és munkatársai (2007) angol nyelvű kérdőíve szerint mértem. A kérdőívet angolról magyarra fordítottam, majd egy független fordító vissza angolra és itt is korrigáltam a magyar itemeket a két angol verzió alapján, ahol szükséges volt. Az eredeti mérőeszköz egy faktoron 8 elemet tartalmazott, megbízhatósági mutatója (Cronbach alfa) 0,94 volt. A magyarra fordított kérdőív két faktoron mutatott stabil struktúrát 6 elemmel, megbízhatósági értéke kicsivel kevesebb redundanciát mutatott (Cronbach alfa= 0,915), mint az eredeti kérdőívben (3. melléklet).

Urbanofil-urbanofób attitűdök

Az urbanofil és urbanofób attitűdöket Félonneau (2004) Ideális város kérdőíve alapján mértem. A szerző által több lépcsőben, több mintán kialakított 9 db „városi” és 9 db „nem városi” elemeket fordítottam magyarra, melyek az ideális város részeként jelennek meg. A kitöltőknek a 18 elemet tartalmazó listán ki kellett választani azt a 10-et, melyeket az ideális város jellemzőinek tartanak. Az urbanofília index kiszámításához a „városi” elemek számát elosztottam az összes válasszal, így minden esetben 0 és 1 közötti értéket kaptam. A szerző nyomán a felső harmadba tartozókat kódoltam urbanofilként ($>0,66$), az alsó harmadba tartozókat urbanofóbként ($<0,33$) (4. melléklet). Nem minden esetben pontosan 10 elemet adtak meg a kitöltők, de az arányok számításával kiküszöbölhetővé vált ez a probléma.

Extroverzió-introverzió

Az extroverzió méréséhez az Eysenck-féle személyiség kérdőív (EPQ) extroverzió skáláját alkalmaztam, a kérdőív Eysenck és Matolcsi (1984) által validált magyar változatát felhasználva. A kérdőív négy faktora közül az egyik az extroverzió skála, megbízhatósága megfelelő (Cronbach alfa férfiaknál= 0,81; nőknél= 0,82).

Településképi Arculati Kézikönyv

A hipotézisekben szereplő településrészek lehatárolását Szeged város Településképi Arculati Kézikönyve (Pap, 2017) alapján végeztem. A kézikönyv feladata bemutatni a város építészeti és táji értékeit, jó példákkal szemléltetve azokat. A különböző stílusú területeket építészeti karakter alapján határolja le. Pap (2017) leírása alapján a *történeti beépítésű területeken* döntően a történeti épületállomány dominál, melynek nagy része az 1879-es árvíz után épült, korábbi előzményeket is őrző, egységes eklektikus-szecessziós stílusban. A terület döntő többsége a szegedi nagykörút külső teleksávja által határolt, de a sugárutak mentén több helyen csápszerűen kinyúlik. Részét képezik Szőreg, Tápé és Kiskundorozsma központjai is. Az *átalakuló területek* szintén a Nagyárvíz után

épültek újjá, azonban az 1990-es évekig még többé-kevésbé fennmaradt történeti épületállomány a telkek magánérés átépítésének következtében nagyrészt eltűnt. Az így létrejött újfajta építészeti környezetre jellemzőek a színvilágukban, arányrendszerükben, anyaghasználatukban elrugaszkodott épületek, sok esetben kihasználva a maximális beépíthetőséget. A terület beépítése meglehetősen heterogén. Az *alacsony intenzitású beépítések* kertvárosias jellegű, jellemzően családi házas tömböket foglalnak magukba, viszonylag nagy telekméretekkel, nagyrészt szabadon álló beépítéssel, kiterjedt zöldterületekkel. A *lakótelepek, lakóparkok* településrészen jellemzően iparosított technológiával, a modernista elképzelések szerint épültek többlakásos épületek. A hagyományos településszerkezettől eltérő, zöldben úszó szoliter épületkubusok jellemzik a területet. Sok esetben egységes városépítészeti koncepció szerint épültek, melyben az egyenként sivárnak mondható épületeket ellensúlyozták igényes kertészeti megoldásokkal, előremutató középületekkel és közlekedési megoldásokkal. Figyelemre méltó, hogy a lakótelepek jobb zöldfelület-ellátottsági mutatókkal rendelkeznek, mint a hagyományos lakóterületek többsége.

A vizsgálat leírása

A kérdőív elején informált beleegyezést olvashattak a kitöltők, a kutatás etikailag jóváhagyásra került a Szegedi Tudományegyetem BTK Pszichológiai Intézet eljárásrendje alapján. A kitöltés hozzávetőlegesen 10-15 percet vett igénybe, anonim és önkéntes volt, ellenszolgáltatás nélkül. A kérdőívcsomag 2020. április-májusban öt hétig volt elérhető. A statisztikai számításokat Jamovi 1.1.9. és IBM SPSS 23.0 programmal készítettem.

EREDMÉNYEK

Topológiai Identitás Skála

Első lépésként a Félonneau (2004) Topológiai Identitás Skála kérdőíve alapján készített Topológiai Identitás Skála magyar verziójának faktorszerkezetét vizsgáltam meg feltáró- és megerősítő faktorelemzés segítségével. A feltáró faktorelemzésre a minta alkalmasnak bizonyult. A Kaiser-Meyer-Olkin mutató minden tétel esetében megfelelő értéket mutatott (KMO összérték =0,896), a Bartlett teszt is szignifikáns lett ($p < 0,001$), így elvégezhető volt az elemzés. Maximum likelihood módszert választottam oblimin rotációval, melynek eredményeként öt faktort javasolt a program (5. melléklet).

Samuels (2016) irányelvei szerint a 0,3 faktortöltés alatti tételeket ki kell venni a mintából, majd újra lefuttatni az elemzést. Az egyes tételek keresztöltése sem lehet ennél nagyobb egyszerre két faktoron. Javaslatára szerint faktoronként legalább három tétel faktortöltésének 0,4 felettinek kell lennie. Ezek alapján eltávolítottam az 5-ös, 6-os, 9-es, 16-os és 22-es tételeket. A program továbbra is öt faktoros modellt javasolt. Az eredeti kérdőívben az 1-4. (külső szemlélő

szempontjai), 5-14. (általános kötődés), 15-18. (elkötelezettség) és 19-22. (szociális identifikáció) tételek alkották a négy faktort. A nem megfelelő töltéssel rendelkező elemek eltávolítását követően kezdett kirajzolódni az eredeti struktúra. A különbséget az jelentette, hogy az eredeti, második faktor kettévált, a 3-as és a 10-es elem pedig más faktoron szerepelt. A kérdőív elméleti megfontolásait szem előtt tartva kivettem a mintából a 3-as és 10-es elemet, melynek eredményeként kialakult egy stabil öt faktoros struktúra, jellemzően 0,6-0,9 közötti faktortöltésű elemekkel. Az öt faktor a *külső szemlélő szempontjai* (1-3. tétel), *általános kötődés* (4-7. tétel), *ismerősség* (8-9.), *elkötelezettség* (10-12.) és *szociális identifikáció* (13-15.) neveket kapta, Félonneau (2004) és Lalli (1992) koncepciója alapján.

A feltáró faktorelemzés során kialakult 15 tételen megerősítő faktorelemzést végeztem, a modell további pontosítása miatt. Az illeszkedésmutatók értékeléséhez Hu és Bentler (1999) irányelveként meghatározott határértékeit használtam. Egészen erős illeszkedési mutatókkal rendelkezett a modell, azonban megvizsgáltam, hogy a feltáró faktorelemzés során eltávolított, de az elméleti koncepcióba illeszkedő tételek újbóli alkalmazása javít-e ezeken a mutatókon. Az 5-ös, 6-os, 9-es, 16-os tételek rontottak az illeszkedési mutatókon, azonban a 22-es tétel javított rajtuk, így ezt a tételt visszahelyeztem a modellbe. A négyfaktoros struktúra sem a feltáró-, sem a megerősítő faktorelemzésben nem mutatkozott kellően stabilnak. Az elméleti modellhez képest szignifikáns különbség mutatkozott ($p < 0,001$), azonban ez a próba érzékeny az elemszámra, így a többi mutató alapján értékeltem az illeszkedést. McDonald és Ho (2002) szerint a 0,5 alatti RMSEA érték számít különösen jónak, de a 0,8 alatti is elfogadható. A Hu és Bentler (1999) által meghatározott 0,95-ös határ meglehetősen szigorú a CFI és TLI mutatókra vonatkozóan, mások szerint a 0,9 feletti érték is jónak számít (McDonald & Ho, 2002). Végeredményben öt faktoron összesen 16 tétel maradt (3. melléklet), a modell illeszkedésmutatói jók vagy elfogadhatók lettek (2. táblázat).

	Illeszkedésmutató	
	Ötfaktoros modell	határértéke (Hu & Bentler, 1999)
χ^2	227	-
p	< 0,001	> 0,05
χ^2/df	2,41	< 3
RMSEA	,0733	< 0,05
RMSEA 90% CI	,0612 < CI < ,0855	(< 0,08)
CFI	,949	> 0,95 (> 0,90)
TLI	,934	> 0,95 (> 0,90)
SRMR	,0462	< 0,09

1. Táblázat A megerősítő faktorelemzés illeszkedésmutatói

A faktorok belső megbízhatóságát tekintve a *külső szemlélő szempontjai* (Cronbach- $\alpha = 0.739$), az *ismerősség* (Cronbach-alfa = 0.766) és a *szociális identifikáció* (Cronbach-alfa = 0.718) kiválóan bizonyultak. Az *elkötelezettség* (Cronbach-alfa = 0.937) és az *általános kötődés* (Cronbach- $\alpha = 0.898$) faktorok tételei a kelleténél több hasonlósággal rendelkeznek. A teljes kérdőív megbízhatósága is valamivel a jónak mondható érték felett van (Cronbach- $\alpha = 0.905$).

Helykötődés mérése

A helykötődést Hernandez és munkatársai (2007) kérdőívének magyar fordításával mértem, melynek faktorszerkezetét szintén feltáró- és megerősítő faktorelemzés segítségével vizsgáltam. A Kaiser-Meyer-Olkin mutató minden tétel esetében megfelelő értéket mutatott (KMO összérték =0,888), a Bartlett teszt is szignifikáns lett ($p < 0,001$), így elvégezhető volt az elemzés. Maximum likelihood módszert választottam oblimin rotációval, melynek eredményeként két faktort javasolt a program (6. melléklet).

Ezt követően megerősítő faktorelemzést végeztem. A kapott illeszkedésmutatók Hu és Bentler (1999) irányelvként meghatározott határértékeit figyelembe véve nem bizonyultak kielégítőnek, így változtattam a modellen. A másik faktorra való áttöltés és a kovariánsok vizsgálata nyomán a 3-as és 4-es tételt kivettem a modelltől, melynek eredményeként kiváló illeszkedési mutatókat kaptam (4. táblázat). A két új faktor a *kötődés a városhoz* és a *kötődés a várostól távol* neveket kapta, melyek tartalmilag valóban elkülönülnek egymástól (4. melléklet).

	Illeszkedésmutató	
	Kétfaktoros modell	határértéke (Hu & Bentler, 1999)
χ^2	18,3	-
p	= 0,019	> 0,05
χ^2/df	2,29	< 3
RMSEA	,0698	< 0,05
RMSEA 90% CI	,0267 < CI < ,113	(< 0,08)
CFI	,992	>0,95 (>0,90)
TLI	,984	>0,95 (>0,90)
SRMR	,0247	< 0,09

2. Táblázat A megerősítő faktorelemzés illeszkedésmutatói

A *kötődés a városhoz* faktor (Cronbach-alfa = 0,905) és a teljes kérdőív (Cronbach-alfa = 0,915) megbízhatósága némi redundanciát feltételez, míg a

kötődés a várostól távol (Cronbach-alfa = 0,852) faktor megbízhatósága jónak mondható.

Településrészek elemzése

Az első hipotézisem alapján megvizsgáltam, hogy az egyes településrészeken élők topológiai identitása között van-e különbség. A topológiai identitás összpontszáma nem mutatott normális eloszlást a Kolmogorov-Smirnov teszten ($D(254)=0,123$; $p<0,001$), ezért nem paraméteres eljárást, Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. A próba szignifikáns eredményt mutatott ($U(4)=13,3$; $p=0,01$), tehát van érdemi különbség a csoportok között. A Dwass-Steel-Critchlow-Fligner féle páronkénti összehasonlítás megmutatta, hogy a történeti városrészben élők topológiai identitása szignifikánsan alacsonyabb az alacsony intenzitású területeken ($p=0,02$) és a lakótelepeken vagy lakóparkokban ($p=0,043$) élőkénél.

A különböző településrészek lakóinál a helykötődés mértékét is összehasonlítottam. A helykötődés összpontszáma sem mutatott normális eloszlást a Kolmogorov-Smirnov teszten ($D(254)=0,240$; $p<0,001$), ezért itt is Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. A próba hipotézisemnek megfelelően nem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között a helykötődés mértékében ($U(4)=9,02$; $p=0,061$).

Harmadik hipotézisem szerint a történeti városrészben és lakótelepeken, lakóparkokban élők inkább urbanofil attitűddel rendelkeznek. Függő változóként az urbanofília indexet alkalmaztam, mely nem mutatott normális eloszlást a Kolmogorov-Smirnov teszten ($D(254)=0,160$; $p<0,001$). A Kruskal-Wallis próba nem jelzett szignifikáns különbséget a csoportok között ($U(4)=7,03$; $p=0,134$). Kijelenthető, hogy az urbanofil-urbanofób attitűdök hasonló arányban vannak jelen minden vizsgált településrészen. Megvizsgáltam, hogy a teljes mintán igaz lesz-e Félonneau (2004) eredménye, mely szerint az urbanofil attitűddel rendelkezők topológiai identitása erősebb. Spearman-féle korrelációval vizsgáltam az urbanofília index és a topológiai identitás közti együtt járást, de statisztikailag semmilyen kapcsolat nem mutatható ki közöttük ($r(253) = 0,031$; $p = 0,621$).

Együtt járást feltételeztem az urbanofil attitűd és az extroverzív személyiségvonás között. Az urbanofília index mellett az extroverzió összpontszáma sem mutatott normális eloszlást a Kolmogorov-Smirnov teszten ($D(254)=0,123$; $p<0,001$), ezért Spearman-féle korrelációval vizsgáltam az együtt járást. A próba statisztikailag szignifikáns, de gyenge együtt járást mutatott az urbanofil attitűd és az extroverzió között ($r(253) = 0,242$; $p < 0,001$). Félonneau (2004) vizsgálatához hasonlóan az urbanofília index felső harmadában lévőket ($> 0,66$) tekintetem urbanofil attitűddel rendelkezőnek, a középső harmadban lévőket átlagosnak és az alsó harmadban lévőket ($< 0,33$) urbanofóbnak. Az így képzett csoportokat összehasonlítottam, az extroverzió összpontszámát alkalmazva függő változóként. A Kruskal-Wallis próba szignifikáns különbséget mutatott ($U(2)=7,62$; $p=0,022$), tehát van érdemi különbség a csoportok között. A Dwass-Steel-Critchlow-Fligner féle páronkénti összehasonlítás alapján az

urbanofil attitűddel rendelkezők extroverzió pontszáma szignifikánsan magasabb az urbanofób ($p=0,009$) csoportnál. A Mean Rank alapján az átlagos csoportnál is jelentősen magasabb, de az statisztikailag nem tekinthető szignifikánsnak ($p=0,075$).

Az extroverzió és a topológiai identitás közötti kapcsolatot külön vizsgáltam nőknél és férfiaknál, hiszen különböző átlagértékek adódtak a magyar populáción (Eysenck & Matolcsi, 1984). Nemenként az extroverzió átlagos pontszámától egy szóráson kívül esőket tekintettem extrovertáltként ill. introvertáltként, a többiek átlagos értékkel bírtak. Az így kapott csoportok topológiai identitását Kruskal-Wallis próbával hasonlítottam össze és sem a nőknél ($U(2)=5,608$; $p=0,061$), sem a férfiaknál ($U(2)=2,664$; $p=0,264$) nem kaptam szignifikáns különbséget, azonban a nőknél statisztikailag nagyon „közel” vannak az eredmények. A mediánok rangsorolása alapján is látható, hogy az extrovertáltak topológiai identitása mindkét nemnél magasabb, azonban ez statisztikailag nem jelentős.

A szakirodalmi áttekintést követően érdemesnek találtam megvizsgálni, hogy a szegedi születésű lakosok helykötődése és topológiai identitása különbözik-e a később betelepültektől. A függő változók nem normális eloszlása miatt Mann-Whitney próbát alkalmaztam a csoportok összehasonlítására. A helykötődés tekintetében nem mutatott szignifikáns különbséget a próba ($U=7092$, $Z=-1589$, $p=0,112$), a topológiai identitás tekintetében azonban igen ($U=5562$, $Z=-4157$, $p<0,001$). A mediánok rangsorolása alapján kijelenthető, hogy a Szegeden születettek topológiai identitása szignifikánsan erősebb a később betelepülőknél. Az eredményt befolyásolhatta a Szegeden töltött évek száma, mely szignifikánsan több a Szegeden születetteknél, mint a később betelepülőknél ($U=3082$, $Z=-8412$, $p<0,001$). Tekintve, hogy nem normális eloszlást követ mindkét változó, kovariancia analízist nem végezhettem. Annyit azonban megtettem, hogy a kovariáns bevezetésének feltételeit megvizsgáltam. A kovariáns (összesen hány évet élt Szegeden) nem normális eloszlású ($D(254)=0,079$; $p=0,001$) és szignifikáns, de gyenge kapcsolatot mutatott a Spearman-féle korreláció során a helykötődés összpontszámával ($r(253) = 0,336$; $p < 0,001$), míg a topológiai identitással közepesen erős kapcsolata volt, mely statisztikailag szintén szignifikáns ($r(253) = 0,499$; $p < 0,001$). A csoportok közti lineáris különbségek feltárását grafikusan végeztem el, melynek során láthatóvá vált, hogy a kovariáns máshogyan hat a két csoportra, így nincs értelme lefuttatni az elemzést. Ezek alapján kijelenthető, hogy a Szegeden született lakosok topológiai identitása a városban eltöltött évektől függetlenül erősebb, mint a később betelepülőké. A helykötődés tekintetében nem volt jelentős különbség.

A Mann-Whitney teszten a nemek között szignifikáns különbség mutatkozott mind a helykötődés ($U=4559$, $Z=-3793$, $p<0,001$), mind a topológiai identitás tekintetében ($U=5021$, $Z=-2757$, $p=0,006$). Mindkét esetben a nők kapcsolata mutatkozott erősebbnek a településsel. Megvizsgáltam a helykötődés és topológiai identitás kapcsolatát az életkorral is. A Spearman-féle korreláció során az életkor a helykötődéssel statisztikailag szignifikáns, de gyenge kapcsolatot mutatott ($r(253) = 0,354$; $p < 0,001$), míg a topológiai identitással

közepesen erős kapcsolatot, mely statisztikailag szintén szignifikáns ($r(253) = 0,429$; $p < 0,001$).

MEGVITATÁS

Kutatásom célja magyar nyelven elérhető, érvényes mérőeszközök létrehozása volt a topológiai identitás és helykötődés mérésére, továbbá összefüggések feltárása ezekkel a mérőeszközökkel szegedi mintán. Ennek során vizsgáltam az említett konstruktumok egymással, demográfiai jellemzőkkel való kapcsolatát, eltérő építészeti karakterű településrészek szerinti csoportosításban. Emellett vizsgáltam urbanofil és urbanofób attitűddel rendelkező személyeket, akik ellentétes módon gondolkodnak az ideális városról, majd megnéztem, tapasztalok-e együtt járást az extroverzió mértékével.

A Topológiai Identitás Skála szegedi mintán történő elemzését követően, az eredeti négyfaktoros szerkezet helyett ötfaktoros struktúrát mutatott. A 0,3 saját faktortöltés alatti vagy e feletti keresztöltéssel rendelkező és az eredeti koncepcióba nem illeszkedő elemek eltávolításával egy stabil szerkezetű, kifejezetten jó illeszkedésmutatókkal rendelkező mérőeszközt kaptam.

Az ötfaktoros modell létjogosultsága elfogadhatóbb lesz, ha áttekintjük a koncepcionális előzményeket. Félonneau (2004) Topológiai identitás skálájának elméleti háttérét Lalli (1992) Városi Identitás Skálája jelenti. Utóbbi öt faktort tartalmaz, melyek közül a *külső szemlélő szempontjai* és az *elkötelezettség* teljes mértékben megegyezik Félonneau (2004) hasonló nevű faktoraival. A francia szerző vizsgálatában Lalli (1992) kérdőívéből az *általános kötődés*, a *személyes múlttal való folytonosság* és az *ismerősség* faktorok egynek mutatkoztak, így *általános kötődés* néven egy faktorként szerepel kérdőívében, két elem kivételével Lalli (1992) tételei közül mind. Így már talán érthetőbb, hogy a Topológiai identitás skála magyar változatában miért vált ketté Félonneau (2004) általános kötődés skálája. Az új faktorok Lalli (1992) koncepciója alapján kerültek elnevezésre, tartalmi elemzésüket követően. A magyar kérdőív második faktora az *általános kötődés*, harmadik faktora az *ismerősség* nevet kapta. Az ötből három faktor megbízhatósága kiválóan bizonyult, az *elkötelezettség* és az *általános kötődés* faktorok mutattak némi redundanciát. A későbbiekben megfontolandó lehet ezen két faktor elemszámának csökkentése vagy tartalmi módosítása.

A helykötődést mérő eszköz Hernandez és munkatársai (2007) egy faktoros, nyolc tételes kérdőíve nyomán készült. Kétfaktoros struktúra rajzolódott ki a faktorelemzések során, majd faktoronként egy-egy elem eltávolításával egy rendkívül jó illeszkedési mutatókkal rendelkező kérdőívet kaptam. A két új faktor tartalmilag jól elkülöníthető a tételek alapján. A *kötődés a városhoz* faktor és a teljes kérdőív itt is mutat némi redundanciát, így a tételek számának csökkentése vagy új tartalommal való feltöltése indokolt lehet.

Az eltérő karakterű településrészek topológiai identitását vizsgálva a hipotézisemmel ellentmondó eredményt kaptam, mely szerint a történeti városrészben élők topológiai identitása szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult

az alacsony intenzitású területeken és a lakótelepeken, lakóparkokban élőknel. Ez az eredmény eltér a korábbi kutatásokétól, amelyek a lakótelepeken nehezebben kifejlődő identitást feltételeztek (Niit, 1993 id. Dúll, 1995) és a történeti településrészek identitásformáló erejét is erősebbnek vélték (Becker c Keim, 1973 id. Lalli, 1992; Forrest & Kearns, 2001; Nasar, 1998 id. Lewicka, 2008). Lalli (1992) szerint az énfelnagyítás motívuma jobban kapcsolódik a várost alkotó reprezentációkhoz, ezért az egész városra vonatkozó identitás erősebb, mint a kisebb egységekre értett. Jelen kutatásunkban a város egészére vonatkozó identitást vizsgáltuk, ezért a városrészek közti különbségeknek kevesebb befolyása lehetett. Magyarázattal szolgálhat a biofília elmélet is, mely szerint genetikailag kódolva van a természeti környezet iránti vonzódásunk (Wilson, 1984 id. Rácz, 2011), a lakótelepeken és az alacsony beépítésű területeken pedig a legnagyobb a zöldfelületek aránya. Pap (2017) szerint a lakótelepek is lassan történeti jelentőséggel bírnak, a felújításoknak köszönhetően pedig az épületek építészeti minősége is fokozatosan javul. Ezt a vizsgálatot szükséges lesz városrészenként nagyobb elemszámmal is elvégezni.

A helykötődés tekintetében nem találtam különbséget a városrészek lakói között. Születtek eredmények a történeti városrészek helykötődést erősítő szerepére (Lewicka, 2008), azonban a helykötődés fogalma inkább affektív jellegű, mely gyorsabban alakul ki és számos kiváltó oka lehet, különböző kiterjedésű és funkciójú helyekre vonatkozhat (Hidalgo & Hernandez, 2001; Tournois & Rollero, 2020). Ezek alapján minden városrész lakóinál kialakulhat helykötődés a városra vonatkoztatva.

Az ideális várossról alkotott elképzelésük alapján nem találtam különbséget a városrészek lakói között. Az urbanofil és urbanofób attitűddel rendelkezők is hasonló arányt képviseltek minden településrészen. Hipotézisemet arra alapoztam, hogy a történeti városrészek és a lakótelepek, lakóparkok némileg zsúfoltabb, forgalmasabb, „városiasabb” környezetében markánsabb lesz az urbanofilek aránya. Szeged egy vidéki középváros Magyarországon, ahol talán nem mérhetőek szignifikánsan a nagyvárosokra jellemző jegyek. Elképzelhető, hogy Budapesten más eredmény születne, de számos tényező befolyásolhatja még ezt a jelenséget. Félonneau (2004) eredményétől eltérően, a teljes mintán mért topológiai identitás mértéke nem mutatott kapcsolatot az urbanofil attitűddel. A francia szerző vizsgálata Bordeaux-ban készült egyetemisták körében, mely település a lakosok számát tekintve nagyságrendileg megegyezik Szegeddel, azonban a népsűrűsége majdnem tízszerese a magyar városénak (Bordeaux, Szeged), mely vizsgálatom szempontjából döntő tényező lehet.

Az urbanofil attitűd és az extroverzió mint személyiségvonás szignifikáns kapcsolatban áll. Az együtt járás statisztikailag szignifikáns, de gyenge, azonban az urbanofil lakosok csoportja jelentősen magasabb pontszámot ért el az extroverzió skálán, mint az urbanofóboké. Az urbanofilek az átlagos csoporttól is láthatóan magasabb pontszámokat produkáltak, ami azonban nem bizonyult szignifikánsnak. Az urbanofilek szeretik a városi nyüzsgést, ideális város jellemzőiként inkább városiasabb jegyeket adtak meg (Félonneau, 2004), az extrovertáltak pedig társaságkedvelő, szenzációkereső, aktív emberek (Eysenck &

Matolcsi, 1984). Nőknél az extroverzió statisztikailag nem megerősített módon, de tendencia szinten összefügg a topológiai identitással a szegedi mintán. Düll (2009) szerint a város túlingerli az ember idegrendszerét, amit feltételezésünk szerint az extrovertáltak viselnek jobban, hiszen nekik biológiailag meghatározottan is több ingerre van szükségük (Carver & Scheier, 2006). Eredményeink szerint nagyrészt ők rendelkeznek urbanofil attitűddel és kis mértékben a topológiai identitásuk is magasabb, mely statisztikailag nem megerősített, azonban Félonneau (2004) eredményeinek tudatában figyelemre méltó.

A tősgyökeres szegedi lakosok topológiai identitása szignifikánsan magasabb a később betelepültekénél, míg helykötődés tekintetében nem tapasztaltam különbséget. Ez egybecseng néhány korábbi kutatással (Lalli, 1988; Lalli, 1992; Hernandez et al., 2007), azonban volt olyan vizsgálat, melyben ellentétes eredményt kaptak (Tournois & Rollero, 2020). Utóbbiak a vizsgált város (Belgrád) elmúlt évtizedeinek viharos eseményeit és bizonytalan identitását vélik az eredmény egyik okának. Ők helyidentifikációt mértek, ami némileg eltér a helyidentitás fogalmától, definíciója szerint a helynek magának kitüntetettebb szerep jut. Véltetően a hely szellemének (genius loci) itt erősebb befolyása volt (Stedman, 2003 id. Lewicka, 2008). Eredményeim alapján, úgy tűnik, a születés helyének kitüntetett szerepe van az identitás alakulásában.

A nők Szeged várossal való kapcsolata mind a helykötődés, mind a topológiai identitás pontszámait tekintve szignifikánsan erősebb, mint a férfiaké. A Tournois és Rollero (2020) által hivatkozott riportban (World Economic Forum, 2018), ahol a férfiak és nők lehetőségei közti különbséget vizsgálták, Magyarország a 102. helyen áll a 149 országból, míg Szerbia, ahol a szerzők nem találtak különbséget a nemek között helyidentifikáció tekintetében, a 38. Elképzelhető, hogy Szegeden még erősebben érvényesülnek a hagyományos, otthonhoz kötődő női szerepek, mint egy nagyvárosban, ami által másként kapcsolódnak a városhoz. Az életkorral is összefüggést mutattak a helykötődés és topológiai identitás pontszámai. Az utóbbival való erősebb kapcsolat egybecseng korábbi eredményekkel, melyek szerint a fizikai környezettel való kapcsolat az ott tartózkodás hosszával arányosan erősebbé teszi az azonosulást (Becker & Keim, 1973 id. Lalli, 1992; Lalli, 1988 id. Lalli, 1992; Tournois & Rollero 2020) és alátámasztja annak lassabban kialakuló mivoltát.

A későbbi kutatások szempontjából hasznos lehet, hogy a Településképi Arculati Kézikönyvek lehatárolásai segítségével építészeti karakterük mentén összehasonlítható településrészeket kaphatunk, melyek új szempontokkal gazdagíthatják a környezetpszichológiai kutatásokat. A közigazgatási jellegű lehatárolások nem egységes építészeti karakterek mentén jöttek létre, ez indokolhatja a csekély vonatkozó szakirodalmi adatot. További vizsgálatok szükségesek az eltérő karakterű településrészek jellemző kötődés, identitás kialakulására vonatkozóan. Van-e jelentős különbség, és ha igen, az minek tulajdonítható, milyen fejlesztések lennének szükségesek, hogy vonzóbb településképet, élhetőbb környezetet hozzunk létre. Érdekes lehet megvizsgálni a lehetőségét, hogy a helyidentitást/topológiai identitást az azonosulás más formáihoz hasonlóan fel lehet-e bontani további komponensekre, melyekkel

pontosabb magyarázatokat lehetne kapni a helyekkel kapcsolatos azonosulás jelenségére vonatkozóan (pl. Roccas, 2006).

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Becker, H. & Keim, K. D. (1973). *Wahrnehmung in der städtischen Umwelt-Möglicher Impuls für kollektives Handeln*. Berlin:Kiepert.
- Bordeaux. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia.*, Letöltve: 2020.06.08., <http://https://en.wikipedia.org/wiki/Bordeaux>
- Carver, S. Ch, Scheier, M. F.(2006). *Személyiségpszichológia*. Budapest, Magyarország: Osiris Kiadó.
- Dúll., A. (1995). Az otthon környezetpszichológiai aspektusai. *Magyar Pszichológiai Szemle LI.* (35.), 5-6. 345-377.
- Dúll., A. (1996). A helyidentitásról. *Magyar Pszichológiai Szemle, LII.*(36.), 4-6.363-391.
- Dúll., A. (2009). A város a környezetpszichológiában. In A. Dúll & É. Izsák, (Eds.), *Tér-rétegek - Tanulmányok a XXI. század térfordulatairól* (pp. 159-177). Budapest, Magyarország: L'Harmattan.
- Eysenck, S., Matolcsi, Á. (1984). Az Eysenck-féle személyiség kérdőív (EPQ) magyar változata: A magyar és az angol felnőttek összehasonlító vizsgálata. *Pszichológia*, 2(4), 231-240.
- Félonneau, M.-L. (2004). Love and loathing of the city: Urbanophilia and urbanophobia, topological identity and perceived incivilities. *Journal of Environmental Psychology*, 24(1), 43-52. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(03\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(03)00049-5)
- Forrest, R., & Kearns, A. (2001). Social cohesion, social capital and the neighbourhood. *Urban Studies*, 38, 2125-2143.
- Gerson, K., Stueve, C. A. & Fischer, C. S. (1977). Attachment to place. In C. S. Fischer, Ed., *Networks and Places*. New York: The Free Press, pp. 139-161.
- Hernández, B., Carmen Hidalgo, M., Salazar-Laplace, M. E., & Hess, S. (2007). Place attachment and place identity in natives and non-natives. *Journal of Environmental Psychology*, 27(4), 310-319.
- Hidalgo, M. C., & Hernández, B. (2001). Place attachment: Conceptual and empirical questions. *Journal of Environmental Psychology*, 21, 273-281.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Lalli, M. (1988). Urban identity. In D. Canter, J. Jesuino, L. Soczka & G. M. Stephenson, Eds., *Environmental Social Psychology*. Dordrecht: Kluwer, pp. 303-311.

- Lalli, M. (1992). Urban-related identity: Theory, measurement, and empirical findings. *Journal of Environmental Psychology*, 12(4), 285–303. [https://doi.org/10.1016/S0272-4944\(05\)80078-7](https://doi.org/10.1016/S0272-4944(05)80078-7)
- Lewicka, M. (2008). Place attachment, place identity, and place memory: Restoring the forgotten city past. *Journal of Environmental Psychology*, 28(3), 209–231.
- McDonald, R. P., & Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7(1), 64–82. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.7.1.64>
- Milgram, S. (1970). A nagyvárosi élet élménye. Pszichológiai elemzés. In V. Szilágyi, (Ed., 1980), *Együttérzés, önzetlenség, felelősség* (pp. 37-57). Budapest, Magyarország: Tankönyvkiadó.
- Nasar, J. L. (1998). *The evaluative image of the city*. Thousand Oaks: Sage.
- Niit, T. (1993). Dangers to self-identity in urban high-rise areas, Kézirat, *Előadás a III. Európai Pszichológiai Konferencián, 1993. júl. 4-9. Tampere, Finnország*.
- Pap, Á. (2017). *Szeged Településképi Arculati Kézikönyv*. Letöltve: 2020. április 15. <https://www.szegedvaros.hu/jovahagyott-telepuleskepi-arculati-kezikonyv-valamint-telepuleskepi-rendelet-kozzetetele/>
- Proshansky, H. M., Fabian, A. K., & Kaminoff, R. (1983). Place-identity: Physical world socialization of the self. *Journal of Environmental Psychology*, 3(1), 57–83.
- Rácz, J. (2011). Betegség-egészség és a zöldkörnyezet. *Addiktológia*, X(1), 56-110.
- Roccas, S., Klar, Y., & Liviatan, I. (2006). The paradox of group-based guilt: Modes of national identification, conflict vehemence, and reactions to the in-group's moral violations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 698–711. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.698>
- Rollero, C. (2013). The town in my mind: How place attachment and identification are linked to place perception. *Estudios de Psicología*, 34, 309–314.
- Rowles, G. D. (1990). Place attachment among the small town elderly. *Journal of Rural Community Psychology*, 11, 103–120.
- Samuels, P. (2016). *Advice on Exploratory Factor Analysis*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.5013.9766>
- Schneider, G. (1990). Umweltrepräsentation: Problembereiche. In L. Kruse, C. F. Graumann & E.-D. Lantermann, Eds, *Ökologische Psychologie*. München: PVU, pp. 263-267.
- Stedman, R. C. (2003). Is it really just a social construction? The contribution of the physical environment to sense of place. *Society and Natural Resources*, 16, 671–685.
- Szeged. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*., Letöltve: 2020.06.08., <http://https://hu.wikipedia.org/wiki/Szeged>
- Tolman, E. C. (1948). Cognitive maps in rats and men. *Psychological Review*, 55, 189–208.
- Tournois, L., & Rollero, C. (2020). “Should I stay or should I go?” Exploring the influence of individual factors on attachment, identity and commitment

in a post-socialist city. *Cities*, 102, 102740.

<https://doi.org/10.1016/j.cities.2020.102740>

Tuan, Y-F. (1990). *Topophilia. A study of environmental perception, attitudes and values*. New York: Columbia University Press.

Twigger-Ross, C. L., & Uzzell, D. L. (1996). Place and identity processes. *Journal of Environmental Psychology*, 16, 205–220.

Wilson, E. O. (1984). *Biophilia. The Human Bond with Other Species*. Harvard University Press.

World Economic Forum. *The global gender gap report 2018*. (2018). http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2018.pdf (Letöltve: 2020. június 09.).

Mellékletek

1. melléklet Topological identity scale / Topológiai identitás skála

(Félonneau, 2004)

(eredeti elem/magyarra fordítás)

Az értékelés 4 fokú Likert skálán történt (1= egyáltalán nem ért egyet, 2= általában nem ért egyet, 3= általában egyetért, 4= teljes mértékben egyetért)

External evaluation (Külső szemlélő szempontjai)

1 Bordeaux is seen from outside as possessing prestige

1. Szeged a külső szemlélő számára presztízzsel bíró város.

2 Compared with other cities, Bordeaux has many advantages

2. Más városokkal összevetve, Szeged számos előnnyel rendelkezik.

3 Bordeaux is mainly a city for tourists

3. Szeged főként a turisták városa.

4 There are many things here which are envied by other cities

4. Sok olyan dolog található itt, melyeket más városok irigyelnek.

General attachment (Általános kötődés)

5 I really feel like a native of Bordeaux

5. Tősgyökeres szegedinek tartom magam.

6 I see myself as an inhabitant of Bordeaux

6. Egyszerűen szegedi lakosnak tartom magam.

7 I feel really at home in Bordeaux

7. Teljes mértékben itthon érzem magam Szegeden.

8 This city is like a part of my self

8. Számomra ez a város olyan, mintha a részem lenne.

9 Lots of things in this city remind me of my own past.

9. Ebben a városban sok dolog a múltamra emlékeztet.

10 I cannot imagine living in a different city because I would give up too much of myself.

10. Nem tudom elképzelni, hogy másik városban éljek, mert túl sok mindent kellene feladnom magamból.

11 I had so many experiences in Bordeaux that I have become intimately bound up with the city.

11. Olyan sok élményt szereztem Szegeden, hogy ezáltal nagyon szoros kapcsolatom alakult ki a várossal.

12 I know Bordeaux so well that I would recognize the town on a photograph taken at any time.

12. Annyira jól ismerem Szegedet, hogy egy fotóról felismerném a várost, bármikor is készült az.

13 When I amble through Bordeaux I feel very strongly that I belong here.

13. Amikor Szegeden sétálgatok, erősen érzem, hogy ide tartozom.

14 This town is very familiar to me indeed

14. Ezt a várost igen jól ismerem.

Commitment (Elkötelezettség)

15 I would like to stay in Bordeaux indefinitely

15. Szegeden szeretnék maradni amíg csak tudok.

16 I would like to witness Bordeaux's future development

16. Szeretnék tanúja lenni Szeged jövőbeli fejlődésének.

17 Bordeaux plays an important part in my projects for the future.

17. Szeged fontos szerepet tölt be jövőbeli terveimben.

18 My personal future is closely tied up with Bordeaux.

18. Jövőm szorosan összefonódik Szegeddel.

Social identification (Szociális identifikáció)

19 The fact that I live in this city conveys an image of myself to others.

19. A tény, hogy Szegeden lakom élek, jól tükröződik a személyiségemben.

20 On the whole, people living in this city are like me

20. Összességében, az ebben a városban élő emberek olyanok, mint én.

21 Compared to others, people living in this city are generally decent.

21. Másokhoz viszonyítva, az ebben a városban élő emberek általában rendesek.

22 Sometimes it bothers me when people label me as a person living at Bordeaux.

22. Néha zavar, ha nem tekintenek igazi szegedinek.

2. melléklet Topological Identity Scale /Topológiai Identitás Skála (magyar változat)

Külső szemlélő szempontjai

1. (1.) Szeged a külső szemlélő számára presztízzsel bíró város
2. (2.) Más városokkal összevetve, Szeged számos előnnyel rendelkezik
3. (4.) Sok olyan dolog található itt, melyeket más városok irigyelnek.

Általános kötődés

4. (7.) Teljes mértékben itthon érzem magam Szegeden.
5. (8.) Számomra ez a város olyan, mintha a részem lenne.
6. (11.) Olyan sok élményt szereztem Szegeden, hogy ezáltal nagyon szoros kapcsolatom alakult ki a várossal.
7. (13.) Amikor Szegeden sétálgatok, erősen érzem, hogy ide tartozom.

Ismerősség

8. (12.) Annyira jól ismerem Szegedet, hogy egy fotóról felismerném a várost, bármikor is készült az.
9. (14.) Ezt a várost igen jól ismerem.

Elkötelezettség

10. (15.) Szegeden szeretnék maradni amíg csak tudok.
11. (17.) Szeged fontos szerepet tölt be jövőbeli terveimben.
12. (18.) Jövőm szorosan összefonódik Szegeddel.

Szociális identifikáció

13. (19.) A tény, hogy Szegeden lakom élek, jól tükröződik a személyiségemben.
14. (20.) Összességében, az ebben a városban élő emberek olyanok, mint én.
15. (21.) Másokhoz viszonyítva, az ebben a városban élő emberek általában rendeseek.
16. (22.) Néha zavar, ha nem tekintenek igazi szegedinek.

3. Melléklet Helykötődés mérése (Hernandez et al., 2007 alapján)
(eredeti elem/magyarra fordítás)

Az értékelés 4 fokú Likert skálán történt (1= egyáltalán nem ért egyet, 2= általában nem ért egyet, 3= általában egyetért, 4= teljes mértékben egyetért)

Kötődés a városhoz

1. I like living in this city.

Szeretek ebben a városban élni.

2. I feel attached to this city.

Úgy érzem, kötődöm ehhez a városhoz.

3. I would regret having to move to another city.

Sajnáltnám, ha másik városba kellene költözni.

5. I feel at home in this city.

Otthonosan érzem magam ebben a városban.

7. This is my favourite city to live in.

Lakhatóság szempontjából ez a kedvenc városom.

Kötődés a várostól távol

4. When I've been away for a while, I really want to come back.

Amikor hosszú időre távol vagyok, vágyom vissza.

6. When I'm away, I miss this city.

Amikor távol vagyok, hiányzik a város.

8. When I'm away, I'm happy to come back.

Ha elmegyek, boldog vagyok, hogy visszatérhetek.

(megj.: az eredeti tételek a magyar változat faktor struktúrája szerint vannak rendezve)

4. Melléklet. The Ideal City questionnaire / Ideális város kérdőív
(Félonneau, 2004)
(eredeti elem/fordítás)

City items (városi elemek)

- 1 Culture *kultúra*
- 2 Work *munka*
- 3 Animation *aktív szórakozás*
- 4 Social exchanges *társadalmi kapcsolatok*
- 5 Architectural Heritage *építészeti örökség*
- 6 Going out *társas kikapcsolódás*
- 7 Fashion *divat*
- 8 Availability of consumption goods *fogyasztási javak elérhetősége*
- 9 Cosmopolitanism *világpolgárság*

Noncity items (nem-városi elemek)

- 10 Greenery *zöldfelületek*
- 11 Cleanliness *tisztán tartott környezet*
- 12 Tranquillity/calmness *nyugalom*
- 13 Unpolluted *szennyezéstől mentes*
- 14 Free of traffic *forgalomtól mentes*
- 15 Safe *biztonság*
- 16 Helping others in need *rászorulóknak segítése*
- 17 Equality *egyenlőség*
- 18 Welcoming *vendégszeretet*

5. Melléklet *Topológiai identitás skála magyar változatának struktúrája a feltáró faktorelemzés segítségével*

Tételek/Faktorok	1	2	3	4	5
1. Szeged a külső szemlélő számára presztízzsel bíró város	.593				
2. Más városokkal összevetve, Szeged számos előnnyel rendelkezik.	.731				
3. Szeged főként a turisták városa.					.309
4. Sok olyan dolog található itt, melyeket más városok irigyelnek.	.624				
5. Tősgyökeres szegedinek tartom magam.		.311	.480		
6. Egyszerűen szegedi lakosnak tartom magam.					
7. Teljes mértékben itthon érzem magam Szegeden.		.723			
8. Számomra ez a város olyan, mintha a részem lenne.		.810			
9. Ebben a városban sok dolog a múltamra emlékeztet.		.624	.315		
10. Nem tudom elképzelni, hogy másik városban éljek, mert túl sok mindent kellene feladnom magamból.				.637	
11. Olyan sok élményt szereztem Szegeden, hogy ezáltal nagyon szoros kapcsolatam alakult ki a várossal.		.544			
12. Annyira jól ismerem Szegedet, hogy egy fotóról felismerném a várost, bármikor is készült az.			.861		
13. Amikor Szegeden sétálgatok, erősen érzem, hogy ide tartozom.		.632			
14. Ezt a várost igen jól ismerem.			.640		
15. Szegeden szeretnék maradni amíg csak tudok.				.723	
16. Szeretnék tanúja lenni Szeged jövőbeli fejlődésének.		.425		.474	
17. Szeged fontos szerepet tölt be jövőbeli terveimben.				.968	
18. Jövőm szorosan összefonódik Szegeddel.				.970	

19. A tény, hogy Szegeden lakom élek, jól tükröződik a személyiségemben.	.557
20. Összességében, az ebben a városban élő emberek olyanok, mint én.	.826
21. Másokhoz viszonyítva, az ebben a városban élő emberek általában rendeseek.	.594
22. Néha zavar, ha nem tekintenek igazi szegedinek.	

6. **melléklet** *Helykötődés mérése a feltáró faktoranalízis eredményével*

Tételek/Faktorok	1	2
Szeretek ebben a városban élni.	,927	
Úgy érzem, kötődöm ehhez a városhoz.	,883	
Sajnáltnám, ha másik városba kellene költöznöm.	,463	
Amikor hosszú időre távol vagyok, vágyom vissza.		,933
Otthonosan érzem magam ebben a városban.	,888	
Amikor távol vagyok, hiányzik a város.		,926
Lakhatóság szempontjából ez a kedvenc városom.	,566	
Ha elmegyek, boldog vagyok, hogy visszatérhetek.		,688

A MEDDŐSÉG PSZICHÉS ÉS PSZICHOTERÁPIÁS VONATKOZÁSAI.

SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

Pap Ildikó

SZTE BTK Pszichológiai Intézet, pap.ildiko22@gmail.com

Áttekintő tanulmányomban a meddőség pszichés és pszichoterápiás vonatkozásainak bemutatását tűztem ki célul. Ezen belül a munkám központi kérdésköre a meddőséggel kapcsolatos pszichoszociális segítségnyújtás lehetőségeinek ismertetése, az empirikus kutatásokkal alátámasztott pszichoterápiás kezelések, intervenciók szakirodalmi áttekintése és bemutatása, továbbá a terméketlenségre gyakorolt hatásmechanizmusaik vizsgálata. Tekintettel a 21. századi orvoslásban mindinkább előre törő holisztikus szemléletmódra, céloom fókuszba állítani az infertilitással összefüggő pszichés és a társas faktorok súlyát, illetve ehhez kapcsolódóan kiemelni a terméketlenséggel küzdő személyek, valamint a meddőségi kezeléseken résztvevő kliensek pszichés támogatásának jelentőségét. Az elméleti munkámban bemutatott szakirodalmi áttekintés és empirikus vizsgálatok eredményeképpen elmondható, hogy a célzott pszichoszociális intervenciók által - melynek során fókuszban a test, a lélek és a társas faktorok összefüggései állnak - nemcsak a várandósság esélye növekedhet, hanem az érintettek fizikai, mentális, lelki és szociális jólléte is pozitív irányba fordulhat.

Kulcsszavak: meddőség, stressz, depresszió, szorongás, pszichoterápia

Köszönetnyilvánítás: Köszönetemet szeretném kifejezni témavezetőmnek, Dr. Rafael Beatrixnek, akinek ellenőrzése mellett készült ez a munka, és aki kiváló szakmai tudásával támogatott. Továbbá köszönettel tartozom Dr. Szokolszky Ágnesnek, aki szintén biztatott a munkám publikálására.

A meddőség jelenleg az egész világot átölelő probléma. A WHO adatai szerint a reprodukív korú párok megközelítőleg 10-15%-a küzd termékenységi problémával (Pápay, Rigó, és Nagybányai Nagy, 2013). Magyarország Európa és a világ egyik legalacsonyabb termékenységű országa. Egy 2009-es statisztikai felmérés szerint, hazánkban az összes (nem pusztán a reprodukív korú) nőhöz viszonyítva a biológiai okokból gyermektelen nők aránya 4-5% (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Ez az arány az idő előrehaladtával egyre növekvő tendenciát mutat és sajnálatos módon a gyermekszületek számának további csökkenése tapasztalható. A termékenység alakulásában a gazdasági szempontok, illetve az élettani problémák mellett számos pszichoszociális tényező is közrejátszik. Ezek főként az elmúlt évtizedekben lezajló társadalmi változások hatásait tükrözik, melyek alapjaiban változtatták meg a házassággal, a családtervezéssel, és a gyermekvállalással kapcsolatos nézeteket. Az egyik legszembetűnőbb következmény a késői gyermekvállalás, ugyanis egyre általánosabb jelenség, hogy a reprodukív korú személyek az első, valamint a további gyermek vállalását későbbi életkorra halasztják, figyelmen kívül hagyva, hogy a reprodukív képesség a 37-45. életévet megközelítve szinte a felére csökken (Pápay és Gellért, 2015). A fentiekén túl, a termékenységi problémák további okai lehetnek az olyan lelki és fizikai életmódra történő behatások, mint a stressz, az egészségtelen táplálkozás, a mozgáshiány, illetve az egyéb egészségkárosító magatartásformák (Gameiro et al., 2015; Palomba et al., 2018).

Összességében elmondható tehát, hogy korunk társadalmának egyik leginkább megoldásra váró problémájával állunk szemben, melynek kapcsán nem pusztán a biológiai, hanem a pszichés tényezőket is szükséges figyelembe venni. Az orvoslás szomatopszichés holisztikus szemlélete újra erősödőben van (Mohácsi, Almássy, és Szemán-Nagy, 2015; Szigeti, Konkoly Thege, és Lőrincz, 2014; Pápay, 2012). Ezt a nézetet tükrözi, hogy már számos nemzetközi, illetve hazai kutatás foglalkozik a termékenységi problémák pszichoszociális vonatkozásaival. Ezen tanulmányok alátámasztják a pszichoterápiák, pszichológiai tanácsadások, és edukatív intervenciók pozitív eredményeit, valamint a fogamzásra gyakorolt lehetséges hatásukat (Bakó, 2006; Boivin, 2003; de Liz és Strauss, 2005; Domar, Seibel, és Benson, 1990; Frederiksen, Farver-Vestergaard, Skovgård, Ingerslev, és Zachariae, 2015; Hämmerli, Znoj, és Barth, 2009; O'Moore, O'Moore, Harrison, Murphy, és Carruthers, 1983).

Jelen összefoglaló tanulmány fő célkitűzése a meddőséggel kapcsolatos pszichoszociális segítségnyújtás lehetőségeinek ismertetése, az empirikus kutatásokkal alátámasztott pszichoterápiás kezelések, intervenciók szakirodalmi áttekintése és bemutatása, valamint a terméketlenségre gyakorolt hatásmechanizmusaik vizsgálata. A szakirodalmi áttekintés során célt volt továbbá fókuszba állítani és a terméketlenséggel küzdő személyek, valamint a meddőségi kezeléseken résztvevő kliensek pszichoszociális támogatásának jelentőségét és létfontosságú szerepét.

A MEDDŐSÉG ORVOSI ÉS PSZICHOSZOCIÁLIS DEFINÍCIÓJA

Meddőségről orvosi szempontból akkor beszélhetünk, ha a nőnél egyévi rendszeres, védekezés nélküli nemi élet után sem következik be fogamzás, vagy a nő nem képes kihordani az ez idő alatt bekövetkező terhességet. Tekintettel arra, hogy a meddőség krónikus természetű probléma, nem elégséges pusztán az organikus szempontokat figyelembe venni, hanem szükséges azt egy holisztikus, pszichoszociális keretben értelmezni (Greil, Slauson-Blevins, és McQuillan, 2010). Az infertilitással küzdő párok kivizsgálása során számos esetben találnak szervi elváltozást vagy hormonális diszfunkciót. Azonban a komplex, időben elhúzódó jellege miatt a meddőség az intrapszichés, párkapcsolati és társas-környezeti színtereken egyaránt okozhat életminőséget tartósan rontó nehézségeket (Pápay, 2012; Szigeti et al., 2014).

Pápay (2012) az orvosi definíció kiegészítéseként a meddőség komplex, pszichoszociális meghatározására tett javaslatot. E szerint „a meddőség olyan termékeny korban lévő, explicit gyermekvállalási szándékkal rendelkező pár közös működészavara, akik esetében igaz, hogy a rendszeres, legalább egy éve tartó (35 éven felüliek esetében hat hónap), fogamzásgátlás mentes nemi élet ellenére sem történik meg a kívánt terhesség, illetve a terhességet nem sikerül élveszüléssel kihordani. Ez az időben elhúzódó működészavar intrapszichés, párkapcsolati és társas színtereken egyaránt kifejti hatását, s ennek értelmében csak egy biopszichoszociális kontextusban értelmezhető” (Pápay, 2012, 27. o.). A meddőség meghatározását tekintve elmondható, hogy az orvostudományi, vagy más néven biomedikális, valamint a pszichoszociális modellek bár eltérő elméleti alapokon nyugszanak, és más és más szempontrendszerrel gazdagítják a reprodukciós problémáról folytatott tudományos gondolkodást, azonban csak egymást kiegészítve tekinthetőek érvényesnek (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a).

A PSZICHOLÓGIAI INTERVENCIÓK CÉLJA ÉS JELENTŐSÉGE TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK ESETÉN

A pszichológiai modellek leírásaiból egyértelműen kitűnik, hogy a meddőség mind az egyén, mind a párkapcsolat szempontjából kríziszámba menő életesemény, amely számos lelki és fizikai megterhelést von maga után. Emellett maguk a termékenységi problémák krónikus jellegükből adódóan, hosszú távon kimeríthetik a pszichés és társas erőforrásokat, ezért mindenképpen indokolt az érintettek pszichés támogatása (Gameiro et al., 2015; Pápay, 2015). Számos hazai és nemzetközi kutatási eredmény rávilágított arra, hogy a pszichoterápiák kedvezően befolyásolják a meddők pszichés jóllétét és ezzel párhuzamban növelik a fogamzás és a gyermekszületések valószínűségét (Bakó, 2006; Cousineau és Domar 2007; Gameiro et al., 2015; Szigeti és Konkoly Thege, 2012b). Más országokban, illetve kontinenseken, mint például Nyugat-Európában, vagy Észak-Amerikában a pszichés támogatás általánosan bevált módszer a reprodukciós nehézségekkel küzdő párok számára, és ezt az egészségbiztosítási

rendszer által támogatott módon biztosítják. Hazai viszonylatokban azonban azt tapasztaljuk, hogy továbbra is a biomedikális szemlélet az irányadó. Az orvosi beavatkozások a meddőség kizárólagos szomatikus kezelését emelik ki, csak korlátozottan hozzáférhetővé téve a pszichés támogatás lehetőségét (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a; Szigeti et al., 2014). Ha figyelembe vesszük azonban azt a tényt, hogy a meddőséggel küzdő személyek milyen mértékben kerülnek kiszolgáltatott és sérülékeny helyzetbe, akkor alapvető fontosságú lenne számukra általánosan elérhetővé tenni a megfelelő pszichológiai ellátást. Az érintetteknek természetesen magán úton, súlyos összegeket fizetve lehetőségük van szakembert felkeresni, azonban sokszor a meddőségi kezelésekre ráfordított energia, illetve anyagi, időbeli terhek mellett erre egyszerűen már nem jut kapacitás. A probléma kiküszöbölésére tehát kiemelkedő jelentőségű lenne, ha intézményi szinten is beépülne a pszichodiagnosztika. Szükséges lenne továbbá, hogy az egészségügyi intézmények, valamint a meddőségi centrumok berkein belül biztosítsák a pszichológiai konzultációt, a tanácsadást, vagy az esetleges terápiát a reprodukciós problémákkal küzdők részére (Szigeti és Konkoly Thege, 2012b).

A meddővé nyilvánított egyének, párok esetében alkalmazott pszichológiai intervenciók rendkívül sokszínűek és probléma specifikusak. Más-más szemléletmódban és módszerekkel működnek, ez a sokrétűség pedig lehetővé teszi, hogy a pszichológiai segítségnyújtás módja a probléma természetéhez, valamint az egyének igényeihez, és elvárásaihoz igazodjon (Nagy, és Perczel Forintos, 2015). A pszichoszociális beavatkozások célkitűzéseiket tekintve is eltérő megközelítéssel dolgoznak. Az egyik legfontosabb terület lehet a terméketlenséggel és a meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés problémák – mint például depresszió, lehangoltság, szorongás, csökkent önértékelés, nőiességgel kapcsolatos problémák, párkapcsolati nehézségek, szexuális zavarok stb. – kezelése. Egyes vizsgálatok ugyanis kimutatták, hogy a pszichés zavarok nagymértékben gátolják a reprodukciós funkciókat, ezért ebből kifolyólag valószínűsíthető, hogy ezen tünetek csökkentése pozitívan hat a megtermékenyülésre (Eugster és Vingerhoets, 1999; Roussos-Ross et al., 2018; Szendi, 2007).

További célkitűzés lehet a meddővé nyilvánítás, illetve a gyermektelenség elfogadásának támogatása. A gyermekre vágyó párok a meddőség kapcsán számos feszültséggel kell, hogy megküzdjenek, amely mind az egyénre, mind a párkapcsolatra negatív hatással bír. A pszichoterápia ebben az esetben segíthet abban, hogy a biológiai szülővé válást egy megvalósíthatatlan célként azonosítsák. Emellett azonban támogatást nyújthat az új életcélok kidolgozásban és az azok melletti elköteleződésben. Mindezek által az érintettek olyan területekre fókuszálhatnak, amelyek elégedettséget nyújtanak számukra, illetve megadják a kontroll és a kompetencia érzését. A pszichés támogatás mindezek mellett közvetetten hozzájárulhat a személyes, poszttraumás növekedés útjában álló akadályok elhárításához is. A meddőségi kezeléseket, lombikprogramokat gyakran végződnek sikertelenül, amely a személyekben szomorúságot, frusztrációt, haragot és dühöt válthat ki. Mindezen érzések kivetülhetnek a

kezelést végző intézményre, az orvosokra, a gyermeket várókra, a gyermekesekre, a személyre önmagára, vagy a partnerére, és általában véve az élet egészére is. Ezen intenzív érzések hosszú távú fennállása negatívan befolyásolhatja az egyén személyes fejlődését, sőt azt nagyban vissza is vetheti. A terápia hozadékként megjelenő poszttraumás növekedés által a személy képessé válik a trauma által érintett sémák felülvizsgálatára, a meddőség tényének feldolgozására, és olyan kognitív átstrukturálásra, amely megerősíti a traumából származó haszon tudatosítását és az adaptív megoldások kialakítását (Nagy, és Perczel Forintos, 2015).

A fenti célok elérését szolgáló terápiás beavatkozások tekintetében a különböző relaxációs, és stresszkezelési technikák tanításával, illetve a megküzdési repertoár fejlesztésével is sikerek érhetőek el (Eugster és Vingerhoets, 1999; O'Moore et al., 1983; Pásztor, Hegyi, Dombi, és Németh, 2019). Szintén nagy hatékonysággal dolgoznak az egyéni kognitív és viselkedésterápiák, valamint a támogató csoportterápiák, illetve a pszichodinamikus, megoldásközpontú, krízisintervenciós, valamint a rendszerszemléletű párterápiás megközelítésekkel is jó eredmények érhetőek el (Apfel és Keylor, 2002; Bakó, 2006; Nagy, és Perczel Forintos, 2015; Szendi, 2007; Szigeti et al., 2014).

A TERMÉKENYSÉGI PROBLÉMÁK PSZICHOTERÁPIÁS ESZKÖZTÁRA

Kognitív viselkedésterápia (CBT)

A termékenységi problémák tekintetében alkalmazott pszichoterápiás kezelések jelentős része abból indul ki, hogy a stressz, a szorongás és a depresszió akadályozza a teherbeesést, így ezen faktorok csökkentése hozzájárulhat a reprodukciós sikerekhez. A *kognitív viselkedésterápia* (Cognitive Behavioral Therapy = CBT) az egyik leggyakrabban használt terápiás módszer a termékenységi problémák pszichés megközelítésből történő kezelésében (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). A módszer hatékonyságát számos kutatás alátámasztotta (Frederiksen et al., 2015). Facchinetti, Tarabusi, és Volpe (2004) kontrollált prospektív vizsgálatukban kimutatták, hogy azon személyeknél, akik tizenhat héten át tartó tizenkét csoportos üléses kognitív viselkedésterápiában vettek részt, csökkent a Stroop-teszt által kiváltott kardiovaszkuláris reaktivitás, vagyis a szorongás szintje, szemben a kontrollcsoporttal, ahol ilyen változás nem volt tapasztalható. A kutatás mindemellett arra is rámutatott, hogy a kardiovaszkuláris reaktivitás mértékének csökkenése növelte a teherbeesés valószínűségét is, ennek megfelelően tehát a CBT, ha közvetett módon is, de hozzájárult a nagyobb teherbeesési arányhoz (Pápay, 2012, 2015).

Domar és munkatársai (2000) kutatásuk során ugyancsak a CBT meddőségre gyakorolt hatásmechanizmusát vizsgálták. A kutatásba 184 fő, fertilitási problémával küzdő nőt vontak be, a fő kritérium az volt, hogy legalább két év sikertelen próbálkozás álljon a résztvevők háta mögött. Az érintett személyeket véletlenszerűen három csoportba osztották, a szerint, hogy milyen

terápiás eljárásban vettek részt. A beavatkozások tíz héten át tartottak. Az eljárásoknak megfelelően létrehozott három csoport a következőként alakult: (1) kognitív viselkedéses terápiában résztvevők (2) szupportív támogatásban részesülő csoport, (3) pszichoszociális segítséget nélkülöző csoportba. Az eredmények alapján a kognitív viselkedésterápiában részt vevő személyeknél érték el a legpozitívabb hatást, különösen a depresszió, a szorongás, valamint a negatív érzelmek redukálásában. Emellett a támogató csoportterápiával kezelt meddők pszichés mutatói esetében is szignifikánsan jó eredményeket értek el. A kontrollcsoport tekintetében viszont nem történt számottevő változás a distressz csökkenésének tekintetében (Pápay, 2015; Szendi, 2007; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a).

Az előzőekhez hasonló eredményekhez vezetett Faramarzi és munkatársai (2008) vizsgálata, amelyben közepes és magas depressziópontszámmal rendelkező meddő nőket toboroztak. A tíz ülésből álló, CBT-csoport, illetve a kontrollcsoport mellett egy harmadik csoport antidepresszánt (20 mg fluoxetin 90 napon keresztül) kapott a depressziós tünetek kezelésére. A vizsgálat során kimutatták, hogy a farmakoterápiás módszernél a kognitív viselkedésterápia hatékonyabb alternatívája a depresszió kezelésének (Pápay, 2015).

Az Alice Domar nevével fémjelzett Mind-Body csoportterápiás üléseken kognitív viselkedésterápiás elemeket használtak a maladaptív gondolati sémák átkeretezésére (Domar, 2002 in Pápay, 2015). A maladaptív gondolati sémák negatív tartalmuknak köszönhetően oly módon befolyásolják a személy érzelmi állapotát, hogy az kedvezőtlenül hat a fizikai jóllétre. A nehezített fogantatás számos olyan sokszor tudattalanul megjelenő maladaptív sémát implikálhat, amely növeli az érzelmi distresszt és ezáltal hatással van az egyén pszichés és fizikai egészségi állapotára. Ilyen negatív gondolati tartalom lehet például a „nekem sosem lesz gyerekem”, „az én hibám, hogy nem esem teherbe”, vagy „azért nem lehet gyerekem, mert rossz anya lennék.” A kognitív újrastrukturálás hozzájárulhat a merev gondolati mintázatok beazonosításához, tudatosításához, és igazságtartalmuk felülvizsgálatához. A negatív gondolati tartalmak helyett olyan lehetséges alternatívákat találnak, amelyek megengedőbbek és kevésbé „mindent vagy semmit” alapúak, így segítenek a szorongás csökkentésében, illetve a pszichés jóllét növelésében.

A kognitív átkeretezés mellett, egy másik jól használható kognitív viselkedésterápiás technika a naplóírás. Ez a gyakorlat segít abban, hogy a traumatikus életesemény többszöri leírása útján az egyént deszenzitiválja a saját nehézségével szemben, valamint elősegítse a jelentésadási folyamatokon keresztül a meddőségi probléma koherens keretbe ágyazását (Pápay, 2015). Pápay (2012) kutatásának eredménye ugyancsak a kognitív újrastrukturálás mellett érvel. E szerint a jelentés-újrastrukturáló megküzdés - többek között a gyermektelenség szubjektív jelentésének megtalálása és elfogadása, az optimista elvárások a jövővel kapcsolatosan, a rugalmas gondolkodás az alternatív életcélok tekintetében, illetve a spirituális meggyőződés - nagyobb elveszülési aránnyal járt együtt asszisztált reprodukciós kezelésen részt vevő meddő nők körében (Pápay, 2015).

A fentiekén túl, a kognitív viselkedésterápiák manapság divatos eszköze a mindfulness, a tudatos jelenlét, vagy jelentéstudatosság, mely szintén hatékony stressz kezelő stratégia lehet meddőségi problémák esetén (Domar, 2002 in Pápay, 2015). A mindfulness kognitív erőfeszítés annak érdekében, hogy a múlt és jövőorientáltság helyett a fókusz a jelen pillanatra, az „itt és most” irányába tevődjön át. Meddőség esetén egy beteljesületlen vágy, a saját gyermek utáni vágyódás kap kizárólagos figyelmet, amely egy idealisztikus, elérhetetlen jövő felé tereli az érintettek figyelmét. A sikertelen fogantatás során ugyanakkor folyamatos önmarcangolás, hibáztatás, a múltbéli események, okok számbavétele is nagy szerepet kap. Mindezek sokszor szorongást, lehangoltságot, bűntudatot, negatív érzelmeket keltenek a személyben. A mindfulness, ugyancsak a kognitív átkeretezés útján segít megragadni a jelen pillanat örömforrásait és lehetőségeit, valamint az egyént körülvevő aktuális környezet szépségeit, pozitívumait. A gyakorlat által új alternatív életcélok fogalmazódhatnak meg és egy pozitívabb, harmonikusabb élethez válhat meghatározóvá, amely megszünteti a gyermek iránti vágy kizárólagosságát és jelentősen javítja az érintettek pszichés jóllétét, csökkentve a krónikus distresszt. Mindez a fizikai egészségre is kedvező hatással bír, és növeli a gyermekáldás valószínűségét (Pápay, 2012, 2015).

Pszichodinamikus terápiák

A pszichodinamikus kereten belül gondolkodók a meddőség kialakulásának hátterében a hangsúlyt a tudattalan folyamatokra helyezik, és elsősorban a női oldalról közelítik meg a pszichés oki tényezők vizsgálatát. Ennek értelmében a termékenységi problémákat főként a meddő nő intrapszichés és intraperszonális problémáival magyarázzák, illetve ezenfelül számba veszik az interperszonális kapcsolati tényezőket is (Bakó, 2006; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Figyelembe véve, hogy a pszichodinamikus terápiák érvényességének alátámasztására csak kevés számú empirikusan megalapozott kutatás szolgál, ez a fajta megközelítési mód módszertani szempontból sok tekintetben kérdőre vonható. Az erre vonatkozó szakirodalomban is csupán néhány kontrollált, utánkövetéses vizsgálatot találhatunk (Pápay, 2015). Egy módszertanilag elfogadható kutatás Ellenberg és munkatársai (1982) prospektív vizsgálata, melybe mindösszesen tizenhat ismeretlen eredetű meddőségben szenvedő nőt vontak be. Az esetek közül kilenc fő részesült pszichoterápiával kombinált antidepresszáns (amitriptylin) kezelésben. A hároméves utánkövetés során azt találták, hogy a pszichoanalitikus terápiában részesülők szignifikánsan gyakrabban estek teherbe.

Ehhez hasonló eredményeket állapított meg Sarrel és DeCherney (1985) munkájuk során. Kutatásukban húsz funkcionális másodlagos meddőségben szenvedő pár vett részt. A párokat két csoportba osztották. Az egyik csoport tekintetében részletes pszichoterápiás feltáró interjú készült, a másik csoport nem vett részt ilyen jellegű kezelésben. A kezelés befejezése után tizennyolc hónappal megállapították, hogy a terápiában részt vevő csoportokban nagyobb

terhességi arány volt regisztrálható, mint a kontrollcsoportban. Bár módszertanilag mindkét kutatás jól felépített volt, azonban a mintavételt nézve nagyon kis elemszámmal operáltak. Mindezeket figyelembe véve általános következtetések ugyan nem vonhatók le a pszichoanalitikus terápiák hatékonyságára vonatkozóan. Azonban sok szempontból képes támogatást nyújtani az érintettek számára, és más pszichológiai és orvostudományi területekkel kooperálva különösen pozitív hatással bírhat a reprodukciós zavarok esetében (Apfel és Keylor, 2002; Pápay, 2015; Szendi, 2007).

Relaxációs terápiás eljárások

A stressz a meddőségi élethelyzet egyik velejárója. A krónikus stressz negatívan befolyásolja a teherbeesés képességét, a magas stressz-szint pedig szignifikánsan előre jelezheti az alacsony fogamzási arányt. Nem lehet egyértelműen meghatározni a stressz és a reprodukciós zavarok közötti ok-okozati összefüggést, azonban a meddőség kontextusában számos vizsgálatban bizonyítást nyert, hogy a szervezet stressz-hormonszint csökkenése jelentős pozitív hozzáadékkal jár. A termékenységi zavarok esetében az egyénre szabott *relaxációs technikák* ezért különösen fontosnak számítanak. Már a legegyszerűbb lazító technikától – például a légzés szabályozása –, a jógan, a meditáción, valamint az ima jótékony szerepén túl, egészen az önismeretet is fejlesztő autogén tréningig csökkenteni lehet a stressz-szintet a szervezetben (Domar, 2002 in Pápay, 2015; Linden, 1994; Pápay, 2015; Szigeti et al., 2014).

Domar (2002) munkájában a relaxációs válasz kiváltásának alábbi lehetséges módozatait gyűjtötte össze: (1) *Légzés-fókusz*: Ebben a gyakorlatban a cél a mély, lassú hasi légzés begyakorlása. Bármilyen stressz keltő helyzetben gyorsan kiváltható relaxációs válasz, ezért hatékonyan alkalmazható mini relaxáció formájában is. (2) *Testmonitorozás*: Központi eleme a stressz válasz legjellegzetesebb testi hordozójának, a stresszkonténernek a felkutatása. A gyakorlat során, miközben lassan lélegzünk, végigpásztázzuk a testünket, és a beazonosított stresszkonténert előbb tudatosítjuk, majd elengedjük. (3) *Progresszív relaxáció*: Paradox instrukció mentén elsőként az izmainkat tudatosan megfeszítjük, majd a visszaengedés során ellazítjuk. Főként olyan személyeknek hasznos, akik csak nehezen, vagy egyáltalán nem képesek relaxálni. (4) *Autogén tréning*: Az autogén tréning (AT) elnevezésű relaxációs módszer megalkotása J. H. Schultz nevéhez köthető. Az AT orvosi szempontból az egyik leginkább megalapozott és a legtöbbet kutatott relaxációs módszer, amely a test öngyógyító folyamatait támogatja. Magát a módszert pszichológus szakember segítségével lehet elsajátítani, azonban a későbbiekben önállóan is alkalmazható a fizikai, és lelki egészség megtartása érdekében. Az autogén tréning során az egyén saját erejéből merít, saját aktivitását használja fel autogén módon. A meddőség kontextusában szintén nagyon hatékony eljárás olyan párok esetében, akiknek szükségük van önismeretre és egy kitűnően alkalmazható feszültségoldó stratégiára. Az egymásra épülő gyakorlatok hozzájárulnak a stressz, a fájdalom, a szorongás csökkentéséhez, valamint segítenek a mélyebb

önismeret és önelfogadás elérésében. Az AT során a megfelelő instrukciók által, kényelmes testhelyzetben, a test egyes pontjaira összpontosítva valósul meg az ellazulás. A begyakorolt relaxációs indukció hatására az izmok gyorsan ellazulnak, és a fókusz a légzésre, a szívritmusra, és a test belső működésére irányul. Ez az elmélyülés támogatja a lelki folyamatok átélését, az esetleges elakadások felismerését, és a személyes problémák nem csak tudatos szinten történő megélését. A meddőségen túl, az autogén tréninget a reprodukív egészségpszichológia egyéb területein is alkalmazzák – például a szülővé válás folyamatára történő ráhangolódásban, vagy a párkapcsolati problémák megoldásában -, hiszen a stresszérzetek és a belső képek tudatosításán, értelmezésén keresztül hatékony módon hozzájárul a pszichés jóllét megteremtéséhez, valamint az intra-, és interpszichés konfliktusok megfelelő feloldásához és feldolgozásához (Pápay, 2015).

Annak ellenére, hogy a relaxációs technikák gazdag alkalmazási lehetőségekkel rendelkeznek, a termékenység zavarokra tett hatékonyságukról viszonylag kevés empirikus kutatás jelent meg. O'Moore és munkatársai (1983) tizenöt minimum két éve meddőséggel diagnosztizált pár autogén tréning előtti és utáni stressz szintjét vizsgálták. Stressz markerként a prolaktin, a kortizol és katekolaminok szintje szolgált. A vizsgálat során a Spielberger Vonásszorongás Skálát, a Taylor féle szorongástesztet, a Cattell féle tizenhat személyiségtényező kérdőívet és az Eysenck féle személyiség tipológia tesztet használták. A kontrollcsoportot tíz egészséges pár alakította. Az eredmények alapján a meddő párok női tagjainál magasabb átlagos prolaktinszintet mértek a kontrollcsoportéhoz képest. Az autogén tréning alkalmazása után mind a szorongást, mind a prolaktinszintet csökkenteni tudták. A kutatás tehát alátámasztotta azt a hipotézist, hogy az emelkedett prolaktinszint a meddő nők esetében összefügg az érzelmi stresszel.

Domar és munkatársai (1990) vizsgálatukban asszisztált reprodukciós kezelésben részesülő nőknek biztosítottak relaxációs programot. Az utánkövetés során megállapították, hogy hat hónap eltelte után 34%-os volt a teherbe esési arány. A program tehát sikeres volt, azonban a kutatás korlátja, hogy kontrollcsoportot nem vontak be az eljárásba (Szendi, 2007; Pápay, 2015). Mindent összevetve megállapítható, hogy a relaxációs technikák, illetve az autogén tréning hatékony segítséget nyújthat a reprodukciós zavarok tekintetében. Különösen fontos, hogy használatuk nem feltétlenül kötődik szakember jelenlétéhez. Az autogenitás lehetővé teszi a párok számára a helyzet feletti kontroll gyakorlását, így az egyébként alacsony kontrollt biztosító stresszhelyzet feszültségei jobban oldhatók, csökkentve a kiszolgáltatottságot, növelve az énhatékonyság érzését. Természetesen minden egyénnek személyre szabott technikát szükséges választania magának. Továbbá a gyakorlat a test-lélek kapcsolódását megvalósítva kell, hogy érvényesüljön, hiszen a termékenység funkciók akadályozottsága a pszichés mechanizmusokkal összefonódva együttesen alakítja annak diszfunkcionális jellegét.

Hipnózis és vezetett imagináció

A hipnózis és a vezetett imagináció gyakorlata szintén relaxált állapotban zajlik, azonban mindig egy külső szakember segítségével érhető el a szuggesztív, ellazult állapot. A hipnózis, mint a szuggesztív eljárások egyik legintenzívebb formája, a reproduktív ciklus minden szakaszában - a fogantatástól, a terhességen és a szülésen át egészen a posztnatális időszakig - alkalmazható. A terhesség és a gyermekszületés klinikai hipnózisának gyakorlatban történő megjelenése az 1950-es évekre tehető, amikor is Londonban a Laying-In Kórházban, mint terápiás eljárást használni kezdték, írta meg a *British Medical Journal*. A meddőség kontextusában a hipnózis intenzív, mély relaxációs módszerként történő alkalmazása hatékonyan csökkenti a stresszt, illetve fokozza a kontroll érzését a terméketlenséggel küzdő személyekben. Továbbá, ez a terápiás eljárás segíthet az olyan fogamzást gátló tényezők feltárásában és feloldásában, mint például a szexuális és nemi erőszak, a vaginizmus, vagy a testképzavar körüli kérdések (James, 2009).

A terméketlenség hátterében meghúzódó tudattalan problémák a vizuális szimbólumelemzés - például álomfejtés, rajzelemzés, szabadasszociáció, projektív tesztek, imagináció stb. - valamennyi módjával hatékonyan feltárhatóak. Az imaginatív technika során relaxált állapotban képek, vagy szimbólumok előhívása történik, strukturált, tematikus módon, a felmerülő problémáknak megfelelően. Ezen belső képek megalkotásával, a pszichés energia kép formájában jelenik meg és válik kézzel foghatóvá. A meditációs élményfeldolgozás során a tudatosítás, illetve az élmények integrálása történik. A megengedő, elfogadó hozzáállás hatására fokozódik a társ- és önismeret, formálódnak az érzelmi reakciók és viselkedésmintázatok, a testi-lelki valóba vetett hit újraértékelődik, a személy egyfajta jellemfejlődésen megy keresztül. A meddőség aspektusában a testi-lelki folyamatok gátló tényezőként hathatnak. Ezen akadályok áthidalásában segíthetnek a fogamzás fizikai-szellemi-lelki síkjain átívelve a meditációs-imaginációs módszerek. Az imaginatív terápia során érdemes olyan analógiákra, metaforákra, allegóriákra stb. összpontosítani, amelyek a nőiséghez, a termékenységhez, a születéshez és a teremtéshez kapcsolódtak az evolúcióban, a mítoszokban, vagy éppen a kultúra történetében. A szimbólumok közül ilyen lehet a gyümölcs, a ház, a föld, a víz vagy a béka vizuális megjelenítése. Az ilyen és ehhez hasonló hívóképek keresése hozzájárulnak a belső jelentésadási folyamatok kialakításához, rendeződéséhez, továbbá a meddő identitás személyiségen belüli megfelelő integrációjához (Forgács és Németh, 1995; Pápay, 2015).

A terméketlenség, meddőség elsődleges jelentésére gyakran olyan pejoratív tartalmú fogalmak rakódnak rá, mint az értéktelenség, a kilátástalanság, a tehetetlenség, a szellemi alkotásra való képtelenség. Az a személy, aki identitása részévé teszi a meddő címkét, önmagát azonosítja mindezekkel. Ebből kifolyólag a meddő címke átkeretezése sokszor felszabadítja a terméketlenséggel küzdő egyént, pozitívan befolyásolja a pszichés jóllétet és szabad utat ad a fogantatásnak. Pápay (2012) a meddőség átkeretezésre a „fontos útelágazás” hasonlatára tett javaslatot, amely vezetett imaginációban is

hatékony szimbólum lehet. A meddőség ebben a hasonlatban olyan, mint egy fontos útelágazás, ahonnan többfelé vezethet az út. Ezzel a belső képpel egyrészt erősíthető az elveszíteni vélt kontroll, és visszaadhatja az irányítást, a döntésre, valamint a pozitív jövőkép kialakítására való képességet. Másrészről a fontos útelágazás képe megmutatja azt is, hogy ebben az élethelyzetben valóban egy egzisztenciális értelemben jelentős változás lehetősége előtt állnak, amiből akár személyes növekedést is megélhetnek. Egy további a meddőség átkeretezését elősegítő hívóképp lehet a kert. A kert, mint szimbólum a gondoskodás, a gyarapodás, a növekedés belső erőforrásait hívja elő az egyénben, miközben a természet erejére való ráhagyatkozás, az elfogadás fontosságát is megmutatja (Pápay, 2015).

Több kutatás talált bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy a fogantatás elősegítése, illetve az asszisztált reprodukciós kezelések alkalmával a pozitív szuggesztiók lényeges szerepet töltenek be a pszichés jóllét és a reprodukciós sikeresség szempontjából. Levitas és munkatársai (2006) kontrollált vizsgálatukban az embriótranszfert kísérő hipnotikus szuggesztió eredményességét támasztották alá. A hipnózissal támogatott embriótranszferben részesülő csoport esetében szignifikánsan nagyobb volt fogamzási arány, mint a kontrollcsoportnál (James, 2009; Pápay, 2015). Birman és Witztum (2000) az összegyűjtött esettanulmányok alapján a vezetett imagináció hatékonyságára hívták fel a figyelmet. Az eljárás során alkalmazott integratív terápia hozzájárult ahhoz, hogy a meddő páciensek feldolgozzák az anyasággal kapcsolatos érzelmeiket, ezáltal növelve a teherbeesési képességet (Pápay, 2015).

Hosaka és munkatársai (2002) komplex terápiás eljárásukban relaxációt és vezetett imaginációt is alkalmaztak, a szupportív és pszichoedukatív módszertani elemek mellett. A vizsgálatukban azt találták, hogy a pszichoterápiás intervencióban részesülő személyek pszichés jólléte megnövekedett, és a natural killer sejtjeik száma – melyek kóros működése a sikertelen terhességekkel összefüggésbe hozható – szignifikánsan csökkent a terápia hatására. Továbbá, egy év utánkövetés után, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel estek teherbe a terápiás segítséget kapó személyek, mint a kontrollcsoport tagjai.

Interperszonális, integratív terápiák

Az *interperszonális terápiák* nem pusztán az egyénre fókuszálnak, hanem a meddőséggel küzdő párkapcsolatot, és annak társas környezetét is figyelembe veszik. Jellemző rájuk az integratív szemlélet, ugyanis egyaránt tartalmaznak pszichoedukatív tanácsadást, megküzdési stratégiák és skillek tanítását, kognitív viselkedésterápiás technikákat – mint a maladaptív sémák átkeretezése, illetve a coping napló vezetése -, valamint relaxációs és imaginációs technikákat (Pápay, 2015).

Az egyik legtöbbet használt interperszonális módszer a *Mind-Body Program* (Domar, 1990, 2011). A terápia során a meddő párok tíz héten keresztül vesznek részt csoportterápiás foglalkozásokon. A találkozások alkalmával kognitív újrastrukturálást, érzelmkifejezési és relaxációs technikákat

sajátíthatnak el, valamint táplálkozással és testmozgással kapcsolatos adaptív szokásokat alakíthatnak ki (Pápay, 2012). A módszer csoportos párterápiás formája támogatja az érintetteket abban, hogy a meddőséget egyszemélyes problémából a kapcsolat problémájává keretezzék át. Továbbá a csoport megtartó erejénél fogva hozzájárul ahhoz, hogy a párok megtapasztalhassák, hogy ebben a nehéz helyzetben nincsenek egyedül, és reakcióik, érzéseik, küzdelmeik normálisak. A terápia célkitűzése a személyek belső erőforrásainak mozgósítása. A Mind-Body Program alapelve, ahogyan a neve is tükrözi, a testi-lelki kapcsolódás elérése, vagyis annak belátása, hogy a testi történések és a lelki tényezők szorosan összefüggnek egymással. Mindaz, amit a lelkünkben megerősítünk az a fizikai voltunkra pozitívan kihat, illetve a testben történt jótékony változások visszahatnak a lelkiállapotunkra. Módszertanilag tehát gyakori a test-orientált technikák alkalmazása, melyeknek köszönhetően a testi jelekből olvasva a lelki működésről is információ nyerhető ki, ezáltal a meddőséggel kapcsolatos érzelmek jobban megközelíthetővé válnak. Mindezeket túl jellemző a művészetterápiás elemek használata, tekintettel arra, hogy a nem verbális kifejezőmód segítségével összekapcsolhatóak a tudatosan megfigyelhető események a tudattalanul zajló folyamatokkal (Pápay, 2015).

Egy másik integratív szemléletű terápiás eljárás az *Eastern Body-Mind-Spirit* (EBMS) kínai csoportterápiás módszer (Chan, Ng, Chan, Ho, és Chan, 2006). A terápia során egy olyan stresszmentes környezet létrehozását tűzik ki célul, amelyben a meddő párok szabadon újragondolhatják a gyermektelenségük jelentését. A módszer során alkalmazott eszközök a következők: tradicionális kínai szövegek olvasása a test és a lélek harmóniájáról, a szenvedésről, az élet értelméről; tajcsi, meditációs és légző gyakorlatok; a pozitív gondolkodás elősegítése különböző kreatív tevékenységeken keresztül, mint például rajzolás, újságírás. Chan és munkatársai (2006) kontrollált vizsgálatukban megállapították, hogy az EBMS szignifikánsan csökkenti a programban részt vevő személyek szorongásszintjét. Boivin (2003) metaanalízisében kiemelte, hogy az interperszonális terápiák a pszichés jóllét, valamint a teherbeesés valószínűségének növelése szempontjából az egyik legeredményesebbnek bizonyuló módszerek. Hatékonyságuk alapjának tekinthető az integratív terápiás szemlélet, és az egyénre szabott technikák. Sikerességét növeli továbbá, hogy a meddőségi élethelyzetre jellemző problémák sokféle megnyilvánulására kínálnak megoldási lehetőséget.

A PSZICHOLÓGIAI SEGÍTSÉGNYÚJTÁS EREDMÉNYESSÉGE A MEDDŐSÉGI ÉLETHELYZETBEN

Számos empirikus kutatás vizsgálta a meddőségre vonatkozó pszichológiai intervenciók hatékonyságát. Ezek közül 1980-ban Barbara Eck Menning hívta fel elsőként a figyelmet az infertilitással küzdő párok pszichoszociális segítségnyújtásának szükségességére. Munkásságát követően sorra jelentek meg a termékenységi problémákra vonatkozó pszichés támogatások irányelveit megfogalmazó ajánlások (Boivin, 2003; Pápay, 2012).

Boivin (2003) metaanalízisében mindazon 1966 és 2001 között publikált vagy publikálásra szánt tanulmányt összegyűjtött, amelyben valamilyen reprodukciós problémára kidolgozott pszichoszociális intervenciót alkalmaztak, és az legalább egy eredménnyel szolgált. A megközelítőleg 380 db vizsgált tanulmány esetében, kizárólag azokat a kutatásokat vette számba, amelyek számszerűsített adatokkal rendelkeztek az adott intervenció sikerességére vonatkozóan. Ez mindösszesen 25 tanulmányt jelentett. A szerző átfogó elemzésében többek között arra kereste a választ, hogy az adott pszichoszociális beavatkozások (1) növelik-e a pszichés jóllétet, (2) kedvezően befolyásolják-e a teherbeesési rátát, illetve (3) az egyes intervenciók hatékonyabbak-e mint más pszichoszociális beavatkozások. Az eredmények vizsgálatakor a pszichés jóllét tekintetében a vizsgálat kimutatta, hogy a pszichoszociális intervencióknak elsősorban a negatív érzelmek – mint például szorongás, aggodás, düh, szégyen - csökkentésében van jelentős szerepük. Azonban ezen beavatkozások a már meglévő személyiség-, vagy párkapcsolati struktúra megváltoztatására kevésbé tudnak hatást gyakorolni.

A pszichológiai segítségnyújtás teherbeesésre gyakorolt hatását nyolc tanulmány vizsgálta. Ezek közül a teherbeesési arány és a pszichoszociális beavatkozás közti pozitív kapcsolatot pusztán három tanulmány tudta megerősíteni, a többi tanulmány viszont nem talált a két tényező között összefüggést. Az egyes intervenciók hatékonyságának összehasonlítása érdekében Boivin (2003) megalkotta a pszichoszociális intervenciók csoportosítási rendszerét. Ennek érdekében három kategóriát különített el úgy, hogy az adott csoportba tartozás kritériumát a terápia célja határozta meg. Ennek megfelelően a következő kategóriák születtek:

(1) *Tanácsadás típusú intervenciók.* Ezen beavatkozások főként az érzelmek kifejezésére, az érzések, és a gondolatok megosztására fókuszálnak. Ide tartoznak többek között a rövid és hosszú távú pszichoanalitikus terápiák, a kognitív-viselkedés terápiák, továbbá az asszisztált reprodukciós kezelést kísérő pszichológiai tanácsadás különböző formái.

(2) *Fókuszált edukatív intervenciók.* A terápiás eljárások ezen formái leginkább egy fontos ismeret vagy képesség átadására specializálódtak. Ebbe a kategóriába sorolható például a szex terápia, a megküzdés tréning, a stressz csökkentő vagy relaxációs tréning, az autogén tréning, és a pszichoedukáció.

(3) *Átfogó edukatív programok.* Az ide sorolható módszerek egyszerre több ismeret, skill átadására törekednek, és szervezett egységbe integrálnak többféle edukatív intervenciót. Ilyen program például a Behavioral Medicine Program for Infertility, a Mind-Body Program, vagy a kínai Eastern Body-Mind-Spirit (Pápay, 2012, 2015).

A pszichoszociális intervenciók hatékonyságának vizsgálatát tekintve, Boivin (2003) azt találta, hogy az átfogó vagy fókuszált edukatív, gyakorlati tudást és technikát biztosító módszerekkel lényegesen jobb eredmények érhetőek el, mint a tanácsadás típusú intervenciók tekintetében. Az eredményesség összesítése során kimutatták, hogy a tanácsadás típusú beavatkozások pusztán 30%-a járt pozitív eredménnyel, míg a fókuszált és átfogó edukatív intervenciók

közel 70%-ban zárultak sikerrel. Azonban, az eredménynek mérlegelésekor figyelembe kell venni azt a tényt is, hogy a leírt kategóriák gyakran átfedésben voltak egymással. Ezenfelül, az intervenciók csoportosításának háttérében egy további elv is meghúzódott, mégpedig, hogy a tanácsadás típusú módszer minden esetben párterápia volt, míg az edukatív jellegű programok az esetek 70%-ban csoportterápia formájában operáltak (Pápay, 2012, 2015).

Egy következő átfogó tanulmányban de Liz és Strauss (2005) az egyéni és a csoportos pszichoterápia teherbeesésre gyakorolt hatékonyságát vetette össze. Az elemzés során megállapították, hogy mind a csoportos, mind az egyéni beavatkozási forma csökkenti a meddő párok szorongásos tüneteit, ezáltal eredményesebbek lehetnek az asszisztált reprodukciós eljárásokat követő fogamzási arány növelésében. A metaanalízisből az is kitűnik, hogy hat hónapos utánkövetés után egy több mint tíz alkalmas terápiás csoport magasabb teherbeesési arányt mutat azoknál, mint akik tíz alkalomnál kevesebb óraszámban vettek részt, vagy pszichoterápiás segítségben egyáltalán nem részesültek. Továbbá megállapították, hogy a célzott pszichoszociális beavatkozások hatékonysága növelhető azáltal, ha az intervenciókat preventív módon a meddőség fennállásának kezdeti fázisára időzítik. Ezt azzal indokolták, hogy a sikertelen beavatkozások során a meddő párokban a depressziós tünetek egyre fokozódnak, ezért az idő előrehaladtával a negatív hatásokat egyre nehezebb leredukálni (Mohácsi et al., 2015; Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). De Liz és Strauss (2005) szisztematikus elemzésébe azonban kontrollcsoporttal nem operáló kutatások is bekerülhettek, ezért valószínűsíthető, hogy a pszichoterápiás módszerek pozitív értékeit ezen eredmények túlbecsülték (Pápay, 2015).

Hämmerli és munkatársai (2009) metaanalízisükben a fenti módszertani probléma kiküszöbölése érdekében kizárólag olyan tanulmányokat vettek alapul, amelyek kontrollcsoporttal rendelkeztek. Munkájuk során összegyűjtötték, majd értékelték az 1978 és 2007 között megjelenő összes, a meddőség kontextusában pszichoterápiás hatékonyságot vizsgáló publikált és publikálatlan tanulmányt (v.ö. Pápay, 2015). Vizsgálatuk alapján a terápiás intervenciók a pszichés jóllét javulása szempontjából nem hoztak szignifikáns különbséget a kísérleti és a kontrollcsoportok között, sem a szorongás, sem a depresszió tekintetében. Az eredmény magyarázata valószínűsíthetően az, hogy a meddők a depresszió és szorongás tekintetében alapvetően nem különböznek a normál populációtól, ezért maguk a terápiás intervenciók sem képesek látványos sikereket elérni. Az eredmények egy további indoklása lehet, hogy az érintettek életében a meddőség csak átmeneti krízisként jelenik meg, így a kezeléseket követően, a gyermektelenség tényével való megbékélés során, a pszichés nehézségek is csökkenhetnek, ezáltal a terápiás kezelések hatékonysága sem mutatható ki oly mértékben (Pápay, 2015).

Hämmerli és munkatársai (2009) mindezek mellett azonban megerősítették, hogy az áttekintett tanulmányokban, a terápiás intervenciók bizonyíthatóan pozitív hatással voltak a reprodukív sikerességre. Az elemzések során azt találták, hogy a pszichoszociális beavatkozások bár szignifikánsan

növelték a teherbeesés arányát, azonban kizárólag azoknál a személyeknél, akik a terápiás beavatkozásokat megelőzően, illetve közben nem vettek részt asszisztált reprodukciós kezelésen. A szerzők az eredményt azzal indokolták, hogy a meddőségi kezelést igénybe nem vevők huzamosabb ideig vettek részt pszichoterápiás intervención, mint a meddőségi kezelés alatt állók. A két csoport életkor, és a meddőség fennállási idejét tekintve nem különbözött egymástól (Szigeti és Konkoly Thege, 2012a; Pápay, 2015).

Pápay (2015) összegzése alapján az előzőekben bemutatott metaanalízisekből számos fontos következtetés vonható le a pszichoszociális intervenciókra vonatkozóan. Egyrészt elmondható, hogy a pszichoszociális intervenciók és terápiák célja vagy pszichológiai, vagy biológiai vonatkozású lehet. Másrészt kiemelendő, hogy pszichológiai célkitűzésű kezelésekből a pszichoterápia célja a pszichés jóllét növelése, illetve a meddőségi élethelyzetből és a kezelésekből eredő distressz csökkentése. Ahogyan arról már korábban szó volt, szintén fontos célja a pszichés segítségnyújtásnak a teherbeesési arány növelése. A fentiekben tárgyalt metaanalízisek közül két tanulmány (de Liz és Strauss, 2005; Hämmerli et al., 2009) szignifikánsan pozitív eredményt közölt a reprodukciós sikeresség vonatkozásában. Mindemellett, a fogamzási arány azonban leginkább akkor volt megfigyelhető, ha a terápiás intervenció a meddőség korai szakaszában történt, még az orvosi beavatkozásokat megelőzően. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy milyen fontos a reprodukciós problémák korai felismerése és kezelése.

További lényeges szempont, hogy mind a pszichés jóllét, mind a reprodukciós sikeresség szempontjából kiemelkedő a pszichoterápiás beavatkozások időtartama. A kutatások alátámasztották, hogy a hosszabb - legalább tíz-tizenkét alkalmas - terápiás intervenciók hatékonyabbak a rövidebb - egy-öt - alkalmas beavatkozásoknál. Végül, fontos konklúzió, hogy a vizsgált pszichoterápiás beavatkozások egyéni, páros és csoportos formái egyaránt hatásosnak bizonyulhatnak. Míg Boivin (2003) metaanalízisében a csoportos edukatív fókuszú intervenciók bizonyultak a leghatékonyabbnak, addig de Liz és Strauss (2005) mind az egyéni, mind a csoportos terápiás formát eredményesnek találta a pszichés distressz csökkentésében.

KONKLÚZIÓ

Az infertilitás kérdésének elméleti és gyakorlati megközelítéseit tekintve egyaránt elmondható, hogy a kizárólagos orvostudományi, biomedikális nézetek ideje lejárt és a reprodukciós zavarok holisztikus szemléletmódja szükséges. Számos kutatás hívta fel a figyelmet arra, hogy a meddőséget krónikus természetéből adódóan nem elégséges pusztán organikus szempontok alapján vizsgálni, hanem egy holisztikus, pszichoszociális keretben szükséges értelmezni, amelyben az intrapszichés, párkapcsolati és társas-környezeti színtereken egyaránt szerepet kapnak (Pápay, 2012; Szigeti és Konkoly Thege, 2012a). Az áttekintett publikációk arra engednek következtetni, hogy hazai viszonylatokban

a biomedikális szemlélet az irányadó, és az orvosi beavatkozások többségében a szomatikus kezelésekre támaszkodnak, csak korlátozottan hozzáférhetővé téve a pszichés támogatás lehetőségét. Emellett a dolgozatban felsorakoztatott hazai és nemzetközi publikációk a téma aktualitását, és a termékenység problémák egyre sürgetőbbnek vélt megoldási törekvéseit támasztják alá, kihangsúlyozva a meddőséggel összefüggő pszichológiai intervenciók jelentőségét, tekintettel arra, hogy a helyzetükből adódóan sérülékeny és kiszolgáltatott érintettek részére alapvető fontosságú lenne általánosan elérhetővé tenni a megfelelő pszichológiai ellátást (Gameiro et al., 2015; Pápay, 2012).

A reprodukciós zavarok kontextusában alkalmazott pszichológiai intervenciók rendkívül sokszínűek és probléma specifikusak. Az eltérő látásmód és gyakorlati módszerek lehetővé teszik, hogy a pszichoszociális segítségnyújtás módja a probléma természetéhez, valamint az egyének igényeihez, és elvárásaihoz igazodjon. Ezen terápiák célkitűzéseiket tekintve is különböző szemléletmóddal dolgoznak (Nagy, és Perczel Forintos, 2015). A tanulmányban áttekintett kutatások alapján megállapítható, hogy az egyes intervenciók, mint az egyéni vagy társas kognitív viselkedésterápiák, valamint a pszichodinamikus terápiák nagy hatékonysággal dolgoznak a terméketlenséggel és a meddőségi kezelésekkal összefüggő pszichés problémák kezelésével. A különböző relaxációs, és stresszkezelési technikák tanítása pedig támogatja a meddőségi distressz hatékony kezelését, valamint a meddővé nyilvánítás, illetve a gyermektelenség tényének elfogadását. Mindezen módszertani megközelítések terápiás jellegükből adódóan ugyancsak hozzájárulnak a személyes, poszttraumás növekedés útjában álló akadályok elhárításához (Eugster és Vingerhoets, 1999; Pápay, 2015; Roussos-Ross et al., 2018; Szendi, 2007).

A dolgozatban bemutatott metaanalízisek (Boivin, 2003; de Liz és Strauss, 2005) szintén megerősítették a pszichoszociális intervenciók elsősorban a negatív érzelmek redukálásában játszott kiemelkedő szerepét. Bizonyítást nyert továbbá, hogy mind a csoportos mind az egyéni intervenciók forma képes eredményesen csökkenteni a meddő párok szorongásos tüneteit. Megállapították, hogy a célzott pszichológiai intervenciók sikere fokozható, ha az intervenciókat preventív jelleggel, a meddőség fennállásának kezdeti fázisára időzítik. Hämmerli és munkatársai (2009) metaanalízisükben kizárólag olyan tanulmányokat vettek alapul, amelyek kontrollcsoporttal rendelkeztek. Az áttekintett tanulmányok alapján megerősítették, hogy a terápiás intervenciók bizonyíthatóan pozitív hatással voltak a reprodukív sikerességre.

A szakirodalmi áttekintés során bemutatott elméleti megállapítások és empirikus vizsgálatok eredményeképpen összegzésként megállapítható, hogy a célzott pszichoszociális intervenciók – melyek során fókuszban a test, a lélek és a társas faktorok összefüggései állnak -, elengedhetetlen funkciót töltenek be a meddőségi élethelyzettel való megküzdésben. Alkalmazásukkal nemcsak a várandósság esélye növekedhet, hanem az érintettek fizikai, mentális, lelki és szociális jólléte is pozitív irányba fordulhat. Mindezen kutatások eredményessége tehát megfelelően alátámasztja a meddőséggel érintett személyek pszichés

támogatásának szükségességét és felhívják a figyelmet a pszichoszociális segítségnyújtás kiemelkedő szerepére.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility: Myths and realities. *Int. J. Psychoanal.*, 83, 85-104.
- Bakó, T. (2006). A funkcionális meddőség intrapszichés vonatkozásai egy eset kapcsán. *Thalassa*, 17(2-3), 207-216.
- Birman, Z., & Witztum, E. (2000). Integrative Therapy in Cases of Pregnancy Following Infertility. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(3), 273-287.
- Boivin, J. (2003). A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325-2341.
- Chan, C. H. Y., Ng, E. H. Y., Chan, C. L. W., Ho, P. C., & Chan, T. H. Y. (2006): Effectiveness of psychosocial group intervention for reducing anxiety in women undergoing in vitro fertilization: a randomized controlled study. *Fertility & Sterility*, 85(2), 339-346.
- Cousineau, T. M., & Domar, A. D. (2007). Psychological impact of infertility. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 293-308.
- de Liz, T. M., & Strauss, B. (2005). Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20(5), 1324-1332.
- Domar, A. D., Seibel, M. M., & Benson, H. (1990). The mind/body program for infertility: a new behavioral treatment approach for women with infertility. *Fertility and Sterility*, 53(2), 246-249.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E., Kessel, B., Orav, J., & Freizinger, M. (2000). The impact of group psychological interventions on distress in infertile women. *Health Psychology*, 19(6), 568-575.
- Domar, A. D. (2002). *Conquering Infertility*. Penguin Books, London.
- Domar, A.D., Rooney, K.L., Wiegand, B., Orav, E. J., Alper, M. M., Berger, B. M., & Nikolovski, J. (2011). Impact of a group mind/body intervention on pregnancy rates in IVF patients. *Fertility and Sterility*, 95(7), 2269-2273.
- Ellenberg, J. & Koren, Z. (1982). Infertility and depression. *International Journal of Fertility*, 27(4), 219-223.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of in vitro fertilization: a review. *Social Science & Medicine*, 48, 575-589.
- Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirhah, F., Poladi, K., & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: Cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders*, 108, 159-164.

- Facchinetti, F., Tarabusi, M., & Volpe, A. (2004). Cognitive-behavioral treatment decreases cardiovascular and neuroendocrine reaction to stress in women waiting for assisted reproduction. *Psychoneuroendocrinology*, 29(2), 162-173.
- Forgács, A., & Németh, M. (1995). HAS VAGY GÓLYA? A meddőség transzperszonális vonatkozásai. *Thalassa*, 6(1-2), 203-212.
- 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, 1-19.
- Gameiro, S., Boivin, J., Dancet, E. A., de Klerk, C., Emery, M., Lewis-Jones, C., Thorn, P., Van den Broeck, U., Venetis, C., Verhaak, C. M., Wischmann, T. & Vermeulen, N. (2015). ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction - a guide for fertility staff. *Human Reproduction*, 0(0), 1-10.
- Greil, A. L., Slauson-Blevins, K., & McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociol Health Illn*, 32(1), 140-162.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Barth, J. (2009). The efficacy of psychological interventions for infertile patients: a meta-analysis examining mental health and pregnancy rate. *Human Reproduction Update*, 15(3), 279-295.
- Hosaka, T., Matsubayashi, H., Sugiyama, Y., Izumi, S., & Makino, T. (2002). Effect of psychiatric group intervention on natural-killer cell activity and pregnancy rate. *General Hospital Psychiatry*, 24(5), 353-356.
- James, U. (2009). Practical uses of clinical hypnosis in enhancing fertility, healthy pregnancy and childbirth. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 239-241.
- Levitas, E., Parmet, A., Lunenfeld, E., Bentov, Y., Burstein, E., Friger, M., & Potashnik, G. (2006). Impact of hypnosis during embryo transfer on the outcome of in vitro fertilizationembryo transfer: a case-control study. *Fertil Steril*, 85, 1404-1408.
- Linden, W. (1994). Autogenic Training: A Narrative and Review of Clinical Outcome. *Biofeedback and Self-Regulation*, 19(3).
- Mohácsi, B., Almássy, Zs., & Szemán-Nagy, A. (2015). A policisztás ovárium szindróma pszichológiai megközelítése. Módszertani ajánlások és a fenotipikus csoportalkotás bevezetése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(3/1), 493-506.
- Nagy, B. M. & Perczel Forintos D. (2015). A meddőség mint trauma és a növekedés lehetőségei. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reproduktív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 275-296).
- O'Moore, A. M., O'Moore, R. R., Harrison, R. F., Murphy, G., & Carruthers, M. E. (1983). Psychosomatic aspects in idiopathic infertility: Effects of treatment with autogenic training. *Journal of Psychosomatic Research*, 27(2), 145-151.
- Palomba, S., Daolio, J., Romeo, S., Battaglia, F. A., Marci, R. & La Sala, G. B. (2018). Lifestyle and fertility: the influence of stress and quality of life on female fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology*, 16(113), 1-11.

- Pápay, N. (2012). A reprodukív egészség és a termékenységi problémák pszichoszociális kontextusa. Doktori értekezés. ELTE PPK.
- Pápay, N. (2015). Terápiás lehetőségek termékenységi problémákban. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 297-315).
- Pápay, N., Rigó, A., & Nagybánya Nagy, O. (2013). A meddőségspecifikus distressz alakulása a megküzdési stratégiák és egyéb pszichoszociális változók függvényében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 68(3), 399-418.
- Pápay, N. & Gellért, F. (2015). Termékenység és meddőség mentális reprezentációinak szerepe a reprodukív egészségmagatartás alakulásában. In Pápay, N. & Rigó, A. (szerk.), *Reprodukív egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. (pp. 189-208).
- Pásztor, N., Hegyi, B. E., Dombi, E., & Németh, G. (2019). Psychological Distress and Coping Mechanisms in Infertile Couples. *The Open Psychology Journal*, 12, 169-173.
- Roussos-Ross, D., Rhoton-Vlasak, A. S., Baker, K. M., Arkerson, B. J., & Graham, G. (2018). Case-based care for pre-existing or new-onset mood disorders in patients undergoing infertility therapy. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 35(8), 1371-1376.
- Sarrel, P. M., & DeCherney, A. H. (1985). Psychotherapeutic intervention for treatment of couples with secondary infertility. *Fertility and Sterility*, 43, 897-900.
- Szendi, G. (2007). A női funkcionális meddőség evolúciós értelmezése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(1), 5-48.
- Szigeti, F. J., & Konkoly Thege, B. (2012a). A meddőség pszichológiai aspektusai: szakirodalmi áttekintés. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(3), 561-580.
- Szigeti, F. J., & Konkoly Thege, B. (2012b). A meddőség pszichés velejáráói egy hazai pilot-vizsgálat tükrében. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(4), 713-731.
- Szigeti, F. J., Konkoly Thege, B. & Lőrincz, J. (2014). A női reprodukív egészség pszichoszociális vetületeiről. *Orvosképzés*, 89, 406-414.