

ALVÁSMINŐSÉG ÉS ÉLETTEL VALÓ ELÉGEDETTSÉG EGYÜTT ÉLŐ PÁROK KÖRÉBEN

TANYI Zsuzsanna¹, ABARI Kálmán², KÖVI Zsuzsanna¹

¹ Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Pszichológiai Intézet

² Debreceni Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológiai Intézet
Email: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

Absztrakt

Korábbi vizsgálatok kimutatták, hogy a jobb alvásminőséghez magasabb étellel való elégedettség társul, és ez a fajta kapcsolat nemcsak egyéni szinten, hanem párok esetében is érvényes, azaz az egyén alvásminősége és a társa étellel való elégedettsége között. Ennek ellenére szélesebb korosztályban, valamint a Bővített Étellel Való Elégedettség Kérdőív (ESWLS) segítségével eddig még nem vizsgálták a kapcsolatot a két említett jelenség között. Saját kutatásunkban 143 heteroszexuális párt vizsgáltunk, akik 21-74 év közötti (átlagéletkor = 39,44; szórás = 10,11) magyar felnőttek voltak. Az alvásminőséget a Pittsburgh Alvásminőség Index (PSQI) segítségével mértük fel, az étellel való elégedettséget pedig a már említett Bővített Étellel Való Elégedettség Kérdőív (ESWLS) alkalmazásával. Először egyének szintjén vizsgálva megállapítottuk, hogy a jobb alvásminőséghez magasabb étellel való elégedettség társul, és ez nemcsak az összpontszámok szintjén, hanem a legtöbb alskála esetén megvalósul. Az étellel való elégedettséggel leginkább összefüggő alvásminőség-alskála a nappali diszfunkció volt, de az altatóhasználat és az éjszakai alvászavarok is szignifikáns kapcsolatban álltak vele. A párok vizsgálata során a férfiak étellel való elégedettsége és párjuk alvásminősége között nem tudtunk kimutatni kapcsolatot (az altatóhasználat kivételével), viszont a nők étellel való elégedettsége és férfi párjuk alvásminősége (alvásminőségbeli problémái) között negatív korrelációt találtunk. Eredményünk alapján nem független a nemtől ez a fajta kapcsolat, vagyis a nem moderáló hatást fejt ki az alvásminőség és a partner étellel való elégedettsége közötti kapcsolatra. Az alskálák vizsgálatából kiderül, hogy az altatóhasználat egy közös, nemtől független faktor, amely a partnerünk étellel való elégedettségével leginkább kapcsolatba hozható. Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a férfiak körében az étellel való elégedettség és a saját alvásminőség között kimutatható a kapcsolat, de a férfiak étellel való elégedettsége és párjuk alvásminősége között már nem. Ezzel szemben a nők esetében az étellel való elégedettség a saját alvásminőségükkel és a párjuk alvásminőségével is szignifikáns kapcsolatban van.

Kulcsszavak: alvásminőség ■ étellel való elégedettség ■ párkapcsolat ■ nemi különbségek

Abstract

Previous studies found that higher sleep quality was associated with higher life satisfaction among persons and couples as well. However the relationship between these two aforementioned variables has not been examined yet in a wider age-group with the Extended Satisfaction with Life Scale (ESWLS). A total of 143 heterosexual couples (between 21 and 74 years; mean age = 39,44; SD=10,11) were tested for measures of sleep

quality (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) and life satisfaction (Extended Satisfaction with Life Scale, ESWLS). Individual analyses showed that better sleep quality (less sleep-related problems) was associated with higher life satisfaction (global score and most subscales). Largest correlation coefficients were revealed between global life satisfaction and sleep disturbances, use of sleeping medication, and daytime dysfunction. Couple-analyses pointed out that there was no relationship between men's life satisfaction and their partners' sleep quality (except for use of sleeping medication), but significant negative correlation was explored between women's life satisfaction and their partners' sleep-related problems. According to these results, the relationship between these two variables depends on gender, namely gender has a moderating effect on the relationship between sleep quality and satisfaction with life. Regarding subscales of sleep quality, the use of sleeping medication seems to be a common and gender-independent variable which is associated with partners' life satisfaction. In sum, our findings indicated that men's life satisfaction was associated with their own sleep quality, but it was not in relation with their partners' sleep quality. However, women's life satisfaction was negatively associated with their own and their partners' problems in sleep quality.

Key words: sleep quality ■ satisfaction with life ■ intimate relationship ■ gender differences

SZAKIRODALOMI BEVEZETŐ

*„Az alvás nemzetközi világnapja 2019-ben március 15-e volt. Célja, hogy felhívja a figyelmet az alvás fontosságára, az életminőség szempontjából. Ezen a napon, mintegy 65 országban, orvosok, kutatók, gyógyítók és civil szervezetek fognak össze, hogy bemutassák: az álmoság és az alvatlanság egyre inkább népbetegség, megelőzésére, kezelésére sokkal több figyelmet kell fordítanunk. [...] A 2019. évi WSD [World Association of Sleep Medicine] jelmondata: *Healthy Sleep, Healthy Aging!*/ Aludj jól, élj sokáig!”¹*

Az alvás nemzetközi világnapját (World Sleep Day²) minden évben a tavaszi napjegylenlőséget megelőző pénteken tartják, és az egészséges alvás fontosságának ünneplése mellett a szervezők ráirányítják a figyelmet az alvászavarok fokozottabb megelőzésére és kezelésére, valamint az alvás központi szerepére a személyes egészség és jóllét tekintetében. Valóban nagyon fontos kérdés ez, hiszen életünk harmadát-negyedét alvással töltjük. Egy nemrégiben megjelent metakutatás ajánlást ad az optimális alvásidőre (Hirshkowitz és mtsai., 2015). A multidiszciplináris szempontok szerint összehívott 18 szakemberből álló testület 312 gondosan kiválogatott tanulmány alapján egyetértett abban, hogy a normál alvással rendelkező egészséges egyének esetében az újszülöttek megfelelő alvásidőtartama 14-17 óra, csecsemőknél 12-15 óra, kisgyermekeknél 11-14 óra, óvodásoknál 10-13 óra, valamint az iskoláskorú gyerekeknél 9-11 óra. Ti-

¹ Az alvás világnapja Magyarországon. URL: http://medicalonline.hu/kitekinto/cikk/az_alvas_vilagnapja_magyarorszagon (Elérés: 2020. 01. 10-én)

² World Sleep Day, Hosted by World Sleep Society. URL: <http://worldsleepday.org/> (Elérés: 2020. 01. 10-én)

nédzserek számára 8-10 órát, fiatal felnőttek és felnőttek esetében 7-9 órát, idős felnőtteknél 7-8 órát tartalmaz az ajánlás. Természetesen a személyes alvásigény ezektől jelentősen eltérhet, és a testület a tanulmányában a fenti ideális alvászórák mellett korosztályonként ún. *még elfogadható* rövidebb és hosszabb alvásidőket is megjelöl. A tanulmány végén azonban megfogalmazzák, hogy a javasolt tartományon kívüli alvásidőtartam a legtöbb személy esetében megfelelő lehet, és ritka a normál tartománytól való eltérés, valamint azok a személyek, akik általában a normál tartományon kívüli időtartamot töltik alvással, súlyos egészségügyi problémák jeleit vagy tüneteit mutathatják, vagy ha önkéntesen teszik azt, veszélyeztethetik egészségüket és jóllétüket.

Saját alvási problémáink legegyszerűbb következményeivel mindannyian tisztában vagyunk, például a kialvatlanság károsítja a nappali teljesítményt, negatívan befolyásolja a hangulatot, a memóriát, a koncentrációt, de akár depresszióhoz is vezethet. Ezek a következmények saját magunkat érintik, de vajon a házastársunkra (párunkra) nézve saját alvászavarunknak milyen hatása lehet? A házastársak alvási problémái milyen mértékben befolyásolják a partner egészségét és jóllétét? Ezeket a kérdéseket teszik fel Strawbridge és munkatársai egy 2004-es tanulmányukban, és megjegyzik, hogy viszonylag kevés kutatási eredmény született ebben a témában.

Jelen kutatásban a szubjektív alvásminőség és az étellel való elégedettség kapcsolatát vizsgáljuk párok esetében. Fő kérdésünk, hogy van-e, és ha igen, milyen kapcsolat van a pár egyik tagjára jellemző észlelt alvásminőség és a pár másik tagjának étellel való elégedettsége között. Noha a publikációk száma megnőtt az utóbbi másfél évtizedben – lentebb összefoglaljuk ezeket –, úgy tudjuk, hogy e két pszichológiai konstruktum kapcsolatát párok esetében, szélesebb korosztályi környezetben még nem vizsgálták.

A fejezet további részében definiáljuk az alvásminőség és az étellel való elégedettség fogalmát, ismertetjük mérési lehetőségeit, valamint összefoglaljuk azokat a kutatási eredményeket, amelyek érintik e két konstruktum kapcsolatot. A fejezet végén megfogalmazzuk hipotéziseinket.

Az alvásminőség fogalma és mérése

Az alvászavarok osztályozását megtaláljuk – kisebb-nagyobb mértékben ugyan eltérően – a ma használatos klasszifikációs rendszerekben: Alvászavarok Nemzetközi Osztályozása, DSM-5 és a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (American Academy of Sleep Medicine, 2005; American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1993). Az alvászavarok közé sorolható például az inszomnia (az alvás mennyiségi és/vagy minőségi elégtelenségének szubjektív érzése), a hiperszomnia (nappali aluszékonyság), a paraszomniák (alvás alatti rendellenes mozgásjelenségek) vagy az apnoé (alvási légzészavar). A témánk

szempontjából az inszomniának van a legnagyobb jelentősége, hiszen nemcsak az egyik leggyakrabban előforduló alvászavar, hanem az egyén szubjektív megítélésétől függ. Akár az is elképzelhető, hogy olyan alvászavarokról kapunk beszámolókat, amelyet alváslaboratóriumban végzett polyszomnográfias vizsgálat nem igazol vissza. A DSM-5 szerint az inszomnia magában foglalja (1) az elalvási zavart, (2) az átalvási nehézséget (amelyet gyakori ébredések vagy az ébredés utáni alváshoz való visszatérési problémák jellemeznek), és (3) a korai ébredést (American Psychiatric Association, 2013). A kézikönyv az inszomnia előfordulását 6-10%-ra teszi, de felnőttek körülből egyharmada mutatja az álmatlanság tüneteit, és 10-15%-uk negatív nappali következményeket él át. A magyar lakosság 9 százalékát érinti az inszomnia (Novak és mtsai., 2004). Az álmatlanság a nők körében gyakoribb panasz, mint a férfiak körében (az arány 1,44:1). Lehet tünet vagy önálló rendellenesség is, de leggyakrabban más (szomatikus vagy neurológiai) betegségekkel együtt figyelhető meg. A DSM-5 szerint az álmatlanságban szenvedők 40–50%-ánál komorbid mentális rendellenesség is fennáll. A szorongással, stresszel és depresszióval összefüggő panaszok az inszomniás tünetek gyakori kísérői (American Psychiatric Association, 2013).

Az inszomnia definíciójában már megjelent az alvásminőség konstruktum, de mit is értünk pontosan alatta. Buysse és munkatársai 1989-es tanulmányukban megjegyzik, hogy a klinikai gyakorlatban előszeretettel használják ugyan az alvásminőség fogalmát, de egy olyan komplex jelenségről van szó, amelyet nehéz meghatározni és objektíven mérni. Véleményük szerint az alvásminőség magában foglalja az alvás kvantitatív aspektusait, például az alvás időtartamát, az elalvási időt vagy az ébredések számát, valamint az olyan tisztán szubjektív szempontokat, mint például az alvás „mélysége” vagy „nyugodtsága”. Az alvásminőség objektív mérésére ezért létrehozták a Pittsburgh Alvásminőség Indexet (PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index), amelynek használata mára széles körben elterjedt (Buysse és mtsai., 1989). A PSQI-t azzal a céllal fejlesztették ki, hogy (1) az alvásminőség megbízható, érvényes és szabványosított mérését biztosítsa; (2) meg tudja különböztetni a „jó” és a „rossz” alvókat; (3) olyan mutatót biztosítson, amely könnyen használható az alanyok számára, valamint jól értelmezhető az orvosok és kutatók körében; és (4) legyen rövid, de klinikai szempontból nyújtson hasznos értékelést azokról az alvászavarokról, amelyek az alvásminőséget befolyásolják.

Hogyan képes menderre a PSQI? A PSQI az alvásminőséget 1 hónapra visszatekintve méri, így ha két alkalommal, körülbelül egy hónapos különbséggel mérünk, az átmeneti és tartós zavarokat jól el tudjuk egymástól különíteni. A PSQI felvétele kb. 5-10 percet vesz igénybe. A kérdőív 19 iteme 7 világos komponenst fed le, melyek mindegyike a 0–3 skáláról vehet fel értéket. A komponensek részben lefedik az inszomniára utaló fő tüneteket, de összeállításukban a klinikai tapasztalat és az intuíció is szerepet kapott. A PSQI komponensei: a szubjektív észlelt alvásminőség, az elalvással, alvásidőtartammal és alváshaté-

konysággal kapcsolatos panaszok, az alvászavarok, az altatóhasználat, és a nappali diszfunkciók. A hét komponens pontszámát összegezve egy globális PSQI pontszámot kapunk, amelynek tartománya 0–21, és a magasabb pontszám rosszabb alvásminőséget jelent. A PSQI hét komponense empirikus és klinikai eredetű kérdéseken alapul, melyek egyaránt lehetnek mennyiségi és minőségi jellegűek is. A kvantitatív és kvalitatív jellegű kérdések is pontokat kapnak a PSQI sajátos pontozási rendszerében, amely lehetővé teszi egy globális pontszám kiszámítását. A PSQI globális pontszám előnye, hogy az alvásminőségre vonatkozóan egyetlen átfogó értékelést ad, egyszerűen kiszámítható, és lehetővé teszi az egyes betegek vagy csoportok közvetlen összehasonlítását. A PSQI-t számos nyelvre lefordították és validálták, bizonyították, hogy képes megkülönböztetni a betegeket a kontroll személyektől. A magyar változata is megbízható, érvényes és szabványosított módszer a szubjektív alvásminőség értékelésére klinikai és kutatási környezetben (Takács és mtsai., 2016).

Alvászavarokat vizsgáló más önkitöltős kérdőívek is ismertek, ilyen például az Epworth Álmosági Skála (Johns, 1991) és az Athen Inszomnia Skála (Soldatos és mtsai., 2000), melyek szintén az inszomnia tüneteire fókuszálnak (az elalvás és az átalvás nehézségei, a korai felébredések, az alvás időtartama, vagy a nappali álmoság és teljesítményromlás) és az elmúlt hónap alvásminőségét becslik. Az előző éjszakai alvás minőségének megítélésére a magyar környezetbe is adaptált Groningen Alvásminőség Skálát használhatjuk (Simor és mtsai., 2009).

Jelen kutatásban az alvásminőség megítélésére a PSQI kérdőívet használjuk fel.

Az étellel való elégedettség fogalma és mérése

A szubjektív jóllét (SWB – subjective well-being) egy rendkívül aktív kutatási terület, a ma oly népszerű pozitív pszichológia egyik kulcsfogalma, sok esetben a boldogság szinonimája. A fogalom mögött az egyén saját szemszögű, szubjektív értékelése húzódik meg a saját életminőségével kapcsolatban. Széles körben elfogadott, hogy az SWB három komponensből áll: egy kognitív alkotóelemből (az étellel való elégedettség, LS – life satisfaction), és két érzelmi komponensből, amelyek a pozitív érzelmek (PA – positive affect) és a negatív érzelmek (NA – negative affect) (Diener, 1984; Diener és mtsai., 2018). (A fogalom egy korábbi állapotában, amikor a negatív és pozitív érzelmeket még nem tartották függetlennek egymástól, az SWB két komponensű volt: kognitív és érzelmi komponensből állt.) A magas SWB szint magas LS, magas PA és alacsony NA értéket jelent. Az étellel való elégedettség tehát a szubjektív jóllét egyik alkotóeleme, amely azt a kognitív értékelést jeleníti meg, hogy az ember elégedett-e az életével.

Pavot (2018) részletes áttekintést ad a szubjektív jóllét mérési lehetőségeiről. Számos példát találunk a szubjektív jóllét egy-ítemes mérésére, ahol a kérdés tipikusan a „boldogság” fogalmát írja le és a Likert-skála két végpontja a „rend-

kívül boldog” és „rendkívül boldogtalan”, vagy ezek szinonimája. Ha a jóllétet egyetlen itemmel mérjük, akkor az egyes alkotóelemekről nem kaphatunk információt, de komponens-specifikus egy-itemes eszközök is ismertek, például az étellel való elégedettség alkotóelemre rákérdezhetünk az „Általában mennyire elégedett az életével?” kérdéssel (4 pontos skálán: 1-nagyon elégedett; 4-nagyon elégedetlen).

A több tételből álló eszközök részletesebb képet nyújthatnak a kutatóknak a válaszadók szubjektív jóllétéről, és pszichometriailag is részletesebben vizsgálhatók. Átfogó, egydimenziós tájékoztatást ad az SWB-ről például az Oxford Happiness Questionnaire (Hills & Argyle, 2002) és a Subjective Happiness Scale (Lyubomirsky & Lepper, 1999). A legtöbb több itemből álló SWB-skála azonban alkotóelem-specifikus, azaz vagy a jóllét érzelmi aspektusait vagy az étellel való elégedettséget mérhetjük velük.

Az egyik legkorábbi mérőeszköz az SWB érzelmi komponenseire a Bradburn Affect Balance Scale (BABS) volt, amely a pozitív és negatív érzelmeket külön alskálákon mérte (Bradburn, 1969). A válaszadó érzelmi állapotát leíró indexet, az ún. „érzelmi egyensúlyt”, úgy számolták ki, hogy a „pozitív érzelem” alskála pontjaiból kivonták a „negatív érzelem” alskála pontjait. Hasonló megközelítéseket használnak az érzelmi komponens más mérőeszközei is, mint például a PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) (Watson és mtsai., 1988), vagy a nemrégiben kifejlesztett SPANE (Scale of Positive and Negative Experience) (Diener és mtsai., 2010).

A szubjektív jóllét kognitív komponensének mérésére szolgáló eszközök közül kiemelkedik az Élettel való Elégedettség Skála (SWLS – Satisfaction With Life Scale), amely mindössze 5 itemet tartalmaz (Diener és mtsai., 1985). Az SWLS-t legalább 30 nyelvre lefordították, és több mint 17 ezer tudományos cikkben idézték (Pavot, 2018). A magyar változat (SWLS-H) pszichometriai vizsgálata is megtörtént: megbízható és érvényes mérőeszköz az étellel való elégedettség szubjektív tapasztalatának mérésére (Martos és mtsai., 2014). A 15 tételből álló TSWLS (Temporal Satisfaction With Life Scale) lényegében ugyanazokat a tételeket használja, mint az SWLS, azonban tartalmaz egy időbeli keretet is. A válaszadókat arra kéri, hogy a múltbeli, jelenbeli és jövőbeli elégedettségre vonatkozóan is adjanak értékelést, így ezt a mutatót a teljes életre vonatkozó, „globális” elégedettségnek is nevezik (Pavot és mtsai., 1998).

A szubjektív jóllét mérőeszközeinek egy lényeges csoportját alkotják a populáció- és terület-specifikus kérdőívek. Például az öregedési folyamat iránt érdeklődő kutatók az étellel való elégedettség vizsgálatára használhatják a Life Satisfaction Scale (LSR, LSIA, LSIB) (Neugarten és mtsai., 1961), vagy a Philadelphia Geriatric Center’s Morale Scale (PGC Morale Scale) (Lawton, 1975) eszközöket. A gyermekek és serdülők étellel való elégedettségét vizsgálhatjuk a Student’s Life Satisfaction Scale (Huebner, 1991) vagy a Brief Multidimensional Students’ Life Satisfaction Scale (BMSLSS) (Seligson és mtsai., 2003) segítségével.

Nagyon népszerűek az élet bizonyos aspektusaival, például munkahellyel, házassággal, jövedelemmel, vallási orientációval, vagy valamilyen más életterülettel való elégedettség felmérésére szerkesztett eszközök is. Alfonso és munkatársai kibővítették az alapvetően egydimenziós SWLS-t, és egy olyan 50 itemes kérdőívet hoztak létre, amely kilenc különálló területen méri az élettel való elégedettséget. Az Extended Satisfaction with Life Scale (ESWLS) megbízhatóságát és validitását igazolták a szerzők (Alfonso és mtsai., 1996), és az ESWLS magyar adaptációját is elvégezték az élettel való elégedettség 4 területére vonatkozóan: (1) általános élettel való elégedettség, (2) társas élettel való elégedettség, (3) szelffel kapcsolatos elégedettség, (4) családi élettel való elégedettség (Hittner és mtsai., 2018). Az Egyesült Államokból és Magyarországról származó fiatal felnőttek vizsgálatával Hittner és munkatársai kimutatták, hogy a válaszadók mindkét országban különálló dimenzióknak tekintik a fenti 4 területet, és ugyanazt a jelentést tulajdonítják nekik.

Jelen kutatásban az élettel való elégedettség mérésére az ESWLS kérdőívet használjuk fel.

Korábbi kutatások az alvásminőség és élettel való elégedettség kapcsolatáról

Az élettel való elégedettség és az alvásminőség szakirodalma külön-külön is igen nagy, de a két terület kapcsolatát vizsgáló kutatások kezdete óta, kb. a 90-es évek közepétől (Pilcher és mtsai., 1997; Totterdell és mtsai., 1994) újabb aspektussal gazdagodott e két terület. Az azóta eltelt időszakban megjelent publikációkból világosan kiolvasható, hogy a jobb alvásminőség magasabb élettel való elégedettséggel jár együtt, illetve számos kutatásban az alvásminőség szignifikáns prediktorként is felbukkan az SWB vagy LS előrejelzésében. Ezekből a kutatásokból idézünk lentebb néhányat, de mind az alvásminőség, mind az élettel való elégedettség fogalmait kicsit tágítjuk, így az LS mellett az egyik oldalon megjelenhet az SWB, a pszichológiai jóllét, a házassággal való elégedettség vagy az egyéni kérdőívek mentális egészségre vonatkozó más konstruktuma, míg a másik oldalon a PSQI-val mért alvásminőség mellett az egyéb alvásskálák, az alvás mennyiségi mutatói és az egyéni kérdőívekkel mért alvászavar indexek is előtűnnek. Jelen kutatásunk empirikus része korrelációs jellegű, így az idézett tanulmányokban előforduló, releváns korrelációs együtthatókat is közöljük.

Először azokat a tanulmányokat említjük, amelyek egyéni szinten keresik a kapcsolatot az alvásminőség és az élettel való elégedettség között, majd azokat soroljuk, amelyek valamilyen mértékben a partner jelenlétét is figyelembe veszik. Zaid és munkatársai az alvásminőség és az élettel való elégedettség közötti összefüggés azonosítására a malajziai állami egyetem egészségtudományi hallgatóinak körében végeztek vizsgálatot (Zaid és mtsai., 2018). Az alvásminőség

mérésére a PSQI kérdőívet, az étellel való elégedettség mérésére pedig az SWLS 5 itemét használták fel. Kimutatták, hogy a jobb alvásminőség (azaz kevesebb alvásminőségbeli probléma) szignifikánsan magasabb étellel való elégedettséggel társul. Korrelációs vizsgálatukban $r = -0,416$ ($p < 0,001$) volt, miközben a különböző szakok, évfolyamok és nemek között sem mértek szignifikáns különbséget sem a PSQI, sem az SWLS értékek tekintetében.

Ness és munkatársai 701 norvég diák alvásminőségét és étellel való elégedettségét mérték fel (Ness & Saksvik-Lehouillier, 2018). A PSQI-val korreláló, saját alvásminőség kérdőívet szerkesztettek, az LS felmérésére pedig az SWLS-t használták. Vizsgálatukban sikerült kimutatniuk a két konstuktum szignifikáns kapcsolatát: $r = -0,337$; $p < 0,001$. Hamilton és munkatársai az inszomnia tünetei és a szubjektív jóllét 3 komponense között gyenge, de szignifikáns együttjárást mutattak ki (LS: $r = -0,110$; PA: $r = -0,110$; NA: $r = 0,305$) (Hamilton és mtsai., 2007). Az alvászavar mérésére saját, két-itemes kérdőívet használtak, amelyben az elmúlt 30 nap elalvással és az alvás fenntartásával kapcsolatos problémáira kérdeztek rá. A szubjektív jóllét mérésére is saját kérdőívet használtak, az étellel való elégedettséget egyetlen itemmel mérték. Pilcher és munkatársai az alvászavarokat a PSQI, az étellel való elégedettséget pedig az SWLS és a BABS segítségével mérték (Pilcher és mtsai., 1997). Az alvásminőségbeli problémák gyenge, de szignifikáns kapcsolatát mutatták ki az étellel való elégedettséggel és a szubjektív jóllét érzelmi komponensével (a korrelációs együtthatók rendre $-0,22$ és $-0,26$ voltak). Ugyanezt a vizsgálatot egy évvel később Pilcher és Ott (1998) megismételték és a kapcsolat stabilitását mutatták ki egy három hónapos időszak alatt. Megállapították, hogy az egészség és a jóllét erősebb kapcsolatban áll az alvás minőségi mutatóival, mint a megnynyiségiekkel. Yokoyama és munkatársai idős japán személyek körében elvégzett vizsgálatukban igazolták, hogy a jobb alváshatékonyság kedvezőbb étellel való elégedettséggel jár együtt (Yokoyama és mtsai., 2008). Az alvási problémák mérésére saját kérdőívet használtak, az étellel való elégedettséget a PGC Morale Scale segítségével mérték.

Zhai és munkatársai kínai egyetemi hallgatók körében találtak erős kapcsolatot az alvásminőség és a mentális egészség között. Az alvásminőséget a PSQI, a mentális egészséget a Kessler Psychological Distress Scale segítségével mérték (Zhai és mtsai., 2018).

Wrzus és munkatársai az előző éjszakai alvás időtartama és a reggel mért aktuális (érzelmi) szubjektív jóllét közötti kapcsolatot keresték különböző korosztályokban. Megállapították, hogy a rövidebb alvásidő minden korosztályban kedvezőtlenül hatott az érzelmi jóllétre (különösen serdülők és idősek esetén, felnőttek körében kevésbé), míg a túl sok alvás szintén kedvezőtlen hatású volt az idősek esetén, de kisebb mértékben a felnőtteknél is. A serdülőknél pedig a hosszabb alvásidőhöz kedvezőbb érzelmi jóllét társult (Wrzus és mtsai., 2014). Az alvásidőtartamok mérésénél 1 órás időintervallumokat különböztettek meg,

a reggeli, aktuális érzelmi jóllét méréshez pedig hat pozitív és hat negatív melléknévre adott értékelés eredményéből számoltak „érzelmi egyensúlyt”.

Lai (2018) a Big Five személyiségjegyek és a szubjektív jóllét közötti kapcsolatban az alvásminőség mediáló szerepét mutatta ki, amivel megerősítette a jó alvásminőség fontosságát a szubjektív jóllét előmozdításában.

Vannak azonban olyan kutatási eredmények is, amelyeknek nem sikerült igazolniuk a szubjektív jóllét és az alvásminőség közötti ismert kapcsolatot: egy indiai tanulmány a PSQI-val mért alvásminőség és az SWLS-el mért étellel való elégedettség közötti szignifikáns negatív korrelációt nem tudta kimutatni két kisebb, rezidensekből álló mintán (Murthy & Nayak, 2014).

Alvásminőség és étellel való elégedettség kapcsolata párok esetében

Troxel és munkatársa áttekintő tanulmányukban megjegyzi, hogy annak ellenére, hogy a felnőttek többsége partnerrel alszik, és a párok jelentős hányada esetében alvászavarok és kapcsolati problémák is előfordulnak, mégis szisztematikusan nagyon kevesen vizsgálták a párkapcsolatok minősége és az alvásminőség közötti összefüggést (Troxel és mtsai., 2007). Tanulmányukban áttekintik az ezzel kapcsolatos addigi szakirodalmat, és megállapítják, hogy az alvás és a párkapcsolatok közötti összefüggés természete kétirányú és kölcsönös: a párkapcsolatok minősége befolyásolja az alvást és az alvási zavarokat, ugyanakkor az alvási rendellenességek befolyásolják a párkapcsolat minőségét. Később elméleti modell segítségével írják le e diádikus kapcsolat természetét (Hasler és mtsai., 2010).

Két konkrét kutatási eredményt is megemlítenk ebből a tárgykörből. Billman és Ware (2002) kimutatták, hogy a férj kezeletlen apnoéja önmagában nincs hatással a feleség házassággal való elégedettségére. Brown és munkatársai a jobb alvásminőség és a házassággal való elégedettség között mutattak ki pozitív kapcsolatot (Brown és mtsai., 2019).

Számunkra azért van nagy jelentősége ezeknek a kutatásoknak, mert annak ellenére, hogy sok esetben diagnosztizált alvászavarokkal (legtöbbször obstruktív alvási apnoéval) kezelt betegekkel kapcsolatosak, mégis újdonságként jelenik meg a partner értékelése az egyén alvásminőségével kapcsolatban. Figyelemre méltó Strawbridge és munkatársainak tanulmánya, akik idősebb házaspárokat vizsgáltak (405 párt, 51 és 94 év között), de nem az obstruktív alvási apnoéval kezelt betegek csoportján (Strawbridge és mtsai., 2004). Szubjektív alvásminőséget mértek saját kérdőív segítségével, rákérdeztek az elalvás nehézségeire, az éjszakai vagy korai ébredés gyakoriságára. Kimeneti változókat határoztak meg és mértek többek között a fizikai és mentális egészséget, a szubjektív jóllétet három komponenssel, a szociális aktivitást és a házassággal való elégedettséget.

Regressziós modelljükben kimutatták, hogy az alvási problémák negatív hatást gyakorolnak az egyénre és a házastársára is a legtöbb kimeneti változó tekintetében (ilyen volt például az étellel való elégedettség), miközben a társ alvási problémáit kontrollálták a modellben. A saját alvási problémák hatását magasabbnak találták, mint a házastárs alvási problémáiból származó hatást. A házastársak alvási problémáival összefüggésben egyik kimeneti változó esetében sem találtak nemi különbséget.

HIPOTÉZISEK

Az alvásminőség és az étellel való elégedettség fogalmainak és lehetséges összefüggéseinek áttekintése alapján a következő hipotéziseket fogalmaztuk meg:

1. hipotézis. Az alvásminőség és az étellel való elégedettség közötti kapcsolat tekintetében feltételezzük, hogy a jobb alvásminőséghez (kevesebb alvásminőségbeli problémához) magasabb étellel való elégedettség társul.

2. hipotézis. A párok egyik tagjának jobb alvásminősége a pár másik tagjának magasabb étellel való elégedettségével jár együtt, és ez nemtől független, azaz mindegy, hogy a férfi alvásminőségéről és a nő étellel való elégedettségéről van szó, vagy fordítva, a nő alvásminőségéről és a férfi étellel való elégedettségéről.

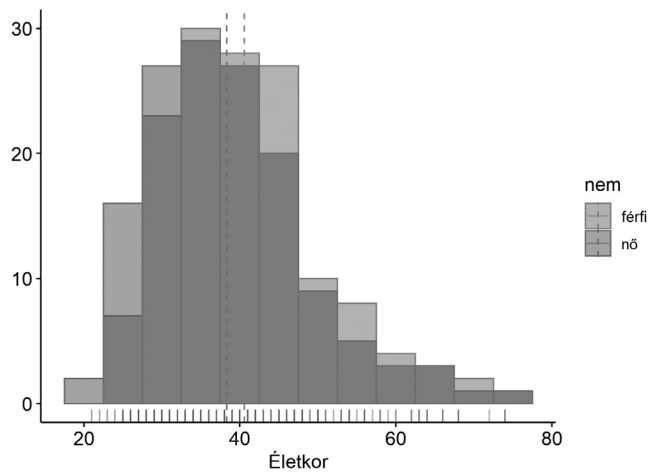
MÓDSZER

A minta

A minta 143 pár adatát tartalmazza (N=286, 143 nő és 143 férfi). A mintába azok a 18 év feletti egészséges személyek kerülhettek be, akik legalább 6 hónapja élettársi vagy házastársi kapcsolatban élnek. A keresztmetszeti vizsgálat 2018 októbertől és decembertől között valósult meg, az Etikai engedélyszám: 311/2018/P. A mintavétel önkitöltéses kérdőíves módszerrel történt, anonim módon és önkéntesen. A toborzás interneten, ismerősök útján valósult meg (nem valószínűségi mintavétel). A kérdőívcsomag kitöltése körülbelül 40 percet vett igénybe, és több részből állt. Jelen kutatásban csak a szociodemográfiai kérdőív, a Pittsburgh Alvásminőség Index (Takács és mtsai., 2016), és a Bővített Étellel Való Elégedettség Kérdőív (Hittner és mtsai., 2018) adatait használjuk fel (a teljes kérdőívcsomag egy szélesebb körű vizsgálat céljait szolgálja, amely a kronotípus, a párkapcsolati minőség és az életminőség közötti összefüggés feltárására fókuszál).

1. táblázat. Az minta elemszáma nemenként (N), és az életkorra vonatkozó leíró adatok (évben kifejezve)

	Nők	Férfiak
N	143	143
Átlag	38,3	40,5
Szórás	10,1	10,0
Min	21	25
Max	74	74



1. ábra. Az életkor eloszlása nemenként. A szaggatott vonalak az átlagot jelenítik meg.

A mintában a nők és a férfiak átlagéletkora és szórása is nagyon közeli egymáshoz (1. táblázat). Összesen 17 esetben egyezik meg a pár mindkét tagjának életkora, 25 esetben a pár női tagja, 101 esetben a férfi tagja idősebb. A minta életkor szerinti megoszlása szerint a legtöbb válaszadó a 30-45 éves korosztályból került ki, valamint a nők és férfiak életkor szerint eloszlása nagyon hasonló (1. ábra).

Eszközök

Vizsgálatunkban az étellel való elégedettség (LS) mérésére a Bővített Élettel Való Elégedettség Kérdőív (ESWLS – Extended Satisfaction With Life Scale) magyar változatát használtuk (Alfonso és mtsai., 1996; Hittner és mtsai., 2018). Az eredeti kérdőív 50 itemet tartalmaz, a válaszokat minden esetben egy 7 fokú

skálán kell megadni. A vizsgálati személynek meg kell jelölni, hogy az itemekben szereplő állításokkal mennyire ért egyet: $1=Nagyon\ nem\ értek\ egyet$, $7=Nagyon\ egyetértek$. Az 50 item az étellel való elégedettség 9 területére vonatkozóan szolgáltat pontszámokat (a magasabb pontszám nagyobb étellel való elégedettséget jelent): általános, társas, szexuális élet, kapcsolat, szelf, fizikai megjelenés, család, iskola és munka. Jelen kutatásban 4 területre vonatkozóan tettünk fel kérdéseket (általános, társas, szelf és család), így összesen $4 \times 5 = 20$ itemmel találkoztak a vizsgálati személyek. A 4 területre vonatkozó pontszámokat és a skála összpontszámát egyszerű összegzéssel számoltuk ki. Az LS mérésével kapcsolatban így 5 változó áll rendelkezésre (4 alskála pontszám és 1 összpontszám):

1. alskála (ESWLS.ált): általános étellel való elégedettség (5 item alapján, értéktartomány: 5–35 pont)

2. alskála (ESWLS.társas): társas étellel való elégedettség (5 item alapján, 5–35 pont)

3. alskála (ESWLS.szelf): önmagával kapcsolatos elégedettség (5 item alapján, 5–35 pont)

4. alskála (ESWLS.család): családi étellel való elégedettség (5 item alapján, 5–35 pont)

ESWLS skála összpontszám (ESWLS): étellel való elégedettség (20 item alapján, 20–140 pont)

Vizsgálatunkban az alvásminőség mérésére a Pittsburgh Alvásminőség Index (PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index) magyar változatát (Buysse és mtsai., 1989; Takács és mtsai., 2016) használtuk. A kérdőív 19 itemet tartalmaz az alvásminőség önértékelésére, és további 5 itemet, ami a hálótárs/szobatárs (ha van) által értékelt alvásminőséget méri. A kérdőív komponenseit, valamint teljes pontszámát csak az alvásminőség önértékelésének itemei alapján számoljuk ki. A 19 item 7 komponenset alkot, 0–3 közötti értékkel (0: nincs probléma, 3: súlyos probléma). A 7 komponens összességében a PSQI összpontszámát teszi ki, 0–21 értékkel (0: nincs probléma, 21: súlyos probléma minden komponens/terület esetében). A PSQI összpontszám alapján a válaszadókat két csoportba lehet sorolni:

- megfelelő alvásminőség: PSQI összpontszám < 5
- rossz alvásminőség, szegényes alvás: PSQI összpontszám ≥ 5 .

A kérdőív alapján tehát 8 változó vizsgálatára van lehetőségünk (7 alskála vagy komponens pontszám és 1 összpontszám):

1. komponens (PSQI.a.minő): szubjektív észlelt alvásminőség (0–3 pont)
2. komponens (PSQI.a.láten): alváslátencia (0–3 pont)
3. komponens (PSQI.a.idő): alvásidőtartam (0–3 pont)
4. komponens (PSQI.a.haték): alváshatékonyosság (0–3 pont)
5. komponens (PSQI.a.zavar): alvászavarok (0–3 pont)
6. komponens (PSQI.altató): altatóhasználat (0–3 pont)
7. komponens (PSQI.n.diszf): nappali diszfunkciók (0–3 pont)

PSQI összpontszám (PSQI): szubjektív alvásminőség (0–21 pont)

Összességében tehát elmondható, hogy mind a PSQI összpontszám, mind a 7 komponens tekintetében a magasabb pontszám rosszabb alvásminőséget, több alvásminőségbeli problémát jelent.

Eljárás

A vizsgálatban felhasználjuk a nominális skálájú *nem* változót (férfi, nő), és az arány skálájú *életkor* változót. Vizsgálatunk középpontjában a korábban felsorolt ESWLS és PSQI kérdőívekhez tartozó 5+8 változó áll. Vizsgálati módszerünk korrelációs jellegű, így a Perason-féle korrelációs és parciális korrelációs együtthatókat fogjuk használni. Egyéni szinten az 5+8 változó kapcsolatát korrelációs együtthatóval vizsgáljuk, viszont parciális korrelációs együtthatót fogunk használni a párok szintjén, amikor az egyén élettel való elégedettségének és a párja alvásminőségének kapcsolatát vizsgáljuk, hogy kontrollálni tudjuk az egyén saját alvásminőségét. Ez azt jelenti, hogy amikor a nők ESWL* változói és a párjuk PSQI* változói között keressük a kapcsolat irányát és erősségét, háttérváltozóként a nők PSQI* változóit használjuk a parciális korreláció meghatározásához. Fordítva ugyanígy, férfiak ESWL* változói és a párjuk PSQI* változói kapcsolatából eltávolítjuk a férfiak PSQI* hatását a parciális korrelációs együtthatóval.

(Megjegyezzük, hogy a fenti 5+8 intervallum skálájú változóra elvégeztük a normalitás ellenőrzést is, és a Shapiro-Wilk próba az összes változó esetében a normalitásra vonatkozó nullhipotézis elvetését támogatta. A szakirodalommal való összehasonlítás kedvéért mégis a Pearson-féle együtthatót használjuk.)

A két kérdőív pszichometriai vizsgálatát is elvégeztük. Az ESWLS kérdőív esetében megerősítő faktorelemzés segítségével a négy dimenzió tételei a mintában megfelelő illeszkedést mutattak (Satorra-Bentler $\chi^2 = 526$, $DF = 164$, $p < 0,001$; CFI = 0,917; TLI = 0,904; RMSEA = 0,0879, SRMR = 0,0609). Az egyes tételek faktorsúlya pedig minden esetben szignifikáns illeszkedést mutatott a faktorra (minden esetben $p < 0,001$), így a kérdőív faktorstruktúrája jónak bizonyult. Megállapíthatjuk, hogy a fenti eredmények alátámasztják a kérdőív konstruktum validitását. Az ESWLS 4 alskálájának belső megbízhatóságát is megvizsgáltuk, ami szintén megfelelőnek bizonyult (Cronbach-alfa = 0,85-0,94). Az alskálák diszkrimináns validitását korrelációk segítségével vizsgáltuk. A legerősebb korreláció értéke az alskálák között $r = 0,67$ volt, amely alátámasztja az egyes alskálák diszkrimináns validitását.

A PSQI kérdőív esetében a globális index belső megbízhatóságát vizsgáltuk a hét komponensre vonatkozóan (Cronbach-alfa = 0,57), amely némileg alacsonyabbnak mutatkozott, mint a Buysse és munkatársai tanulmányában szereplő 0,83-as érték (Buysse és mtsai., 1989), de nem klinikai mintán – mint ese-

tünkben – rendszerint alacsonyabb (0,5-0,6 közötti) megbízhatósági mutatót közölnek (Takács és mtsai., 2016). A PSQI kérdőív esetében az alskálák diszkrimináns validitását is vizsgáltuk. A legerősebb korreláció értéke $r = 0,49$ volt, amely alátámasztja a 7 alskála diszkrimináns validitását.

A statisztikai elemzéseket az R statisztikai programcsomag (R Core Team, 2019) és a *jamovi* (The jamovi Project, 2019) segítségével végeztük. A grafikus ábrák elkészítéséhez a *ggplot2* (Wickham, 2016) és a *ggpubr* (Kassambara, 2019b) csomagokat használtuk, az elemzésünk fókuszában álló korrelációs ábrát pedig a *ggcorrplot* (Kassambara, 2019a) csomag segítségével készítettük el.

EREDMÉNYEK

Vizsgálatunk fókuszában az ESWLS 4 alskálájának és összpontszámának, valamint a PSQI 7 komponensének és globális indexének az elemzése áll. Az ESWLS változók leíró statisztikai adatait a 2. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. A étellel való elégedettség összpontszámára és 4 területére vonatkozó leíró statisztikai adatok

	ESWLS	ESWLS.ált	ESWLS.társas	ESWLS.szelf	ESWLS.család
N	286	286	286	286	286
Hiányzó	0	0	0	0	0
Átlag	103	26,2	26,6	23,2	26,8
Medián	105	27,0	28,0	24,0	29,0
Szórás	18,7	5,13	5,81	5,34	6,46
Min	51	11	9	8	5
Max	140	35	35	35	35

Az egyes ESWLS változók pontszámai nemenként nem térnek el, kivéve ESWLS.ált változót, amely kicsit magasabb a nők esetébe (kétmintás t-próba: $t(284) = 2,03$; $p = 0,042$; $M_{\text{nők}} = 26,8$, $M_{\text{férfiak}} = 25,6$). Korábbi vizsgálatban magyar mintán, rendre hasonló értékek jelennek meg az alskálák átlagaiban: a szelfvel kapcsolatos elégedettség ott is a legalacsonyabb (22,7) volt, ezt a társas (24,6), a család (25,1) és az általános (25,5) területek mutatói követték (Hittner és mtsai., 2018). Az ESWLS változók és az életkor kapcsolatát is megvizsgáltuk, nem találtunk szignifikáns együttjárást egyik esetben sem.

A PSQI változók pontszámait vizsgálva megállapíthatjuk, hogy nemenkénti eltérést nem találtunk, és az életkorról sem tudtunk kapcsolatot kimutatni, kivéve a PSQI.n.diszf változó esetében ($r = -0,138$; $p = 0,019$). A mintában szereplő személyek többsége megfelelő alvásminőségű, összesen 158 személy PSQI

összpontszáma kisebb, mint 5, és 128 válaszadó esetében beszélhetünk rossz alvásminőségről. Míg a jó alvók PSQI összpontszámának átlaga 2,64, a rossz alvók esetében sem túl magas ez az érték: 6,57.

Megvizsgáltuk az alvásminőség két kategóriájának (megfelelő alvásminőség, rossz alvásminőség) és a nemnek a kapcsolatát három különböző pár-csoport esetében: (1) a pár mindkét tagja azonos alvásminőségű, (2) a pár nő tagja a jobb alvó, és (3) a pár férfitagja a jobb alvó. A 3. táblázat ezeket a gyakorisági adatokat mutatja meg a fenti 3 szempont (pár-csoport, nem és alvásminőség kategória) szerinti csoportosításban. Érdekes módon a mintában 64 rossz alvó férfit (a „férfi – rossz alvás” oszlop összege a 3. táblázatban), és 64 rossz alvó nőt (a „nő – rossz alvás” sorok összege) találtunk. Természetesen így a megfelelő alvásminőségű férfiak és nők száma is megegyezik, ez 79-79 a mintában, vagyis nemek tekintetében teljesen kiegyensúlyozott az alvásminőség kategória. Ha a pár-csoport szempontot is figyelembe vesszük, akkor látható, hogy nincs tökéletes egyezés a párok alvásminősége között. Összesen 34 esetben a nő alvásminősége megfelelő és a párjáé rossz, és ugyancsak 34 esetben a férfi alvásminősége jobb a párjáénál. Abban az esetben, amikor a pár két tagjának megegyezik az alvásminősége, 30 esetben rossz, 45 esetben megfelelő alvásminőséget találtunk.

3. táblázat. Gyakorisági táblázat 3 szempont alapján: pár-csoport, nem és alvásminőség

Pár-csoport		férfi – rossz alvás	férfi – megfelelő alvás
nő.a = férfi.a	nő – rossz alvás	30	0
	nő – megfelelő alvás	0	45
nő.a > férfi.a	nő – rossz alvás	0	0
	nő – megfelelő alvás	34	0
nő.a < férfi.a	nő – rossz alvás	0	34
	nő – megfelelő alvás	0	0

Megjegyzés: A pár-csoport oszlopban használt rövidítések: nő.a – a pár nő tagjának alvásminősége, férfi.a – a pár férfi tagjának alvásminősége

A PSQI változók leíró statisztikai adatait a 4. táblázat tartalmazza. A három legmagasabb átlaggal rendelkező komponens az alvászavar, az alváslátencia és a nappali diszfunkció.

4. táblázat. A alvásminőség összpontszámára és 7 komponensre vonatkozó leíró statisztikai adatok

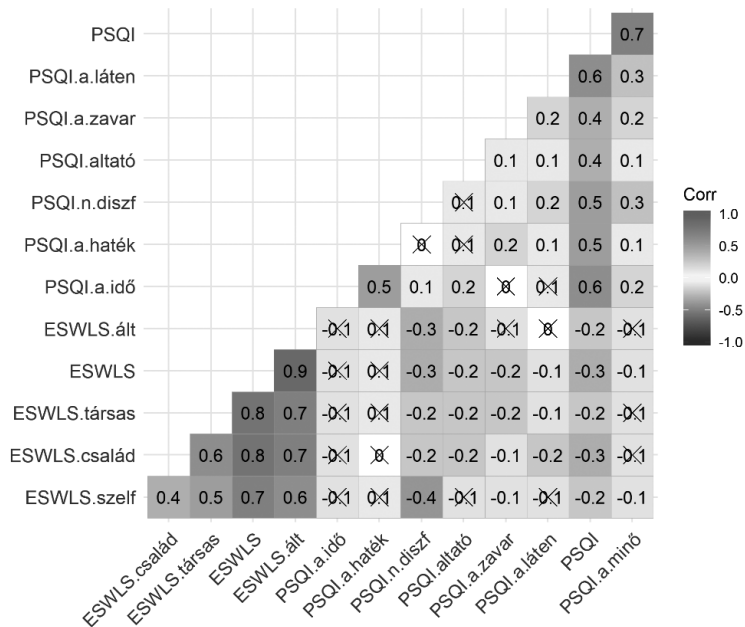
	N	Hiányzó	Átlag	Medián	Szórás	Min	Max
PSQI	286	0	4,40	4,00	2,43	1	14
PSQI.a.minő	286	0	0,566	0,00	0,701	0	3
PSQI.a.láten	286	0	0,895	1,00	0,823	0	3
PSQI.a.idő	286	0	0,406	0,00	0,635	0	3
PSQI.a.haték	286	0	0,301	0,00	0,610	0	3
PSQI.a.zavar	286	0	1,21	1,00	0,435	0	2
PSQI.altató	286	0	0,262	0,00	0,584	0	3
PSQI.n.diszf	286	0	0,752	1,00	0,738	0	3

Egyének szintjén történő elemzés

A következő részben a PSQI és ESWLS változók kapcsolatát vizsgáljuk. Első esetben egyéni szinten vizsgálódunk, azaz nem használjuk ki azt az információt, hogy párokat tartalmaz a mintánk. Az egyén saját észlelt alvásminősége és a szubjektív étellel való elégedettsége között keressük a kapcsolatot. Az N=286 személyre vonatkozó, ESWLS és PSQI változók korrelációs együtthatóit a 2. ábra tartalmazza. Mivel nagyobb PSQI értékek rosszabb alvásminőséget jeleznek, magasabb ESWLS pontszámok pedig jobb étellel való elégedettséget, ezért negatív korrelációs együtthatókat várunk a szakirodalom alapján. A 2. ábrán jól látható, hogy a számunkra érdekes 5×8-as jobb alsó sarokban, a szignifikáns (nem kereszttel fedett) korrelációs együtthatók negatívak és gyenge vagy közepes erősségű kapcsolatra utalnak. Látható, hogy az összesített PSQI pontszám az ESWLS minden komponensével és az összesített ESWLS pontszámmal is szignifikánsan negatívan korrelál, csakúgy, mint az összesített ESWLS pontszám a legtöbb PSQI változóval (nappali diszfunkciók, altatóhasználat, éjszakai alvászavarok és szubjektív alvásminőségbeli problémák). Tehát az alacsonyabb étellel való elégedettséggel leginkább társuló alvásminőségbeli problémák a nappali diszfunkció, de az altatóhasználat, az éjszakai alvászavarok és a szubjektív alvásminőségbeli problémák is meghatározóak.

A két összesített pontszám (PSQI és ESWLS) vizsgálata alapján azt mondhatjuk, hogy a jobb alvásminőség (azaz kevesebb alvásminőségbeli probléma) kedvezőbb étellel való elégedettséggel jár együtt ($r = -0,26$; $p < 0,001$), és ez a kapcsolat a legtöbb esetben az alsókálák között is megfigyelhető. Tehát 1. hipotézisünk igazolódni látszik.

ALVÁSMINŐSÉG ÉS ÉLETTEL VALÓ ELÉGEDETTSÉG EGYÜTT ÉLŐ PÁROK KÖRÉBEN



2. ábra. Az ESWL és PSQI skálák korrelációs együtthatói egy tizedesre kerekítve. Szignifikáns kapcsolatok esetében az együtthatók felett nem jelenik meg kereszt

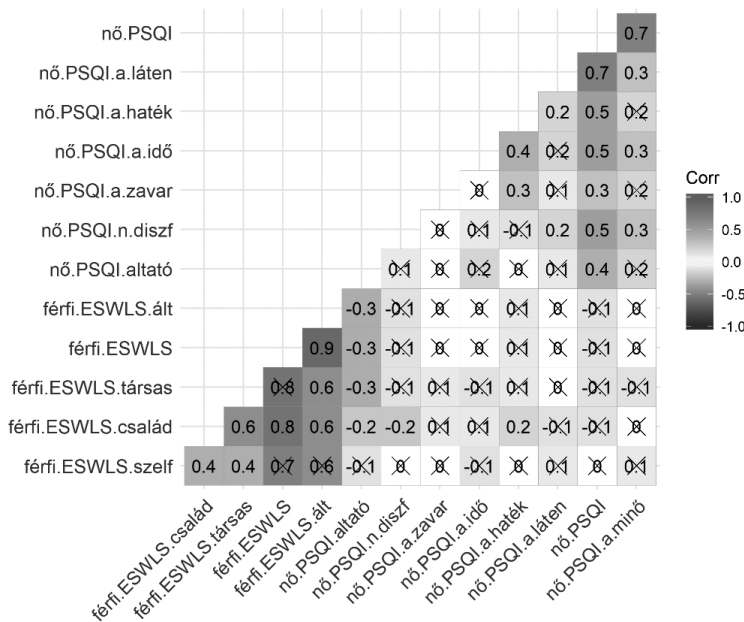
A PSQI és ESWLS változók kapcsolatát megvizsgáltuk a *nők és férfiak almintáin* is, és nagyon hasonló eredményeket kaptunk. Az összesített pontszámok (PSQI és ESWLS) vizsgálata alapján azt mondhatjuk, hogy a jobb alvásminőség (azaz kevesebb alvásminőségbeli probléma) kedvezőbb élettel való elégedettséggel jár együtt nők ($r = -0,23$; $p = 0,007$) és férfiak esetében ($r = -0,30$; $p < 0,001$) is. Az összesített PSQI pontszám az ESWLS minden komponensével szignifikánsan korrelál, kivéve nők esetében az általános és szelfvel való elégedettség területeit. Az összesített ESWLS pontszám nőknél két kivétellel az összes PSQI változóval korrelál, férfiak esetében mindössze kettővel (*ld. 1. és 2. sz. mellékletek*).

Párok szintjén történő elemzés

Ha a párokra vonatkozó információt is figyelembe vesszük, két kérdés megválaszolására is lehetőségünk van. Egyrészt a pár egyik tagjának alvásminősége, a pár másik tagjának élettel való elégedettségével milyen kapcsolatban van, másrészt van-e különbség a nemek között a kapcsolat jellegében.

Első esetben a *férfiak élettel való elégedettsége és a párjuk alvásminősége közötti kapcsolatot* tárjuk fel, miközben kontrolláljuk a férfiak alvásminőségével

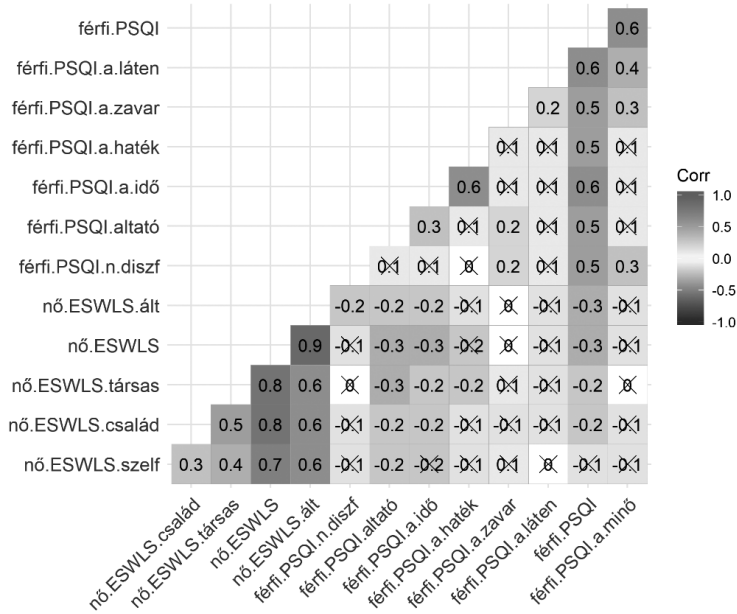
kapcsolatos összes (8 PSQI) változót. A kiszámolt parciális korrelációs értékeket a 3. ábra tartalmazza, amelynek számunkra érdekes 5×8-as jobb alsó részéből kiderül, hogy a két skála összpontszámai (férfi.ESWLS, nő.PSQI) között nincs szignifikáns együttjárás, és az alskálák között is csak elvétve. Kiemelkedik a nők altatóhasználatának (nő.PSQI.altató) és a férfiak ESWLS változóinak kapcsolata az összesített skálán és a legtöbb alskálán (férfi.ESWLS.társas, férfi.ESWLS.család, férfi.ESWLS.ált.) egyaránt. Az adatok alapján a férfiak magasabb élettel való elégedettsége a nők ritkább altatóhasználatával jár együtt.



3. ábra. Parciális korrelációs együttthatók a férfi élettel való elégedettsége és párja alvásminősége között, a férfi alvásminőségére vonatkozó változók kontrollálása mellett. Szignifikáns kapcsolatok esetében az együttthatók felett nem jelenik meg kereszt. Részletesebb adatokat a melléklet 4. lapján találunk.

Másik szempontból is megvizsgálhatjuk a két skála kapcsolatát. Most tekintsük a nők élettel való elégedtségét és a párjuk alvásminőségét, de ugyanúgy kontrolláljuk a nők alvásminőségével kapcsolatos összes (8 PSQI) változót. A kiszámolt parciális korrelációs értékeket a 4. ábra tartalmazza, amelynek számunkra érdekes 5×8-as jobb alsó része egészen más képet mutat, mint az előző esetben. Egyrészt az összpontszámok között (nő.ESWLS, férfi.PSQI) szignifikáns kapcsolat mutatkozik ($r = -0,261$; $p = 0,002$), másrészt az alskálák több esetben jeleznek gyenge vagy közepes erősségű szignifikáns negatív kapcsolatot. A férfiakra jellemző PSQI összpontszám szinte az összes nő ESWLS változóval szignifikáns negatív korrelációt mutat (általános, társas, családi élettel való elége-

dettség, valamint az ESWLS összpontszám), de ugyanez jellemző a férfiak altatóhasználatára, valamint alvásidőtartama komponensekre is. Tehát elmondható, hogy a nők magasabb élettel való elégedettsége párjuk jobb globális alvásminőségével (kevesebb alvásminőségbeli problémájával), azon belül pedig kevesebb altatóhasználatával és magasabb alvásidőtartamával (azaz kevesebb alvásidőtartambeli problémájával) társul.



4. ábra. Parciális korrelációs együtthatók a nő élettel való elégedettsége és párja alvásminősége között, a nő alvásminőségére vonatkozó változók kontrollálása mellett. Szignifikáns kapcsolatok esetében az együtthatók felett nem jelenik meg kereszt. Részletesebb adatokat a melléklet 5. lapján találunk.

A 2. hipotézisünk így nem teljesült, mivel a *férfiak* esetében a magasabb globális élettel való elégedettség csak a párjuk alacsonyabb altatóhasználatával járt együtt (a globális alvásminőséggel nem mutatott kapcsolatot). Ellenben a *nők* magasabb globális élettel való elégedettsége a párjuk kedvezőbb globális alvásminőségével társult.

MEGBESZÉLÉS

Korábbi vizsgálatok már igazolták, hogy a jobb alvásminőséghez magasabb étellel való elégedettség társul (Lai, 2018). Az eddigi szakirodalomban mindkét konstrukciónak mérésére számos módszert találunk, de ha szűkítünk a saját vizsgálatunkkal legjobban egyező – az alvásminőséget PSQI-val és az étellel való elégedettséget SWLS-sel mérő – tanulmányokra, akkor azt mondhatjuk, hogy azok többnyire fiatal felnőtteket, egyetemistákat vizsgáltak (Ness & Saksvik-Lehouillier, 2018; Zaid és mtsai., 2018). Saját kutatásunkban lehetőségünk volt egyrészt egy szélesebb korosztály elemzésére (21–74 év), másrészt az étellel való elégedettség többdimenziós mérésére, az ESWLS segítségével. Az *egyéni szinten történő elemzés* során nekünk is sikerült kimutatnunk, hogy a jobb alvásminőséghez (azaz kevesebb alvásminőségbeli problémához) magasabb étellel való elégedettség társul, és ez nemcsak a globális, hanem az általános, társas, családdal és szelfel kapcsolatos területekre is igaz. Az alvásminőség legtöbb komponense önmagában is mutatja ezt az együttjárást az ESWLS összpontszámával és annak alskáláival. Az alacsonyabb étellel való elégedettséggel leginkább társuló alvásminőségbeli problémák a nappali diszfunkciók, de az altatóhasználat, az éjszakai alvászavarok, és a szubjektív alvásminőségbeli problémák is meghatározóak. *Külön-külön nők és férfiak esetében* is kimutattuk a fenti összefüggést az összpontszámok tekintetében, de nőknél több, férfiaknál kevesebb alskála mentén találtunk szignifikáns kapcsolatot. Eredményeink tehát konzisztensek a szakirodalommal, és részben újdonságnak számítanak a szélesebb korosztály és a PSQI-ESWLS skálák és alskálák kapcsolatvizsgálata miatt.

Párok vizsgálata során klinikai és nem klinikai mintán is kimutatták, hogy az alvásminőségünk és a partnerünk szubjektív jóllét-értékelése között szignifikáns kapcsolat van (Troxel és mtsai., 2007). Az értékelés legtöbbször a partnerkapcsolat minőségére vonatkozik, de megjelenhet még a saját vagy társunk fizikai és mentális egészsége, a szubjektív jóllét és az étellel való elégedettség is. Jelen vizsgálatban pároktól származó adatokkal dolgoztunk, így az alvásminőség és a partner étellel való elégedettsége is elemezhető volt. Vizsgálatunkban a *férfiak* globális étellel való elégedettsége és nő párjuk globális alvásminősége között nem tudtunk kimutatni kapcsolatot, azonban a nők ritkább altatóhasználatára együttjárást mutatott a férfi párjuk magasabb étellel való elégedettségével (összpontszám és több alskála tekintetében is). Ezzel szemben a *nők* globális étellel való elégedettsége és férfi párjuk globális alvásminősége között megtaláltuk a szakirodalomban is említett kapcsolatot (Strawbridge és mtsai., 2004), azaz a nők magasabb étellel való elégedettsége kevesebb alvásminőségbeli problémával társult a férfi párjuk részéről. Ez a szignifikáns negatív kapcsolat a nők étellel való elégedettsége és a férfi párjuk altatóhasználatára és alvásidőtartambeli problémái között is fennállt, nemcsak az összpontszámok között. Összességében tehát ez azt jelenti, hogy a nők alvásminősége (az altatóhasználatot kivéve)

nem függ össze párjuk étellel való elégedettségével, viszont a férfiak alvásmínősége igenis összefüggést mutat a párjuk étellel való elégedettségével. Eredményünk alapján tehát a két vizsgált változó közötti kapcsolat nem független a nemtől, azaz a nem moderáló hatást fejt ki az alvásmínőség és a partner étellel való elégedettsége között. Ez újdonság, és ellentmond Strawbridge és munkatársai (2004) eredményének, akik nem találtak függést a nemtől. Megjegyezzük, hogy ők az 51 és 94 év közötti korosztályt vizsgálták, a mi mintánkban pedig a 30-45 közöttiek vannak túlsúlyban. Az eltérést így magyarázhatjuk az idősebb korosztály munkában és családban betöltött szerepének megváltozásával.

Ha az alskálák vizsgálatával finomítjuk a fenti kijelentéseket, akkor azt mondhatjuk, hogy a férfiak étellel való elégedettsége (az összpontszám, az általános, a társas és családdal kapcsolatos területek esetében is) és női párjuk altatóhasználatára közötti együttjárást tudunk kimutatni. Emellett a nők étellel való elégedettségéhez a férfi párjuk összesített PSQI pontszáma mellett a férfiak altatóhasználatára és az alvásidőtartama alskálák kapcsolódnak legjobban. Kiemelkedik tehát az *altatóhasználat*, mint közös, nemtől független faktor, amely a partner étellel való elégedettségével leginkább kapcsolatba hozható. Fontos megjegyezni, hogy a párokra vonatkozó vizsgálatban, amikor az egyén étellel való elégedettsége és a párjuk alvásmínősége között kerestük a kapcsolatot, az egyén alvásmínőségét minden esetben kontrolláltuk, azaz hasonlóan jártunk el, mint Strawbridge és munkatársai (2004).

A hipotéziseinket számba véve azt mondhatjuk, hogy az 1. hipotézis teljesült, kimutattuk az alvásmínőség és az étellel való elégedettség kapcsolatát az egyének szintjén. A 2. hipotézis azonban nem teljesült, hiszen csak a nők étellel való elégedettségének és férfi párjuk alvásmínőségének kapcsolatát tudtuk teljes mértékben igazolni. Kutatásunk korlátait megvizsgálva érdemes kiemelni, hogy vizsgálatunkban kényelmi mintavételt használtunk, illetve nem volt módunk kontrollálni számos szóba jöhető változót, mint például a fizikai és mentális egészség, munka-család konfliktus, szociális kapcsolatok minősége és a személyiségjegyek.

Összefoglalva tehát azt mondhatjuk, hogy míg a férfiak körében az étellel való elégedettség és a saját alvásmínőség között kimutatható a kapcsolat, addig a női párjuk alvásmínőségével már nem (illetve csak az altatóhasználat tekintetében). Emellett a nők esetében az étellel való elégedettség a saját alvásmínőségükkel és a párjuk alvásmínőségével is szignifikáns összefüggést mutatott. A jövőbeli kutatásokban érdemes lenne megvizsgálni, hogy mi lehet annak az oka, hogy a nők alvásmínőségbeli problémái (az altatóhasználat kivételével) függetlenek párjuk étellel való elégedettségétől, míg a férfiak esetében ez a két tényező összefüggést mutat. A párok mentális egészségével foglalkozó mentálhigiénés szakemberek számára pedig azt az üzenetet közvetíthetik e kezdeti kutatási eredményeink, hogy a munkájuk során fokozott figyelmet kell szentelni a párok alvásmínőségének és az azzal kapcsolatban álló pszichoszociális faktorok feltérképezésének.

A szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészség tudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

IRODALOMJEGYZÉK

- Alfonso, V. C., Allison, D. B., Rader, D. E., & Gorman, B. S. (1996). The Extended Satisfaction with Life Scale: Development and psychometric properties. *Social Indicators Research*, *38*, 275–301.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. (ICSD-2). Diagnostic Coding Manual*. Westchester: American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Billmann, S. J., & Ware, J. C. (2002). Marital satisfaction of wives of untreated sleep apneic men. *Sleep Medicine*, *3*(1), 55–9.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brown, B. J., Robinson, D., Jensen, J. F., Seedall, R. B., Hodgson, J., Norton, M. C. (2019). Will Improving My Marriage Improve My Sleep? *Journal of Couple and Relationship Therapy*. *18*(2), 85–103.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, *28*(2), 193–213.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological bulletin*, *95*(3), 542–75.
- Diener, E., Lucas, R. E., Oishi, S. (2018). Advances and Open Questions in the Science of Subjective Well-Being. *Collabra: Psychology*, *4*(1), 15.
- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D-won, Oishi, S., & Biswas-Diener, R. (2010). New well-being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, *97*(2), 143–56.
- Hamilton, N. A., Gallagher, M. W., Preacher, K. J., Stevens, N., Nelson, C. A., Karlson, C., McCurdy, D. (2007). Insomnia and Well-Being. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(6), 939–46.
- Hasler, B. P., & Troxel, W. M. (2010). Couples' nighttime sleep efficiency and concordance: Evidence for bidirectional associations with daytime relationship functioning. *Psychosomatic Medicine*, *72*(8), 794–801.
- Hills, P., & Argyle, M. (2002). The Oxford Happiness Questionnaire: A compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, *33*(7), 1073–82.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D.N., O'Donnell, A.E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R.C., Setters, B., Vitiello, M.V., Ware, J.C., Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, *1*(1), 40–3.

- Hittner, J. B., Swickert, R., Silver, N. C., Hevesi, K., Kövi, Z. (2018). Examining the Cross-National Measurement Invariance of the Extended Satisfaction with Life Scale in the United States and Hungary. *Applied Research in Quality of Life*, 13(3), 527–44.
- Huebner, E. S. (1991). Initial Development of the Student's Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12(3), 231–40.
- Johns, M. W. (1991). A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*, 14(6), 540–5.
- Kassambara, A. (2019a). ggcorrplot: Visualization of a Correlation Matrix using „ggplot2”. Elérés forrás <https://cran.r-project.org/package=ggcorrplot>
- Kassambara, A. (2019b). ggpubr: „ggplot2” Based Publication Ready Plots. Elérés forrás <https://cran.r-project.org/package=ggpubr>
- Lai, C. C. W. (2018). The Mediating Role of Sleep Quality in the Relationship Between Personality and Subjective Well-Being. *SAGE Open*, 8(2), 1-10.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology*, 30(1), 85–9.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46(2), 137–55.
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., Itzész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303.
- Murthy, V., & Nayak, A. (2014). Assessment of sleep quality in post-graduate residents in a tertiary hospital and teaching institute. *Industrial Psychiatry Journal*, 23(1), 23-6.
- Ness, T. E. B., & Saksvik-Lehouillier, I. (2018). The Relationships between Life Satisfaction and Sleep Quality, Sleep Duration and Variability of Sleep in University Students. *Journal of European Psychology Students*, 9(1), 28–39.
- Neugarten, B. L., Havighurst, R. J., Tobin, S. S. (1961). The Measurement of Life Satisfaction. *Journal of Gerontology*, 16(2), 134–43.
- Novak, M., Mucsi, I., Shapiro, C. M., Rethelyi, J., Kopp, M. S. (2004). Increased utilization of health services by insomniacs – An epidemiological perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 56(5), 527–36.
- Pavot, W. (2018). The Cornerstone of Research on Subjective Well-Being: Valid Assessment Methodology. In E. Diener, S. Oishi, L. Tay (Szerk.). *Handbook of Well-Being* (pp. 1-11). Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70(2), 340–54.
- Pilcher, J. J., Ginter, D. R., Sadowsky, B. (1997). Sleep quality versus sleep quantity: Relationships between sleep and measures of health, well-being and sleepiness in college students. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(6), 583–96.
- Pilcher, J. J., & Ott, E. S. (1998). The Relationships Between Sleep and Measures of Health and Well-Being in College Students: A Repeated Measures Approach. *Behavioral Medicine*, 23(4), 170–8.
- R Core Team. (2019). R: A Language and Environment for Statistical Computing. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Elérés forrás <https://www.r-project.org/>

- Seligson, J. L., Huebner, E. S., Valois, R. F. (2003). Preliminary validation of the Brief Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale (BMSLSS). *Social Indicators Research*, 61(2), 121–45.
- Simor, P., Köteles, F., Bódizs, R., Bárdos, G. (2009). A szubjektív alvásminőség kérdőíves vizsgálata: a Groningen Alvásminőség Skála hazai validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 10(3), 249–61.
- Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(6), 555–60.
- Stafford, M., Bendayan, R., Tymoszyk, U., Kuh, D. (2017). Social support from the closest person and sleep quality in later life: Evidence from a British birth cohort study. *Journal of Psychosomatic Research*, 98, 1–9.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Roberts, R. E. (2004). Impact of spouses' sleep problems on partners. *Sleep*, 27(3), 527–31.
- Takács, J., Bódizs, R., Ujma Przemyslaw, P., Horváth, K., Rajna, P., Harmat, L. (2016). Reliability and validity of the Hungarian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-HUN): Comparing psychiatric patients with control subjects. *Sleep and Breathing*, 20(3), 1045–51.
- The Jamovi Project. (2019). jamovi (1.2.0). Elérés forrás <https://www.jamovi.org>
- Totterdell, P., Reynolds, S., Parkinson, B., Briner, R. B. (1994). Associations of Sleep With Everyday Mood, Minor Symptoms and Social Interaction Experience. *Sleep*, 17(5), 466–75.
- Troxel, W. M. (2010). It's more than sex: Exploring the dyadic nature of sleep and implications for health. *Psychosomatic Medicine*, 72(6), 578–86.
- Troxel, W. M., Robles, T. F., Hall, M., Buysse, D. J. (2007). Marital quality and the marital bed: Examining the covariation between relationship quality and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 11(5), 389–404.
- Watson, D., Clark, L. A., Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063–70.
- Wickham, H. (2016). *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. New York: Springer-Verlag. Elérés forrás <https://ggplot2.tidyverse.org>
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization.
- Wrzus, C., Wagner, G. G., Riediger, M. (2014). Feeling good when sleeping in? Day-to-day associations between sleep duration and affective well-being differ from youth to old age. *Emotion*, 14(3), 624–8.
- Yokoyama, E., Saito, Y., Kaneita, Y., Ohida, T., Harano, S., Tamaki, T., Ibuka, E., Kaneko, A., Nakajima, H., Takeda, F. (2008). Association between subjective well-being and sleep among the elderly in Japan. *Sleep Medicine*, 9(2), 157–64.
- Zaid, N. H., Rahman, N. A., Haque, M. (2018). The Association between Sleep Quality and Well-Being amongst Allied Health Sciences Students in a Public University in Malaysia. *Advances in Human Biology*, 8, 195–200.
- Zhai, K., Gao, X., Wang, G. (2018). The role of sleep quality in the psychological well-being of final year undergraduate students in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1-12.

1. sz. melléklet. ESWLS és PSQI változók közötti Pearson-féle korrelációs együtthatók nők körében

	ESWLS	PSQI	ESWLS.ált	ESWLS.társas	ESWLS.szelf	ESWLS.család	PSQI.a.minő	PSQI.a.láten	PSQI.a.idő	PSQI.a.haték	PSQI.a.zavar	PSQI.a.aitató
ESWLS	Pearson's r p-value	—										
PSQI	Pearson's r p-value	-0.225** 0.007	—									
ESWLS.ált	Pearson's r p-value	0.894*** < .001	-0.127 0.132	—								
ESWLS.társas	Pearson's r p-value	0.819*** < .001	-0.182* 0.030	—								
ESWLS.szelf	Pearson's r p-value	0.739*** < .001	-0.125 0.136	0.464*** < .001	—							
ESWLS.család	Pearson's r p-value	0.806*** < .001	-0.280*** 0.664***	0.517*** < .001	0.393*** < .001	—						
PSQI.a.minő	Pearson's r p-value	-0.207* 0.013	0.678*** < .001	-0.196* 0.079	-0.145 0.085	-0.181* 0.031	—					
PSQI.a.láten	Pearson's r p-value	-0.113 0.178	0.644*** < .001	-0.072 0.390	-0.017 0.837	-0.242** 0.004	0.284*** < .001	—				
PSQI.a.idő	Pearson's r p-value	0.004 0.959	0.533*** < .001	-0.000 1.000	-0.004 0.958	0.001 0.995	0.279*** < .001	0.126 0.134	—			
PSQI.a.haték	Pearson's r p-value	0.226** 0.007	0.455*** < .001	0.235** 0.005	0.180* 0.031	0.096 0.252	0.136 0.105	0.182* 0.030	0.415*** < .001	—		
PSQI.a.zavar	Pearson's r p-value	-0.200* 0.016	0.332*** < .001	-0.185* 0.027	-0.142 0.091	-0.175* 0.036	0.146 0.081	0.135 0.107	-0.045 0.594	0.206* 0.014	—	
PSQI.a.aitató	Pearson's r p-value	-0.195* 0.020	0.412*** < .001	-0.211* 0.012	0.015 0.861	-0.233** 0.005	0.173* 0.039	0.156 0.064	0.109 0.195	-0.009 0.917	0.054 0.523	—
PSQI.n.diszf	Pearson's r p-value	-0.302*** < .001	0.483*** < .001	-0.201* 0.016	-0.323*** < .001	-0.240** 0.004	0.314*** < .001	0.199* 0.017	0.079 0.348	-0.104 0.216	0.031 0.717	0.056 0.505

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

2. sz. melléklet. ESWLS és PSQI változók közötti Pearson-féle korrelációs együtthatók férfiak körében

	ESWLS	PSQI	ESWLS.ált	ESWLS.társas	ESWLS.szelf	ESWLS.család	PSQI.a.minő	PSQI.a.láten	PSQI.a.idő	PSQI.a.haték	PSQI.a.zavar	PSQI.a.látató
ESWLS	Pearson's r p-value	— —										
PSQI	Pearson's r p-value	-0.302 *** <.001										
ESWLS.ált	Pearson's r p-value	0.874 *** <.001	— —									
ESWLS.társas	Pearson's r p-value	0.830 *** <.001	0.641 *** <.001	— —								
ESWLS.szelf	Pearson's r p-value	0.750 *** <.001	0.616 *** <.001	0.451 *** <.001	— —							
ESWLS.család	Pearson's r p-value	0.862 *** <.001	0.679 *** <.001	0.655 *** <.001	0.466 *** <.001	— —						
PSQI.a.minő	Pearson's r p-value	-0.058 0.494	-0.065 <.001	0.012 0.887	-0.129 0.125	-0.020 0.813	— —					
PSQI.a.láten	Pearson's r p-value	-0.162 0.054	-0.077 0.362	-0.168 * 0.045	-0.136 0.105	-0.148 0.077	0.365 *** <.001	— —				
PSQI.a.idő	Pearson's r p-value	-0.162 0.053	-0.144 0.086	-0.115 0.172	-0.145 0.083	-0.136 0.106	0.102 0.223	0.062 0.459	— —			
PSQI.a.haték	Pearson's r p-value	-0.036 0.669	-0.043 <.001	-0.057 0.502	0.038 0.650	-0.053 0.532	0.147 0.079	0.084 0.317	0.559 *** <.001	— —		
PSQI.a.zavar	Pearson's r p-value	-0.121 0.151	0.508 *** <.001	-0.129 0.124	-0.089 0.290	-0.090 0.284	0.277 *** <.001	0.208 * 0.013	0.099 0.240	0.134 0.110	— —	
PSQI.látató	Pearson's r p-value	-0.225 ** 0.007	0.430 *** <.001	-0.189 * 0.024	-0.209 * 0.012	-0.183 * 0.028	0.123 0.143	0.085 0.313	0.212 * 0.011	0.120 0.152	0.199 * 0.017	— —
PSQI.n.diszf	Pearson's r p-value	-0.369 *** <.001	0.544 *** <.001	-0.236 ** 0.005	-0.404 *** <.001	-0.245 ** 0.003	0.341 *** <.001	0.116 0.169	0.161 0.055	0.046 0.583	0.253 ** 0.002	0.068 0.423

Note: * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

AZ INTRAUTERIN KÖTŐDÉS, A VÁRANDÓSSÁG-SPECIFIKUS STRESSZ ÉS A DEPRESSZIÓ KÖZÖTTI KAPCSOLAT VIZSGÁLATA VÁRANDÓS NŐK KÖRÉBEN

TANYI Zsuzsanna, SALAMON Szilvia, KÖVI Zsuzsanna:
Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsész- és Társadalomtudományi Kar,
Pszichológiai Intézet
Email: tanyi.zsuzsanna@gmail.com

Absztrakt

Elméleti háttér és célkitűzés: Jelen kutatás célja, hogy feltárja az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a második és a harmadik trimeszterben járó kismamák között. Ugyanakkor összefüggést keressen az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a depresszió mértéke között a terhesség 2. és 3. trimeszterében.

Módszer: A vizsgálatban 157 kismama vett részt, akik terhességük 12. hetét betöltötték (átlag=26,13 ± 8,51 hét), illetve 18. éven felüliek voltak (átlagéletkor = 28,55 ± 4,82 év). A résztvevők kérdőívek kitöltésével, demográfiai jellemzők, biológiai tényezők és várandósságukra jellemző adatok megadásával járultak hozzá a kutatáshoz. A mérőeszközök közül három kérdőív került jelen kutatásban felhasználásra (Várandósság-Specifikus Stressz Skála; Intrauterin Kapcsolati Kérdőív rövidített változata – IUKK-R; Edinburgh Szülés Utáni Depresszió Skála – EPDS).

Eredmények: A kutatás nem talált szignifikáns eltérést az intrauterin kötődés mértékében a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák között. A várandósság-specifikus stressz mértékben a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák között szignifikáns eltérés figyelhető meg, ugyanakkor a legmagasabb várandósság-specifikus stresszt a 2. trimeszter elején, a 12. és 19. hét között figyelhetjük meg. A kutatás a várandósság alatti depresszió mértékében a második és harmadik trimeszterben lévő kismamák között nem talált jelentős eltérést. Az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk, de csak a harmadik trimeszter ideje alatt mutatható ki ez az összefüggés. Az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság alatti depresszió pedig szignifikáns negatív, közepes erősségű kapcsolatban van egymással a második és a harmadik trimeszter ideje alatt egyaránt.

Következtetések: Az intrauterin kötődés és a várandósság alatti depresszió mértéke független a terhesség idejétől, valószínűleg más tényezők befolyásolják azok intenzitását. A várandósság-specifikus stressz szempontjából különösen érzékeny a terhesség 12.-19. hete, vagyis a második trimeszter eleje, amelynek lehetséges oka a magzat elvesztésétől való félelem, illetve a kellemetlen orvosi vizsgálatokból származó szorongás és azok negatív eredményeitől való félelem. Végül, a magasabb anya-magzat intrauterin kötődés védőfaktoraként szolgálhat a terhesség sérülékeny időszakában, alacsonyabb várandóssággal összefüggő stressz-szintet és depressziós szintet eredményezve.

Kulcsszavak: várandósság • intrauterin kötődés • stressz • depresszió

Aims and background Abstract

The aim of this study is to explore changes in maternal-fetal attachment, pregnancy-related stress, and depression during the second and third trimester of pregnancy. Moreover, the second aim was to find associations between maternal-fetal attachment, pregnancy-related stress, and depression during these two trimesters.

Methods and study design: 157 adult pregnant women after the 12th week of pregnancy (mean: 26,13 ±8,51 weeks) (mean age: 28,55±4,82 years) were tested for measures of maternal-fetal attachment (Intrauterine Relationship Questionnaire), pregnancy-related stress (Pregnancy-related Anxiety Scale), prenatal depression (Edinburgh Postnatal Depression Scale), sociodemographic and pregnancy-related characteristics.

Results: The results of this study revealed that there was no significant difference between the levels of maternal-fetal attachment of these two trimesters. However, significant difference was found between the levels of pregnancy-related stress of the two trimesters: the highest stress level could be seen between the 12th and 19th week of pregnancy (in the first half of the second trimester). There was no difference between the levels of depression of the two trimesters. Analyses indicated that greater maternal-fetal attachment was significantly related to lower pregnancy-related stress, but only in the third trimester. In addition, greater maternal-fetal attachment was significantly related to lower prenatal depression also during the second and third trimester.

Conclusions: Maternal-fetal attachment and prenatal depression were not associated with gestation age. Regarding pregnancy-related stress, the 12th-19th weeks of pregnancy (the first half of second trimester) is a highly sensitive period that can derive from fears of losing the baby, the uncomfortable medical examinations, and negative consequences of these medical tests. Lastly, maternal-fetal attachment can be a protective factor in the sensitive period of pregnancy, causing lower level of pregnancy-related stress and depression.

Keywords: pregnancy ▪ maternal-fetal attachment ▪ stress ▪ depression

SZAKIRODALMI BEVEZETŐ

A várandósság időszakában számos testi és lelki változás megy végbe egy nőben, ezért Erikson (2002) a nő életének ezt az időszakát – a pubertás és klimax periódusa mellett – normatív krízisnek nevezi. Rubin (1975) megfigyelte, hogy az anyáknak a terhesség alatt négy fontos feladatot kell megoldaniuk saját maguk és gyermekük érdekében. Biztosítaniuk kell a terhesség és szülés közti átmenetet, azt, hogy a családban elfogadják a magzatot, illetve biztosítaniuk kell, hogy elkötelezzék magukat a magzathoz és kötődjenek hozzá. Ezen feladatok ellátása fontos szerepet játszik abban, hogy az anya-magzat kötődés kialakuljon, illetve hogy a nőben létrejöjjön az autonóm anyai identitás (Ammaniti és mtsai, 2013). A várandósság időszaka lehetőséget ad az anyának, hogy felkészüljön gyermeke érkezésére, a szülőszerepre és a szülőként ráváró felelőségekre. A várandósság három trimeszterének eseményeit az irodalom kapcsolatba hozza az anya pszichológiai felkészülésével (pl. Raphael-Leff, 2010; Belső, 2017).

A várandósság 3 trimesztere alatti testi-lelki változások

Az első trimeszter az egyesülés jegyében telik (Raphael-Leff, 2010). A terhesség első jelei már az 5. héten megjelennek például fáradtság, kimerültség formájában (W. Ungváry, 2008). Amikor az anya megtudja, hogy teherbe esett, döntés elé áll annak megtartását illetően. Ez az időszak tehát arról is szól, hogyan fogadja el a nő, hogy a magzat az ő testének a része (Cseh és Rigó, 2015). Az elfogadással megkezdődik a fészekrakás, a gyermek számára optimális környezet kialakítására irányuló magatartás is (Belső, 2017). A várandós nő aszerint változtatja meg viselkedését, hogy az a magzat fejlődését támogassa, azaz igyekszik elkerülni a káros életmódot. Ugyanakkor a hetek múlásával olyan fizikai tünetek léphetnek fel, mint a rosszullet, hányinger, gyomorégés, mellék feszülése és egyre fokozódó fáradtságérzés. A hormonális változások, habár túlnyomó részük pozitívan hatnak a kismamára, ugyanakkor negatívan is befolyásolhatják érzelmi állapotát, mindennapi életében való helytállását (Chou és mtsai, 2003). Ezeket a tüneteket nem szabad figyelmen kívül hagyni, mivel negatív hatással vannak a nő saját testével való elégedettségére (Chou és mtsai, 2003), az önbecsülésre és a depressziószintre (Koniak-Griffin, 1994). Ugyanakkor pozitívan is hathatnak a kismamára: sok nő ebben az időszakban úgy érzi, érzelmei túlcsoportosulnak, amelyeket meg akar osztani másokkal, valamint szívesen töltenek időt a világtól félrevonulva, magzatukkal beszélgetve (Belső, 2017).

A második trimeszter a differenciálódás időszaka (Raphael-Leff, 2010). A 13. hét sok anyának jelent megnyugvást, hiszen a vetélés esélye ettől az időszaktól jelentős mértékben lecsökken. Azonban a magzati rendellenességek megállapítására szintén a 13. héttől van lehetőség, kellemetlen és negatív eredménnyel is végződhet a beavatkozások (mint például magzatvíz mintavétel) segítségével, amelyek így megnövelhetik a kismama stressz-szintjét (W. Ungváry, 2008). A hetek múlásával a terhesség kezd meglátszódnia a kismama pocakján és a magzat mozgódása már érezhetővé kezd válni az anya számára. A magzat (mozgásának észlelése miatt) egyre emberibbé válik az anya számára, amelynek következtében az anya egyaránt tekint rá saját énjének kiterjesztett részeként, és mint tőle különálló, új entitásként (Brandon és mtsai, 2009). Az eddig önmagára figyelő anya figyelme a magzatra fordul, a „mi” válik fontossá, amelybe bekerül az apa is (Belső, 2017). A magzatmozgások egyre gyakrabban észlelhetőek, sőt a pocakra tett kézzel már a rúgások is érezhetővé válnak. Az anya egyre kíváncsiabb gyermekére, a kettőjük közötti kapcsolat és kommunikáció kifinomodik, valamint az alvás-ébrenlét fázisuk is szinte teljesen összehangolódik. Ugyanakkor a terhesség előrehaladtával megjelennek további testképpel kapcsolatos aggodalmak (C. Molnár, 1996). Ezek az aggodalmak labilissá tehetik az anya érzelmi életét, felerősödhetnek a pszichoneurotikus tünetek és félelmi reakciók.

A harmadik trimeszterrel megkezdődik a szeparáció (Raphael-Leff, 2010). A 28. hétre a nő akár 8-9 kiló súlytöbbletet is felvehet, ami a feszülő pocakon,

a terhescsíkokban és a vizesedő, duzzadó végtagokban látszódik meg leginkább (W. Ungváry, 2008). A 28. héttől megnő a szorongásos zavarok előfordulása, egyrészt a szülésre való felkészülés miatt, másrészt a magzat gyermekként, az anyától különálló entitásként való elfogadása miatt (Belső, 2017). Az utolsó hetekben a nő figyelme a szülésre való felkészülésre koncentrálódik, vagyis a magzattól való különválásra tevődik át a hangsúly. A méh feszülése a magzat megfordulásával egyre gyakoribb érzés, illetve a magzat mozgásai egyre intenzívebb méhösszehúzóadásokat váltanak ki (W. Ungváry, 2008). A szülésre várás idejében nyugtalanságot és türelmetlenséget is tapasztalhatnak a kismamák. Jellemző, hogy a hangulat ingadozása az ellentétes és szélsőséges érzésekig is kiterjedhet, mivel a szülés egyaránt kelthet félelmet és szorongást az anyában, ugyanakkor a csecsemő érkezése az örömet és a megkönnyebbülés-érzést is magában rejt (Cseh és Rigó, 2015).

Az anya–magzat kötődésről

A kötődélméletet megalapozó kutató, John Bowlby (1969) a kötődést alapvetően ösztönalapú viselkedésként írja le, amelynek legfőbb funkciója biológiai jellegű. A korai kötődéskutatások tehát a már megszületett gyermek és anyja közötti kapcsolatban vizsgálták a kötődést, viszont egyre több kutató kezdett azon elmélkedni, hogy a kötődés már az anyaméhben létrejöhet (Alhusen, 2008). Az anyaméhben kialakuló kötődést először Kennell és munkatársai (1970) feljegyzései támasztották alá. Megfigyelték azokat az anyákat, akik csecsemőjüket szülés közben veszítették el, és azt tapasztalták, hogy az anyák ugyanolyan intenzíven gyászoltak függetlenül attól, hogy kézbe foghatták elhunyt csecsemőjüket vagy sem. Ez a megfigyelés kétségkívül a terhesség során kialakuló kötődés elméletének megalkotását alapozta meg. Az intrauterin kötődés egyik első meghatározó alakja Rubin (1975), aki a terhesség során létrejövő anyaszerep vizsgálata során az anya–magzat kötődést a terhesség természetes folyamataként írja le. Később Cranley (1981) megalkotja az anya–magzat kötődés elméleti szerkezetét, és úgy definiálja, mint a nő azon viselkedése, amely a magzattal való interakciót és kapcsolat kialakítást, affiliációt jelképezi. Condon és Corkindale (1997) a prenatális kötődést egyszerűen a várandós szülő és a még meg nem született gyermek között létrejövő érzelmi kötelékként fogalmazzák meg.

Számos kutatás foglalkozott már azzal a kérdéssel, hogy a terhesség előrehaladtával hogyan változik a kötődés mértéke, és az mikor a legerősebb. Az eredmények egyértelműen azt hangsúlyozzák, hogy a gesztációs kor meghatározó a kötődés mértékében, azaz a várandósság előrehaladtával az anya egyre erősebb intrauterin kötődésről számol be (DiPietro, 2010). Ezt a megállapítást erősítette meg egy ausztrál kutatás is (Sedgmen és mtsai, 2006), amely 68 várandós nő

intrauterin kötődését vizsgálta meg terhességük 12-14. hetében, majd 18-22. hetében, ahol a két vizsgált időpontban mért anya-magzat kötődés szignifikánsan emelkedett ($p < 0,01$). Szintén a terhesség előrehaladtával növekedő kötődésről ír Walsh, Hepper és Marshall (2014) kutatásukban, amelynek során a 13., 23. és 33. hétben járó várandós nőket vizsgálták meg ($N=258$). Eredményeik szerint a kötődés mértéke a 23. hétben jelentősen növekedett a 13. héthez képest, és habár tovább növekedik a 33. hétig, ez a növekedés mégsem jelentett szignifikáns eltérést. Úgy tűnik tehát, hogy a kötődés mértéke a második trimeszterben növekszik leglátványosabban, és a második és harmadik trimeszter idején csupán tendenciaszerű vagy nem szignifikáns növekedést tapasztalhatunk. Ez utóbbi megállapítást igazolja Delaram, Jafarzadeh és Shams (2018) kutatása is ($N=208$), akik az anya-magzat kötődést a 28. és a 37. hetek között vizsgálták meg. Eredményeikben már a 28. héten magas kötődést mértek, amely habár növekedett a 37. hétig, az mégsem volt szignifikáns, csupán tendenciaszintű. A hazai intrauterin kötődést vizsgáló kutatók – Andrek, Hadházi és Kekcs – vizsgálatukba 114 várandós anyát vontak be, akik a terhesség 15-38. hete, vagyis a második és harmadik trimeszter között voltak. Az első publikált eredményben használt mérőeszköz (Maternal-Fetal Attachment Scale, Cranley, 1981) megerősítette a fentebb említett kutatások megfigyeléseit, tehát az intrauterin kötődés közepes pozitív együttjárást mutatott a terhesség idejével ($r=0,36$, $p < 0,001$) (Andrek és mtsai, 2015). Azonban legutóbbi kutatásuk során más mérőeszköz használatával (Intrauterin Kapcsolati Kérdőív), ugyanazon mintán ezt az összefüggést már nem tudták alátámasztani (Andrek és mtsai 2017). A kapott eredményt azzal magyarázzák, hogy az általuk használt Intrauterin Kapcsolati Kérdőív a kötődés érzelmi aspektusait méri, amely valószínűleg független a gesztációs hetektől, míg a korábbi kutatásuk során leggyakrabban használt kérdőívek olyan magzati történésekre és interakciókra fókuszáltak, mint amilyen a magzat mozgása.

A prenatális stresszről

A várandóssághoz kötődő, stresszkeltő események által kiváltott testi-lelki reakciót várandósság-specifikus stressznek/szorongásnak vagy prenatális stressznek nevezhetjük (Cseh és Rigó, 2015). Várandósság-specifikus stresszt okozhatnak pszichológiai, szociális vagy fiziográfiai stresszorok (Mulder és mtsai, 2002). Gondolhatunk itt a testben létrejövő változásokhoz való adaptálódásra (Coussons-Read és mtsai, 2012), a magzat egészséges fejlődéséhez kapcsolódó félelmekre, a szülésből fakadó fájdalomtól való félelemre, vagy az orvosi vizsgálatok keltette szorongásérzésre (Van der Zalm és Byrne, 2006). Coussons-Read és munkatársai (2012) szerint a várandós nőt a terhesség elején inkább a fizikai tünetek terhelik meg, mint amilyen a rosszullét és hányinger, viszont a terhes-

ség harmadik trimeszterében a magzat egészségéért való aggodás kelt leginkább stresszérzést az anyában. Lobel és munkatársai (2008) kutatásukban 300 várandós nőt vizsgáltak meg, először a terhességük 10. és 25. hete között, majd a 21. és 35. hét között, végül a 30. hét után, a vizsgálatok között 2 hetet kihagyva. Azt találták, hogy a várandósság-specifikus stressz önmagában bejósolta a koraszülést, sőt pontosabban, mint az állapot- és vonásszorongás, vagy az életesemények okozta stressz. A várandósság-specifikus stressz és a várandósság ideje közötti összefüggésre vonatkozóan kevés adat áll rendelkezésünkre. Tsartara és Johnson (2006) kutatásában a vizsgálati alanyok korábbi terhessége spontán vetéléssel végződött. A résztvevő várandós nők a terhesség első időszakában magas szorongásról és a terhességhez kapcsolódó stresszről számoltak be, viszont ez a stresszérték a várandósság előrehaladtával csökkent. Woods-Giscombé, Lobel és Crandell, (2010) több mint 300 nő bevonásával akarta megvizsgálni a terhesség idejének kapcsolatát a várandósság-specifikus stressz mértékével. A vizsgált nők egy része korábbi spontán vetélésről számolt be, viszont mind az ő esetükben, mind a vetélést át nem élő nők esetében megmutatkozott a várandósság előrehaladtával a stressz mértékének csökkenő tendenciája. A kutatás eredményei alátámasztják, hogy az első trimeszterben magasabb a várandósság-specifikus stressz értéke a második és harmadik trimeszterhez képest. Tehát van kapcsolat a várandósság ideje és a stressz észlelésének mértéke között, mégpedig oly módon, hogy a stresszre való érzékenység a terhesség előrehaladtával csökken.

A prenatális depresszióról

A terhesség időszakában kialakuló hangulatzavar komoly egészségügyi probléma az anya-magzat kapcsolat és az egész család szempontjából (Szemán, 2009). Ma már tudjuk, hogy a terhesség önmagában nem jelent védőfaktort a depresszió ellen, sőt ellenkezőleg, maga a várandósság érzékenyebbé teszi a nőket a hangulatzavar kialakulására (Luskin és mtsai, 2007). A perinatális vagy peripartum depresszió alatt olyan major vagy minor depresszív epizódokat értünk, amelyek a terhesség alatt vagy a csecsemő megszületését követő első 12 hónap alatt jelentkeznek (Gavin és mtsai, 2005). Egy 2012-es felmérés szerint (Tőreki, 2012) Dél-Kelet Magyarországon csaknem minden hetedik várandós nő szenved depressziós hangulatzavarban. Nemzetközi kutatások alapján a terhes nők 5,5-13,6%-a jelez depresszív tüneteket orvosának, míg a minor vagy major depresszió kritériumai alapján 9,1-10,2%-ot diagnosztizáltak depresszióval (Szemán, 2009), habár a major depresszióban szenvedő várandós nők száma elérheti a 20%-ot is (Marcus és mtsai, 2003). A prenatális depresszió tünetei megegyeznek az átlag populáció által megélt major depresszió tüneteivel, ezért mint különálló diagnosztikus kategória nem létezik a DSM 5-ben (Diagnostic and Sta-

tistical Manual of Mental Disorders-5, APA, 2013), így a depresszióra vonatkozó kritériumok szerint diagnosztizálják a klinikusok.

A prenatális depresszió kialakulása és a gesztációs kor közötti összefüggést számos kutatás vizsgálta, viszont ezek a kutatások vegyes eredményeket hoztak. Egy kutatás megvizsgálta, hogy a három trimeszter alatt hogyan alakul a depressziós tünetek intenzitása. Eredményeik szerint az első trimeszter alatt a depresszió értéke 7,4%, ennek értéke 12,8%-ra növekszik a második trimeszter alatt, majd a harmadik trimeszter során 12%-os értéken stagnál (Bennett és mtsai, 2004). Tehát a várandósság középső és az utolsó időszaka az, amely az első trimeszterhez képest jelentősen megterhelő az anyának. Ennek ellentmondva azonban mások a terhesség első és harmadik periódusát emelik ki, mint a depresszióra legérzékenyebb időszakot (Belső, 2006; Török, 2015). Az antenatális depresszió csúcspontja szerintük az első trimeszter, ilyenkor gyakoriak a minor depressziós állapotok, de ezek a terhesség előrehaladtával csökkennek (Szemán, 2009). A kutatók és gyakorló szakemberek leírják, hogy ebben az első három hónapban diagnosztizált depresszió az, amely legerősebben jelzi előre a gyermekágyi depresszió kialakulását. A második trimeszter átmenetileg nyugodtabb periódusát viszont egy újabb pszichésen megterhelő szakasz követi: a harmadik trimeszterben a szorongásos és a major depressziós epizódok gyakoribbá válnak, amely a szülés közeledtével súlyos és pszichotikus állapotokba csaphat át (Belső, 2006).

Az intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió jelenségeinek szakirodalmi áttekintése során egyértelműen látszódik, hogy ezek a pszichológiai folyamatok szoros kapcsolatban vannak egymással. Armstrong és Hutti (1998) a terhesség-specifikus stressz kapcsolatát vizsgálták az anya-magzat intrauterin kötődéssel olyan kismamák esetében, akik korábbi terhességük során elvesztették magzatukat. A kutatás a kis elemszám (N=31 kismama) ellenére is kimutatta a két változó közötti negatív összefüggést, habár nem szignifikáns mértékben. Az anya-magzat kötődés és a várandósság alatti depresszió kapcsolata szintén felkeltette a kutatók figyelmét. Pollock és Percy (1999) 40 várandós nőt vizsgáltak meg, akik pszichiátriai előtörténettel rendelkeztek. A várandósság alatti depresszió erős összefüggést mutatott az alacsony kötődéssel, illetve a magzat bántalmazására irányuló késztetéssel. Alhusen és munkatársai (2012) ezt az összefüggést 166 egészséges, afrikai-amerikai várandós nő bevonásával vizsgálták meg. A vizsgálati személyek 16 év felettek, alacsony szocioökonómiai státuszúak voltak, nem veszélyeztetett terhesek és korábbi terhességeikben nem veszítették el magzatukat, valamint jelen terhességük a 24. és 28. hét között tartott. Eredményeik szerint az intrauterin kötődés negatívan járt együtt a depresszióval ($r = -0,79$, $p < 0,001$), vagyis minél magasabb volt a depressziós tünetek mértéke, annál alacsonyabb kötődést élt meg az anya a magzatával. Összefoglalva tehát, az anya magzatához való erős kötődése védőfaktoraként szolgálhat a terhesség ideje alatt. Az intenzív prenatális kötődés, ami

az anyaszerephez való alkalmazkodással egyre erősödik, jelentősen lecsökkenti annak esélyét, hogy depressziós tünetek, hangulatzavarok alakuljanak ki a várandósság sérülékeny időszaka alatt.

Jelen kutatás célja, hogy feltárja az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a második és a harmadik trimeszterben járó kismamák között. Ugyanakkor összefüggést keressen az anya-magzat intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a depresszió mértéke között a terhesség 2. és 3. trimeszterében.

HIPOTÉZISEK

1. *Hipotézis:* Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszáma nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszámától (Delaram és mtsai, 2018).

2. *Hipotézis:* Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke szignifikánsan alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke (Glynn és mtsai, 2001).

3. *Hipotézis:* Feltételezésünk szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke szignifikánsan magasabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke (Belső, 2006; Török, 2015).

4. *Hipotézis:* Negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a várandósság-specifikus stressz értéke között (Armstrong és Hutti, 1998).

5. *Hipotézis:* Negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a prenatális depresszió értéke között (Alhusen és mtsai, 2012).

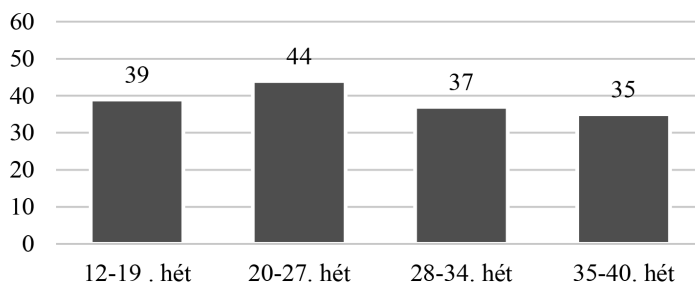
A VIZSGÁLAT MENETE, KÖRÜLMÉNYEI

Jelen vizsgálat a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézet együttműködésével zajlott, célja pedig a magzatfejlődés és várandósság lelki rizikó- és védőtényezőinek vizsgálata volt. Kutatásunkhoz a vizsgálati személyeket online toboroztuk: a kérdőívcsomag a Facebook nevű közösségi oldalon számos csoportban került megosztásra, ahol a kitöltőket a megosztásra és továbbküldésre buzdítottuk. A mintagyűjtés 2019 január és március között zajlott. A beválogatásnak a következő kritériumai voltak: (1) 18 év feletti várandós kismama, (2) akinek terhessége betöltötte a 12. hetét. A kutatásban résztvevők a kérdőívek kitöltése előtt írott formában tájékoztatást kaptak a kutatás céljáról, valamint a kitöltés anonim és önkéntes jellegéről. A kitöltők a beleegyező nyilatkozat elfo-

adásával kijelentették, hogy 18 évesek elmúltak, illetve, hogy megadott adataik felhasználásával részt vesznek a kutatásban. A kutatás része volt egy nagyobb volumenű projektnek, amelyben a demográfiai jellemzők felmérése mellett a következőkre kérdeztünk rá: biológiai tényezők, depresszió, várandósság-specifikus stressz, házastársi stressz, házastársi támogatás, intrauterin kötődés, szülői bánásmód és spirituális tényezők. A kutatássorozat ETT-TUKEB által kiadott etikai engedéllyel rendelkezik, amelynek hivatkozási száma 57239-1/2018/EKU.

VIZSGÁLATI SZEMÉLYEK BEMUTATÁSA

A kutatásban 157 várandós nő vett részt, akik terhességük 12. hetét és 18. életkorukat már betöltötték. A kitöltők átlag életkora 28,55 (\pm 4,82) év, és a 2. és 3. trimeszterben lévő kismamák életkora nem különbözött szignifikánsan. A résztvevők átlagosan a terhességük 26,13. (\pm 8,51 hét) hetében jártak. A kitöltők 54%-a (84 fő) 2. trimeszterben lévő kismama (12-27.hét), míg a maradék 46%-a (72 fő) a 3. trimeszterben (28-40. hét) járó kismama. A két trimesztert tovább bontva még 2-2 alcsoportra, a következő négy csoportot különítettünk el: az első csoportba azok a kismamák kerültek, akik a terhesség 12-19. hetében (39 fő, 25%), a második csoportba azok, akik a 20-27. hetében (44 fő, 28%), a harmadik csoportba azok, akik a 28-34. hetében (37 fő, 24%), végül a negyedik csoportba azok, akik a terhesség 35-40. hetében jártak (35 fő, 23%) (1. ábra). Hiányzó adatok miatt 2 fő nem került be egyik csoportba sem.



1. ábra. A várandósság kora szerinti 4 csoport elemszáma

A résztvevők legmagasabb iskolai végzettsége 55%-ban felsőfokú (főiskolai vagy egyetemi diploma), 40%-ban középfokú (érettségi vagy OKJ-s képzettség) és 5%-ban általános iskolai végzettség. A kitöltők több mint fele, 67%-a első gyermekével, 23%-a pedig második gyermekével várandós. A kismamák 78%-ának terhessége teljes mértékben tervezett volt, továbbá a minta 12%-a egyáltalán nem tervezte a teherbeesést. A fogantatás a résztvevők 95%-a esetében természetes úton és orvosi beavatkozás nélkül történt meg, csupán 2%-nál került sor

lombik program (IVF, friss embrióval) használatára, és abból is 1 kismama esetében használtak donor petesejtet. A kitöltő kismamák 59%-a házastársi kapcsolatban áll a várt gyermek apjával, 26%-a élettársi viszonyban, míg 13%-uk párjukként jellemezték az apát. A kismamák 88%-a, és a kismamák megítélése szerint az apák 93%-a teljes mértékben örült a várandósság hírének. A résztvevő kismamák 94%-a terhesség alatt nem dohányzik. A minta jelentős része sosem dohányzott, továbbá 13%-uk már a teherbeesés tervezésekor abbahagyta a dohányzást, illetve 23%-uk akkor, amint megtudták a terhesség bizonyosságát. Az egészségi állapotukat 83%-ban megfelelőnek tartják. A kismamák 45%-a orvos által megállapított veszélyeztetett terhességről számol be. A terhességi diabétesz a minta 17%-nál áll fent, koraszülés veszélye pedig 6%-nál. A terhességi toxémia veszélyéről 7% számolt be. Magzatvíz teszten 2%-uk vett részt, és magzatfejlődési rendellenességről csak a kismamák 2%-a számolt be.

VIZSGÁLATI MÓDSZEREK

Várandósság-specifikus Stressz Skála

A Várandósság-specifikus Stressz Skála¹ (*Pregnancy-related Anxiety Scale*, Wadhwa és mtsai, 1993) a várandóssághoz kapcsolódó stresszt méri fel. Magyarra fordított verziója jelenleg adaptálás alatt áll. Az eredeti kérdőív reliabilitási értéke megfelelő (Cronbach alfa=0,71 és 0,96 között). A kérdőív 5 tételből áll (például: *Van bennem félelem a kisbabám egészségi állapotát illetően.*), a kitöltő a megadott állításokkal való egyetértését egy 5-fokú Likert skálán értékeli, ahol az 1-es az egyáltalán nem, míg az 5-ös érték a teljes egyetértést jelenti (összpontszám 5 és 25 közötti). A kérdőív tartalmaz fordított itemeket is. A jelenlegi minta esetében az összpontszám belső konzisztenciája megfelelő mértékű (Cronbach $\alpha = 0,701$) volt.

Intrauterin Kapcsolati Kérdőív

Az Intrauterin Kapcsolati Kérdőív rövidített változata (Hadházi és mtsai, 2017) szolgált az intrauterin kötődés mértékének megállapítására. A kérdőív 12 itemet tartalmaz, és 3 alskálára bontható. Az első alskála a *Megfelelés az elvárt anyai magatartásnak* (pl.: *Már most erőfeszítéseket teszek, hogy jó anya legyek.*), a második alskála neve *Pozitív érzelmi bevonódás nehézsége* (pl.: *Nem beszélek szívesen a babámmal kapcsolatos érzéseimről. [fordított item]*), és a harmadik alskála az *Egészségmagatartásra* (pl.: *Jobban odafigyelek magamra amióta*

¹ Mivel a szakirodalom gyakran szinonimaként emlegeti a várandósság-specifikus stressz és várandósság-specifikus szorongás fogalmakat, mi az előbbi kifejezést részesítettük előnyben.

babát várok.) vonatkozó itemeket tartalmazza. A kérdőív kitöltőjének egy 5-fokú Likert skálán kell eldöntenie, mennyire ért egyet a megadott állításokkal (1- egyáltalán nem értek egyet; 5- teljes mértékben egyetértek) (összpontszám 12 és 60 közötti). A kérdőívben megadott válaszok összpontszáma mutatja meg az anya-magzat kötődés intenzitását. Az alsókálák és a kérdőív teljes pontszáma korábbi vizsgálatban is jó reliabilitási, Cronbach-alfa értékeket mutattak. Jelen vizsgálatban az alsókálákkal való kapcsolatot nem vizsgáltuk. Az összpontszám belső konzisztencia-értéke megfelelőnek bizonyult kutatásunkban (Cronbach $\alpha = 0,824$).

Edinburgh Szülés Utáni Depresszió Skála

A várandósság alatti depresszió mértékét az Edinburgh Postnatal Depression Scale magyarrá fordított változatával mértük fel, amelynek magyar validálásán várandós és posztpartum mintán Tőreki és munkatársai végeztek el 2013-ban (Tőreki és mtsai, 2013). A kérdőív 10 tételből áll, melyek az előző hét hangulati állapotát (lehangoltság, szorongás stb.) mérik fel (pl.: *Olyan rossz hangulatban voltam, hogy aludni sem tudtam rendesen*). A kitöltőnek 0-3-ig terjedő skálán kell értékelnie, hogy a megadott állításokban leírtak mennyire jellemzőek rá (az összpontszám 0 és 30 közötti). Jelen kutatásban a kérdőív belső konzisztencia-értéke megfelelő volt (Cronbach $\alpha = 0,901$).

Demográfiai és várandóssággal kapcsolatos kérdések

A kérdőívek felvétele mellett számos szociodemográfiai kérdés került felvételre, úgymint a kitöltő kismama életkora, legmagasabb iskolai végzettsége, családi állapota (a gyermeke apjával jelenleg milyen kapcsolati viszonyban van). Emellett számos várandóssággal kapcsolatos kérdésre válaszoltak még: a várandósság ideje, tervezettség, terhesség veszélyeztetettség, terhességi diabétesz- illetve toxémia-veszély, koraszülésveszély, fogantatás módja, magzatfejlődési rendellenesség, dohányzás a terhesség alatt, hányadik várandóssága, illetve a kismama, valamint párja mennyire örültek a várandósság hírének.

ADATFELDOLGOZÁS

A változók normalitásának vizsgálatához Kolmogorov-Szmirnov próbát végeztünk. A hipotézisek tesztelésére a normalitás sérülése esetén Mann-Whitney U próba, Kruskal-Wallis próba, Spearman-féle rangkorreláció, a normalitás teljesülésekor pedig Pearson-korrelációt alkalmaztunk. Az adatok feldolgozása IBM SPSS 22 statisztikai programcsomaggal történt.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztika

A hipotéziseket az intrauterin kötődés, a várandósság-specifikus stressz és a prenatális depresszió változókkal teszteltük, ezek átlagait és szórásait az 1. táblázat ismerteti. Az intrauterin kötődés mértéke mintánkban viszonylag magasnak mondható, a várandósság-specifikus stressz értéke körülbelül közepes erősségű, a prenatális depresszió értéke pedig alacsony volt.

1. táblázat. Leíró statisztikák ismertetése

Változók	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Intrauterin Kötődés (IUK) total	23	60	49,24	7
Várandósság-specifikus stressz total	7	23	16,38	2,95
Prenatális depresszió total	0	28	6,35	5,77

Az adatok N=157 elemszámú mintára vonatkoznak

A négy alcsoportra való osztás során a változók normalitása többségében sérül a Kolmogorov-Szmirnov teszt szerint, kivétel a 3. és 4. alcsoport intrauterin kötődés és várandósság-specifikus stressz értékeinek eloszlása, illetve az 1. alcsoport várandósság-specifikus stressz értékének eloszlása, ugyanis ezek normális eloszlásúak.

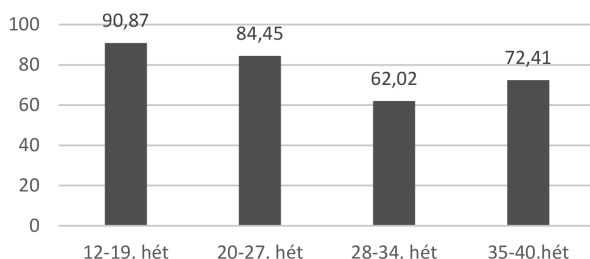
*A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák
intrauterin kötődésének összehasonlítása*

Az első hipotézis feltételezése szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszáma nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés pontszámától (Delaram és mtsai, 2018). Az intrauterin kötődés normalitása sérül a 2 vizsgált csoportban, ezért a rangátlagok alapján határoztuk meg a két csoport esetleges eltérését. A Mann-Whitney U próba ($Z = -0,231$; $p = 0,817$) eredménye szerint nincs szignifikáns különbség a két csoport között (2. trimeszter rangátlag értéke = 79,27; 3. trimeszter rangátlag értéke = 77,60). Habár a két csoport között nem találtunk eltérést, a hipotézist aszerint is megvizsgáltuk, hogy a 2. és 3. trimesztert két részre bontottuk, azaz 4 alcsoport között vizsgáltuk meg az intrauterin kötődés mértékét. Mivel a normalitás ebben az esetben is sérül, ezért szintén rangátlagok összehasonlításával vizsgáltuk meg a csoportok közötti különbséget. A Kruskal-Wallis teszt alapján ($\chi^2 = 0,339$; $p = 0,953$) szintén nem állapíthatunk meg szignifikáns különbséget a 4 csoportra bontott trimeszterek között. Összefog-

lalva tehát az 1. hipotézis beigazolódott: a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés mértéke nem tér el a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés mértékétől.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértékének összehasonlítása

A második hipotézis szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke szignifikánsan alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke (Glynn és mtsai, 2001). A várandósság-specifikus stressz a 2. és 3. trimeszterben nem normális eloszlású, ezért a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Mann-Whitney-U próba szerint szignifikáns különbség ($Z=-3,220$; $p=0,001$) van a két csoport között. A 2. trimeszterben a várandósság-specifikus stressz mértéke (rangátlag= 89,23) szignifikánsan magasabb, mint a 3. trimeszterben (rangátlag= 65,98). A különbség pontosabb megismerése végett megvizsgáltuk a várandósság-specifikus stressz mértékét a trimesztereket négy csoportban történő felosztásában is. A normalitás a 4 csoportos bontásban is sérült, tehát szintén a rangátlagokat hasonlítottuk össze. A Kruskal-Wallis próba szignifikáns eltérést (khi-négyzet=15,854; $p=0,001$) jelzett a 4 csoport között. A páronkénti vizsgálat alapján kiderül, hogy szignifikáns különbség van az 1. alcsoport (12.-19. hét) és a 3. alcsoport (28.-34. hét) között ($Z= -2,666$; $p=0,008$), illetve az 2. alcsoport (20-27. hét) és a 3. alcsoport (28.-34. hét) között ($Z=- 2,277$; $p=0,023$), viszont a többi esetben nincsen szignifikáns eltérés. Az eredmények alapján kijelenthetjük, hogy a 2. trimeszterben magasabb a várandósság-specifikus stressz mértéke, mint a 3. trimeszterben, ugyanakkor a legmagasabb várandósság-specifikus stresszt a 2. trimeszter elején, a 12. és 19. hét között figyelhetjük meg a kismamák körében (ld. 2. ábra). Összefoglalva elmondható, hogy az eredmények megerősítették a hipotézist, amely szerint a második trimeszterben lévő várandós kismamák várandósság-specifikus stresszértéke magasabb, mint a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértéke.



2. ábra. A várandósság-specifikus stressz rangátlagai a 4 vizsgálati csoportban

*A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák
prenatális depresszióértékének összehasonlítása*

A harmadik hipotézis feltételezése szerint a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió-értéke szignifikánsan magasabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke (Török, 2015; Belső, 2006). A depresszió mértékének eloszlása a 2. és 3. trimeszterekben nem normális, ezért ebben az esetben is a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Mann-Whitney U próba szerint nincs szignifikáns különbség ($Z=-1,353$; $p=0,176$) a két csoport között. Tehát a 2. és 3. trimeszterek során a depresszió mértékében nincs szignifikáns eltérés (2. trimeszter rangátlag értéke= 83,02; 3. trimeszter rangátlag értéke= 73,23). A depresszió esetében is megvizsgáltuk a 4 trimeszter alcsoportok közötti különbséget. A négy csoportra bontás esetében szintén sérül a normalitás, ezért itt is a rangátlagokat hasonlítottunk össze. A Kruskal-Wallis teszt eredménye szerint nincsen szignifikáns különbség (khi-négyzet=2,067 $p=0,559$) a 4 trimeszter csoport depressziómértéke között. Tehát megállapíthatjuk, hogy a depresszió mértéke a 2. trimeszter kezdetétől egészen a 3. trimeszter végéig stabil, nem változik jelentősen, így a harmadik hipotézisünk nem teljesült.

*Az anya-magzat kötődés
és a várandósság-specifikus stressz közötti kapcsolat*

A negyedik hipotézis szerint szignifikáns negatív korrelációt feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a várandósság-specifikus stressz értéke között (Armstrong és Hutti, 1998). Mivel mindkét változó normalitása sérült, ezért a teljes mintára ($N=157$) a Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk a kapcsolatot közöttük. Gyenge, szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk közöttük ($\rho=-0,225$; $p=0,005$): azaz minél magasabb az intrauterin kötődés értéke, annál alacsonyabb a várandósság-specifikus stressz mértéke. A kapcsolatot részletesebb feltérképezése végett megvizsgáltuk a kötődés és a várandósság-specifikus stressz közötti összefüggést külön a 2. trimeszterben és külön a 3. trimeszterben is. A 2. trimeszterben a normalitás sérül. A Spearman-féle rangkorreláció alapján ($\rho=-0,147$; $p=0,182$) nincs szignifikáns kapcsolat az intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között. A 3. trimeszterben normális eloszlást kapunk, ezért a Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk meg a kapcsolatot. A Pearson-korreláció alapján ($r=-0,433$; $p=0,000$) viszont szignifikáns kapcsolat van az intrauterin kötődés és a várandósság-specifikus stressz között, mindamellett ez a kapcsolat negatív és közepes erősségű. Tehát a terhesség kettő trimesztere alatt megvizsgált negatív kapcsolat valójában a 3. trimeszterben megfigyelhető közepes erősségű korrelációból fakad. Összefoglalva a 4. hipotézis részben beigazolódott: a magas intrauterin kötődés a 3. trimesz-

terben alacsonyabb várandósság-specifikus stresszel párosul, azaz teljesült a hipotézis, viszont a 2. trimeszterben ilyen összefüggést nem állapíthatunk meg.

Az anya-magzat kötődés és a prenatális depresszió közötti kapcsolat

Az ötödik hipotézis alapján szignifikáns negatív kapcsolatot feltételezünk az anya-magzat intrauterin kötődés értéke és a prenatális depresszió értéke között (Alhusen és mtsai, 2012). Mindkét változó normalitása sérült, így a teljes mintára (N=157) Spearman-féle rangkorrelációval vizsgáltuk a kapcsolatot közöttük. Közepes erősségű szignifikáns negatív kapcsolatot találtunk ($\rho = -0,355$; $p = 0,000$). Az előző hipotézishez hasonlóan a depresszió esetében is megvizsgáltuk a kapcsolatot a 2 trimeszterre lebontva. A 2. és a 3. trimeszter csoportokban a normalitás sérül, ezért rangkorrelációval vizsgáltuk meg az összefüggést. A 2. trimeszterben a Spearman-rangkorreláció szignifikáns kapcsolatot ($\rho = -0,377$; $p = 0,000$) mutatott az intrauterin kötődés és a depresszió között, amely kapcsolat negatív és közepes erősségű. A 3. trimeszterben a Spearman-féle rangkorreláció szintén szignifikáns kapcsolatot ($\rho = -0,308$; $p = 0,009$) mutatott az intrauterin kötődés és a depresszió között, ez a kapcsolat ugyancsak negatív és közepes erősségű. Tehát a terhesség 2. és 3. trimeszterében megfigyelt negatív kapcsolat az intrauterin kötődés és a depresszió között mindkét csoport esetében közepes erősséggel fennáll. Összefoglalva elmondhatjuk, hogy az 5. hipotézis beigazolódott mind a 2., mind a 3. trimeszterben lévő kismamák esetében, azaz a magasabb intrauterin kötődés alacsonyabb depresszió értékkel társul.

DISZKUSSZIÓ

Kutatásunk legfőbb célja az volt, hogy megvizsgáljuk az anya-magzat kötődés, a várandósság-specifikus stressz és depresszió mértékének változását a terhesség második és harmadik trimeszterében járó kismamák körében. Emellett fontos célunk volt még, hogy megfigyeljük az intrauterin kötődés kapcsolatát a várandósság-specifikus stressz-szel és a depresszióval figyelembe véve azt is, hogy ez a kapcsolat hogyan alakul a 2. és a 3. trimeszterben. Ennek érdekében 157 kismamát kérdeztünk meg – akik legalább a terhességük 12. hetében jártak – a bennük fejlődő magzathoz való kötődésükről, a várandóssággal kapcsolatban megélt stresszről és a depressziós tünetekről.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődésének összehasonlítása során (első hipotézis) feltételeztük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés értéke nem tér el szignifikánsan a második trimeszterben lévő kismamák intrauterin kötődés értékétől. Az eredmények igazolták a hipotézist: a második és harmadik trimeszter során a kö-

tódés mértéke stagnál. Az eredmények tehát megerősítik Delaram, Jafarzadeh és Shams (2018) iráni mintán kapott eredményét. Ez felhívja a figyelmet arra, hogy a terhesség alatti anya-magzat intrauterin kötődés mértékének alakulása talán egyetemes jelenség lehet, amely független a kulturális különbségektől. Mindamellett, az eredmények megerősítették Andrek, Hadházi és Kekecs (2017) eredményeit, akik szintén magyar mintán mérték fel az intrauterin kötődést a jelen kutatásban használt kérdőívvel (Intrauterin Kapcsolat Kérdőív). A kérdőív az intrauterin kötődés érzelmi aspektusára, az anya-szereppel való azonosulásra és a kismama egészségmagatartására fókuszál, amely jelenségek az eredmények alapján a 12. hétre már kialakulnak annyira, hogy a terhesség előrehaladtával (a 12. hét után) jelentős mértékben nem változnak. Ezen hipotézist erősíti meg az az eredmény is, hogy a négy csoportra bontás során a második és a harmadik trimeszteren belül sincsen jelentős változás a kötődés mértékében. Ez az eredmény ugyanakkor ellentmond néhány korábbi kutatásnak, amelyek eredményei a második trimeszteren belül is kimutatták az intrauterin kötődés jelentős növekedését (Sedgmen és mtsai, 2006; Walsh és mtsai, 2014). Az ellentmondást az eltérő fókusszal rendelkező kérdőív magyarázhatja: más kutatásokban használt, az intrauterin kötődés interakciós aspektusát felmérő kérdőív különösen érzékeny a 20. hét kezdetétől érzékelhetővé váló magzatmozgásra (Walsh és mtsai, 2014), azonban a jelen kutatásban használt teszt nem az interakciókra fókuszált, valószínűleg ezért nem látszódott meg a 12. és 20. hét között lévő kismamák intrauterin kötődésének eltérése.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stresszértékének összehasonlítása (második hipotézis) során feltételeztük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stressz értéke alacsonyabb, mint a második trimeszterben lévő kismamák várandósság-specifikus stressz értéke. Az eredmények alátámasztják ezt a felvetést, és a trimeszterek négy csoportos felosztásából látszik, hogy a második trimeszter első 7 hetében (12.-19. hét) a legmagasabb a prenatális stressz mértéke. Ez a stressz érték jelentősen lecsökken a harmadik trimeszter kezdetén, majd stagnál egészen a szülésig (habár nem szignifikáns mértékben elkezdi emelkedni a 35-40. hétben, ld. 2. ábra). Az eredmények tehát megerősítik Glynn és munkatársai (2001) felfedezését, miszerint a várandósság-specifikus stressz csökken a terhesség előrehaladtával. Feltételezhető, hogy hatással volt az eredményekre az a tény, hogy a résztvevők 67%-a első gyermekét várta. Walsh, Hepper és Marshall (2014) szerint az első várandósságukat megélő kismamák érzékenyebben reagálnak a terhesség során megjelenő fizikai változásokra, rosszulletekre. Ez alapján a második trimeszter elején lévő kismamák által tapasztalt magasabb stressznek különböző magyarázatai léteznek. Habár az első trimesztere (a 12. hétig) a terhességnek a spontán vetélés szempontjából kritikus időszak (Belső, 2017), lehetséges, hogy az emiatt szorongó, első gyermeküket váró kismamákban lévő aggodalom csak fokozatosan múlik el, ezért élnek meg még a 12. hét

elmúltával is stresszt. A magzat elvesztésétől való aggodalom azért is jelentős tényező, hiszen a kutatásunk résztvevőinek 78%-a tervezte terhességét, vagyis erősebb érzelmi bevonódással fordulhattak a magzat felé, és a tapasztalatlanság miatt talán nagyobb eséllyel értelmezhettek félre bizonyos testi jeleket. Másik lehetséges magyarázat, hogy a 12. héttől egyre több orvosi vizsgálaton kell részt venniük a kismamáknak (W. Ungváry, 2008). Orvosi vizsgálatok alatt az ultrahang vizsgálatot, a magzatfejlődési rendellenesség-szűrővizsgálatokat értjük, illetve a magzat nemének megállapítására is a 16. héttől van lehetőség. Ezek számos kismamában okozhatnak distresszt (Van der Zalm és Byrne, 2006), hiszen a vizsgálatok olyan nehézségeket is feltárhatnak, amelyeket megoldani nem lehet, csak elfogadni (pl: Down-szindróma, nyitott gerinc). A harmadik trimeszterre jelentősen lecsökkenő várandósság-specifikus stressz lehetséges magyarázata, hogy a kismamák kevésbé érzékenyek a várandósság-specifikus stresszorok hatására a terhesség előrehaladtával (Hobel és mtsai, 2008). A harmadik trimeszter idejére a kezdetben zavaró fizikai változások, a súlygyarapodás, a kellemetlen vizsgálatok, és azzal kapcsolatos aggodalmak lassan feloldódnak, megszokottá válnak, és a kismama elkezd élvezni a várandósság más állapotát. Habár a szülés közelségét is stresszkeltő eseményként jellemzi a szakirodalom (Cseh és Rigó, 2015), kutatásunkban a kismamák stressz szintjén ez mégsem jelent meg szignifikáns mértékben.

A második és harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió-értékének összehasonlítása (harmadik hipotézis) során úgy véltük, hogy a harmadik trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke szignifikánsan magasabb lesz, mint a második trimeszterben lévő kismamák prenatális depresszió értéke. A hipotézist az eredmények megcáfolták, ugyanis a trimeszterek során a várandósság alatti depresszió értéke stagnál, nincsen különbség a második és a harmadik trimeszterben lévő kismamák depresszió értéke között. A hipotézis elvetését erősíti meg, hogy a második trimeszteren és a harmadik trimeszteren belül sincsen jelentős ingadozás a depresszió mértékében. Ezt a hipotézist Belső (2006) tanulmányára alapoztuk, amely szerint a várandósság első és a harmadik trimesztere során különösen érzékenyek a kismamák a depresszió kialakulására, míg a második trimeszter panaszmentes időszak. Tekintve, hogy az első trimeszter időszaka nem került felmérésre, így nem tudhatjuk, hogy a kutatásban (a második és harmadik trimeszter ideje alatt) mért állandó depresszió-érték a terhesség teljes idejére jellemző-e, vagy az első trimeszter valóban érzékeny periódus a hangulatingadozások szempontjából. De azt kijelenthetjük, hogy a szülés közelsége nem feltétlenül teszi sérülékennyé a kismamákat a depresszióra, továbbá valószínűleg a depresszió és a várandósság ideje között nincsen összefüggés, ahogyan azt némely kutató is állítja (pl. Gavin és mtsai, 2005). A kutatásunk ugyanakkor megerősíti Bennett és munkatársainak (2004) eredményeit is. A terhességi depresszió kialakulásában egyik fontos rizikófaktor a nem tervezett terhesség ténye (Lee és mtsai, 2007), azonban

jelen kutatás résztvevőinek 78%-a tervezte terhességét, tehát lehetséges, hogy ez is magyarázhatja a depresszió alacsony, stagnáló mértékét.

Az anya-magzat kötődés és a várandósság-specifikus stressz közötti kapcsolat (negyedik hipotézis) vizsgálata során feltételeztük, hogy az anya-magzat intrauterin kötődés értéke negatív kapcsolatban áll a várandósság-specifikus stressz értékével. A hipotézist megerősítették a kutatás eredményei: a teljes mintát (2. és 3. trimeszterben járó kismamák) alapul véve azt kaptuk, hogy a magasabb intrauterin kötődés alacsonyabb várandósság-specifikus stressz értékkel társul. Ezután a két trimeszter esetében külön-külön is megvizsgálva a változók közötti kapcsolatot azt találtuk, hogy csak a 3. trimeszter esetében jelenik meg a szignifikáns negatív kapcsolat, a 2. trimeszter esetében még nem. Az eredmény alátámasztotta Schwerdtfeger és Goff (2007) kutatási eredményeit, amely szignifikáns kapcsolatot talált az anya-magzat intrauterin kötődés és a várandósság alatti stressz mértéke között. Ugyanakkor jelen kutatás kiegészíti a tanulmányt, hiszen ők stresszor alatt traumatikus eseményeket értettek (mint például baleset átételese, fizikai abúzus), míg a jelen kutatás a várandósság-specifikus stresszorokra (mint például orvosi beavatkozás) összpontosított. Úgy tűnik tehát, hogy a második trimeszter szakaszában a várandósság-specifikus stressz és az intrauterin kötődés kapcsolata még nem alakul ki, más befolyásoló tényezők hangsúlyosabbak, viszont a harmadik trimeszterben a két változó közötti negatív összefüggés már megjelenik.

Az anya-magzat kötődés és a prenatális depresszió közötti kapcsolat (ötödik hipotézis) vizsgálata során feltételeztük, hogy az anya-magzat intrauterin kötődés negatív kapcsolatban áll a várandósság alatti depresszióval. Az eredmények megerősítették ezt a feltételezést, tehát minél magasabb intrauterin kötődést él meg a kismama a terhesség során, annál alacsonyabb depressziószintről fog beszámolni. Ez a negatív irányú, közepes erősségű összefüggés a második és a harmadik trimeszterben is teljesül. A hipotézis alapját Alhusen és munkatársainak (2012) tanulmánya adta, és az eredmények megerősítették az abban felfedezett összefüggéseket. Az eredmények szintén megegyezőek Pollock és Percy (1999) kutatásának eredményeivel, azzal a különbséggel, hogy jelen esetben egészséges mintán is igazolódott az anya-magzat intrauterin kötődés negatív kapcsolata a várandósság alatti depresszióval. Pollock és Percy (1999) kutatásának résztvevői pszichiátriai előtörténettel rendelkeztek és sokadik gyermekükkel voltak terhesek, míg jelen kutatásban nincsen adat pszichiátriai előtörténetre, de a mintánk alacsony depresszió-értékéből és a megfelelőnek értékelt szubjektív egészségi állapotból arra következtethetünk, hogy a kismamák pszichológiai szempontból az egészséges populációba tartoznak. Továbbá, mintánkban az első gyermeküket várók voltak jelentős többségben. A különbségek kiemelésének lényege, hogy ezen változtatások ellenére is kimutatható a várandósság alatti depresszió negatív, közepes erősségű kapcsolata az intrauterin kötődéssel.

Kutatásunk számos korláttal rendelkezik. Egyik gyenge pontja, hogy fókuszpontjában a terhesség kora áll, ugyanakkor az első trimeszterre vonatkozóan nincsenek adataink. Az első trimeszter alatt sok kismama titkolja terhességét a spontán vetélés lehetősége miatt, így ebben az időszakban kutatásba történő toborzásuk különösen nehéz. Mindamellett az első trimeszterben lévő kismamák élményei pontosíthatják volna a kutatás eredményeit. A szakirodalom többsége egészséges populáción térképezi fel a vizsgált változók kapcsolatát, összefüggéseit. Éppen ezért szükségesnek érezzük pszichiátriai kezelésben részesülő vagy pszichiátriai előtörténettel rendelkező magyar kismamák felmérését is, többek között a várandósság alatt megélt intrauterin kötődés, várandósság-specifikus stressz és depresszió tekintetében. További limitáció még, hogy bizonyos tényezők, amelyek a szakirodalom szerint szintén összefüggésben állhatnak az intrauterin kötődéssel nem lettek felmérve: a magzat nemének bizonyossága, korábbi spontán vetélés, általános pszichológiai jóllét és alkoholfogyasztás (ld. Andrek és mtsai, 2016; Tsartsara és Johnson, 2006; Alhusen, 2008). Emellett a várandósság-specifikus stressz mértékének alakulása kapcsolatban állhat a korábbi spontán vetéléssel végződő terhesség meglétével (Tsartsara és Johnson, 2006; Woods-Giscombé és mtsai, 2010), ez a tényező azonban (ahogy említettük is) jelen kutatásban sajnos nem került felmérésre. Nem vizsgáltunk továbbá bizonyos meghatározó pszichológiai és szociodemográfiai tényezőket, amelyek befolyásolhatták a prenatális depresszió értékeit (pl: pszichiátriai kórelőzmény, alacsony jövedelem). Utolsó korlátként pedig megemlítenénk, hogy az életkor változó kivételével nem történt meg a 2. és 3. trimeszterben lévő kismamák összehasonlítása egyéb szociodemográfiai változók tekintetében.

Eredményeink segítséget nyújthatnak a várandósokat gondozó mentálhigiénés szakemberek számára az intrauterin kötődés alacsonyabb szintű prenatális depresszióval és stressz-szel való együttjárása miatt. Amennyiben részletesebb, nagyobb elemszámú kutatásnak sikerül igazolnia az anya-magzat kötődés protektív szerepét a várandósság alatti mentális zavarok tekintetében, abban az esetben annak erősítését szolgáló intervenciók alkalmazása még inkább indokoltá válhat. A szakemberek mellett pedig nem utolsó sorban ajánljuk tanulmányunkat a várandós kismamáknak is, akik számára ismeretet nyújthatnak eredményeink a várandósságuk alatti pszichológiai változásokról, jelenségekről.

IRODALOMJEGYZÉK

- Alhusen, J. L. (2008). A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(3), 315-328.
- Alhusen, J. L., Gross, D., Hayat, M. J., Rose, L., & Sharps, P. (2012). The role of mental health on maternal-fetal attachment in low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41(6), E71-E81.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *DSM-5 referenciac-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Budapest: Oriold és Társai Kiadó
- Ammaniti, M., Tambelli, R., & Odorisio, F. (2013). Exploring maternal representations during pregnancy in normal and at-risk samples: The use of the interview of maternal representations during pregnancy. *Infant Mental Health Journal*, 34(1), 1-10.
- Andrek, E., Hadházi, É., & Kekecs Z. (2015). Az anya-magzat kötődés mérésének lehetőségei. In Kisdi B. (Szerk.) *Létkérdések a születés körül* (pp. 367-394.) Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Andrek, A., Hadházi, É., & Kekecs, Z. (2016). Az anya-magzat kötődést mérő Maternal-Fetal Attachment Scale kérdőív magyar nyelvű adaptálása és felhasználásának lehetőségei az ultrahang-kommunikációs vizsgálatok során. *Orvosi Hetilap*, 157(20), 789-795.
- Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(2), 183-189.
- Belső N. (2006) A perinatális időszak pszichés zavarai (terhesség, szülés, gyermekágy). In C. Molnár E., Füredi J. & Papp Z. (Szerk.) (2006) *Szülészeti-nőgyógyászati pszichológia és pszichiátria*. (pp. 81-92.) Budapest: Medicina Könyvkiadó
- Belső N. (2017) *Szülés utáni depresszió. Előzmények és következmények*. Budapest: Jaffa Kiadó
- Bennett, H. A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. R. (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 103(4), 698-709.
- Brandon, A. R., Pitts, S., Denton, W. H., Stringer, C. A., & Evans, H. M. (2009). A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 23(4), 201.
- C. Molnár E. (1996). *Az anyaság pszichológiája*. Budapest: Akadémia Kiadó.
- Condon, J. T., & Corkindale, C. (1997). The correlates of antenatal attachment in pregnant women. *British Journal of Medical Psychology*, 70(4), 359-372.
- Coussons-Read, M. E., Lobel, M., Carey, J. C., Kreither, M. O., D'Anna, K., Argys, L., Ross, R. G., Brandt, C., & Cole, S. (2012). The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation. *Brain, behavior, and immunity*, 26(4), 650-659.
- Cranley, M. S. (1981). Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing research*, 30(5), 281-284.
- Cseh A. & Rigó A. (2015). A várnadósság alatti biopszichoszociális változások. In Pápay N. & Rigó A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. (pp.41-66.) Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Chou, F. H., Lin, L. L., Cooney, A. T., Walker, L. O., & Riggs, M. W. (2003). Psychosocial factors related to nausea, vomiting, and fatigue in early pregnancy. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), 119-125.
- Delaram, M., Jafarzadeh, L., & Shams, S. (2018). The effects of fetal movements counting on maternal-fetal attachment: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 12(5).

- DiPietro, J. A. (2010). Psychological and psychophysiological considerations regarding the maternal–fetal relationship. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 19(1), 27-38.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106(5), 1071-1083.
- Glynn, L. M., Wadhwa, P. D., Dunkel-Schetter, C., Chicz-DeMet, A., & Sandman, C. A. (2001). When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 637-642.
- Hadházi É, Andrek A. & Keceks Z. (2017) Előzetes eredmények egy magyar mintán kidolgozott Intrauterin Kapcsolati Kérdőív méréses tapasztalatairól – pilot study. Az anya-magzat kapcsolat és szülői bánásmóddal való összefüggéseinek vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 263-300
- Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Secher, N. J., Hatch, M. C., & Sabroe, S. (1996). Do stressful life events affect duration of gestation and risk of preterm delivery?. *Epidemiology*, 7(4) 339-345.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. M. Y., & Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical obstetrics and gynecology*, 51(2), 333-348.
- Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. (1970). The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 283(7), 344-349.
- Koniak-Griffin, D. (1994). Aerobic exercise, psychological well-being, and physical discomforts during adolescent pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 17(4), 253-263.
- Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604.
- Lusskin, S. I., Pundiak, T. M., & Habib, S. M. (2007). Perinatal depression: hiding in plain sight. *The Canadian journal of psychiatry*, 52(8), 479-488.
- Marcus, S. M., Flynn, H. A., Blow, F. C., & Barry, K. L. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health*, 12(4), 373-380.
- Mulder, E. J., De Medina, P. R., Huizink, A. C., Van den Bergh, B. R., Buitelaar, J. K., & Visser, G. H. (2002). Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child. *Early Human Development*, 70(1-2), 3-14.
- Pollock, P. H., & Percy, A. (1999). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23(12), 1345-1357.
- Raphael-Leff, J. (2010). *Másállapot – A várandósság pszichológiája*. Budapest: Háttér Kiadó
- Raphael-Leff, J. (2010). Mothers' and fathers' orientations: patterns of pregnancy, parenting and the bonding process. In Tyano, S., Keren, M., Herman, H & Cox, J. (Eds.) *Parenthood and mental health: A bridge between infant and adult psychiatry* (pp. 9-22.) Oxford, England: Wiley-Blackwell
- Sedgmen, B., McMahon, C., Cairns, D., Benzie, R. J., & Woodfield, R. L. (2006). The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal–fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 27(3), 245-251.

- Schwerdtfeger, K. L., & Goff, B. S. N. (2007). Intergenerational transmission of trauma: Exploring mother–infant prenatal attachment. *Journal of Traumatic Stress, 20*(1), 39–51.
- Szemán A. (2009) Integrációs spirálok szerepe az antenatális depresszió létrejöttében. Doktori (PhD) Értekezés. Debreceni Egyetem. Letöltve 2019.03.05. innen: <https://dea.lib.unideb.hu/dea/bitstream/handle/2437/85030/ertekezes.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Tsartsara, E. & Johnson, M. P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feelings of prenatal maternal–fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 27*(3), 173–182.
- Tőreki A. (2012). A perinatális pszichopatológiák kialakulását elősegítő pszichoszociális faktorok és szűrési lehetőségeik. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem. Letöltve 2019.03.06. innen http://doktori.bibl.u-szeged.hu/1626/2/Toreki_tezisfuzet.pdf
- Tőreki A., Andó B., Keresztúri A., Sikovanyecz J., Dudas R. B., Janka Z., Kozinszky Z. & Pál A. (2013). The Edinburgh Postnatal Depression Scale: translation and antepartum validation for a Hungarian sample. *Midwifery, 29*(4), 308–315.
- Török Zs. (2015) Posztpartum depresszió. In Pápay N. & Rigó A. (Szerk.) *Reproduktív egészségpszichológia*. (pp.109–132.) Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Van der Zalm, J. E., & Byrne, P. J. (2006). Seeing baby: women's experience of prenatal ultrasound examination and unexpected fetal diagnosis. *Journal of Perinatology, 26*(7), 403–408.
- Wadhwa, P. D., Sandman, C. A., Porto, M., Dunkel-Schetter, C., & Garite, T. J. (1993). The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 169*(4), 858–865.
- Walsh, J., Hepper, E. G., & Marshall, B. J. (2014). Investigating attachment, caregiving, and mental health: a model of maternal-fetal relationships. *BMC Pregnancy and Childbirth, 14*(1), 383.
- White, O., McCorry, N. K., Scott-Heyes, G., Dempster, M., & Manderson, J. (2008). Maternal appraisals of risk, coping and prenatal attachment among women hospitalised with pregnancy complications. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 26*(2), 74–85.
- Woods-Giscombé, C. L., Lobel, M., & Crandell, J. L. (2010). The impact of miscarriage and parity on patterns of maternal distress in pregnancy. *Research in Nursing & Health, 33*(4), 316–328.
- W. Ungváry R. (2008) *A kismama terheskönyve*. Budapest: Sanoma Budapest Könyvkiadás

A GYERMEKKORBAN MEGTAPASZTALT SZÜLŐI BÁNÁSMÓD ÉS A CSALÁDI KAPCSOLATOK HATÁSA AZ EMPÁTIÁRA

KOVÁCS Dóra, MÉSZÁROS Veronika, SMOHAI Máté, TANYI Zsuzsanna,
FERENCZI Andrea, SZILI Ilona, JAKUBOVITS Edit, KÖVI Zsuzsanna
Corresponding author: kovacs.dora@kre.hu

Absztrakt

Cél: A tanulmány célja annak vizsgálata, hogy a gyermekkorban megtapasztalt szülői bánásmód és családi kapcsolatok milyen összefüggésben vannak a felnőttkori empátiával.

Módszer: A vizsgálatban 1312 egészséges felnőtt személy vett részt, akik kitöltöttek egyrészt az Interperszonális Reaktivitás Index (IRI) skálát és a Simon Baron Cohen által kidolgozott Empátia Kvóciens (EQ) skálát, valamint a Szülői Bánásmód kérdőívet (PBI) és a Családi Kapcsolatok (FRQ) kérdőívet.

Eredmények: Nem találtunk szignifikáns összefüggést a gyermekkori szülői hatások és a felnőttkori empátia, illetve alszállai között, sem az általános mintában, sem a nőknél. A férfiaknál azonban gyenge, de szignifikáns összefüggést találtunk a felnőttkori kognitív empátia, azaz a szempontváltás képessége és különféle apai hatások között. Az FRQ apai szabadságadás faktora pozitív kapcsolatban, az FRQ apai bántalmazása és a PBI apai korlátozása negatív kapcsolatban áll a szempontváltás képességével. Az empátiás distressz az FRQ apai dominanciájával és a PBI anyai túlvédéssel mutatott gyenge kapcsolatot. A vizsgálat a felnőtt férfiak saját apjuk utólagos értékelésének fontosságára hívja fel a figyelmet.

Kulcsszavak: empátia ▪ szülői bánásmód ▪ családi kapcsolatok ▪ bántalmazás ▪ túlvédés

Abstract

Aim: The aim of this study was to examine the relationship between parental bonding and family relationships experienced in childhood, and adult empathy.

Methods: The study included 1312 healthy adults who completed the Interpersonal Reactivity Index (IRI) scale, the Empathy Quotient (EQ) scale developed by Simon Baron Cohen, the Parental Bonding Instrument (PBI), and the Family Relationships Questionnaire (FRQ).

Results: Neither did we find significant relationship between childhood parental effects and adult empathy or empathy subscales for the overall sample nor for women. However, for men, we found a weak but certain significant relationship between adult cognitive empathy, the ability of perspective changing and various paternal effects. The FRQ paternal freedom factor are positively related, while the FRQ parental abuse and the PBI paternal control constraint is negatively related to the ability to change perspective. Empathic distress positively related to paternal dominance of FRQ with PBI maternal overprotection. The study draws attention to the importance of ex post evaluation of adult men by their own father.

Keywords: empathy ▪ paternal bonding ▪ overprotection ▪ family relationship

Anyagi támogatás: A szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

BEVEZETŐ

Bowlby 1969-ben kötődéelméletében leírta, hogy a csecsemő eredendően kutatja egy másik ember közelségét, akinek a jelenlétében biztonságban érzi magát, s ez a kötődési személy jelenti a megoldást a fenyegető veszélyforrások ellen. A tartós közelség fenntartása elengedhetetlen fontosságú a csecsemő számára. Az elsődleges gondozó leggyakrabban az anya, de lehet az apa, nagyszülő vagy bárki, aki a gyerekekről gondoskodik. Bowlby azt is kimondja, hogy az anyacsecsemő optimális kötődésének kialakulása mind a csecsemő veleszületett viselkedérepertoárján, mind az anya válaszkészségén múlik. Ez egy olyan kétoldalú szabályozórendszer, ami biztosítja az egészséges mentális fejlődést. Amennyiben ez nem alakul ki, az a későbbiekben személyiségzavarokhoz vezethet (Bowlby, 1999). Mary Ainsworth (1979) volt, aki az idegen helyzet vizsgálatával feltárta a gyermek különböző kötődésmintáit. A megfigyeltek alapján a gyermek kötődését három csoportra osztotta: a biztonságosan kötődők, a bizonytalan-elkerülő kötődésűek és a bizonytalan-ambivalensen kötődők csoportjára. Main és Solomon 1990-ben egy negyedik csoportot is elkülönített, a dezorganizált csoportot, amelyre semmilyen mintázat nem jellemző. A gyermek kötődési típusa nagyban meghatározza a felnőttkori kötődést, a kapcsolatok alakulását. A szülő egyrészt személyisége révén hat gyermekére, másrészt valamilyen modellt követ, valamilyen nevelési elvet vall. A szülői bánásmód e kettő furcsa elegeből tevődik össze. Előfordul, hogy a nevelési elvét nem tudja megvalósítani, mert bár meleg és elfogadó szülő szeretne lenni, de az anyai szerep felidézi benne saját gyermekkori traumáit, melyek kísértetként jelennek meg gyermeke szobájában. Erről a jelenségről ír Selma Fraiberg (1958) pszichoanalitikus a *Varázsos évek* című könyvében. Tehát, ha a szülő jó szülő szeretne lenni, szeretné, hogy gyermeke biztonságosan kötődjön – még ha nem is ismeri a fogalom jelentését, de jót akar gyermekének –, s a gyerek ennek ellenére bizonytalanul kötődik, annak legtöbbször az az oka, hogy a szülő maga is bizonytalanul kötődik (Allan et al., 2011).

Míg a kötődést tudattalan folyamatok irányítják, a szülői bánásmód alakulásában már sok tudatos elem is megjelenik. A szülő nevelési stílusa, azaz, hogy mennyire törődik gyermekével, mi az, amiről úgy gondolja, hogy jó a gyereknek, mit tart elkényeztetésnek, mennyire kontrollálja vagy védi a gyermeket, lehet otthonról hozott minta, nevelési elv vagy akár saját szorongásának megnyilvánulása. A gyermeknevelésben és a szülői bánásmódban számos nem tudatos té-

nyező játszik szerepet, ugyanakkor valamennyire megjelenik a szülőnek a gyereknevelésről alkotott elképzelése is.

Bebizonyosodott, hogy a szülői nevelési stílusok is összefüggnek a személyiség fejlődésével, sőt, különféle viselkedési problémák és mentális betegségek kialakulásával is (Baumrind, 1971, 1980; Sears et al., 1957). Számos közlemény szerint a szülői nevelés kulcsfontosságú szerepet játszik az alkoholfüggőség kialakulásában (Backer-Fulghum et al., 2012), az étkezési rendellenességekben (Meesters et al., 2007), illetve a személyiségzavarokban (Yu et al., 2007).

EMPÁTIA

„Az empátia olyan képesség, melynek segítségével beleéljük magunkat egy másik ember lelkiállapotába. Ennek során a másik személy szavakban, direkt módon ki nem fejezett belső folyamatait tudjuk megérezni és megérteni, így „a saját személyiségben felidéződnek a másik érzelmei és különféle feszültségei. Ezt úgy is ki lehet fejezni, hogy a személyiség beleéli, mintegy a másikba vetíti önmagát” (Buda, 1978).

Hein és Singer (2008) ezt úgy írja le, mint „affektív állapot, amelyet egy másik személy érzelmeinek vagy érzéki állapotainak megosztása hoz létre”.

Simon Baron-Cohen (2006) szerint „az empátia készítés arra, hogy felismerjük mások érzelmeit és gondolatait, és hogy megfelelő érzelmekkel reagáljunk ezekre”.

A humanisztikus pszichológia jelentős alakja, Carl Rogers (1959) így fogalmazott: „Empatikusnak lenni azt jelenti, hogy az ember a másik értelmelési keretét a benne foglalt érzelmi jelentésekkel és összetevőkkel együtt pontosan úgy érzékeli, mintha az ember a másik lenne, de anélkül, hogy ezt a »mintha-jelleget« bármikor is elvesztené”.

A multidimenzionális megközelítés szerint az empátia egy kognitív komponensből (perspektíva-felvétel), egy érzelmi összetevőből (empátiás distressz, amit a másik állapota vált ki a megfigyelőben), egy viselkedéses mechanizmusból (empátiás törődés), illetve az egyén más személyek érzéseibe, cselekedeteibe való beleképzelés képességét biztosító fantázia-összetevőből áll (Davis 1980, 1996). Cotton (1992) szerint az empátia fogalma két értelemben használatos: ahogy megértjük mások érzelmeit, és ahogy „érzelmi egységben” vagyunk a másik emberrel. Davis (1980) szerint is fontos e két dimenziót szétválasztva mérni, hogy megtudjuk, külön-külön milyen hatással vannak a viselkedésre. A szempontváltás képessége azt jelöli, hogy képesek vagyunk-e behelyezkedni a másik ember helyzetébe, és az ő szemszögéből megvizsgálni az adott helyzetet; míg a fantázia-összetevő megmutatja, milyen mértékben azonosulunk könyvekben, filmekben, játékokban megismert fiktív karakterekkel. Az empátia affektív komponense magába foglalja az empátiás törődést, mely során képesek vagyunk

egymás érzelmeinek felismerésére és átélésére, valamint az érzelmi distresszt, melyet mások szenvedésének látványa vált ki bennünk. Ezt a modellt az agykutatás eredményei is alátámasztják, hiszen bebizonyosodott, hogy az empátia fenti összetevői különböző agyi struktúrákhoz is köthetők (C. D. Frith & U. Frith, 2006; Shamay-Tsoory, 2011).

Davis (1983) az empátiát mérhető személyiségvonásként értelmezte, ennek mérésére egy olyan kérdőívet dolgozott ki, melyben jól tükröződik ez az integratív szemlélet, s melyben a már említett konstruktumok külön alskálákat alkotnak.

EMPÁTIA ÉS SZÜLŐI HATÁSOK

Kestenbaum és munkatársai (1989) kimutatták, hogy a biztonságosan kötődő gyermekek lényegesen jobban teljesítettek az empátia mérő skálákon mint a szorongóan-elkerülően kötődők (Kestenbaum és mtsai, 1989).

Azok a gyerekek, akiknek szerető és meleg kapcsolatuk van, a gondviselőjükkel, biztonságban érzik magukat, náluk ez a biztonságérzet hozzájárul ahhoz, hogy ne kizárólag saját magukra, hanem másokra is gondoljanak. Ez az attitűd az empátiás képesség kialakulásában is kiemelt jelentőségű. Így az empátia kialakulásában a családi környezetnek – különösen a szülő-gyermek kapcsolatnak – is meghatározó szerepe van (Koestner et al, 1990). Egy újabb vizsgálat (Wagers és Kiel, 2019) azonban úgy találta, hogy bár az anyai melegség nagyon fontos komponens és ösztönzőleg hat az empátia fejlődésére, de igazi hatást csak a nem nehéz kategóriába tartozó csecsemőknél ér el. .

Több, kamaszkor körében végzett vizsgálat (Sharafat és Zubair, 2013; Kerr, 2003; Lindsey, 2008) eredményei is arra mutatnak, hogy a szülő és a gyermek közötti kapcsolat minősége befolyásolja a gyermekek empátiáját és proszociális viselkedését. A vizsgálatok kimutatták, hogy a szülő-gyermek kapcsolat pozitív tulajdonságai – például melegség, érzékenység és támogató képesség – jelentősen befolyásolják a gyermekek empatikus és proszociális fejlődését serdülőkorban. Ebben az időszakban a melegségen kívül nagyon fontos a gyermek számára, hogy a szülők támogassák autonómiáját. Ennek megvalósulása is elősegíti a gyermekek proszocialis fejlődését (Chase-Lansdale et al., 1995; Pratt et al., 2004).

Vajon milyen mechanizmuson keresztül hat a gyermek empatikus fejlődésére a szülői melegség és elfogadás, valamint serdülőkorban az autonómia iránti igényét is kielégítő szülői viselkedés? Egyrészt a gyermek számára ez a szülői viselkedés olyan mintát jelent, amely arra motiválja, hogy ezen értékrendet magáévá tegye. Az internalizált szülői értékek elősegítik a gyermek empatikus készségének fejlődését, érzelmi azonosítását, és hatékony érzelemszabályozását. Másrészt, ha a szülők érzelmeiket tudatosabban szabályozzák, s a gyerek érzelmi szükségleteire megfelelő módon reagálnak, azaz nyitottak arra, hogy gyermekeik

érzéseiről beszéljenek, akkor a gyerek is hatékonyabban kezeli majd az érzelme-
ket és empatikusabban viszonyul a környezetéhez (Asghari & Besharat, 2011).

Egyes kutatók a szülői nevelési stílust két dimenzió – a melegség-elutasítás, illetve a kontroll-autonómia – mentén elemezték. A szülői melegség a gyermek iránt táplált érzelmekre és elfogadására utal. Azok a szülők minősülnek meleg és elfogadó szülőknél, akik gyermekük igényeit figyelembe veszik, gyakran dicsérik és bátorítják, részt vesznek az általa kedvelt tevékenységekben, illetve kevésbé kritizálják és büntetik. Minden gondoskodó, támogató és szerető magatartás a szülői elfogadásról tanúskodik. Ezzel szemben a hideg-elutasító szülők gyakran büntetik, kritizálják, sőt bántalmaznak gyermeküket, továbbá figyelmen kívül hagyják fizikai és érzelmi szükségleteiket. E szülői magatartás következtében a gyerek elutasítottnak érzi magát (Rohner et al., 2005). A szakirodalom alapján egyértelmű, hogy a hideg-elutasító és bántalmazó szülői magatartás (pl. fizikai büntetést alkalmazó, fenyegető és az előnyöktől megfosztó szülői gyakorlat) az empatikus és proszociális viselkedés ellen hat (Arzeen et al., 2012).

George és munkatársai (2017) erős kapcsolatot találtak az empátia és a szülői gondoskodás között, azaz minél alacsonyabb szintű az anyai és apai törődés, annál alacsonyabb az empátia.

Egy másik tanulmányban (Mesurado, Richaud, 2017) az empátia kapcsolatait vizsgálták a proszociális viselkedésmódokkal és a szülői-nevelői stílusokkal kapcsolatban. Azt találták, hogy az irányító szülői stílus pozitívan kötődik az empátiához és a proszociális viselkedéshez.

Britton és Fueneling (2005) úgy vélik, hogy a személyes (empátiás) distressz pozitívan korrelál a szülői túlvédéssel, valamint a szülői túlvédés a nézőpont-átvétellel is pozitív kapcsolatban áll, tehát, ha valakinek védelmezőbb szülei voltak, talán hajlamosabb a másik nézőpontjának átvételére, vagy az empátiás distressz átélésére.

Farrant és munkatársai (2012) is azt vizsgálták, hogy vajon milyen szülői nevelési stílus kedvez a proszociális viselkedés kialakításának. Úgy találták, hogy az anya kognitív és affektív empátiás készsége és a szempontváltás képességét erősítő nevelési stílusa erősíti a gyermek kognitív empátiás készségét.

Miklikowska (2011) összefüggést talált a személyek által észlelt szülői támogatás, valamint az empátiás vonatkozások között. Az eredmények szerint az apák pozitívan hatnak a lány és a fiúgyermek nézőpont-átvételének képességére (kognitív empátia), míg az anyai támogatás inkább az empátiás vonatkozásokra (affektív empátia) hat, leginkább a lányok esetében.

Lyons, Brewer és Bethell 2016-os vizsgálata szerint az affektív empátiát férfiakban az apai törődés és túlféltés befolyásolja, míg nőkben az anyai túlféltés fokozza. A kognitív empátiát férfiaknál az anyai törődés növeli, míg nőknél nem találtak összefüggést a kognitív empátia és a szülői bánásmód között.

Jensen (1981) meglepő és az eddigi eredményektől eltérő megállapításra jutott. Úgy találta, hogy a gyermek empátiáját mindössze egyetlen tényező befo-

lyásolta pozitívan, nevezetesen az anyai következetlenség, azaz a szabályok gyakori változása, vagyis annak a változtatása, hogy mennyire szigorúan kell betartani a szabályokat, illetve a szabályok be nem tartása milyen következménnyel jár. Erre az eredményre két magyarázat is lehetséges. Az első az, hogy a következetlen anyai viselkedés miatt a gyermek számára úgy lesz kiszámíthatóbb, bejósolhatóbb a világ, ha pontosabban regisztrálja anyja aktuális hangulatát. A második magyarázat az anyáról szól, akinek a következetlensége valójában rugalmasság, nem ragaszkodik mereven a szabályokhoz, hanem az adott helyzetet mérlegelve dönt, más szóval meleg és törődő is egyben (Jensen et al., 1981).

EMPÁTIA ÉS A GYERMEKKORBAN ÁTÉLT TRAUMATIKUS ESEMÉNYEK

A gyermekkori traumatikus eseményekről az eddig leírtak fényében azt gondolhatjuk, hogy egyértelműen csökkenti az empátiás készséget, ahogyan számos pszichés problémát is okoznak. Paradox módon azonban a bántalmazás fokozhatja a poszttraumás növekedést, ideértve az együttérzést és a proszociális viselkedést. Elképzelhető, hogy a személy pozitív pszichológiai változásokat és személyes javulást mutathat a traumát követően a trauma kezelésével szerzett tanulás eredményeként, illetve a trauma érzékenyebbé is teheti az egyént mások szenvedéseire.

Éz abból is következik, hogy a trauma fokozottan ráirányítja a figyelmet az érzelmekre, a környezeti útmutatásokra. A tudatosság növekedése – szemben azokkal, akiknek nem volt traumás tapasztalata – javíthatja mások állapotának felismerését, megértését és a megfelelő reagálás képességét (Tedeshi és Calhoun, 2004).

A kérdéshez szervesen tartozik a reziliencia jelensége, mely Cicchetti és Cohen (2006) definíciója szerint: „Az egyén képessége arra, hogy sikeresen alkalmazkodjon (adaptáció), és kompetensen működjön (kompetencia) a kedvezőtlen – külső vagy belső – hatások ellenére, illetve a tartós vagy súlyos traumatizációt követően.” Nyilvánvalóan a reziliencia segíti azt, hogy a trauma után növekedés, ne pedig regresszió következzen be. Vizsgálati eredmények szerint nehéz életkörülmények között a populáció egyharmada képes reziliens válaszra (Kövesdi, 2018).

Azt a kérdést, hogy vajon a gyermekkori trauma növeli-e felnőttkorban az empátiát, Greenberg, et al. (2018) annak tesztelésével vizsgálták, hogy vajon a gyermekkori traumát átélő felnőttekben különbözik-e a vonás empátia azokhoz képest, akik nem éltek át traumát. A közleményben két vizsgálatról számolnak be, egyikben a Baron Cohen féle empátia kvóciens (Baron-Cohen, 2003, 2006) a másikban a Davis féle Interperszonális Reaktivitás Indexet használták (Davis, 1980). A traumát a Gyermekkori traumatikus események skálájának módosított változatával mérték, mely 5 különféle traumát különböztet meg: 1) közeli családtag vagy barát halála; 2) szülei válása, külön költözése; 3) traumás szexuális kapcsolat (megerőszakolás, megtévesztés); 4) fizikai bántalmazás; 5) politikai vagy társadalmi változás, zavar, mely az egyén életét vagy személyiségét jelentősen megváltoztatta.

Eredményeik szerint azon a felnőttekben, akik gyermekkorban traumatikus eseményt tapasztaltak, magasabb volt az empátia szintje, szemben azokkal a felnőttekkel, akik nem tapasztaltak traumatikus eseményt. Ezenkívül a trauma súlyossága pozitívan korrelált az empátia különböző összetevőivel. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy a gyermekkori trauma tapasztalata növeli a személy azon képességét, hogy képes legyen más szemszögéből látni a dolgokat, megértse mások mentális és érzelmi állapotát.

Első pillantásra ez az eredmény nagyon furcsának tűnhet, hiszen számos pszichiátriai problémának a trauma, a bántalmazás pont az egyik rizikófaktora. Az eredmény értelmezéséhez a kulcsot az adja, hogy ez a vizsgálat nem klinikai populáción történt, hanem egészséges felnőtteken.

A gyermekkori trauma, a gyermekkori bántalmazás okozhat pszichés problémákat, akár depressziót vagy borderline személyiségzavart is, de az is előfordulhat, hogy valakinek a trauma hatására nem lesz pszichés betegsége, sőt, empatikusabb lesz. Ez egyrészt a poszttraumás növekedés hatása lehet, illetve annak, hogy magának az empátiának és a mentalizációs képességnek is védő funkciója van (Allen et al., 2011). A vizsgálatban szereplő traumán átesett személyek tehát nem betegek lettek, hanem pont a magasabb empátia védte meg őket a negatív mentális hatásoktól.

A kérdés, hogy a trauma hatására valaki empatikus lesz, vagy mentális problémái lesznek, még megválaszolatlan. Változatos utak vezethetnek a trauma után az empátia felé vagy a másik irányba. Ezek részben biológiai (például neurológiai vagy genetikai), társadalmi (például család, közösség vagy társak támogatása) vagy egyéni (például az alkalmazott érzelmi szabályozási és másolási stratégiák) tényezők lehetnek. Ezt a kérdést próbálják megválaszolni a reziliencia kutatások is. Az empirikus vizsgálatok alapján a reziliens egyénre jellemző tulajdonságok a következők: aktív megküzdés, rugalmas válaszkészség, tanult leleményesség, énhatékonyság, koherenciaérzet, egokontroll, érzelmi intelligencia, optimizmus, a negatív történések kognitív átértékelésének képessége, szociális kompetencia, a társas támogatás keresése, életcél, veszélykerülés, kooperativitás, humor. A reziliencia protektív faktorokait három csoportba lehet osztani. A személyes protektív faktorok a jó kognitív képességek, a jó érzelemszabályozási képességek, tehetség, jó életbe vetett hit, vallásosság, optimizmus, önbizalom, jó külső. A családi protektív faktorok a szülő gyermek kapcsolatra, az anya iskolai végzettségére, a család tagjai közötti kapcsolatra utalnak, míg a társas protektív tényezők a társas kapcsolatokat, a barátok, szociális háló szerepét emelik ki (Kövesdi, 2017; Werner és Smith, 2001). A reziliencia ugyanakkor nem egy állandó személyiségjegy, hanem változik és fejleszthető is (Kövesdi, 2019).

Mindezen vizsgálati eredmények fényében tettük fel azt a kérdést, hogy a felnőtt gyerekkorra vonatkozó szülői emléke és az empátia különböző faktorai között összefüggés van. A vizsgálathoz a következő hipotéziseket állítottuk fel:

Feltételezzük, hogy a gyermekkorban megélt szülői bánásmód és az empátia alfaktorai között kapcsolat van.

Feltételezzük, hogy az anyai és apai törődés illetve bátorítás az empátia magasabb mértékével fog járni.

Feltételezzük, hogy a túlélés az empátiás distresszel pozitív kapcsolatban van. Ezt a hipotézist Farrant közleménye indokolja (Farrant és mtsai 2012).

Feltételezzük, hogy a szülői korlátozás illetve abúzus az empátiával negatív kapcsolatban áll.

Feltételezzük, hogy az apai hatások inkább a kognitív empátiával, míg az anyai hatások inkább az affektív empátiával állnak kapcsolatban. Ezt a hipotézist Miklikowska közleményére alapozzuk (Miklikowska 2011).

MÓDSZER

A vizsgálatban 1312 egészséges felnőtt vett részt, a mintában csak azon kitöltők adatait használtuk fel, aki teljes családban nőttek fel, így nem kerültek be az elemzésbe azok, akik egyszülős (csak anya) családból jöttek, ami 14 alany adatainak kizárását és egy 1312 fős mintát eredményezett és . A vizsgálatban résztvevők életkora 18 és 78 év közé esett, átlagéletkoruk $38,31 \pm 13,582$ év. A vizsgálatban 333 férfi, és 979 nő vett részt. A férfiak átlagéletkora $37,59 \pm 13,112$ év, a nőké $38,56 \pm 13,736$ év. A résztvevők közül 127 (9,7 %) volt egyetemi hallgató, 495 (37,7 %) rendelkezett mester diplomával, 367-en (28 %) végeztek BA képzést, 79 résztvevő (6 %) felsőfokú szakképzést végzett, 205-en (15,6 %) érettségivel rendelkeztek, és a vizsgálati személyek 3 %-a, 39 fő nem tett érettségi vizsgát.

A vizsgálati személyek négy kérdőívet töltöttek ki, ezek közül kettő jelen empátiás képességekre vonatkozott, kettő pedig a 16 éves koruk előtti családi tapasztalataikra. A négy kérdőív a következő volt:

Interperszonális Reaktivitás Index

Az Interperszonális Reaktivitás Indexnek (IRI) négy alskálája van, amik közül kettő a kognitív és kettő az affektív empátiát méri. A kérdőív összesen 28 tételből, minden egyes alskála hét tételből áll. Az „Empátiás törődés” alskála azt méri, hogy a válaszoló mennyire érez könyörületet, aggodást a megfigyelt embertársával szemben. Az „Érzelmi distressz” alskála azt méri, hogy az egyén mennyire érez félelmet, nyugtalanságot másokkal történő események hatására. Ez a két alskála az affektív empátiát méri. A „Szempontváltás képessége” alskála azt méri, hogy mennyire tud valaki spontán nézőpontot váltani, megvizsgálni valamit valaki más szemszögéből. A „Fantázia alskála” azt méri mennyire képes behelyezkedni valaki filmek, könyvek, mesék szereplőinek bőrébe. Ez a

két alskála a kognitív empátia dimenzióit méri (Davis, 1980). Mind a négy alskálán az elérhető maximális pontszám 28 pont. A kérdőív magyar változatát Kulcsár Zsuzsanna készítette el (2002).

Baron féle Empátia Kvóciens (EQ)

Simon Baron Cohen és Wheelwright az autizmus kutatás kapcsán fejlesztettek ki ezt a kérdőívet. Az EQ mindkét empátia komponenst méri. 60 kérdésből áll, ebből 40 áll közvetlen kapcsolatban az empátiával, 20 kérdést a válaszadó megválaszol, de a pontozásba nem számítják bele. Ezeknek a kérdéseknek mindössze annyi a feladata, hogy elvonja a figyelmet a tárgyról. Az EQ az affektív és a kognitív empátiát egyben méri, a 40 kérdésre, mivel kérdésenként maximum 2 pontot lehet kapni, a teszten elérhető maximális pontszám 80 pont. (Baron-Cohen, 2003, 2006). Vizsgálatokkal a mérőeszköz érvényességét és megbízhatóságát is igazolták, illetve mérsékelt korrelációt mutattak ki az IRI Empátiás törődés és a Szempontváltás képessége alskálaival (Lawrence et al., 2004).

Szülői bánásmód kérdőív

A Parental Bonding Instrument (PBI), a szülői nevelési stílust mérő egyik leggyakrabban használt mérőeszköz (Parker et al., 1979). A kérdőívet kitöltőknek 25 állításról kell eldönteniük, mennyire tartják az adott állítást jellemzőnek az édesanyjuk és édesapjuk viselkedésére életük első 16 évében, s ezt egy 0-3-ig terjedő likertskálán pontozniuk. Az eredeti kérdőív két alskálát tartalmazott a „Szeretet-Törődés” vs. „Elutasítás” illetve a „Túlvédés” vs. „Önállóság/Függetlenség bátorítása” alskálák. A magyar nyelvű adaptációjánál a validálás és faktoranalízis három alskálát különített el, melyek elnevezése: szeretet-törődés, túlvédés, korlátozás (Tóth & Gervai, 1999). A szeretet – törődés alskála 12 kérdést tartalmaz, a korlátozás 6 kérdést, míg a túlvédés 7 kérdést.

Családi kapcsolatok kérdőív

A Family Relationships Questionnaire (FRQ)-t 2015-ben publikálta Chen és munkatársai (2015). A kérdőív megalkotásának öt tényező alapján vizsgálja a családi kapcsolatokat, 1, Anyai és apai bátorítás 2, Anyai és apai bántalmazás, 3, Anyai és apai Szabadság adás 4, Általános kötődés, 5, Anyai és apai dominancia. A kérdőív összesen 43 kérdést tartalmaz, a bátorítás, bántalmazás és szabadságadás tételek szülőnként 5 kérdést tartalmaznak, az általános családi kötődés (mely az egész családra vonatkozik, nem külön az anyára vagy apára)

szintén 5 kérdést tartalmaz, az anyai és az apai dominancia pedig 4-4 kérdést tartalmaz, melyeket egy 1-5-ig terjedő likertskálán kell pontozni. A kérdőív magyarországi adaptációja folyamatban van.

EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban az Empátia Kvóciens, az IRI alskáláinak, a PBI kérdőív alskáláinak és az FRQ faktorainak leíró statisztikai találhatóak: átlaguk, szórásuk, csúcosságuk és ferdeségük a teljes, 1312 fős mintát figyelembe véve. A Cronbach alpha értékek alapján a tesztek megbízhatóan mértek.

1. táblázat. Az empátia alskálák, az EQ, a Szülői bánásmód alskálák és a Családi kapcsolatok faktorainak leíró statisztikái

	Átlag	Szórás	Ferdeség	Csúcosság	Cronbach α
IRI Empatikus törődés	19,37	4,71	-0,54	0,41	0,76
IRI Szempontváltás	18,56	4,84	-0,46	0,23	0,78
IRI fantázia	18,86	5,8	-0,47	-0,45	0,82
IRI Distressz	13,28	5,27	0,01	-0,27	0,77
Empátia Kvóciens	46,97	12,64	-0,39	-0,13	0,66
PBI Anyai törődés	25,48	8,75	-0,75	-0,31	0,93
PBI Apai törődés	21,84	9,72	-0,41	-0,76	0,94
PBI Anyai túlvédés	7,584	4,98	0,58	-0,36	0,88
PBI Apai túlvédés	5,318	4,67	1,04	0,60	0,90
PBI Anyai korlátozás	6,219	4,14	0,61	-0,01	0,85
PBI Apai korlátozás	5,638	4,44	0,82	0,32	0,85
FRQ Anyai bátorítás	16,40	3,53	-0,47	0,31	0,58
FRQ Apai bátorítás	14,12	4,13	-0,21	-0,53	0,66
FRQ Anyai abúzus	8,53	4,57	1,53	1,75	0,88
FRQ Apai abúzus	8,13	4,36	1,69	2,32	0,85
FRQ Anyai szabadság	18,48	4,57	-0,76	0,09	0,86
FRQ Apai szabadság	18,53	4,59	-0,88	0,34	0,85
FRQ Ált. kötődés	18,28	3,89	-0,39	-0,31	0,68
FRQ Anyai dominancia	11,78	3,57	0,07	-0,56	0,62
FRQ Apai dominancia	10,46	3,81	0,44	-0,48	0,72

Mivel a változók zöme nem normális eloszlású, a kapcsolatokat Spearman korrelációval számítottuk. A 2. táblázaton láthatóak az IRI empátia alskálák és az EQ kapcsolatának erőssége a különböző szülői hatásokkal, melyeket a Szülő Bánásmód kérdőívvel és a Családi Kapcsolatok Kérdőívvel mértünk.

A táblázatból látszik, hogy a 16 éves kor előtti szülői hatások és a felnőttkori empátia között több esetben is kimutatható szignifikáns, de gyenge kapcsolat. Az empátiás törődés az általános kötődéssel mutat 0,1 feletti rho értékkel rendelkező kapcsolatot ($\rho = 0,16$), ugyanakkor számos más családi változóval is mutat szignifikáns, de gyenge kapcsolatot ($\rho < 0,10$): pozitív kapcsolatban áll a szülői szabadságadással, negatív kapcsolatban a szülői túlvédéssel és az apai abúzzal.

A szempontváltás esetében a legmegbízhatóbb kapcsolat az apai szabadságadással ($\rho = 0,12$) és korlátozással mutatkozott (0,11), ám ezek is gyenge erejűek. A szempontváltás képessége további nagyon gyenge ($\rho < 0,10$) kapcsolatot mutatott az anyai törődéssel, túlvédés-korlátozás hiányával, az apai abúzus és dominancia hiányával, valamint az általános kötődéssel.

A Fantázia az anyai bátorítással mutatta a legszignifikánsabb kapcsolatot ($\rho = 0,14$), de szignifikáns (nagyon gyenge, $\rho < 0,10$) kapcsolatot mutatott az apai bátorítással és az apai korlátozás hiányával is.

Az empátiás distressz a bátorítás kivételével az összes szülői változóval szignifikáns kapcsolatban állt. Ezek közül 0,1 feletti rho értékkel az alábbiak rendelkeztek: Az anyai ($\rho = 0,15$) és apai ($\rho = 0,11$) túlvédés, az anyai korlátozás ($\rho = 0,14$) és az anyai abúzus ($\rho = 0,116$) pozitívvá, az anyai ($\rho = -0,15$) és apai ($\rho = -0,10$) szabadságadás, az anyai ($\rho = -0,11$) és apai törődés ($\rho = -0,11$) pedig negatívvá.

Az empátiás kvóciens hasonlóképp az empátiás distresszhez, a bátorítás kivételével az összes szülői változóval szignifikáns kapcsolatban áll. Pozitív kapcsolatban áll mindkét szülő törődésével ($\rho = 0,13$ és $\rho = 0,13$), és az általános családi kötődéssel ($\rho = 0,18$), valamint negatív kapcsolatban áll az anyai ($\rho = -0,12$) és apai ($\rho = -0,16$) abúzzal, az anyai ($\rho = -0,11$) és apai ($\rho = -0,12$) túlvédéssel, valamint az apai korlátozással ($\rho = -0,11$).

2. táblázat. Az empátia alskálák, a Szülői bánásmód alskálák és a Családi kapcsolatok faktorai közti Spearman rho rangkorrelációk *:p<0,05, **: p<0,01

	IRI Empati- kus törődés	IRI Szem- pont váltás	IRI Fantázia	IRI Distressz	EQ	
PBI	Anyai törődés	0,083**	0,039	0,040	-0,112**	0,133**
	Apai törődés	0,094**	0,079**	-0,037	-0,110**	0,134**
	Anyai túlvédés	-0,075**	-0,080**	-0,001	0,150**	-0,105**
	Apai túlvédés	-0,070*	-0,085**	-0,044	0,110**	-0,118**
	Anyai korlátozás	-0,027	-0,072**	-0,025	0,136**	-0,075**
	Apai korlátozás	-0,046	-0,106**	-0,064*	0,070*	-0,105**
FRQ	Anyai bátorítás	0,024	0,004	0,141**	0,045	-0,016
	Apai bátorítás	0,030	0,029	0,068*	0,019	0,006
	Anyai abúzus	-0,049	-0,044	0,049	0,106**	-0,118**
	Apai abúzus	-0,089**	-0,089**	0,039	0,079**	-0,163**
	Anyai szabadság	0,061*	0,082**	0,018	-0,148**	0,076**
	Apai szabadság	0,074**	0,120**	0,049	-0,101**	0,094**
	Ált. kötődés	0,156**	0,073**	0,011	-0,100**	0,177**
	Anyai dominancia	-0,024	-0,028	0,049	0,106**	-0,060*
Apai dominancia	-0,024	-0,055*	0,028	0,095**	-0,095**	

A kérdésben fontos lehet a nemek szerepe, hiszen más hatású, ha azonos nemű szülő hat valakire, mint ha ellenkező nemű. Például más, ha egy lányt túlzottan óv az apja, mintha az anyja óvná vagy ha egy fiúgyermeket véd túlzottan az anyja attól, ha az apja tenné ugyanezt. Éppen ezért a korrelációs vizsgálatokat nemekre bontva is megcsináltuk.

A 3. táblázatban az IRI skála alsókálái és a Baron-Cohen féle empátiás kvóciens és a szülői bánásmód kérdőív alsókálái valamint a családi kapcsolatok faktorai közti korrelációs értékek látszanak nők körében.

Az empátikus törődés a teljes mintán az általános kötődéssel mutatta a legszignifikánsabb kapcsolatot, nőknél is ($\rho = 0,12$). A fantázia a nőknél is mindössze a szülői bátorítással, azon belül is inkább az anyai bátorítással ($\rho = 0,16$) mutat kapcsolatot.

A 0,10 feletti rho értékeket tanulmányozva megállapítható, hogy gyenge kapcsolat mutatható ki az empátiás distressz és az anyai túlvédés ($\rho = 0,14$), az anyai korlátozás ($\rho = 0,13$) és anyai abúzus ($\rho = 0,12$) és anyai dominancia ($\rho = 0,12$) között, valamint negatív kapcsolat az anyai szabadság adás ($\rho = -0,14$) között.

3. táblázat. Az empátia alszkálák, a Szülői bánásmód alszkálák és a Családi kapcsolatok faktorai közti korrelációk nők esetében *:p<0,05, **: p<0,01

	IRI Empati- kus törődés	IRI Szem- pont váltás	IRI Fantázia	IRI Distressz	EQ	
	Anyai törődés	0,097**	0,042	0,050	-0,101**	0,132**
	Apai törődés	0,065*	0,036	-0,040	-0,117**	0,106**
PBI	Anyai túlvédés	-0,055	-0,069*	-0,002	0,142**	-0,084**
	Apai túlvédés	-0,051	-0,073*	-0,061	0,093**	-0,102**
	Anyai korlátozás	-0,026	-0,050	-0,024	0,126**	-0,067*
	Apai korlátozás	-0,028	-0,068*	-0,059	0,049	-0,088**
	Anyai bátorítás	0,040	0,024	0,161**	0,056	-0,017
	Apai bátorítás	0,007	0,011	0,069*	0,012	-0,006
FRQ	Anyai abúzus	-0,035	-0,029	0,046	0,118**	-0,106**
	Apai abúzus	-0,028	-0,023	0,054	0,102**	-0,115**
	Anyai szabadság	0,061	0,066*	0,019	-0,144**	0,081*
	Apai szabadság	0,058	,085**	0,056	-0,077*	0,096**
	Ált.kötődés	0,121**	0,030	0,003	-0,112**	0,135**
	Anyai dominancia	-0,032	-0,045	0,036	0,120**	-0,084**
	Apai dominancia	0,013	-0,005	0,035	0,067*	-0,049

Az empátia kvóciens az általános kötődéssel ($\rho = -0,14$) és az anyai törődéssel ($\rho = -0,13$) áll gyenge szignifikáns kapcsolatban. Mindössze egy apai változóval, az apai törődéssel mutat az empátiás distressz szignifikáns, gyenge negatív kapcsolatot ($\rho = -0,117$).

A férfiak esetében már 0,2 feletti ρ értékekkel rendelkező szignifikáns kapcsolatok is kimutathatók a különböző empátia alszkálák és a szülői változók között. A legerősebb összefüggések az alábbi esetekben rajzolódtak ki. Szignifikáns pozitív kapcsolatban áll az IRI szempontváltás alszkálája az apai szabadságadással ($\rho = 0,23$), míg negatív kapcsolatban áll az apai korlátozással ($\rho = -0,23$) és az apai bántalmazással ($\rho = -0,21$). Az empátiás distressz az anyai túlvédéssel ($\rho = 0,24$ és apai dominanciával ($\rho = 0,26$) pozitív, az apai szabadságadással ($\rho = -0,20$) negatív kapcsolatot mutatott. Az EQ az általános kötődéssel is mutatta a legerősebb kapcsolatot ($\rho = 0,20$).

A 4. táblázaton látható az empátia alszkálák, a Szülői bánásmód alszkálák és a Családi kapcsolatok faktorai közti korrelációk.

4. táblázat. Az empátia alskálák, a Szülői bánásmód alskálák és a Családi kapcsolatok faktorai közti korrelációk férfiak esetében *: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$.

	IRI Empati- kus törődés	IRI Szem- pont váltás	IRI Fantázia	IRI Distressz	EQ	
	Anyai törődés	0,047	0,030	0,015	-0,149**	0,175**
	Apai törődés	0,124*	0,184**	-0,096	-0,168**	0,149**
PBI	Anyai túlvédés	-0,063	-0,085	0,071	0,242**	-0,121*
	Apai túlvédés	-0,117*	-0,118*	0,039	0,194**	-0,160**
	Anyai korlátozás	-0,060	-0,156**	-0,044	0,155**	-0,140*
	Apai korlátozás	-0,091	-0,225**	-0,068	0,160**	-0,147**
	Anyai bátorítás	-0,038	-0,061	0,090	0,014	-0,026
	Apai bátorítás	0,089	0,080	0,057	0,035	0,011
	Anyai abúzus	-0,040	-0,066	0,103	0,125*	-0,136*
	Apai abúzus	-0,122*	-0,206**	0,125*	0,157**	-0,141*
FRQ	Anyai szabadság	0,095	0,157**	0,041	-0,139*	0,119*
	Apai szabadság	0,101	0,226**	0,002	-0,200**	0,068
	Ált.kötődés	0,139*	0,153**	-0,049	-0,186**	0,200**
	Anyai dominancia	0,001	0,026	0,096	0,082	-0,015
	Apai dominancia	-0,060	-0,165**	0,072	0,258**	-0,162**

Férfiak esetében az empátikus törődés és bizonyos apai hatások között is kimutatható volt gyenge szignifikáns kapcsolat. Az apai törődés ($\rho = 0,12$), az apai túlvédés ($\rho = -0,12$), az apai abúzus ($\rho = -0,20$) és az általános kötődés ($\rho = 0,14$) hozható kapcsolatba az empátiás törődéssel, míg az anyai hatásokkal nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat.

A szempontváltás képessége esetén erősebb apai hatásokról beszélhetünk. Az anyai hatásokkal való szignifikáns kapcsolatot azokban az esetekben sikerült kimutatni, ahol az apával való kapcsolat 0,2 feletti ρ értékkel volt jellemezhető (szabadságadás, illetve korlátozás). Ezen kívül szignifikáns kapcsolatokat találtuk a szempontváltás képessége és az apai abúzus ($\rho = -0,21$), az apai törődés ($\rho = 0,18$), az apai túlvédés ($\rho = -0,12$), az apai dominancia ($\rho = -0,17$) és az általános kötődés ($\rho = 0,15$) között.

Az IRI fantázia alskála és a gyermekkori hatások kapcsolata közül csak az apai abúzus és a fantázia alskála között mutatható ki gyenge pozitív kapcsolat ($\rho = 0,13$).

Az empátiás distressz vonatkozásában apai és anyai hatások is kimutathatók. A PBI összes alskálájával szignifikáns kapcsolat mutatható ki, az anyai túlvédéssel ($\rho = 0,24$), és apai túlvédéssel ($\rho = 0,19$), az anyai ($\rho = 0,16$)

és apai korlátozással ($\rho = 0,16$), az anyai ($\rho = -0,15$) és apai törődéssel ($\rho = -0,17$). Az FRQ faktorai közül gyenge szignifikáns kapcsolat mutatható ki az anyai ($\rho = 0,13$) és apai ($\rho = 0,16$) abúzzsal, az anyai szabadságadással ($\rho = -0,14$) az általános kötődéssel ($\rho = -0,19$), és valamivel erősebb szignifikáns kapcsolatban mutatható ki apai dominanciával ($\rho = 0,26$) és az az apai szabadságadással ($\rho = -0,20$)

Az Empátia Kvóciens az általános családi kötődéssel áll a legerősebb szinten kapcsolatban ($\rho = 0,20$), s ezen kívül a PBI összes alskálájával és a FRQ abúzus, szabadságadás és dominancia alskáláival gyenge szignifikáns kapcsolat mutatható ki. Ezek rendre: Anyai ($\rho = 0,18$) és apai támogatás ($\rho = 0,15$), anyai ($\rho = -0,12$) és apai túlvás ($\rho = -0,16$), anyai ($\rho = -0,14$) és apai ($\rho = -0,15$) korlátozás, anyai ($\rho = -0,14$) és apai ($\rho = -0,14$) abúzus, anyai szabadságadás ($\rho = 0,12$) és apai dominancia ($\rho = -0,16$).

Az eredmények alapján:

1. hipotézisünket igazoltuk, számos szignifikáns kapcsolatot találtunk a felnőttkori empátia és a felnőttkorban a gyerekkora történő visszaemlékezés alapján leírt szülői nevelési változók között. Ugyanakkor a kapcsolatok erőssége gyenge volt.

2. hipotézisünket részben sikerült igazolni: az EQ szignifikáns kapcsolatban áll a szülői törődéssel. Továbbá nőknél az empátiás törődés gyenge szignifikáns kapcsolatban állt a szülői törődéssel, férfiaknál pedig az apai törődéssel mutatott gyenge kapcsolatot. A szempontváltás képessége férfiak esetében mutatott gyenge kapcsolatot az apai törődéssel.

A 3. hipotézis igazolódott, hiszen az empátiás distressz mind a férfiaknál, mind a nőknél szignifikáns kapcsolatot mutatott az anyai és az apai túlvédéssel. Mindkét esetben az anyai túlvédéssel mutatkozott erősebb kapcsolat.

Az 4. hipotézis is részben igazolódott be, bizonyos alskálák esetén jött ki szignifikáns kapcsolat. Férfiak esetében a szülői korlátozás a szempontváltással és az EQ-val, az apai abúzus pedig az empátiás törődéssel, a szempontváltással és az EQ-val áll negatív kapcsolatban. Nők esetében az anyai korlátozás és a szülői abúzus az empátiás distresszrel állt kapcsolatban.

A 5. hipotézis is részben beigazolódott, hiszen férfiaknál az apai hatások és a szempontváltás között szignifikáns kapcsolat volt található, míg nőknél ez a kapcsolat nem lett szignifikáns. Az affektív empátia azonban mindkét nem esetében mutatott szignifikáns kapcsolatot a szülői változókkal.

KONKLÚZIÓ, KITEKINTÉS

Vizsgálatunk korlátai közé tartozik a széles életkori megoszlás, a nem kiegyenlített nemi eloszlás és a felsőoktatáshoz közel állók túlsúlya. Fontos hangsúlyozni, hogy a vizsgálat felnőttekkel történt, akik a gyermekkorukra visszaemlékezve töltötték ki a szülői hatásokat mérő skálákat, így azok nem objektívak, hanem inkább az ő emlékeiket tükrözik. Ráadásul az életkor növekedésével már empátiára ható tényezők is megjelentek (Davis és Franzoi, 1991; Sze és mtsai, 2012), melyek a szülői hatások szerepét arányaiban csökkentheti.

Ezzel együtt elgondolkodtató és megfontolandó eredmények születtek, melyek főként az apákkal kapcsolatos narratívák fontosságát emelik ki.

Érdekes lenne követéses vizsgálatban megnézni az empátia és a narratíva változását, hogy vajon melyik hatás erősebb: a tényleges szülői hatások vagy annak narratívája.

BIBLIOGRÁFIA

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. In: *Advances in the study of behavior*, Academic Press, 9, 1-51.
- Allen, J. G., Fonagy, P., Bateman, A. W. (2011): *Mentalizáció a klinikai gyakorlatban*. Budapest: Lél-ekben Otthon.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469–480. doi:10.1037/0003-066x.55.5.469
- Arzeen, S., Riaz, M. N., & Hassan, B. (2012). Perception of Parental Acceptance and Rejection in Emotionally Emphatic and Non-Emphatic Adolescents. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 10, 60-69.
- Asghari, M. S., & Besharat, M. A. (2011). The relation of perceived parenting with emotional intelligence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 30., 231-235. doi:10.1016/j.sbspro.2011.10.046
- Backer-Fulghum, L. M., Patock-Peckham, J. A., King, K. M., Roufa, L., & Hagen, L. (2012). The stress-response dampening hypothesis: How self-esteem and stress act as mechanisms between negative parental bonds and alcohol-related problems in emerging adulthood. *Addictive Behaviors*, 37(4), 477–484.
- Baron-Cohen, S. (2006). *Elemi különbség: Férfiak, nők és a szélsőséges férfiagy*. Ford. Ivády Rozália. Budapest, Osiris kiadó.)
- Baumrind, D. (1971) Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monographs*, 4, (1/2), 1-103.
- Baumrind, D. (1980) New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-652.
- Bowlby, J. (1999). *Attachment and loss* (2nd ed). New York, Basic Books.
- Buda, B. (1978). *Az empátia- a beleélés lélektana*. Budapest, Gondolat, 31-32.
- Britton, P. C., & Fuendeling, J. M. (2005). The Relations Among Varieties of Adult Attachment and the Components of Empathy. *The Journal of Social Psychology*, 145(5), 519–530.

- Carlson, L., & Grossbart, S. (1988). Parental Style and Consumer Socialization of Children. *Journal of Consumer Research*, 15 (1), 77–94.
- Chase-Lansdale P. L., Cherlin A. J., Kiernan KE. (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective. *Child Development*, 66(6):1614–1634.
- Chen L., Xu K., Fu L., Xu S., Gao Q., Wang W. (2015). Development of a structure-validated Family Relationship Questionnaire (FRQ) with Chinese University students. *Bulletin of the Menninger Clinic* 79, 232-254.
- Cicchetti, D., & Cohen, D. J. (Eds.) (2006). *Developmental Psychopathology. Volume One: Theory and Method; Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Cotton, K. (1992). *Developing empathy in children and youth*. Northwest Regional Educational Laboratory.
- Cramer, D., & Jowett, S. (2010). Perceived empathy, accurate empathy and relationship satisfaction in heterosexual couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 327–349. doi:10.1177/0265407509348384
- Davis, M. (1980). A Multidimensional Approach to Individual Differences in Empathy. *JSAS Catalog Sel. Doc. Psychol*, 10, 85-90.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126.
- Davis, M. H., & Oathout, H. A. (1987). Maintenance of satisfaction in romantic relationships: Empathy and relational competence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 397–410. doi:10.1037/0022-3514.53.2.397
- Davis, M. H., & Franzoi, S. L. (1991). Stability and change in adolescent self-consciousness and empathy. *Journal of Research in Personality*, 25, 70–87. doi:10.1016/0092-6566(91)90006-C
- Farrant, B. M., Devine, T. A. J., Maybery, M. T., & Fletcher, J. (2012). Empathy, Perspective Taking and Prosocial Behaviour: The Importance of Parenting Practices. *Infant and Child Development*, 21(2), 175–188.
- Fraiberg S. (2014). *A varázsos Évek, démonok a gyerekszobában*. Budapest: Park Kiadó
- Frith, C. D., Frith, U. (2006): The neural basis of mentalizing. *Neuron*, 50, 531–534.
- George, N., Shanbhag, D. N., George, M., Shaju, A. C., Johnson, R. C., Mathew, P. T., Goud, R. (2017). A study of emotional intelligence and perceived parenting styles among adolescents in a rural area in Karnataka. *Journal of family medicine and primary care*, 6(4), 848–852.
- Greenberg, D. M., Baron-Cohen, S., Rosenberg, N., Fonagy, P., Rentfrow, P., J. (2018). Elevated empathy in adults following childhood trauma. *PLOS ONE*, 13(10): e0203886. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203886>
- 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.
- Jensen, L., Peery, C., Adams, G., & Gaynard, L. (1981). Maternal Behavior and the Development of Empathy in Preschool Children. *Psychological Reports*, 48(3), 879–884.
- Jokela, M., Kivimaki, M., Elovainio, M., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2009). Personality and having children: A two-way relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 218–230. doi: 10.1037/a0014058

- Kerr, M. H., Beck, K., Shattuck, T. D., Kattar, C., Uriburu, D. (2003). Family involvement, problem and prosocial behavior outcomes of Latino youth. *American Journal of Health Behavior*, 27(Suppl. 1 (1)), 55–65.
- Kestenbaum, R., Farber, E. A., & Sroufe, L. A. (1989). Individual differences in empathy among preschoolers: Relation to attachment history. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 44, 51–64.
- Koestner, R., Franz, C., & Weinberger, J. (1990). The Family Origins of Empathic Concern: A 26-Year Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 709–717.
- Kövesdi, A. (2019). A reziliencia fejlesztése a testi tudatossággal. in: Fehér, Kövesdi, Szemerey (szerk). *Testlépek a gyógyításban*. Budapest, L'Harmattan.
- Kövesdi, A. (2017). Reziliencia a serdülőkorú anorexiában. Phd Értekezés, Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar.
- Kulcsár, Zs. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó. 11–29.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, A. S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, 34(5), 911–920.
- Lindsey, E. W., Colwell, M. J., Frabutt, J. M., Chambers, J. C., & MacKinnon-Lewis, C. (2008). Mother-child dyadic synchrony in European American and African American families during early adolescence: Relations with self-esteem and prosocial behavior. *Merrill-Palmer Quarterly*, 54(3), 289–315.
- W.W., & Costa, P. T. (2009). Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in five-factor model personality traits in an urban sample. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 53–59. doi:10.1002/jts.20385
- Lyons, M. T., Brewer, G., & Bethell, E. J. (2017). Sex-Specific Effect of Recalled Parenting on Affective and Cognitive Empathy in Adulthood. *Current psychology*, 36(2), 236–241.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. 121–160. Chicago: University of Chicago Press.
- Meesters, C., Muris, P., Hoefnagels, C., & van Gemert, M. (2007). Social and family correlates of eating problems and muscle preoccupation in young adolescents. *Eating Behaviors*, 8(1), 83–90.
- Mesurado, B., & Richaud, M. C. (2017). The relationship between parental variables, empathy and prosocial-flow with prosocial behavior toward strangers, friends, and family. *Journal of Happiness Studies: An Interdisciplinary Forum on Subjective Well-Being*, 18(3), 843–860.
- Miklikowska, M., Duriez, B., & Soenens, B. (2011). Family roots of empathy-related characteristics: The role of perceived maternal and paternal need support in adolescence. *Developmental Psychology*, 47(5), 1342–1352.
- Parker, G., Tupling, H., & Brown, L. B. (1979). A Parental Bonding Instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 52(1), 1–10.
- Parlar, M., Frewen, P., Nazarov, A., Oremus, C., MacQueen, G., Lanius, R., & McKinnon, M. C. (2014). Alterations in empathic responding among women with posttraumatic stress disorder associated with childhood trauma. *Brain and behavior*, 4(3), 381–389.
- Pratt, M. W., Skoe, E. E., & Arnold, M. L. (2004). Care reasoning development and family socialisation patterns in later adolescence: A longitudinal analysis. *International Journal of Behavioral Development*, 28(2), 139–147.

- Rogers, C. R. (1959). *A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework* (Vol. 3). New York, McGraw-Hill.
- Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). Parental Acceptance-Rejection: Theory, Methods, Cross-Cultural Evidence, and Implications. *Ethos*, 33(3), 299-334.
- Sears, R. R., Maccoby, E. E., Levin, H. (1957) *Patterns of child rearing*. Evanston, Row Peterson.
- Shafarat, A., Zubair, A. (2013). Perceived Parental Attachment and Emotional Empathy among Adolescents. *FWU Journal of Social Sciences*, 7(1), 6-14.
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011): The neural bases for empathy. *Neuroscientist*, 17(1):18–24.
- Sze, J. A., Gyurak, A., Goodkind, M. S., & Levenson, R. W. (2012). Greater emotional empathy and prosocial behavior in late life. *Emotion*, 12, 1129–1140. doi:10.1037/a0025011
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). „ Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence”. *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Tóth I., & Gervai J. (1999). Szülői Bánásmód Kérdőív (H-PBI). A Parental Bonding Instrument (PBI) magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 54(4), 551–566.
- Wagers, K. B., & Kiel, E. J. (2019). The influence of parenting and temperament on empathy development in toddlers. *Journal of Family Psychology*, 33(4), 391–400.
- Werner, E. E. & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, New York, Cornell University Press.
- Yu, R., Wang, Z., Qian, F., Jang, K. L., Livesley, W. J., Paris, J., Wang, W. (2007). Perceived parenting styles and disordered personality traits in adolescent and adult students and in personality disordered patients. *Social Behavior and Personality*, 35, 587–598.

EGÉSZSÉG- ÉS RIZIKÓMAGATARTÁSOK ÖSSZEFÜGGÉSEI BIOLÓGIAI SZINTŰ TERMÉKENY- SÉGI MUTATÓKKAL, FÉRFIAK KÖRÉBEN¹

SMOHAI Máté, OSVÁTH Péter, MÉSZÁROS Veronika, KOVÁCS Dóra,
TANYI Zsuzsanna, JAKUBOVITS Edit, PÉCZKA Anita, KÖVI Zsuzsanna
Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar,
Általános Lélektani és Módszertani Tanszék

Absztrakt

Bevezetés: A kutatások azt mutatják, hogy míg nőknél elsősorban egészségügyi problémák a meddőség fő kiváltói, addig a férfiaknál az elsődleges kockázati tényező az életmód (KSH, 2015). Jelen tanulmány célja feltárni bizonyos egészség- és rizikómagatartások összefüggéseit biológiai szintű termékenységmutatókkal, férfiak körében. Hipotéziseink szerint a sporttevékenység pozitív irányban, az alkohol- és dohányfogyasztás, valamint a BMI index negatív irányban kapcsolódik a biológiai szintű termékenységi mutatókhoz.

Módszertan: A vizsgálatban 129 felnőtt férfi vett részt, hozzáférés alapú mintavétellel. Keresztmetszeti módon kerültek felvételre az egészség- és rizikómagatartások tényezői (orvosi anamnézisben és szociodemográfiai kérdőívben), valamint maga az andrológiai vizsgálaton belüli férfi termékenységmutatók: spermiumkoncentráció, spermiumszám, progresszív motilitás, nem progresszív motilitás, motilitás, normál morfológia és vitalitás. Az adatok elemzése korrelációs és független mintás egyszempontos varianciaanalízis elemzésekkel történt.

Eredmények: A végrehajtott korrelációelemzések a hipotéziseinknek megfelelő irányú korrelációkat eredményeztek, azonban ezek közül mindössze a BMI index és a sportolással töltött napok száma áll szignifikáns kapcsolatban bizonyos termékenységi mutatókkal. A varianciaanalízisek alapján ugyanez mondható el azzal a kiegészítéssel, hogy a nem sportolók szignifikánsan alul maradtak a legalább minimális mennyiségben sportolókhoz képest spermiumszámot illetően. A sportolók csoportján belül viszont a hetente 2-5 órát sportolók spermium motilitása volt szignifikánsan magasabb a keveset (heti 0-2 órát) sportolóknál.

Következtetések: A meglepően kevés mennyiségű szignifikáns eredmény arra utal, hogy önmagában az egészséges életmód a termékenységi mutatók varianciájának igen kis százalékát magyarázza.

Kulcsszavak: termékenység ▪ meddőség ▪ spermium ▪ sport ▪ BMI ▪ alkohol ▪ dohányzás

Abstract

Correlations among healthy lifestyle and andrological factors amongst men

Introduction: Researches show that health problems are the principal risk factor for infertility among women, and lifestyle issues among men (KSH, 2015). The aim of this study was to explore the relationships between health- and risk behavior patterns and

¹ A szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást és a tanulmány megírását a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

biological fertility variables, among men. According to our hypotheses the sport relates positively to fertility, but the Body Mass Index (BMI), the consumption of alcohol and tobacco relates negatively to biological fertility variables.

Methodology: The convenience sample consisted of 129 adult men. The following variables were assessed: health- and risk behavior patterns, and sperm concentration, quantity, progressive motility, non-progressive motility, motility, normal morphology and vitality through a detailed medical andrological examination. Data were analysed by correlations, group comparisons (Mann-Whitney and ANOVA) using IBM SPSS 25 software package.

Results: The found correlations were in concordance with our hypotheses, yet only the BMI and sporting activity yielded some significant ones. The ANOVA's brought similar results with the addition of significant difference in sperm quantity between sporting and non-sporting participants. In the group of sporting participants we found significant difference in sperm motility among those who sport 2-5 hours weekly and those who sport less time.

Conclusions: The little amount of significant results suggests that the healthy lifestyle alone explains very little variance of fertility variables.

Keywords: fertility ▪ infertility ▪ sperm ▪ sport ▪ BMI ▪ alcohol ▪ tobacco

ELMÉLETI HÁTTÉR

Egy egyetemistákon végzett kutatás (Lampic, Svanberg, Karlström és Tydén, 2006) szerint a megkérdezett nők 96%-a és a férfiak 97%-a szeretne gyermeket vállalni az életük során valamikor. A meddőség ezzel szemben bizonyos becslések szerint (Boivin, Bunting, Collins és Nygren, 2007) körülbelül a népesség 9%-át, azaz 72,4 millió párt érint. Magyarországon 2014-ben a lakosság körülbelül 24%-a küzdött termékenységi problémával, de folyamatosan nő azoknak a száma, akik ilyen jellegű nehézségekkel keresik fel orvosukat a Központi Statisztikai Hivatal (KSH, 2015) adatai alapján. A tapasztalatok azt mutatják, hogy csupán az esetek 40%-ban állnak fent fogantatást gátló tényezők kizárólag a nőknél, 40%-ban a férfiaknál, 20%-ban pedig a pár mindkét tagjánál (KSH, 2015). A reprodukciós nehézségek elterjedtsége és az orvosi segítségben részesülők alacsony aránya (Boivin és munkatársai, 2007) is indokoltá teszi a folyamatban felmerülő minél szélesebb körben vizsgált tényezők feltárását, melyek a meddőség kialakulásában, fenntartásában vagy akár a segítségkérésben is szerepet játszhatnak.

A terméketlenséggel kapcsolatos kutatások azt mutatják, hogy míg nőknél elsősorban egészségügyi problémák a meddőség fő kiváltói, addig a férfiaknál az elsődleges kockázati tényező az életmód (KSH, 2015). A meddőség ezenfelül többféle szemléletben közelíthető meg. A napjainkban leginkább elterjedt bio-pszicho-szociális szemlélet (Gerrity, 2001) a terméketlenség biológiai, pszichés és szociális tényezőire egyaránt hangsúlyt fektet az organikus, fiziológiai okokon túl, mely az orvosi szemléletben dominál.

Az egyik legbehatóbban vizsgált terület a termékenység kontra meddőség

témakörben a túlsúly. Több férfiakon végzett kutatás is arra az eredményre jutott, hogy a túlsúly a termékenység romlásával jár és infertilitást eredményezhet (Håkonsen és mtsi, 2011; Nguyen, Wilcox, Skjærven és Baird, 2007; Sallmén, Sandler, Hoppin, Blair és Baird, 2006). Sallmén és munkatársai (2006) azt találták kutatásukban, hogy az átlagosnál 3 egységgel nagyobb testtömegindexű férfiak csoportjában, kortól függetlenül, nagyobb volt a meddők aránya. Håkonsen és munkatársai (2011) kórosan elhízott férfiakat (BMI>33) követtek végig a 14 hetes testsúlycsökkentő programjuk során és arra a megállapításra jutottak, hogy a testsúly csökkenése a reprodukív hormonális profil és a spermaminőség javulását eredményezheti, bár kérdéses, hogy a javulás valóban a testtömegindex csökkenésének vagy az életmódbeli változtatásoknak volt-e az eredménye. A BMI index és a spermium minőségi, valamint mennyiségi adatok között összefüggés azonban nem mutatkozott szignifikánsnak Eisenberg és munkatársai (2014) Amerikai Egyesült Államokban készült vizsgálatában. Ez alapján az obezitás összefügg a spermák alacsony számával és koncentrációjával. Mégis úgy tűnik, hogy a testmozgás egyrészt az obezitás csökkentése révén, másrészt a stresszredukció által is pozitív hatással lehet a férfiak spermaértékére (Nagy & Perczel, 2015). Lalinde-Acevedo és munkatársai (2017) kutatásukban arra az eredményre jutottak, hogy a fizikai aktivitást végző férfiak sperma motilitási paraméterei jobbnak bizonyultak a testmozgást nem végző társaikéhoz képest. Több más paramétert illetően azonban nem bizonyultak szignifikánsnak az eltérések. Wise, Cramer, Hornstein, Ashby és Missmer (2011) egyáltalán nem találtak összefüggést a testmozgás és a spermaminőség között, sőt heti öt vagy több alkalom kerékpározás esetében alacsonyabb spermakonzentráció mutatkozott.

A spermaminőség szempontjából relevánsnak bizonyult a táplálkozás is. Mendiola és munkatársai (2008) eredményei szerint a termékenység szempontjából negatívan hathat a magas zsírtartalmú hús- és tejtermékek fogyasztása, míg néhány, antioxidánsban és tápanyagokban gazdag zöldség és gyümölcs hozzájárulhat a sperma minőségének megőrzéséhez vagy akár javulásához is.

Továbbá kockázati tényezőnek mutatkozott a termékenység szempontjából az alkoholfogyasztás és a dohányzás is. A dohányzás negatív hatással van a spermák mozgékonyására és alakjára is (Gaur, Talekar, Pathak, 2010). Rehman & mtsai (2019) 398 pakisztáni férfi vizsgálata során azt találták, hogy a dohányzók körében a nemi hormonok (pl. tesztoszteron) szintje, valamint spermiumokkal kapcsolatos termékenységi mutatók is alulmaradtak a nemdohányzókhoz képest. Boeri és munkatársai (2019) kutatásukban azt találták, hogy akik nagymértékben fogyasztottak alkoholt vagy dohányoztak, azok rosszabb spermamutatókkal rendelkeztek a mérsékelt alkoholt fogyasztókhoz és dohányzókhoz, illetve az absztinensekhez képest. Ezzel ellentétben áll egy olasz termékenységi klinikán végzett kutatás eredménye, amely szerint tanulmányban pozitív összefüggés áll fenn az alkoholfogyasztás és a spermium minőségi mutatók között, maximum 7 egység / hét mennyiségű alkoholfogyasztás esetén (Ricci & mtsai,

2018). Tehát az alkoholfogyasztás termékenységre gyakorolt hatásáról megoszoló eredmények és kutatások vannak, azonban viszonylagos konszenzus alakult ki a nagymértékű alkoholfogyasztás a spermákra gyakorolt káros hatására vonatkozóan (Yao & Mills, 2016). A tisztánlátás, és a konszenzus irányába hat Bai és munkatársai (2020) eredménye is, amely szerint az elsődlegesen terméketlen férfiak körében (akiknek még sosem fogant gyermekük, pedig legalább egy éven át próbálkoztak) nem függenek össze a spermamutatók az alkoholfogyasztás mértékével, azonban a másodlagosan terméketlenek körében (akiknek már fogant gyermekük az életük során, csak az elmúlt évben nem sikerült) kimutatták, hogy a nagy mennyiségben való alkoholfogyasztás komoly rizikófaktort jelent a biológiai spermamutatókra nézve.

Jelen tanulmány célja feltárni az összefüggéseket bizonyos életmódváltozók és a férfi termékenységmutatók között. Termékenységmutatókat alkotják a spermiumkoncentráció a spermiumszám, a progresszív motilitás, a nem progresszív motilitás, motilitás, normál morfológia, vitalitás.

MÓDSZER

Minta

A toborzás olyan 18. életévüket betöltött férfiakra terjed ki, akik terméketlenségi panasszal andrológiai vizsgálatra jelentkeztek a Debreceni Egyetem, Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Urológiai és Andrológiai Osztályán. A minta így 102 főből tevődött össze, az átlagéletkor 33,44 év ($\pm 6,5$) volt.

Eszközök

Az eredeti vizsgálatban a következő mérőeszközök szerepeltek: Rövid szenzoros élménykeresés kérdőív (Stephenson és mtsai., 2003; Mayer, Lukács, Pauler, 2012), Buss Perry Rövid Agresszió kérdőív (Webster és mtsai., 2014), Munka-Család Konfliktus Kérdőív (Blanch és Aluja, 2009), Rövid 5 faktoros személyiség (Rammstedt és John, 2007), Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív (Rózsa és mtsai., 2005), Házastársi stressz (Orth-Gomer és Chesney, 1997; adaptálta: Balog, Székely, Szabó és Kopp, 2006), Vitális kimerültség (Kopp, Falger, Appels és Szedmák, 1998; Falger és Schouten, 1992), Észlelt Stressz Kérdőív (Stauder és Konkoly-Thege, 2006), Connor-Davidson Reziliencia (Vaishnevi, Connor és Davidson, 2007), Rosenberg Önértékelés skála (Rosenberg, 1965; adaptálta Rózsa és Komlósi, 2014), Egészségmagatartás (KSH, 2014), Kronotípus (Adan, Almirall, Home és Östberg, 1991, adaptálta: Urbán, Magyaródi

és Rigó, 2011), Mentális Egészség Teszt (Oláh, Nagy, Magyaró, Török és Vargha, 2018), Szelf transzcendencia skála a temperamentum és karakter kérdőívből (Cloninger, Przybeck, Scracic és Wetzel, 1994).

A jelen tanulmány a felsorolt mérőeszközökkel kapott adatoknak csak töredékét tartalmazza, abból a megfontolásból, hogy a későbbiekben egy átfogóbb tanulmány ölelje át a teljes tesztcsomagot és adjon szélesebb körű eredményeket. A következőkben tehát a következő kérdések és kérdőívekkel kapott adatok kerülnek elemzésre. Szociodemográfiai kérdőív (életkor, iskolai végzettség, sportolási szokások), orvosi anamnézis (dohányzás, alkohol, BMI index) és andrológiai vizsgálat (spermiumkoncentráció, spermiumszám, progresszív motilitás, nem progresszív motilitás, motilitás, normál morfológia, vitalitás).

Eljárás

A vizsgálat etikai engedélyeztetése (ETT TUKEB 57231, 2018/EKU) után a személyek toborzása andrológiai vizsgálatra várók körében történt a Debreceni Egyetem, Kenézy Gyula Egyetemi Kórház, Urológiai és Andrológiai Osztályán. A kérdőívcsomag kitöltése előtt, önkéntes alapon, írásos beleegyező nyilatkozattal egy 10 perces kérdéssort töltöttek ki a vizsgálatra várók papír alapon. A vizsgálatban történő részvétel önkéntes volt és bármikor megszakítható. A vizsgálatban résztvevők elfogadták, hogy nem kapnak visszajelzést az eredményeikről.

A vizsgálati személy a kitöltés után az anonimitását megőrizve a kérdőívcsomagot egy üres borítékba zárva adta oda az asszisztensnek vagy orvosnak. A toborzást és egyben adatfelvételt végző asszisztens vagy orvos ügyelt arra, hogy senki se láthassa a kitöltött kérdőívet az adatfelvétel és az adatrögzítés között. Egy borítékra írt kód biztosította azt, hogy a biológiai mérések és a pszichológiai tesztkitöltés adatai összeköthetőek legyenek. Ily módon az adatrögzítő személy neveket már nem látott, csak kódokat. Ezáltal az anonimitás végig biztosított volt. Az andrológiai vizsgálatot végző orvos a lezárt, felbontatlan borítékokat és az andrológiai vizsgálati eredményeket (név nélkül, ugyanazzal a kóddal ellátva) adja át a KRE Pszichológiai Intézet valamely kutatójának.

Az adatok elemzése az IBM SPSS 25 szoftvercsomaggal történt, korrelációs és független mintás egyszempontos varianciaanalízis elemzésekkel. A normalitás sérülése miatt Spearman-féle rangkorrelációk és robusztus varianciaanalízisek kerültek végrehajtásra.

Hipotéziseink az életmódváltozók és a termékenységi mutatók összefüggéseire irányulnak a következők szerint:

1. Hipotézis: a BMI index negatív irányú kapcsolatban áll a termékenységmutatókkal.
2. Hipotézis: a sportolás gyakorisága pozitív irányú kapcsolatban áll a termékenységmutatókkal.

3. Hipotézis: a sportolás mennyisége pozitív irányú kapcsolatban áll a termékenységmutatókkal.
4. Hipotézis: a dohányzás rendszeressége negatív irányú kapcsolatban áll a termékenységmutatókkal.
5. Hipotézis: az alkoholfogyasztás rendszeressége negatív irányú kapcsolatban áll a termékenységmutatókkal.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztikák

A vizsgálatban szereplő termékenységi mutatók leíró statisztikáit az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat. A termékenységi mutatók leíró statisztikái

	Átlag	Szórás	Minimum	Maximum
Spermium Koncentráció	19,24	18,454	0	101
Spermiumszám	70,80	78,342	0	492
Progresszív mobilitás	17,81	13,797	0	38
Nem progresszív motilitás	18,62	8,842	0	50
Motilitás	36,41	18,356	0	61
Normál morfológia	2,49	1,582	0	5
Vitalitás	63,20	19,807	0	77

Hipotézisek tesztelése

A hipotézisek tesztelése első lépésben korrelációelemzésekkel történt. A normalitás sérülése miatt Spearman-féle rangkorrelációk kerültek végrehajtásra. Az életmódváltozók és a termékenységmutatók összefüggéseit a 2. táblázat mutatja be.

2. táblázat. Az életmódváltozók és termékenységszámítók összefüggései

	BMI	Dohányzás	Alkohol fogyasz- tás	Heti sport (óra)	Sportna- pok / hét	Sportna- pok / hét (orv.)
Spermium Koncentráció	-,142	-,021	,026	,060	,054	,144
Spermiumszám	-,188*	-,030	-,011	,038	,053	,182*
Progresszív mobilitás	-,121	,000	-,157	-,007	,009	,119
Nem progresszív motilitás	-,200*	,082	,111	,122	,074	,121
Motilitás	-,132	,014	-,093	,044	,069	,135
Normál morfológia	-,127	-,051	-,056	,046	,039	,160
Vitalitás	-,064	,015	-,107	,008	,009	,137

Jelmagyarázat: * p < 0,05.

A termékenységszámítók és az életmódváltozók közötti korrelációelemzések gyenge, valamint nulla körüli kapcsolatokat tártak fel. Szignifikáns rangkorrelációk a BMI index és a spermiumszám ($r_s = -0,188$, $p = 0,035$) között, valamint a BMI index és nem progresszív motilitás között ($r_s = -0,2$, $p = 0,025$) adódtak, mindkettő gyenge erejű, negatív irányú kapcsolatot mutat. Az első hipotézis tehát részben teljesült, de legtöbb részelemzés nem szignifikáns eredményt szolgáltatott. A sportolás rendszeressége és idői mennyisége tekintetében (2. és 3. hipotézis) lefuttatott kapcsolatvizsgálatok is nulla körüli vagy gyenge összefüggést mutattak, melyek közül egyedül a sportolás gyakorisága (sportnap / hét) kapcsolódott pozitívan a spermiumszámhoz ($r_s = 0,182$, $p = 0,044$). A termékenységszámítók az életkorral nem mutattak szignifikáns összefüggéseket.

Következő lépésként kategóriákra osztott életmódváltozók mentén teszteltük a termékenységszámítók nagyságszintjét. A számos elemzést kompenzáló Bonferroni páronkénti összehasonlító módszerrel végeztük ezeket az összehasonlításokat. Az eredményeket a 3. táblázat mutatja be. A részletes rang-varianciaanalízis statisztikákat az 1. melléklet tartalmazza.

3.

3. táblázat. Kategoriális életmódváltozók szerinti csoportok összehasonlítása a termékenységmutatók tekintetében

		Spermium Koncentráció	Spermium- szám	Progresszív mobilitás	Nem prog- resszív moti- lítás	Motilitás	Normál mor- fológia	Vitalitás	N
BMI kategória	25 alatt	22,95 _a	89,67 _a	20,24 _a	21,45 _a	41,45 _a	2,79 _a	66,00 _a	42
	25-30	17,08 _a	57,92 _b	16,82 _a	17,06 _b	33,98 _{b+}	2,33 _a	61,06 _a	51
	30 felett	18,21 _a	69,06 _{b+}	16,36 _a	17,06 _{b+}	33,48 _{a,b}	2,36 _a	62,67 _a	33
	K-Wall. p	0,121	0,086	0,426	0,054	0,233	0,330	0,862	—
Sportol-e (or- vosi anamn.)	nem sportol	18,04	66,23	17,22	18,36	35,49	2,39	62,59	90
	sportol	23,55	87,79	20,85	20,27	41,27	2,94	66,12	33
	M-W. p	0,113	0,044	0,192	0,182	0,136	0,077	0,130	—
heti hány na- pot sportol	egy napot sem	19,94 _a	79,57 _a	18,50 _a	17,92 _a	36,26 _a	2,55 _a	63,14 _a	51
	1-2 napot több, mint 2 napot	15,21 _a	51,26 _a	14,15 _a	18,47 _a	32,62 _a	2,06 _a	59,82 _a	34
		21,60 _a	75,84 _a	19,91 _a	19,56 _a	39,58 _a	2,77 _a	65,93 _a	43
	K-Wall. p	0,098	0,208	0,136	0,640	0,097	0,132	0,147	—
heti hány órá- t sportol	<=,00	20,06 _a	81,15 _a	18,23 _a	17,83 _a	35,89 _{a,b}	2,54 _a	62,83 _a	48
	,01 – 2,00	15,88 _a	58,15 _a	15,03 _a	17,06 _a	32,09 _a	2,18 _a	59,76 _a	34
	2,01 – 5,00	23,38 _a	80,23 _a	21,58 _a	22,50 _a	44,27 _b	2,73 _a	67,04 _a	26
	5,01+	18,32 _a	56,84 _a	17,26 _a	18,26 _a	35,53 _{a,b}	2,68 _a	64,74 _a	19
	K-Wall. p	0,368	0,400	0,411	0,144	0,185	0,554	0,176	—
Alkohol fo- gyasztás	nem fogyaszt	18,24	70,75	19,43	18,37	37,67	2,59	63,97	76
	fogyaszt	21,29	73,08	15,89	19,45	35,49	2,42	62,85	48
	M-W. p	0,512	0,969	0,190	0,241	0,526	0,809	0,358	—
Dohányzás	nem dohányzik	20,51	74,29	17,93	18,30	36,33	2,59	62,21	70
	dohányzik	18,00	68,24	18,28	19,39	37,48	2,44	65,26	54
	M-W. p	0,815	0,743	0,998	0,364	0,874	0,571	0,867	—
Egészség1	egészségtelen	19,68	72,33	17,93	18,54	36,45	2,50	64,56	88
	egészséges	16,18	64,59	16,41	19,76	36,18	2,41	57,12	36
	M-W. p	0,460	0,735	0,886	0,531	0,991	0,897	0,767	—
Egészség2	egészségtelen	18,92	72,73	18,54	17,93	36,45	2,49	64,51	107
	egészséges	16,18	64,59	19,76	16,41	36,18	2,41	57,12	17
	M-W. p	0,970	0,332	0,663	0,500	0,893	0,794	0,726	—

Jelmagyarázat: „Egészség1” változó = Összesített egészség mutató (dohány, BMI és testmozgás változók alapján). „Egészség2” változó = Összesített egészség mutató (dohány, alkohol, BMI és testmozgás változók alapján). A különböző alsóindexek Games-Howell páronkénti összehasonlító eljárással megmutatózó csoportok közötti szignifikáns különbségeket jelzik. „+” = tendencia szintű különbség. „M-W. p” = Mann-Whitney próba által jelzett elsőfajú hiba érték. „K-Wall. p” = próba által jelzett elsőfajú hiba érték.

Az életmódváltozók szerinti csoportösszehasonlítások során szignifikáns eredményeket kaptunk a BMI index mellett sportolás szerinti csoportok vizsgálatakor. A 25 alatti BMI indexszel rendelkező személyek spermiumszáma és nem progresszív motilitás átlaga bizonyult szignifikánsan magasabbnak, mint a 25-30-as BMI-vel rendelkező személyeké. Vélhetően a kisebb csoportméret miatt csupán tendencia szinten mondhatók el ugyanezek a 25 alatti, valamint a 30 feletti BMI indexszel rendelkezőkkel való összehasonlításakor. Motilitást illetően egy fokkal gyengébbek az eredmények: tendencia szintű különbség jelent meg a 25 alatti 25-30-as BMI-vel rendelkezők között. Az orvosi anamnézis alapján sportolók spermiumszáma szignifikánsan felülmúlja a nem sportolókéét. Normál morfológia átlaggal kapcsolatban is ugyanez állapítható meg, csak nem szignifikáns, hanem tendencia szinten. A hetente 2,01-5 óra között sportolókról pedig bebizonyosodott, hogy motilitás átlaguk szignifikánsan magasabb, mint a hetente 0,1-2 órát sportolóké. Ezt az eredményt azonban fenntartással érdemes kezelni, hiszen a Kruskal-Wallis próba nem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között, csak a Games-Howell elemzés. Az összevont egészségváltozókkal kapott eredmények nem bizonyultak szignifikánsnak.

DISZKUSSZIÓ

Jelen tanulmány célja az volt, hogy feltárja az egészség- és rizikómagatartások összefüggéseit biológiai szintű termékenységmутatókkal férfiak körében. A csupán nulla közeli, valamint gyenge erejű feltárt összefüggés arra utal, hogy önmagában a sporttevékenység, az alkoholfogyasztási és dohányzási szokások a termékenységi mutatók varianciájának mindössze igen kis százalékát magyarázzák.

A vizsgált életmóddal kapcsolatos változók közül mindössze a BMI indexszel és a sportolási szokásokkal kaptunk szignifikáns eredményeket: a BMI index összefüggései férfi biológiai termékenységi mutatókkal kapott eredményeink összhangban állnak Håkonsen és mtsai (2011) eredményeivel. Továbbá a jelen vizsgálathoz jól köthető amerikai, szintén keresztmetszeti vizsgálat (Eisenberg és mtsai., 2014) is hasonló eredményre vezetett, azzal a különbséggel, hogy az ottani nagyobb minta ellenére (468 fő), jelen tanulmányunkban több szignifikáns eredmény mutatkozott meg. A mi eredményeink szerint alacsonyabb BMI indexszel átlagosan magasabb spermiumszám, valamint tendencia szinten jobb motilitás és nem progresszív motilitás járt együtt. Fontos hozzátenni mindehhez, hogy gyenge erejű eredményekről beszélünk Eisenberg és mtsai. (2014), és a mi eredményeink esetében is. Ezek a kapcsolati mutatók Cohen (2013) szerint szakmailag nem relevánsak, hiszen mindössze 10% alatti magyarázóerővel bírnak. Ide kapcsolódik még a termékenységi mutatók és az életkor kapcsolatvizsgálata, ami egyik termékenységmутatóban sem mutatott ki szignifikáns összefüggéseket annak ellenére, hogy a szakirodalom alapján a legtöbb termékeny-

ségi mutató összefüggést mutat az életkorral, például a motilitás esetében éves szinten kb. 0,17-0,8%-os csökkenéssel lehet számolni (Auger és mtsai., 1995; Fisc és mtsai., 1996; Harris és mtsai., 2011).

A sporttevékenység és férfi termékenységi mutatókat övező eddigi inkonzisztens eredményeket továbbra is egyfajta bizonytalanság övezi, ugyanis jelen vizsgálat alapján mindössze annyi körvonalazódott, hogy az orvosi anamnézis alapján (legalább minimális szinten) sportolók spermiumszáma (szignifikánsan) és normál morfológia átlaga (tendencia szinten) magasabbnak bizonyult a nem sportolókéhoz képest. Továbbá bebizonyosodott, hogy a hetente 2,01-5 óra között sportolók spermiumának motilitás átlaga magasabb, mint a hetente 0,1-2 órát sportolóké. Ezek a szignifikáns eredmények összhangban állnak Nagy és Perczel (2015) által megállapítottakkal. Fontos kiemelni, hogy a motilitást illető szignifikáns, azonban egyéb minőségi mutatókban kapott nem szignifikáns eredményeink teljes egyezést mutatnak Lalinde-Acevedo és mtsai. (2017) eredményeivel még úgy is, hogy ők lényegesen kisebb nagyságú minta adatait elemezték. Az összes többi nem szignifikáns sport-termékenység összefüggés összhangban áll Wise és mtsai (2011) kutatásával hiszen ők sem találtak ilyen jellegű szignifikáns összefüggéseket annak ellenére, hogy 2261 férfi alkotta az ő mintájukat. Ahogy az ő vizsgálatukban is a sportágakra való bontás hozott szignifikáns eredményeket, ugyanígy a jövőben érdemes ilyen irányban is gyűjteni adatokat jelen vizsgálat folytatásaként.

Az alkoholfogyasztás és dohányzás termékenységi mutatókkal való összefüggésvizsgálata nem hozott szignifikáns eredményeket, ami ellentmond a szakirodalomban fellelhető trendnek (Boeri és mtsai., 2019; Gaur, Talekar és Pathak, 2010; Rehman és mtsai., 2019; Ricci és mtsai., 2018). Ennek hátterében feltelhetőleg az áll, hogy jelen vizsgálatban az orvosi anamnéziszfelvétel keretein belül elhangzottak alkották az alkoholfogyasztási és dohányzási adatokat. Elképzelhető, hogy a jóbenyomás keltés, és az elvárásoknak való megfelelés miatt a vizsgálati személyek negatív irányba torzították beszámolóikat az alkoholfogyasztás és a dohányzási szokások tekintetében. Ezt a gondolatot vélhetően alátámasztja az, hogy a kábítószerhasználatra vonatkozó kérdésre mindössze egyetlen fő vallotta be orvosának, hogy fogyasztó.

A kutatás korlátai között első helyen szerepel az önbevallási mérési módszer mentén dohányzás és az alkoholfogyasztás valódi mértéke nem ismert, mint ahogy azt sem tudjuk, hogy aki jelentős mennyiséget sportolnak, milyen jellegű sportágat űznek, hiszen pl. a rendszeres, magas intenzitású kerékpározás nem kedvez a termékenységi mutatóknak (Wise, Cramer, Hornstein, Ashby és Missmer, 2011). Ezek a potenciális torzítások részben magyarázhatják azt, hogy rendkívül gyenge kapcsolatokat és különbségeket kaptunk eredményül, melyek közül még a szignifiánsak is a szakmai relevancia alsó határát is vitatható módon haladják meg. A biológiai változók természetesen objektívnek tekinthetők. További korlát a célpopuláció nehezen körülhatárolhatósága, hiszen mintánk

igen speciális: az összes résztvevő ugyanannak a vidéki kórháznak az andrológiai osztályán került meghívásra a vizsgálatba. Ezt a körülményesen körülhatárolhatóságot tovább növeli az, hogy a termékenység – terméketlenségi történet és súlyosság szempontból is rendkívül heterogén a minta, nem történt ezen változókra való kontroll gyakorlás (pl. elsődleges vagy másodlagos meddőség).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozunk a debreceni Kenézy Gyula Egyetemi Kórház Urológiai és Andrológiai Osztály vezetőinek és munkatársainak, hogy lehetővé tették a vizsgálat létrejöttét, a szükséges hozzájárulások megadásával, a vizsgálati személyek toborzásával és az adatok begyűjtésével. Köszönetet szeretnénk még mondani a Károli Gáspár Református Egyetemen, hiszen a szerzők a tanulmány alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészségtudomány” kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

IRODALOMJEGYZÉK

- Adan, A., & Almirall, H. (1991). Horne & Östberg morningness-eveningness questionnaire: A reduced scale. *Personality and Individual Differences, 12*(3), 241-253.
- Andó, B., Kőkönyei, Gy., Paksi, B., Farkas, J., Rózsa, S., & Demetrovics, Zs. (2009). A 7 tételes szenzoros élménykeresés kérdőív (SSS-7-HU) bemutatása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 10*, 139–152.
- Auger, J., Kunstmann, J. M., Czyglik, F., & Jouannet, P. (1995). Decline in semen quality among fertile men in Paris during the past 20 years. *New England Journal of Medicine, 332*(5), 281-285.
- Bai, S., Wan, Y., Zong, L., Li, W., Xu, X., Zhao, Y., ... & Guo, T. (2020). Association of alcohol intake and semen parameters in men with primary and secondary infertility: a cross-sectional study. *Frontiers in physiology, 11*, 1131.
- Balog, P., Székely, A., Szabó, G., & Kopp, M. (2006). A rövidített házastársi stressz skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7*(3), 193-202.
- Blanch, A., & Aluja, A. (2009). Validation study of the Spanish Version of the Work-Family Conflict Questionnaire (CCTF). *The Spanish Journal of Psychology, 12*(02), 746–755.
- Boeri, L., Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Pederzoli, F., Cazzaniga, W., Chierigo, F., Dehó, F., Montanari, E., Montorsi, F., & Salonia, A. (2019). Heavy cigarette smoking and alcohol consumption are associated with impaired sperm parameters in primary infertile men. *Asian journal of andrology, 21*(5), 478.
- Boivin, J., Bunting, L., Collins, J. A., & Nygren, K. G. (2007). International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: potential need and demand for infertility medical care. *Human reproduction, 22*(6), 1506-1512.

- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., & Wetzel, R. D. (1994). The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use.
- Eisenberg, M. L. Kim, S. Chen, Z. Sundaram, R. Schisterman E. F. Louis, B. M. G. (2014). The relationship between male BMI and waist circumference on semen quality: data from the LIFE study. *Human Reproduction*, 29, 193-200.
- Cohen, J. (2013). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Academic Press.
- Falger, P. R., & Schouten, E. G. (1992). Exhaustion, psychological stressors in the work environment, and acute myocardial infarction in adult men. *Journal of psychosomatic research*, 36(8), 777-786.
- Fisch, H., Goluboff, E. T., Olson, J. H., Feldshuh, J., Broder, S. J., & Barad, D. H. (1996). Semen analyses in 1,283 men from the United States over a 25-year period: no decline in quality. *Fertility and sterility*, 65(5), 1009-1014.
- Gaur, D. S. Talekar, M. S. Pathak, V. P. (2010). Alcohol intake and cigarette smoking: impact of two major lifestyle factors on male fertility. *Indian J Pathol Microbiol.*, 53, 35-40.
- Gerrity, D. A. (2001). A biopsychosocial theory of infertility. *The Family Journal*, 9(2), 151-158.
- Håkonsen, L. B., Thulstrup, A. M., Aggerholm, A. S., Olsen, J., Bonde, J. P., Andersen, C. Y., Bungum, M., Ernst, E. H., Hansen, M. L., Ernst, E. H., & Ramlau-Hansen, C. H. (2011). Does weight loss improve semen quality and reproductive hormones? Results from a cohort of severely obese men. *Reproductive health*, 8(1), 24.
- Harris, I. D., Fronczak, C., Roth, L., & Meacham, R. B. (2011). Fertility and the aging male. *Reviews in urology*, 13(4), e184.
- Központi Statisztikai Hivatal (2014). Európai lakosság egészségfelmérés. A felmérés témakörei. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2015). Magyarország 2014. Letöltve 2020. május 10. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2014.pdf>
- Lalinde-Acevedo, P. C., Mayorga-Torres, B. J. M., Agarwal, A., Du Plessis, S. S., Ahmad, G., Cadavid, A. P., & Maya, W. D. C. (2017). Physically active men show better semen parameters than their sedentary counterparts. *International journal of fertility & sterility*, 11(3), 156.
- Lampic, C., Svanberg, A. S., Karlström, P., & Tydén, T. (2006). Fertility awareness, intentions concerning childbearing, and attitudes towards parenthood among female and male academics. *Human reproduction*, 21(2), 558-564.
- Mayer, K., Lukács, A., & Pauler, G. (2012). A 8-tételes Szenzoros Élménykeresés Skála (BSSS-8) magyarországi adaptálása = Hungarian adaptation of the 8-item Sensation Seeking Scale (BSSS-8). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(3), 297-312.
- Mendiola, J., Torres-Cantero, A. M., Moreno-Grau, J. M., Ten, J., Roca, M., Moreno-Grau, S., & Bernabeu, R. (2009). Food intake and its relationship with semen quality: a case-control study. *Fertility and sterility*, 91(3), 812-818.
- Nguyen, R. H., Wilcox, A. J., Skjærven, R., & Baird, D. D. (2007). Men's body mass index and infertility. *Human Reproduction*, 22(9), 2488-2493.
- Oláh, A., Nagy, H., Magyaródi, T., Török, R., Vargha, A. (2018). Egy új mentális egészséget mérő kérdőív, a MET kidolgozása. MPT Nagygyűlés.
- Orth-Gomer K, Chesney MA. Social stress|strain and heart disease in women. In: Julian DG, Wenger NK eds. Women and heart disease. London: Martin Dunitz Ltd 1997: 407-20.

- Rammstedt, B., & John, O. P. (2007). Measuring personality in one minute or less: A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of research in Personality*, 41(1), 203-212.
- Rehman, R., Zahid, N., Amjad, S., Baig, M., & Gazzaz, Z. J. (2019). Relationship between smoking habit and sperm parameters among patients attending an infertility clinic. *Frontiers in Physiology*, 10, 1356.
- Ricci, E., Noli, S., Ferrari, S., La Vecchia, I., Cipriani, S., De Cosmi, V., ... & Parazzini, F. (2018). Alcohol intake and semen variables: cross-sectional analysis of a prospective cohort study of men referring to an Italian Fertility Clinic. *Andrology*, 6(5), 690-696.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). *Acceptance and commitment therapy. Measures package*, 61, 52.
- Rózsa, S., & Komlósi, A. V. (2014). A Rosenberg Önbecsülés Skála Pszichometriai Jellemzői: A pozitívan és negatívan megfogalmazott tételek működésének sajátosságai. *Pszichológia*, 34(2), 149-174.
- Rózsa, S., Kő, N., Csoboth, C. S., Purebl, G. Y., Beöthy-Molnár, A., Szebik, I., ... & Kopp, M. (2005). Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(4), 275-294.
- Sallmén, M., Sandler, D. P., Hoppin, J. A., Blair, A., & Baird, D. D. (2006). Reduced fertility among overweight and obese men. *Epidemiology*, 520-523.
- Stauder A., Konkoly-Thege B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203-2016.
- Stephenson, M. T., Hoyle, R. H., Palmgreen, P., & Slater, M. D. (2003). Brief measures of sensation seeking for screening and large-scale surveys. *Drug and alcohol dependence*, 72(3), 279-286.
- Urbán, R., Magyaródi, T., & Rigó, A. (2011). Morningness-eveningness, chronotypes and health-impairing behaviors in adolescents. *Chronobiology international*, 28(3), 238-247
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry research*, 152(2-3), 293-297.
- Webster, G. D., DeWall, C. N., Pond Jr, R. S., Deckman, T., Jonason, P. K., Le, B. M., ... & Smith, C. V. (2014). The brief aggression questionnaire: Psychometric and behavioral evidence for an efficient measure of trait aggression. *Aggressive Behavior*, 40(2), 120-139.
- Wise, L. A., Cramer, D. W., Hornstein, M. D., Ashby, R. K., & Missmer, S. A. (2011). Physical activity and semen quality among men attending an infertility clinic. *Fertility and sterility*, 95(3), 1025-1030.

1. melléklet. Kruskal-Wallis Varianciaanalízisek

		Sperm- Konc	spermium- szám	progr motilitas	nem progresz- sziv moti- litas	motilitas	normal morf/ ép
BMI kategória	Kruskal-Wallis H	4,220	4,917	1,706	5,822	2,910	2,215
	df	2	2	2	2	2	2
	Asymp. Sig.	0,121	0,086	0,426	0,054	0,233	0,330
Sportol-e (or- vosi anamn.)	Kruskal-Wallis H	2,513	4,039	1,704	1,784	2,218	3,122
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,113	0,044	0,192	0,182	0,136	0,077
heti hány na- pot sportol	Kruskal-Wallis H	4,644	3,138	3,986	0,892	4,656	4,045
	df	2	2	2	2	2	2
	Asymp. Sig.	0,098	0,208	0,136	0,640	0,097	0,132
heti hány órát sportol	Kruskal-Wallis H	3,158	2,943	2,878	5,409	4,824	2,089
	df	3	3	3	3	3	3
	Asymp. Sig.	0,368	0,400	0,411	0,144	0,185	0,554
Alkohol fo- gyasztás	Kruskal-Wallis H	0,084	0,015	3,020	1,506	1,055	0,382
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,772	0,904	0,082	0,220	0,304	0,536
Dohányzás	Kruskal-Wallis H	0,055	0,107	0,000	0,824	0,025	0,320
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,815	0,743	0,998	0,364	0,874	0,571
Egészség1	Kruskal-Wallis H	0,546	0,115	0,020	0,393	0,000	0,017
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,460	0,735	0,886	0,531	0,991	0,897
Egészség2	Kruskal-Wallis H	0,001	0,942	0,190	0,454	0,018	0,068
	df	1	1	1	1	1	1
	Asymp. Sig.	0,970	0,332	0,663	0,500	0,893	0,794

A KÖTÖDÉSI MINTÁK, A SZÜLŐI BÁNÁSMÓD ÉS A HALOGATÁS ÖSSZEFÜGGÉSE

JAKUBOVITS Edit, MÉSZÁROS Veronika, PÁSZTOR Klaudia, TANYI Zsuzsanna,
KOVÁCS Dóra, SMOHAI Máté, SZILI Ilona, KÖVI Zsuzsanna

Absztrakt

Célkitűzés: Az elmúlt években egyre több kutatás keresi arra a választ, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják a felsőoktatásban résztvevők körében nagy százalékban előforduló halogatást, ami a tanulmányok befejezését is hátráltatja, és kedvezőtlen egészségi hatásai is lehetnek. A legtöbb eddigi tanulmány elsősorban interperszonális tényezőkre fókuszált, mint az önértékelés, önszabályozó képesség, időbeli perspektíva, teljesítménymotiváció. Ezek alapján elkülöníthető a halogatás két típusa a nagyobb önértékeléssel és önbizalommal jellemezhető „aktív” és a hagyományos értelemben vett „passzív” halogatás. Ezzel szemben viszonylag keveset tudunk a halogatás interperszonális tényezőiről. Ebben a tanulmányban arra kerestük a választ, hogy a halogatásra jellemző személyiségjegyek kialakulásának szempontjából fontos korai szülő-gyermek kapcsolatok felnőttkori reprezentációi és a kialakult kötődési minták típusai milyen módon határozzák meg a halogatás jellegét.

Módszer: Vizsgálatunkban felnőtt magyar vizsgálati mintán (N=400) vetettük össze az aktív-passzív halogatás mértékét a felnőtt kötődési stílus típusaival és a szülői bánásmód felnőttkori reprezentációjával.

Eredmény: Összefüggést találtunk a biztonságos és bizonytalan kötődési stílusok és az aktív és passzív halogatás között. A bizonytalanul kötődőkre inkább a passzív halogatás jellemző, a biztonságosakra pedig az aktív. Ezen belül a tudatos döntés a halogatásról, ami az aktív halogatás egyik faktora, inkább a bizonytalan kötődéssel mutatott pozitív összefüggést. Igazoltuk, hogy a szülői elutasító bánásmód emlékei együttjárást mutatnak az ambivalens-félelemtel kötődési stílussal, ami esetében a passzív halogatás nagyobb mértékben fordul elő.

Kulcsszavak: aktív és passzív halogatás ■ kötődés ■ szülői bánásmód

ELMÉLETI HÁTTÉR

A halogatás és típusai

A halogatás egy feladat elindításának, az abban való elmélyülésnek és/vagy befejezésének szándékolt vagy akaratlan késleltetése annak ellenére, hogy a halogató egyén maga is számít a halogatás negatív végkimenetelére (Ellis és Knaus, 1977; Lay, 1988; Ferrari, 1994, 2004; Klingsieck, 2013; Fernie, Bharucha, Nikčević, Marino, Spada, 2016). A halogatás a feladat elvégzésének több pontján is felléphet, és nemcsak belső pszichológiai, vagy biológiai okai (egészségi állapot, fizikai képességek), hanem külső okai is lehetnek (társadalmi környezet

elvárásai, anyagi helyzet, túl sok feladat, a teljesítéshez szükséges feltételek megléte vagy hiánya). A jelenlegi pszichológiai szakirodalomban a halogatásnak számos különböző modelljét írták le. Ezek szerteágazóak, mivel a folyamat különböző pontjain fellépő gátlásról szólnak. A típusba sorolás történhet a kimenetel szempontjából is. A legtöbb kutató (Ellis és Knaus, 1977; Tice és Baumeister, 1997; Knaus, 2000; Ferrari, 2001; Rozental és Carlbring, 2014; Krause és Freund, 2015; Gerhát, Balázs, Szemán-Nagy, 2017) pesszimista módon tekint a halogatásra, míg Chu és Choi (2005) szerint a halogatás nem minden esetben káros. Modelljükben a halogatók e két típusának elkülönítését javasolták.

A passzív halogató típusúak a célkitűzésben és a döntéshozatalban is hátrálthatják az önértékelés hiánya, a megküzdési nehézség érzése, mivel nagyrészt az érzelmi alapú vagy elkerülő megküzdési stratégiákra támaszkodnak. A cselekvés közben pedig a figyelem fókuszát nehezen tartják a feladaton, és inkább kellemesebb tevékenységek felé mozdulnak (Tice és Baumeister, 1997). Amikor pedig alábecsülik azt az időintervallumot, nehezen tudják tartani az időhatárokat és az utolsó pillanatban túlterhelte válnak. Így egyrészt a tehetetlenség megnövekszik bennük és aztán maguk számára (is) kiábrándító eredményeket produkálnak, másrészt az egészségük is könnyebben romlik (Tice és Baumeister, 1997; Knaus, 2000; Ferrari, 2001; Garzón-Umerenkova és mtsai, 2018).

Ezzel szemben az aktív halogatók tudatosan döntenek a halogatás mellett, mert tudják, hogy az időnyomás alatt jobban tudnak teljesíteni, bíznak a képességeikben, így feladataikat határidőre általában tudják teljesíteni. Az aktív halogatókra a nagy stresszhatás alatt inkább a feladatfókuszú megküzdés jellemző (Choi és Moran, 2009), és előnyei közé tartozik, hogy az egyén képes rugalmasan megszervezni az idejét, ami az időnyomás konstruktív felhasználásával párosul. Ezek a folyamatok eredményes önszabályozási mechanizmusokat feltételeznek. Bár sokáig az a szempont volt mérvadó, hogy a halogatás okozta időnyomás mindenképpen nagymértékű negatív stresszt okoz (Freedman és Edwards, 1988), az időnyomás előhívhatja a kihívás érzését is, amit az aktív halogatók általában élveznek is (Chu és Choi, 2005). A cselekvés során képesek a rutinjukhoz vagy az előre beütemezett tevékenységeikhez való merev ragaszkodás helyett szándékosan átszervezni a feladataikat, így reagálva a megváltozott külső körülményekre (Chu és Choi, 2005). A végeredménnyel való elégedettség, vagyis az önreflexió során is leírtak eltérést a két típus között. Mivel az aktív halogatók tudják, hogyan motiválják magukat stresszes körülmények között, így feladataikat sikerül időben elvégezniük, ezáltal általában elégedettek feladataik végeredményeivel. A passzív halogatók szükségleteik azonnali kielégítésére vágnak, ami rövid távon enyhítheti a stresszt, ugyanakkor nagy valószínűséggel önkadályozó eredményekhez vezet (Harriott és Ferrari, 1996; Knaus, 2000). A passzív halogatással kapcsolatos szorongás a fenyegetettséggel, sérelmekkel és az érzelemközpontú megküzdéssel mutat összefüggéseket (Lay, 1988).

A halogatással kapcsolatos személyiségjegyek kialakulása a személyiségfej-

lődés során történik, ezért feltételezhető, hogy szerepet játszik benne a szülői reakciók sajátos kötődési mintázaton alapuló reflexiója a saját gyermekeik teljesítményeire (Pychyl, Coplan, Reid, 2002; DeOliveira, Moran, Pederson, 2005; Költő, 2015; Khalid, Zhang, Wang, Ghaffari, Pan, 2019).

KÖTÖDÉS ÉS HALOGATÁS

Ainsworth és munkatársai (1978) csecsemőkön tett megfigyelései alapján a kisgyermek viselkedése alapján háromféle kötődési típust különítettek el: a Biztonságos, a Szorongó-elkerülő és a Szorongó-ambivalens kötődési mintázatot (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Bowlby elmélete (1969) szerint a gyermek elsődleges gondozójával kialakított kötődési kapcsolata három belső munkamodellben bontakozik ki, amelyek később is befolyásolják majd, hogyan észleljük a túléléshez szükséges biztonság szempontjából a világot, önmagunkat, az elvárásainkat mások viselkedését illetően. A kötődés fő funkcióinak megfelelő *munkamodellek*: a „*mások, mint megbízhatóak*” (mennyire kell aggódnom), az „*önmagam, mint értékes*” (tudok-e autonóm és független lenni), illetve az „*önmagam, mint hatékony, amikor másokkal kapcsolatba kerülök*” (tudok-e segítő forrásokat találni baj esetén) (Bowlby, 1969, 1973). A munkamodellek, mint kognitív működési struktúrák az egyénre jellemző módon az élet folyamán ugyan stabilak maradnak (Bowlby 1979), de rugalmasan tudnak alkalmazkodni az újabb fejlődési szakaszok kihívásaihoz. Bartholomew és Horowitz (1991, idézi Hámori és mtsai, 2016a) a szorongást és a megküzdés típusait, valamint az énképet, és a másiktól kialakult képet vették alapul többdimenziós kötődési modelljük kialakításakor. Ebben a modellben a kötődési típusok jellemzésére használt kategóriáik a következők voltak: a kötődés nehézsége miatt megélt bizonytalanság által fellépő szorongás (alacsony versus magas szorongás), a szorongás leküzdésére alkalmazott megküzdés típusai (a kapcsolatok fokozott, magas elkerülése, ami lehet érzelmi disszociáció vagy a helyzet fizikai elkerülése versus az alacsony elkerülés, ami a helyzetbe való belekerülést jelenti: tehát lehet megküzdés a kapcsolatokért, lehet a másikkal való összeolvadás a másik elárasztásával, vagy lehet önfeladás a másik teljes elfogadásával), valamint az önmagunkkal és a másikkal kapcsolatosan kialakult kedvező versus kedvezőtlen minta (képes vagyok-e én megküzdeni vagy képes-e a másik biztonságot nyújtani). Későbbi elemzések megerősítették ezt a modellt, mivel alátámasztották, hogy a kötődés szempontjából legfontosabb tényezők egyrészt a partner elutasításától való félelem, másrészt az elkerülés, mint a közelség, intimitás, függőség elutasítása (Hámori és mtsai, 2016a). Az emberi élet előrehaladtával az elsődleges gondozóval kialakított meghatározó kötődés áttevődik a későbbi kapcsolatainkra is, miközben a kötődés tárgyai is változnak. Az elsődleges gondozó szerepét fokozatosan a kortársak, majd pedig a partner veszi át (Hazan és Shaver, 1987).

A munkateljesítményekkel kapcsolatos elvárások első színhelyén, az iskola szociális közegében tanuljuk a társas helyzeteket kialakítani és kezelni. Moss és St-Laurent 2001-ben közölt longitudinális vizsgálata során 108 gyermeknél mérték meg az iskolába lépéskor az anyai szeparációra adott reakciót, és ezt hozták összefüggésbe a 2 évvel későbbi tanulmányi eredményekkel és a motivációval. Azt találták, hogy a biztonságosan kötődő gyermekek jobban teljesítettek és jobban voltak motiváltak az iskolai feladatokban, és jobban kommunikáltak, mint a szorongó-elkerülő és a szorongó-ambivalens kötődési mintázatot mutatók. Szabó és Virányi (2011) általános iskolások körében azt találták, hogy az iskolai kötődés faktorai közül legfontosabb a tantárgyakhoz való viszony, majd a tanárokhoz, utána az iskolai környezethez való viszony, és legkevésbé fontos a társakkal való kapcsolat. A munkacsoport 2015-ös felmérésében pedig megállapították, hogy általános iskolások körében a kedvező érzelmi töltetű iskolai kötődés mértékét a közelítő elsajátítási motiváció, a tanulmányi eredményesség és az énhatékonyság érzése jósolja be leginkább (Szabó, Zsadányi, Szabó, Hangya, 2015).

A szülők és gyermekeik közötti kapcsolatok késői hatására számos tanulmány mutatott már rá (Ferrari, 1994; Haycock, McCarthy, Skay, 1998; Fernie, Bharucha, Nikcevic, Marino, Spada, 2016), igazolva, hogy a halogatáshoz szükséges alapképességek szempontjából meghatározó mind a kötődési típus, mind a szülői nevelési stílus. Ugyanis ezek az alapképességek alakítják ki többek között a feladat elvégzéséhez szükséges önbizalmat, énhatékonyságot, célorientáltságot, motivációt, önreflexiós képességet, és a reflexiókkal kapcsolatos érzelmregulációt is, feltételezhető, hogy a halogatás és a kötődés között találunk összefüggést (Armsden és Greenberg, 1987; Jacobsen, Edelstein, Hogmann, 1994; Mattanah, Hancock, Brand, 2004; Liew, Kwok, Chang, Chang, Yeh, 2014).

SZÜLŐI BÁNÁSMÓD ÉS HALOGATÁS

A szülői nevelési bánásmódban megjelenik a saját szülőhöz való korai kötődési minta. DeOliveira, Moran, Pederson 2005-ben a frissen szült anyák kötődési stílusát vizsgálva azt találták, hogy a vizsgált anyák saját kötődési típusaik szerint reagáltak nemcsak a saját szüleikkel kapcsolatos élményeikre, hanem a saját gyermekeik reakcióira is. Az emlékekről szóló beszámolók közben megfigyelt viselkedés és érzelmi válasz alapján 3 típusú anyát különítettek el: autonóm anyákat (meleg, jól reagáló), akik a saját gyermekkori élményeikről az interjúk során koherensen és konzisztensen számoltak be; elutasító anya típust (hideg), akinek a részéről az emlékek vagy idealizáltak, vagy hiányosak és sokszor elmentmondásosak voltak. Az elárasztott (bizonytalan) típusnál pedig az élmények említésének a hatására is már érzelmi instabilitás jelentkezett, ami passzivitást, dühöt, zavarodottságot jelentett, miközben a beszámolóikat nehéz volt követni.

Mindezek a saját emlékekkel kapcsolatos érzelmi reakciók összefüggtek magukban a gyermekekben kialakuló érzelmkifejezési stílussal is (DeOliveira, Moran, Pederson, 2005).

A szülőknél a gyermekkel szembeni viselkedését nemcsak az érzelmi válszükség („hideg” vagy „meleg”), hanem a követelmények mentén is („kontrolláló” vagy „megengedő”) csoportba lehet sorolni (Baumrind, 1967, idézi Költő, 2015). 1. Az autoritativ szülő törekszik ugyan a kontrollra, de rugalmas. A kereteket tartva képes partnerként kezelni a gyermekét, érveléssel igyekszik megértetni a nézőpontját. Szabályokat állít fel, amelyek inkább kölcsönös megállapodásokon, mintsem merev nevelési kódexeken alapulnak. 2. Az engedékeny szülő ezzel ellentétben szabadságot ad a gyermeknek tevékenységei szabályozásában, inkább magyarázatot vagy manipulációt használ. 3. Az autoriter szülő rigid, erős kontrollal akarja elérni, hogy a gyerek az ő elvárásaihoz igazodjon, és főleg büntetéssel reagál azokra a tettekre, amik nem felelnek meg az elvárásainak. 4. Az elhanyagoló (elutasító, kívülálló) szülő egyáltalán nem állít fel szabályokat gyermeke számára, sem a megerősítés, sem a tilalom terén nem állít határokat, nem érdekli a gyermeke, hideg, elutasító módon viselkedik, vagy érzelmileg követhetetlen módon (Költő, 2015). Egy elhanyagoló szülő valószínűleg csak minimális mértékben vagy egyáltalán nem ellenőrzi a gyermek feladatainak teljesítését, míg egy autoritativ szülő a gyermekkel egyeztetve, az ő stílusához igazodva végzi az ellenőrzést. Az autoriter típusú szülő úgy gyakorolja a legnagyobb elvárást és kontrollt a gyermek iskolai kötelességei teljesítésének ellenőrzésében, hogy bünteti, míg az engedékeny típus érzelmileg zsarolja. Mih 2013-ban végzett vizsgálatában kolozsvári egyetemisták körében találta azt, hogy a támogató szülői háttér kisebb halogatással és jobb előmenetellel társult, mint az autoriter stílus. Sedlakova és munkatársai (2014), illetve Ferrari és Olivette (1994) is úgy mérték a halogatás szintjét, hogy a szülők is nyilatkoztak a saját nevelési stílusukról. Az ő eredményeik is alátámasztották az autoriter stílus kedvezőtlen hatását, ami növelte a halogatás valószínűségét. Ferrari és Olivette (1994) eredményei szerint a halogatás inkább akkor fordult elő, ha valaki bizonytalan volt és döntési nehézségei voltak, vagy elkerülték inkább a feladatot. Akik azonban nem, náluk a szigorú apa inkább csökkentette a halogatás tendenciáját. Az anyai autoritativ viselkedés nem függött össze a lányoknál a halogatás tendenciájával, de azoknak az anyáknak a lányainál, akik maguk is elkerülően halogattak, vagy nehezen hoztak döntést, nagyobb számban fordult elő elkerülés és düh érzet. Stöber és Joormann 2001-ben azt találták, hogy a halogatás és a perfekcionizmus az aggodalmaskodással különösen erősen függött össze akkor, ha az a szülők részéről kritikizmussal és elvárásokkal társult. Pychyl, Coplan, Reid (2002) 105 serdülőt vizsgálva szintén megállapították, hogy a halogatás bejósolható a nevelési stílus, a nem és az önértékelés mentén. Lányoknál az anyai autoritativ és autoriter stílus hatását a halogatásra mediálta az önértékelés, míg az apai nevelésnél közvetlen kapcsolatot találtak.

Vahedi és munkatársai (2009) 249 iráni serdülő vizsgálatával támasztották alá az egyértelmű összefüggést az önreguláció, a halogatás és a szülői stílus között. Zakeri, Esfahani, Razmjooe 2013-as tanulmányában 395 iráni egyetemista körében találta azt, hogy az autoriter, büntető szülői stílus szignifikáns prediktora volt a halogatásnak. Mahasneh, Bataineh, Al-Zoubi (2016) 685 jordán egyetemista körében találtak hasonló eredményt, ahol a halogatás 77 %-os arányban volt jelen egyébként. Khalid, Zhang, Wang, Ghaffari, Pan (2019) találtak összefüggést a Lay-féle passzív halogatás, az észlelt stressz, a nyál alfa amiláz értéke és a szülői nevelési stílus között 140 elsőéves kínai orvostanhallgató körében. Eredményeik szerint a férfiaknál nagyobb volt az észlelt stressz és a halogatás mértéke, és nagyobb arányban fordult elő büntető, elutasító szülői stílus, mint a nőknél, akik pedig inkább elfogadó, melegebb, pozitív stílusról számoltak be. A pozitív szülői stílus negatívan korrelált a halogatással és a stresszreakciókkal, míg a negatív stílus, a büntetés és az elutasítás pozitívan a halogatással és a stresszel. Chen 2017-ben 384 kínai serdülő körében vizsgálta a halogatás és a szülőkkel kapcsolatos kötődés összefüggéseit. Eredményei szerint az anya bizalma és az apával való megfelelő kommunikáció negatívan korrelált az erős halogatással, míg az apától és az anyától kapott elutasítottság érzés pozitívan állt kapcsolatban a halogatással. Az önértékelés mediálta a kapcsolatot a kötődés minden általa mért dimenziója és a halogatás között.

A HALOGATÁS, A KÖTÖDÉS ÉS A SZÜLŐI BÁNÁSMÓD ÖSSZEFÜGGÉSEI

A kötődés kérdései azt adják meg, hogyan alakul ki a csecsemőkorban az a kognitív keret, ami felnőttként is segít biztonságban érezni magunkat, értékesnek, elfogadottnak, míg az iskolai kötődés és a szülői nevelési stílus a szocializáció és a mentalizáció folyamatán keresztül tanítja meg, hogyan tudjuk jobban megérteni a másikat, reflektálni rá, elképzelni a jövőbeni jutalom fontosságát, hogyan tudjuk kifejezni az érzéseinket, és azokat a szükségleteinket, amelyek aztán megadhatják a biztonság, az önértékelés, magabiztosság igényeinek kielégülését (Költő, 2015). A szülői nevelés hatásának alátámasztására szolgál az az adat, hogy a mentalizáció kialakulása során feltárták a mediális prefrontális kéreg szerepét (Frith és Frith, 2006, idézi Költő, 2015), míg Zhang, Liu és Feng (2019) rámutattak arra, hogy a ventromediális prefrontális kéreg aktivitása összefügg a halogatással és a jövőről való gondolkodással. A kötődési stílus kialakulása és felnőttkori munkamodellje megszabja, hogy milyen szülőkké válunk, és milyen modellt nyújtunk a gyermekeink számára. Ez a halogatás elkerüléséhez szükséges alapkészségek elsajátítása által befolyásolhatja a halogatás kialakulását.

Egy feladat kiadásakor a beépült kötődési minta modelljeinek alapkérdéseit (Bowlby, 1969) ilyen módon is feltehetjük: 1. a feladatot adó, mint a kötődés tárgya: „Vajon a feladatot miért adja? Nehézséget akarnak támasztani? Elér-

hetőek lesznek-e a szükséges források a megíráshoz? A feladatot adók és a feladat elvégzéséhez szükséges segítők, források, mint mások, megbízhatóak-e? Önmagam, aki a feladatot elfogadja, megtervezi, elvégzi, reflektál rá elég értékes vagyok-e ehhez? Elég fontos vagyok-e a tanárnak, hogy reagáljon a felvetéseimre? Vitatkozhatok-e a tudomány elismert képviselőivel? Elég hatékony tudok-e lenni, amikor a feladattal kapcsolatba kerülök? Be tudom-e osztani az időmet? Tudok-e rugalmasan változtatni a hatékonyság érdekében”? 2. az elvégzett feladat, mint a kötődés tárgya: „A feladat, mint a másik, megbízható-e? Biztos ezt kell megoldanom? A létrehozott feladat, mint az énem kiterjesztése, értékes-e? Hasznos, hatékony lesz-e, amit én alkotok?”

A szülői nevelési stílus internalizálásával a belső gondolatok ezek lehetnek: „Képes leszek-e elkészülni? Meg fogok-e felelni a tanár/szülő követelményeinek? Pontosan és tökéletesre kell mindent elkészítenem, különben megbüntetnek! Kritikákat fogok kapni, és ettől nagyon félek! Nem merek segítséget kérni, nem merek nemet mondani, mert kigúnyolnak!”

Ebben a tanulmányban a halogatás és a kötődés összefüggését vizsgáljuk. Kimutatható-e magyar mintán összefüggés a feladathoz való viszony, vagyis a halogatási típus, és a személyiség kialakulása során rögzült kötődési modell, illetve a szülőkkal kapcsolatos nevelési hatások között? A szakirodalmi adatok alapján a nevelési stílusnak hatása van a halogatásra (Stöber és Joormann, 2001; Pychyl, Coplan, Reid, 2002; Vahedi, Mostafafi, Mortazanajad, 2009; Chen, 2017; Khalid, Zhang, Wang, Ghaffari, Pan, 2019). A neveltetés emlékeit azonban befolyásolják az énvédő mechanizmusok.

HIPOTÉZISEK

A biztonságos kötődés változó pozitívan jár együtt az aktív és negatívan a passzív halogatással és a halogatás mértékével. A bizonytalan kötődésre utaló skálák ellentétes mintázatot mutatnak.

Az autoriter bánásmód (elutasítás, és túlféltés) emlékei pozitív együttjárást mutatnak a halogatás mértékével és a passzív halogatással, valamint negatív együttjárást az aktív halogatással. Az érzelmileg meleg és támogató szülői stílus esetén ennek ellentétes mintázatát feltételezzük (Pychyl, Coplan, Reid, 2002; Vahedi, Mostafafi, Mortazanajad, 2009; Zakeri, Esfahani, Razmjooe, 2013; Mahasneh, Bataineh, Al-Zoubi, 2016; Khalid, Zhang, Wang, Ghaffari, Pan, 2019).

ASQ-H kötődés skáláinak klaszteranalízise a Hámori és munkatársai eredményeihez hasonló klasztereket eredményez (Hámori és mtsai, 2016b).

A klaszterek között különbség mutatkozik a halogatás mértékében és mintázatában (Chen, 2017). Feltételezzük, hogy a biztonságosan kötődő klaszterekben kisebb a halogatás, főleg a passzív halogatás, a nem biztonságosan kötődők csoportjának mintázata ellentétes lesz.

ESZKÖZÖK ÉS MÓDSZER

Vizsgálati személyek

A vizsgálatban 400 felnőtt vett részt online módon töltve ki a kérdéscsomagot. A vizsgálati személyek egy részét személyes megkeresés alapján, illetve online módon kényelmi mintavétellel kutattuk fel. A vizsgálatot az Intézeti Etikai bizottság, a 3/2020/P/ET számon engedélyezte.

A kutatásban összesen 400 felnőtt vett részt átlagéletkor 30,7 (SD±10,07) (18-70), közülük 334 (83,5%) nő. Foglalkozásukat tekintve 182 tanul (46,3%), akik közül 127-en tanulmányaik mellett dolgoznak is (31,8 %). Néhányan munka nélkül vannak (2,5%), vagy nyugdíjasok (0,8%). A minta 59,3%-a (N=237) vallotta magát rendszeres halogatónak.

ESZKÖZÖK ÉS ELJÁRÁS

A kérdőívcsomag három tesztből és néhány demográfiai jellemzőre vonatkozó kérdésből állt.

A demográfiai kérdések: életkor, nem, a munkavégzés típusa (tanul-e vagy dolgozik), a rendszeres halogatás szubjektív megítélése.

Kötődési Stílus Kérdőív (Attachment Style Questionnaire) (ASQ-H) (Feeney, Noller, Hanrahan, 1994; Hámori és mtsai, 2016a,b). A felnőttkori kötődés vizsgálatára a Kötődési Stílus Kérdőív (Attachment Style Questionnaire; Feeney, Noller, Hanrahan, 1994) magyar adaptációját (ASQ-H; Hámori és mtsai, 2016a) használtuk. A vizsgálati személyeknek a kérdőívben 40 állítással kapcsolatban kellett egy hatfokú Likert-skálán a rájuk legjellemzőbb értéket megjelölni (1 = „Egyáltalán nem értek egyet”, 6 = „Határozottan egyetértek”). A tételeket az alábbi öt alskála szerint csoportosították:

Kötődés fő faktor, melynek alskálái:

1. Biztonság a kapcsolatokban (BK; 10 tétel)
2. Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ; 13 tétel)
3. Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ; 9 tétel)
4. Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV; 5 tétel)
5. Függés, függetlenség (FF; 3 tétel)

Hámori és munkatársai (2016b) a kötődési stílus kérdőív (ASQ-H) magyar változatának főkomponensanalízise során azt találták, hogy a „Kötődés” főfaktorok nevezett dimenziótól (BK, KFÉ, ATÖ) elkülönült az „Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben” (ÖV) és a „Függés, függetlenség” (FF) két faktora. A kötődés főfaktora tartalmazta leginkább a típusba sorolásnál használt szorongás/elkerülés dimenziókból a szorongással kapcsolatos tételeket, míg az FF az elke-

rüléssel kapcsolatosakat tételeket, mert azok a függetlenség iránti vágyat mutatják. Az ÖV azt mutatja, mennyire helyezi valaki a kapcsolatát az önérvényesítés mögé, ahogy például egy karrierista. A további elemzések során a Biztonságos kötődésen belül két alcsoportot alakítottak ki, melyeknek a „Biztonságos függőségigénnyel” és a „Biztonságos függetlenségigénnyel” nevet adták (Hámori és mtsai, 2016b). A teszt magyar verziója erős pszichometriai jellemzőkkel rendelkezik: a Cronbach-alfa értékek a teljes mintán 0,66 és 0,79 közöttiek. A mi mintánkon a teszt hasonlóan jó reliabilitást mutat: a Cronbach-alfa értékek 0,65 és 0,84 között alakultak (ld. 1. táblázat).

Az Aktív-Passzív Halogatás Kérdőív (Choi és Moran, 2009; Jagodics, Kórodi, Martos, Kőrössy, Szabó, 2019) a halogatás aktív (adaptív) és a hagyományos értelemben vett passzív formáját tárja fel. A kérdőív 21 állítást tartalmaz, amely közül 16 az aktív, 5 a passzív halogatást méri. A vizsgálati személyeknek egy hét-fokozatú Likert-skálán kellett megjelölniük egyetértésük mértékét (1 = „egyáltalán nem értek egyet”, 7 = „teljes mértékben egyetértek”). Az aktív halogatás dimenziójához négy skála tartozik. Ezek a következők:

1. Végeredménnyel való elégedettség (4 tétel, fordított tételek)
2. Időszorítás preferálása (4 tétel, fordított tételek)
3. Tudatos döntés a halogatás mellett (4 tétel, nem fordított tételek)
4. Határidő betartásának képessége (4 tétel, fordított tételek)

A passzív halogatás a hétköznapi értelemben vett halogatással azonosítható (5 tétel).

A kérdőív eredeti magyar adaptációja szintén megbízhatónak bizonyult: a Cronbach-alfa értékek a teljes mintán 0,69 és 0,91 közöttiek (Jagodics, Kórodi, Martos, Kőrössy, Szabó, 2019). Jelen kutatás mintájában hasonló megbízhatósággal dolgoztunk: a Cronbach-alfa értékek a teljes mintán 0,79 és 0,90 közé kerültek (ld. 1. táblázat).

Neveltetésem Emlékei Kérdőív (Egna Minnen Beträffande Uppfostan) (EMBU-R) (Arrindell és mtsai, 1999; Költő, 2015). A szülői viselkedéssel kapcsolatos emlékek mérésére az „Egna Minnen Beträffande Uppfostan” (‘Neveltetésem Emlékei’) című kérdőív rövidített verzióját (EMBU-R) használtuk (Arrindell és mtsai, 1999). A kérdőív az apa és az anya Elutasító viselkedését, Érzelmi melegségét és Tülvédő magatartását méri. Költő (2015) alapján az eredeti 23 tételt kiegészítettük három kérdéssel az elsődleges gondozók személyéről, a családi struktúráról, és négy kérdéssel a szülők iránti szeretetről. A kérdőív validálása során az eredeti szerzők a 9. tételt nem tudták besorolni, így mi is ezt követtük (Arrindell és mtsai, 1999). A kérdésekre négyfokú Likert-skálán válaszoltak a vizsgálati személyek a „soha” (1) kategóriától az „idő nagy részében” (4) terjedő válaszig. Az eredeti faktorstruktúrát használtuk, ami 3 fő szülői típust különböztet meg: 1. *érzelmi melegség* (autoritatív meleg-reszponzív) (6 tétel). Pl. A

szüleim dicsérték. Ha rosszul alakultak a dolgom, éreztem, hogy szüleim megpróbáltak vigasztalni és bátorítani., 2. szülői elutasítás (autoriter (hideg-elutasító) és elhanyagoló (hideg-megengedő)) (7 tétel). Pl. A szüleim keményen bántak velem, vagy dühösek voltak rám anélkül, hogy megmondták volna az okát. A szüleim még kis vétség miatt is megbüntettek. Úgy éreztem, hogy szüleim jobban szeretik fiú/lány testvéreimet vagy testvéreimet, mint engem. 3. szülői túlféltés (meleg-megengedő) (9 tétel, ebből az egyik fordított). Pl. Azt kívántam, bárcsak a szüleim kevesebbet aggódnának amiatt, amit csinálok. Úgy éreztem, a szüleim mindenbe beleszóltak, amit csak tettem. A szüleim akarták eldönteni, hogy öltözködjem, vagy hogy nézzek ki. A teszt magyar verziója jó pszichometriai mutatókkal bír: Cronbach-alfa értéke az apai hozzáállás értékelésénél 0,72 és 0,85 közötti, az anyai viszonyulás megítélésénél 0,71-től 0,81-ig (Arrindell és mtsai, 1999). Mintánkban a Cronbach-alfa értékek az eredetihez hasonlóan megbízhatónak tekinthetők, 0,73 és 0,92 közé estek (ld. 1. táblázat).

A statisztikai elemzések menete: A reliabilitás vizsgálatát az alsókálák Cronbach-alfa értékeinek, a normalitásvizsgálatot a ferdeség és csúcsosság értékeinek kiszámításával végeztük. A csoportok összehasonlításánál az adott statisztikai próba kiválasztása a vizsgálatba bevont változó mérési szintje szerint történt. A skálaváltozóknál csoportonkénti összehasonlításhoz két csoport esetén t-próbát, a három csoport esetén független mintás, egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk, a változók közötti összefüggéseket Pearson-korrelációval vizsgáltuk. Annak eldöntésére, hogy a kitöltőket lehet-e a kötődési stílusok szerint, és a szülőket lehet-e nevelési stílusuk szerint csoportosítani, K-középpontú klaszterelemzést végeztünk a kötődési alsókálák, illetve az EMBU alsókálák pontszámain.

A kitöltők halogatásának mértékét és típusát – a kötődési stílusuk és szüleikről való neveltetési emlékeinek stílusa szerint – egyszeres és többszörös varianciaanalízissel és post hoc utóteszteléssel hasonlítottuk össze. A szignifikancia szintet $p < 0,05$, a konfidencia-intervallumokat 95%-os értékre vonatkoztatva adtuk meg. Egy összegző regressziós elemzésben tártuk fel a kötődés, a nevelési emlékek és a szociodemográfiai tényezők halogatással kapcsolatos összefüggéseit. Az elemzések az SPSS IBM 20. statisztikai programmal történtek.

EREDMÉNYEK

Leíró statisztikai eredmények

A kérdőívekre adott válaszok eredményei az apai elutasítást kivéve a normalitás tartományon belül találhatóak, a reliabilitás is megfelelő. Az értékeket az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat. A változók értékei, normalitás és reliabilitás eredményei

N= 400		M	SD	Ferde- ség	Csúcsos- ság	Min	Max	Cronbach α
Halogatás (Aktív-Passzív Halogatás Kérdőív)								
	A végeredménnyel való elégedettség	4,19	1,63	-0,1	-1	1	7	0,82
Aktív halogatás alskálái	Idői szorítás preferálása	4,08	1,79	-0,09	-1,12	1	7	0,9
	Tudatos döntés a halogatas mellett	3,44	1,68	0,26	-0,94	1	7	0,84
	Határidő betartásának képessége	4,42	1,71	-0,21	-0,99	1	7	0,83
Aktív halogatás összértéke		4,03	1	0,03	-0,67	1,6	6,8	0,79
Passzív halogatás		4,04	1,8	-0,15	-1,11	1	7	0,9
'Neveltetésem Emlékei' (EMBU)								
Anya	Anya Érzelmi melegség	2,85	0,86	-0,44	-0,92	1	4	0,92
	Anya Szülői elutasítás	1,66	0,64	1,31	1,24	1	4	0,86
	Anya Szülői túlféltés	4,08	0,54	0,35	-0,27	2,9	5,6	0,8
Apa	Apa Érzelmi melegség	2,49	0,88	0,01	-1,1	1	4	0,91
	Apa Szülői elutasítás	1,49	0,57	1,65	2,29*	1	3,6	0,83
	Apa Szülői túlféltés	3,73	0,47	0,55	0,34	2,9	5,6	0,73
Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H)								
Kötődés	Biztonság a kapcsolatokban (BK)	3,96	0,98	-0,31	-0,52	1,3	6	0,85
	Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ)	3,54	0,93	-0,03	-0,37	1	5,9	0,84
	Ambivalencia, Távoltítás, Önleértékelés (ATÓ)	2,77	0,99	0,52	-0,44	1	5,6	0,83
Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)		2,39	0,91	0,77	0,43	1	6	0,74
Függés, függetlenség (FF)		4,37	1,09	-0,3	-0,58	1	6	0,65

HIPOTÉZISVIZSGÁLATOK

A biztonságos kötődés változó és a halogatási típusok együttjárásának kimutatásához végzett korrelációs vizsgálat eredményeit a 2. táblázat mutatja be. A „Kötődés” faktor szinte mindegyik halogatási skálával mutat összefüggést. Az alskálák közül a „Biztonság a kapcsolatokban” az aktív halogatással gyenge erejű pozitív irányú, a passzív halogatással gyenge negatív együttjárást mutat. Az aktív halogatás alskálái közül a „Biztonság a kapcsolatokban” gyenge erejű, pozitív együttjárást mutat az idői szorítás preferálásával és a határidő betartásának képességével, és gyenge pozitív együttjárást mutat a végeredménnyel való elégedettséggel. Az alskálák közül a „Kapcsolatok fontossága az én szempontjából” (Fontos-e az önértékelésem szempontjából a másikkal való kapcsolat) az aktív halogatással gyenge negatív, a passzív halogatással közepes pozitív együttjárást mutat. Az aktív halogatás alskálái közül a „Kapcsolatok fontossága az én szempontjából” gyenge negatív együttjárást mutat a végeredménnyel való elégedettséggel, az idői szorítás preferálásával, közepes negatív együttjárást a határidő betartásának képességével, és gyenge pozitív együttjárást mutat a tudatos döntés a halogatás mellett alskálával. Az alskálák közül az „Ambivalencia, Távolítás, Önleértékelés” (Mennyire ambivalens, távolító a kapcsolataiban és mennyire értékeli le önmagát) az aktív halogatással gyenge negatív, a passzív halogatással közepes pozitív együttjárást mutat. Az aktív halogatás alskálái közül az „Ambivalencia, Távolítás, Önleértékelés” gyenge negatív együttjárást mutat a végeredménnyel való elégedettséggel, az idői szorítás preferálásával és közepes negatívan kapcsolódik a határidő betartásának képességével, és gyenge pozitív együttjárást mutat a tudatos döntés a halogatás mellett alskálával. Az „Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben” és a függetlenségigény nem mutatott együttjárást a halogatással. Az a hipotézisünk, hogy a biztonságos kötődés változó pozitívan jár együtt az aktív és negatívan a passzív halogatással alátámasztást nyert.

2. táblázat. A kötődés és a halogatósi típusok összefüggése

Korreláció N=400	Aktív halogatósi típus	Aktív halogatósi típusok					Passzív halogatósi típus
		A végeredménnyel való elégedettség	Idői szorítás preferálása	Tudatos döntés a halogatósi típus mellett	Határidő betartásának képessége		
ASQ-H							
Kötődés	Biztonság a kapcsolatokban	r 0,259**	0,156**	0,258**	-0,054	0,241**	-,199**
	Kapcsolatok fontossága az én szempontjából	r -0,249**	-0,200**	-,243**	,201**	-,337**	,331**
	Ambivalencia, Távolítás, Önleértékelés	r -0,241**	-0,219**	-,250**	,230**	-,321**	,299**
Önérvényesítési igény	Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben	r -0,038	-0,045	-0,064	0,081	-0,058	0,055
Függetlenségi igény	Függés, függetlenség	r -0,055	-0,097	-0,105*	0,079	-0,004	0,032

Jelmagyarázat: sötét árnyékolás: közepes erejű kapcsolat, világosszürke árnyékolás: gyenge erejű kapcsolat *: p<0,05, **: p<0,01.

A szülői bánásmód emlékei változó és a halogatósi típusok közötti összefüggés kimutatásához végzett korrelációs vizsgálat eredményeit a 3. táblázat mutatja be. Az aktív halogatósi típusok gyenge pozitív együttjárást mutat az apa érzelmi melegségéről szóló emlékekkel és gyenge negatív együttjárást a szülői elutasítás emlékeivel. A passzív halogatósi típusok ezzel ellentétesen gyenge negatív együttjárást mutat az anya érzelmi melegségéről szóló emlékekkel, és gyenge pozitív együttjárást a szülői elutasítás emlékeivel. Az aktív halogatósi típusok alskáláinál az anyai szülői elutasítás gyenge negatív együttjárást mutat a végeredménnyel való elégedettséggel, az idői szorítás preferálásával és a határidő betartásának képességével, és gyenge pozitív együttjárást a tudatos döntés a halogatósi típus mellett alskáláival. Az aktív halogatósi típusok alskáláinál az apai szülői elutasítás is hasonló az anyaihoz: gyenge negatív együttjárást láthatunk az idői szorítás preferálásával és a határidő betartásának képességével, és gyenge pozitív együttjárást a tudatos döntés a halogatósi típus mellett alskáláival. A határidő betartásának a képessége jár együtt a legtöbb szülői nevelési emlékekkel. A szülők érzelmi melegségével gyenge pozitív együttjárást látunk, és a szülői elutasítás, valamint az anyai túlféltés pedig negatívan korrelál ezzel a képességgel. Az autoriter bánásmódon belül összefüggés az elutasítottság élményével van, míg a túlféltésnek nincs akkora szerepe. Habár a korrelációk gyenge, de szignifikáns együttjárást mutatnak, és az apai túlféltés esetében nincs összefüggés, az a hipotézisünk, hogy az autoriter bánásmód (el-

utasítás, és túlféltés) emlékei pozitívan járnak együtt a passzív és negatívan az aktív halogatással részben alátámasztást nyert.

3. táblázat. A szülői nevelés emlékei és a halogatási típusok összefüggései

Korreláció N=400	Aktív halogatas	Aktív halogatás alkálái				Passzív halogatas
		A végeredménnyel való elégedettség	Idői szorítás preferálása	Tudatos döntés a halogatás mellett	Határidő betartásának képessége	
'Neveltetésem Emlékei' EMBU						
Anya Érzelmi melegség	r 0,07	0,04	0,05	-0,05	,129**	-,103*
Apa Érzelmi melegség	r ,103*	0,03	0,06	-0,01	,156**	-0,08
Anya Szülői elutasítás	r -,134**	-,125*	-,130**	,170**	-,227**	,158**
Apa Szülői elutasítás	r -,106*	-0,09	-,110*	,136**	-,186**	,141**
Anya Szülői túlféltés	r -0,06	-0,05	-0,08	,112*	-,118*	0,09
Apa Szülői túlféltés	r -0,02	-0,06	-0,08	,119*	-0,03	0,02

Jelmagyarázat: sötét árnyékolás: közepes erejű kapcsolat, világos szürke árnyékolás: gyenge erejű kapcsolat *: p<0,05, ** p<0,01.

Ezután arra voltunk kíváncsiak, hogy a kötődéssel foglalkozó szakirodalomban leírtaknak megfelelő kötődési stílusok a mi mintánkban is megjelennek-e? Ennek célja az volt, hogy ezen csoportok között is tudjunk majd összehasonlításokat tenni. Az ASQ-H kötődés skáláival végzett K-középpontú 4 kategóriás klaszteranalízis Hámori és munkatársainak eredményeihez hasonló klasztereket eredményezett (Biztonság a kapcsolatokban (BK), Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFÉ), Ambivalencia, távolítás, önleértékelés (ATÖ), Önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV), Függes, függetlenség (FF). A Biztonságos függőségigény nélkül, a Biztonságos függőségigénnyel, Elutasító és az Ambivalens-félelemmentli csoportok egyértelműen kirajzolódtak. A szerzők által közölt átlagok is (Hámori és mtsai, 2016b, 71.) hasonlóan alakultak. Kivéve az Elutasító csoportot, ahol a mi átlagaink magasabbak voltak az ATÖ, az ÖV és az FF skálán. A 4-5. táblázatban mutatjuk be az egyes klaszterekre jellemző eloszlásokat, átlagokat és szórásokat.

4. táblázat. A szülői nevelés emlékei és a halogatási típusok összefüggései

	Gyakoriság N	%	Hátori et al 2016b megoszlása
	Biztonságos függőségigénnyel	112	28,0
	Biztonságos függetlenségigénnyel	116	29,0
Klaszterek	Elutasító	66	16,5
	Ambivalens-félelemtel	106	26,5
	Total	400	100,0

5. táblázat. Az ASQ-H skálával azonosított négy kötődési típus skála átlagai, szórásai a saját (sötét árnyékolás) és az eredeti minta értékeivel
A különböző alsóindexek azt jelzik, hogy mely csoportok között van szignifikáns eltérés (ANOVA elemzés, Bonferroni korrekció)

Kötődési típusok	Biztonságos függőségígnnyel			Biztonságos függetlenségígnnyel			Elutasító			Ambivalens-félelemteli			ANOVA a saját mintán N=400						
	saját minta N=112	Hámori és mtsai (2016) N=255	Hámori és mtsai (2016) N=380	saját minta N=116	Hámori és mtsai (2016) N=380	saját minta N=66	Hámori és mtsai (2016) N=168	saját minta N=104	Hámori és mtsai (2016) N=372	F (df=	p	ε ²							
ASQ-H alsóskálák	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD							
Biztonság a kapcsolatokban (BK)	4,73 _a	0,72	4,65	0,59	4,36 _b	0,61	4,51	0,49	3,16 _c	0,74	3,86	0,63	3,20 _c	0,75	3,58	0,69	128,13	0,00	49%
Kapcsolatok fontossága az én szempontjából (KFE)	3,17 _a	0,77	3,35	0,71	2,98 _a	0,70	3,27	0,54	4,16 _b	0,78	2,82	0,49	4,17 _b	0,77	4,15	0,52	200,09	0,00	60%
Ambivalencia, Távollítás, Önleértékelés (ATÖ)	1,94 _a	0,49	2,03	0,49	2,30 _b	0,54	2,01	0,45	3,93 _c	0,75	2,70	0,66	3,43 _d	0,76	3,28	0,64	70,66	0,00	35%
Önértékesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV)	1,77 _a	0,62	1,97	0,65	2,51 _b	0,71	2,06	0,62	3,71 _c	0,70	3,20	0,87	2,08 _d	0,54	2,82	0,92	136,52	0,00	51%
Függés, függetlenség (FF)	3,21 _a	0,71	2,80	0,59	5,10 _b	0,66	4,55	0,67	5,04 _b	0,85	3,16	0,75	4,37 _c	0,88	4,35	0,94	137,14	0,00	51%

A klaszterek jellemzői a következők voltak (1. ábra): A *Biztonság függőségigénnyel* csoport tagjaira jellemző, hogy az átlagtól magasabb a kapcsolatban megélt biztonság (BK), az átlagtól kisebb a kapcsolatok fontossága az önértékelés szempontjából (KFÉ), kisebb az önleértékelés, az ambivalencia és a kapcsolatok távolítása (ATÖ) is. Az átlagtól kevésbé fontos az önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV), és átlagtól kisebb a függetlenség iránti igény (FF). Az ebbe a csoportba tartozó személyek biztosak kapcsolataikban (BK), és önmagukban (ATÖ). Önértékelésükben nem játszik túl nagy szerepet, hogy van-e kapcsolatuk vagy sem (KFÉ). Nem jellemző az ambivalencia, el tudják fogadni mások közelségét, de annak hiányát is (ATÖ). Kényelmesen el tudják fogadni a másoktól való függőséget, és nem vágnak nagy függetlenségre sem (FF). Önérvényesítési és kapcsolati igényük egyensúlyhoz közeli (ÖV), nem helyezik a karriert sem a kapcsolataik elé, sem a kapcsolataikat a karrier elé (ÖV).

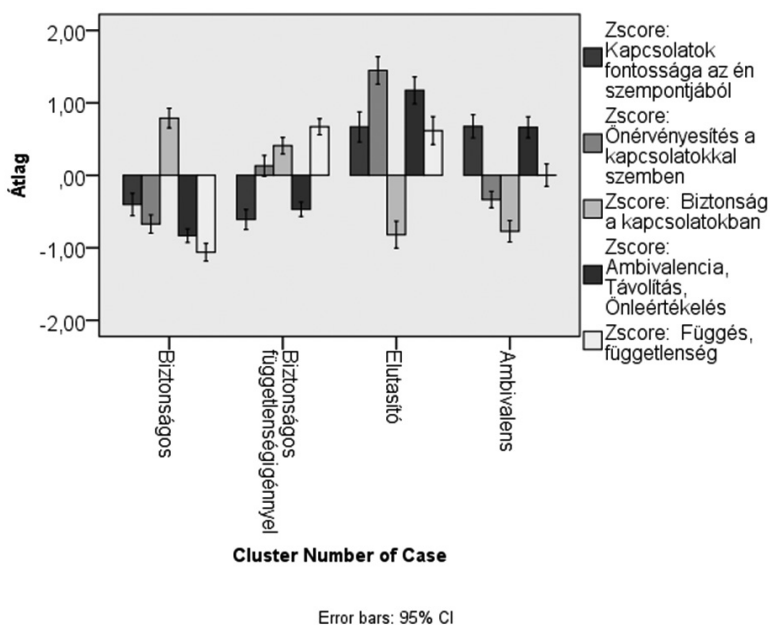
A *Biztonság függetlenségigénnyel* csoport tagjaira jellemző, hogy az átlagtól magasabb a kapcsolatban megélt biztonság (BK), az átlagtól kisebb a kapcsolatok fontossága az önértékelés szempontjából (KFÉ) és kisebb az önleértékelés, az ambivalencia és a kapcsolatok távolítása is (ATÖ). Az átlagtól magasabb az önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV), és nagyobb a függetlenség iránti igény (FF). Az ebbe a csoportba tartozó személyek biztosak kapcsolataikban (BK), és önmagukban (ATÖ). Nem jellemző az ambivalencia, el tudják fogadni mások közelségét, de annak hiányát is (ATÖ). Önértékelésükben nem játszik túl nagy szerepet, hogy van-e kapcsolatuk vagy sem (KFÉ). Habár fontos számukra a függetlenség (FF) és az önérvényesítésük a kapcsolati igényükhöz képest magasabb, mint a függetlenségigény nélküli biztonságos csoport tagjainál (ÖV). Néha a karrier fontosabb a kapcsolatuktól, de ez nem veszélyezteti a kapcsolat biztonságát (BK/ÖV). Ebbe a csoportba tartozhatnak például a pályakezdők (Hámori és mtsai, 2016b).

Az *Elutasító (elkerülő)* csoport tagjaira jellemző, hogy az átlagtól alacsonyabb a kapcsolatban megélt biztonság (BK), az átlagtól nagyobb a kapcsolatok fontossága az önértékelés szempontjából (KFÉ) és jóval nagyobb az önleértékelés, az ambivalencia és a kapcsolatok távolítása (ATÖ). Az átlagtól sokkal magasabb az önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV), és nagyobb a függetlenség iránti igény (FF). Az ebbe a csoportba tartozó személyek nem biztosak kapcsolataikban (BK), sem önmagukban (ATÖ). Jellemző az ambivalencia: önértékelésükben szerepet játszik, hogy legyen kapcsolatuk (KFÉ), ugyanakkor nagyon fontos számukra a függetlenség (FF), de nem tudják elfogadni mások közelségét (ATÖ). Önérvényesítésük a kapcsolati igényükhöz képest a legmagasabb (ÖV), a karrier szinte mindentől fontosabb, még a kapcsolataiktól is (ÖV). Ebbe a csoportba tartozhatnak például a karrieristák.

Az *Ambivalens-Félelemteli* csoport tagjaira jellemző, hogy az átlagtól alacsonyabb a kapcsolatban megélt biztonságuk (BK), az átlagtól nagyobb az önleértékelésük az ambivalenciájuk és a távolítás (ATÖ). Az átlagtól nagyobb a kapcsol-

latok fontossága az önértékelésük szempontjából (KFÉ). Az átlagtól kisebb az önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (ÖV), és a függetlenség iránti igényük átlagos (FF). Az ebbe a csoportba tartozó személyek nem biztosak kapcsolataikban (BK), sem önmagukban (ATÖ), jellemző az ambivalencia: önértékelésükben szerepet játszik, hogy legyen kapcsolatuk (KFÉ), de nem tudják elfogadni mások közelségét (ATÖ), a függetlenség iránti igényük átlagos (FF). Önérvényesítésük a kapcsolati igényükhöz képest kisebb (ÖV), a karrier nem fontosabb, mint a kapcsolataik (ÖV). Ebbe a csoportba tartozhatnak például a szorongó, ambivalens típusú, negatív önképpel rendelkező, kapcsolatfüggő emberek.

A Vargha, Bergman, Takács (2016) által javasolt eljárás szerint a klaszterek létrehozásával az alábbi adekvációs mutatókat kaptuk (EESS%=49,23% (0,23); Pontbiszerieális korreláció=0,293 (0,09), Módosított Xie-Beni index 0,337 (0,24), Silhouette-mutató=0,517 (0,14), Homogenitási együttható 1,023, (0,23), Cohen-delta=0,895 (0,17) és Általánosított Dunn-index (GDI24=0,626) (0,3)), ahol zárójelben minden esetben a MORI együttható értéke látható. Minden esetben szignifikánsan különböző eredményt kaptunk a teljesen véletlen elrendezéshez képest ($p < 0,001$ szinten), a MORI együttható pedig az adekvációs mutatóknál több esetben is elérte, meghaladta a minimálisan elvárható 0,2-es szintet, tehát azt legalábbis állíthatjuk, hogy a feltárt klaszterstruktúra nem a véletlen műve, illetve a teljesen véletlen változószettől szignifikánsan és szakmailag is elfogadható mértékben különbözik. Az a hipotézisünk, miszerint az ASQ-H kötődés skáláinak klaszteranalízise a Hámori és munkatársai eredményeihez hasonló klasztereket eredményez teljesült.



1. ábra. Az ASQ-H skálaátlagai klaszterenként

A halogatás mértékét tekintve az ANOVA elemzés minden csoportban szignifikáns eltérést mutatott (6. táblázat és 2. ábra). A post hoc elemzés szerint az aktív halogatás összességében nagyobb mértékű a biztonságos csoportokban, mint az elutasító és az ambivalens-félelemteli csoportban. Az aktív halogatás alszkálái közül a *végezredménnyel való elégedettség* a biztonságosan kötődők csoportjai és az elutasító típus között különbözik, a biztonsággal kötődők elégedettebbek az eredményeikkel. Az *idői szorítás preferálása* és a *határidő betartásának képessége* esetében a szignifikáns eltérés a biztonságosan kötődők és az elutasító, valamint az ambivalens-félelemteli csoportok közötti különbségből adódik. A biztonságos típusú kötődők inkább preferálják az idői nyomás kihasználását, és jobban be tudják tartani a határidőt a halogatás esetén, mint a másik két csoport. A *tudatos döntés a halogatás mellett* alszkála esetében pedig a szignifikáns eltérést a biztonságos függőségigénnyel jellemezhető csoport és az elutasító kötődési stílusú csoport közötti különbség okozta. Az elutasító típusú csoport inkább dönt tudatosan a halogatás mellett, mint a biztonságos függőségigényű csoport.

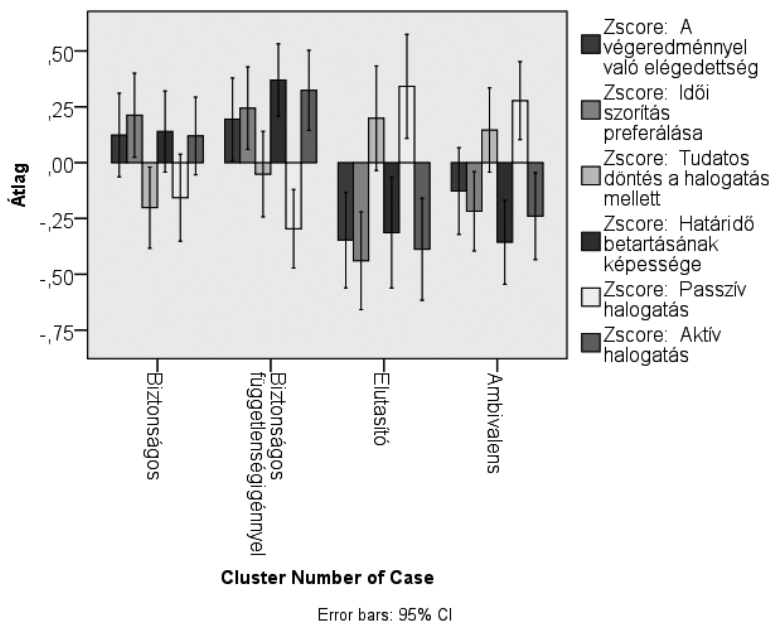
A passzív halogatás esetén a szignifikáns eltérést a post hoc elemzés szerint a biztonságos kötődés és a másik két csoport közötti eltérés okozta. Az elutasító és az ambivalens-félelemteli csoportokban nagyobb a passzív halogatás mértéke, mint a biztonságos csoportokban. Az eredményeket a 2. ábra is szemlélteti. Az ábra mutatja, hogy a biztonságosan kötődő csoportokba tartozó személyek

inkább aktívan halogatnak, jobban preferálva az idői nyomást, mint a tudatos döntést a halogatás mellett, és tudják tartani a határidőt, így végül elégedettek a végeredménnyel. A biztonságosan, de függetlenségigénnyel jellemezhető csoport is inkább aktívan halogat, jobban preferálva az idői nyomást, mint a tudatos döntést a halogatás mellett, és elégedett a végeredménnyel. Ezzel szemben a nem biztonságosan kötődők csoportjának mintázata ellentétes. Mind az elutasító, mind az ambivalens-félelemtel csoportban inkább a passzív halogatást választják, tudatosan döntve a halogatás mellett, kevésbé számít az idői nyomás preferálása, és sem a határidőt nem tudják tartani, sem az eredménnyel nem elégedettek, így ez a hipotézisünk teljesült.

6. táblázat. A négy kötődési típus közötti különbségek a szülői stílus és a halogatás-csoportok szerint.

Kötődési stílusok	Biztonságos függőség igény N= 112		Biztonságos függetlenségigénnyel N= 116		Elutasító N= 66		Ambivalens-félelemtel N= 104		ANOVA		
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	F (df= 3,296)	p	eta ²
Aktív halogatás összérték	4,15 _a	0,93	4,36 _a	0,98	3,64 _b	0,93	3,79 _b	2020,01,02	10,65	0,00	7%
A végeredménnyel való elégedettség	4,39 _a	1,64	4,51 _a	1,64	3,62 _b	1,42	3,98	1,64	5,43	0,00	4%
Aktív halogatás alskálák											
Idői szorítás preferálása	4,46 _a	1,80	4,52 _a	1,80	3,29 _b	1,59	3,69 _b	1,65	10,64	0,00	7%
Tudatos döntés a halogatás mellett	3,10	1,64	3,35 _a	1,76	3,77 _b	1,61	3,68	1,65	3,30	0,02	2%
Határidő betartásának képessége	4,66 _a	1,66	5,05 _a	1,51	3,89 _b	1,72	3,81 _b	1,67	13,89	0,00	10%
Passzív halogatás	3,75 _a	1,87	3,50 _a	1,72	4,65 _b	1,70	4,53 _b	1,63	10,28	0,00	7%

A különböző alsóindexek azt jelzik, hogy mely csoportok között van szignifikáns eltérés. (Bonferroni korrekció). Sötét árnyékolás: közepes erejű kapcsolat, világosszürke árnyékolás: gyenge erejű kapcsolat.



2. ábra. A halogatás-mintázatok a négy kötődési típus szerint

Végül egy regressziós modellt építettünk az aktív ill. a passzív halogatás függő változóira, független változóként bevonva a nem, kor, neveltetésem emlékeim és kötődés skála változókat. Az elemzéshez stepwise modellt alkalmaztunk, azaz csak a szignifikáns kapcsolatokat mutató változók kerültek be a modellbe (7. táblázat).

7. táblázat. Aktív és passzív halogatást bejósoló regressziós modell (független változók: nem, kor, kötődés és neveltetésem emlékei változók)

Passzív halogatás		F(2,385)=31,49; p <0.001; r²=14,1%		
	Beta	t	Sig.	
Kapcsolatok fontossága az én szempontjából	0,25	4,58	0,00	
Ambivalencia, Távolítás, Önleértékelés	0,18	3,28	0,00	
Aktív halogatás		F(2,385)=23,26; p <0.001; r²= 10,8%		
	Beta	t	Sig.	
Kapcsolatok fontossága az én szempontjából	-0,21	-4,05	0,00	
Biztonság a kapcsolatokban	0,19	3,80	0,00	

A demográfiai változók hatása nem lett szignifikáns. A modell a passzív halogatást 14%-os megmagyarázott varianciával jósolta be: a kapcsolatok fontossága és az ambivalencia változók pozitív összefüggést mutattak a passzív halogatóssal. Az aktív halogatást a modell 11%-os megmagyarázott varianciával jósolta be, a kapcsolatok fontossága negatívan, míg a biztonság a kapcsolatokban pozitívan függött össze a függő változóval.

MEGBESZÉLÉS

Összességében hipotéziseink a szakirodalmi adatokkal megegyezően beigazolódtak. Első lépésben beigazolódtott, hogy a kötődés és a halogatási típusok között van összefüggés. A biztonságos kötődés pozitívan jár együtt az aktív és negatívan a passzív halogatóssal. Második lépésben beigazolódtott, hogy a neveltetés emlékei és a halogatási típusok között is van összefüggés. Beigazolódtott, hogy az autoriter bánásmód (elutasítás, és túlféltés) pozitív összefüggést mutat a passzív halogatóssal, valamint negatív összefüggést az aktív halogatóssal. Az érzelmileg meleg és támogató szülői stílus esetén ennek ellentétes mintázatát kaptuk, ami megfelel a szakirodalomban leírtaknak (Pychyl, Coplan, Reid, 2002; Vahedi, Mostafafi, Mortazanajad, 2009; Zakeri, Esfahani, Razmjooe, 2013; Mahasneh, Bataneih, Al-Zoubi, 2016; Khalid, Zhang, Wang, Ghaffari, Pan, 2019). Harmadik lépésben mintánkon elvégeztük a kötődési típusok kialakítását klaszterelemzéssel. Ebben beigazolódtott az a fajta besorolás, amelyek Hámori és mtsai (2016b) ASQ-H kötődés skáláinak klaszteranalízise során alakultak ki. Így a biztonságos kötődés két típusát különítettük el: a függésigénnyel és a függetlenségigénnyel jellemezhető. A bizonytalan kötődésben is két típust írtunk le, az egyikben az önérvényesítés fontosabb a személyek számára, mint a kapcsolat (elutasító). A másikban az önérvényesítés nem annyira jellemző, így az önleértékelés és az ambivalencia jobban szembetűnik (ambivalens-félelemtel). Negyedik lépésben megvizsgáltuk a halogatóss értékeinek különbségeit a kialakult kötődési típusok mentén. Hipotézisünk itt is beigazolódtott, miszerint a biztonságosan kötődő klaszterekben kisebb a passzív halogatóss. A biztonságosan kötődők elégedettebbek a végeredménnyel, és inkább az idői nyomást használják a motivációjuk serkentésére, mivel bíznak magukban és képesek tartani az idői kereteket (Chen, 2017), ami az aktív halogatóss jellemzője (Chu és Choi, 2005; Choi és Moran, 2009). A tudatos döntés a halogatóss mellett skála ugyan az aktív halogatóss kérdéseire tartozik, mi mégis azt találtuk, hogy a korrelációkban ez a kérdéskör a passzív halogatósshoz hasonló mintázattal rendelkezik. A biztonságos, függőségigényű csoporthoz képest a bizonytalanul kötődők közül inkább az elutasító típusú személyek döntenek jobban a halogatóss mellett, nem a félelemtel-ambivalens típusúak. Mivel az elutasító típusra jellemző jobban az önérvényesítés a kapcsolatokkal szemben (Hámori és mtsai, 2016b), a halogatóss hát-

terében ilyenkor felmerülhet az is, hogy amikor túl sok feladatot vállalnak, de a jellemző ambivalencia és az önértékelési zavar miatt nem is tudják befejezni a feladatokat időre. Mivel az aktív halogatás egyik kritériuma, hogy a személy tudatosan dönt a halogatás mellett, ez a jelenség további vizsgálatot és a háttér jobb feltárását igényli.

Az ambivalens kötődésre jellemző tulajdonságok, mint a tanult tehetetlenség, szorongás a kudartól, az önértékelés hiánya, inkább a passzív halogatásra érvényesek (Tice és Baumeiser, 1997; Knaus, 2000; Ferrari, 2001, Garzón-Umerenkova és mtsai, 2018). Passzív halogató esetén megfigyelhető a feladathoz való hozzáfogás késleltetése, vagy ha már megszületett a döntés, akkor is nehezen fog bele a feladat elvégzésébe, és ha mégis belefog a munkába, akkor sem halad, mert olyan dolgokkal foglalkozik, amelyeket már régebben kellett volna megcsinálnia. Ahogy az a mi eredményeink alapján is beigazolódt, az elutasító (autóriter, elhanyagoló) szülői minta predisponálhat a halogatásra (Pychyl, Coplan, Reid, 2002; Takács, 2010; Sedlakova és mtsai, 2014). Az az iskolába kerülés (Szabó és Virányi, 2011; Szabó, Zsadányi, Szabó Hangya, 2015) vagy az élettani változások egy olyan új életszakasz kezdetét jelentik, ahol a feladatokkal a diákot már egyedül hagyják, ráadásul ez az életkorszak a szülőről való leválás időszaka is. Feltételezésünk szerint ilyenkor érezheti magát a diák úgy, mint amikor Ainsworth kötődést vizsgáló laboratóriumában a szülők átmenetileg elhagyták a gyerekeiket (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978). Fontos kérdés azonban, hogy milyen módon reagálunk a magunkra hagyottságunkban? A kezdeti ijedelem után nekifogunk és erőforrásokat mozgósítva elvégezzük, amivel a tanárok megbíztak, vagy magunkra maradván a feladattal a gyermekkorban sokszor megélt bizonytalanság, ambivalencia lesz úrrá, és az érzelmek elsodornak, impulzív módon, ahelyett, hogy a feladatra összpontosítanánk? Vagy lehet, hogy már gyermekkorunkban megtanultuk, hogy úgyse figyelnek ránk, minden mindegy, nem is érdemes az egésznek még nekifogni sem, majd csak lesz valami. A mi adataink megerősítik a szakirodalomból ismert jelenségeket, hogy a halogatás változói összefüggnek a kötődési stílussal, de további kutatásokra van szükség az eredmények megerősítésére.

KORLÁTOK ÉS KITEKINTÉS

A kutatás korlátjaként kell megemlíteni a kevés elemszámot és a férfiak alulreprezentáltságát a mintában. A halogatás operacionalizált, objektív megítélése is hiányzott. Ilyen komplex és összetett folyamat során a kérdőívekből származó adatok értékelését óvatossággal kell végezni, mivel a kérdések a lelki működésnek csak bizonyos rétegeit érik el (Hámori és mtsai, 2016 a,b), vagy maguk a kérdések a gyermekkorról is olyan emocionális reakciót válthatnak ki, amelyek befolyásolják az eredményeket. A korrelációk értékelésének korlátja, hogy

két teljesen különböző, távoli konstruktumot mértünk, mint amilyen a gyermekkori nevelés emlékei és a felnőttkori halogatás, így elfogadtuk a kisebb r értékeket, de ez szintén óvatosságra int az értelmezések tekintetében (Gignac és Szodorai, 2016).

ÖSSZEGZÉS

Az eredményeink megerősítették a korábbi halogatással foglalkozó vizsgálatok adatait, miszerint a halogatás együtt jár a bizonytalan kötődési stílussal és az elutasító szülői bánásmódról szóló emlékekkel. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy a halogatás nem pusztán lustaság, vagy jellemhiba, ahogy ez sok esetben a köztudatban él. Sőt, evvel a címkével a halogatásra hajlamos emberek újabb elutasítotttságot élhetnek meg társadalmi szinten. Sokkal inkább következménye egy olyan többdimenziós komplex fejlődési folyamatnak, ami az elsődleges gondozótól kezdve a szülői, családi és az iskolai hatások során alakul ki. A felsőoktatásba kerüléskor az önállóság előtérbe kerülésével a kapcsolatokban való biztonságélmény fontossá válik, és vagy gátolja vagy segíti a feladatokkal való megküzdést. Rajtunk múlik, hogy milyen irányban.

A szerzők a tanulmány írását és az alapjául szolgáló kutatást a „Személy- és család-orientált egészség tudomány“ kutatócsoport 20643B800 témaszámú, a Károli Gáspár Református Egyetem Bölcsész- és Társadalomtudományi Kara által finanszírozott pályázat keretében végezték.

HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE

- Ainsworth, M., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, *16*(5), 427–454.
- Arrindell, W. A., Sanavio, E., Aguilar, G., Sica, C., Hatzichristou, C., Eisemann, M., Recinos, L.A., Gaszner, P., Peter, M., Battagliese, G., Kállai, J., & van der Ende, J. (1999). The development of a short form of the EMBU: Its appraisal with students in Greece, Guatemala, Hungary and Italy. *Personality and Individual Differences*, *27*(4), 613–628. DOI: 10.1016/S0191-8869(98)00192-5
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991): Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226–244.
- Baumrind, D. (1967). Child care practices anteceding three patterns of preschool behavior. *Genetic Psychology Monographs*, *75*(1), 43–88.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss. Vol 1 Attachment*. New York, NY: Basic Books.

- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol 2 Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavistock.
- Chen, B. (2017). Parent-adolescent attachment and procrastination: The mediating role of self-worth. *The Journal of Genetic Psychology, 178*(4), 238-245.
- Choi, J. N., & Moran, S. V. (2009). Why Not Procrastinate? Development and Validation of a New Active Procrastination Scale. *The Journal of Social Psychology, 149*(2), 195-211.
- Chu, A., & Choi, J. N. (2005). Rethinking Procrastination: Positive Effects of „Active” Procrastination Behavior on Attitudes and Performance. *The Journal of Social Psychology, 145*(3), 245-264.
- DeOliveira, C. A., Moran, G., & Pederson, D. R. (2005). Understanding the link between maternal adult attachment classifications and thoughts and feelings about emotions. *Attachment & human development, 7*(2), 153-170.
- Ellis, A., & Knaus, W. J. (1977). *Overcoming procrastination*. New York: Institute for Rational Living.
- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.). *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). Guilford Press.
- Fernie, B. A., Bharucha, Z., Nikcevic, A., Marino, C., & Spada, M. M. (2016). A Metacognitive model of procrastination. *Journal of Affective Disorders, 210*, 196-203.
- Ferrari, J. R. (1994). Dysfunctional procrastination and its relationship with self-esteem, interpersonal dependency, and self-defeating behaviors. *Personality and Individual Differences, 17*(5), 673-679.
- Ferrari, J. R. (2001). Procrastination as self-regulation failure of performance: effects of cognitive load, self-awareness, and time limits on 'working best under pressure'. *European Journal of Personality, 15*(5), 391-406.
- Ferrari, J. R. (2004). *Counseling the Procrastinator in Academic Settings*, Chapter: Trait Procrastination in Academic Settings: An Overview of Students who Engage in Task Delays. American Psychological Association, pp. 19-28.
- Ferrari, J. R., & Olivette, M. J. (1994). Parental authority and the development of female dysfunctional procrastination. *Journal of Research in Personality, 28*, 87–100
- Freedman, J. L., & Edwards, D. R. (1988). Time pressure, task performance, and enjoyment. In J. E. McGrath (Ed.). *Sage focus editions, Vol. 91. The social psychology of time: New perspectives* (pp. 113–133). Sage Publications, Inc.
- Garzón-Umerenkova, A., de la Fuente, J., Amate, J., Paoloni, P. V., Fadda, S., & Pérez, J. F. (2018). A linear empirical model of self-regulation on flourishing, health, procrastination, and achievement, among university students. *Frontiers in Psychology, 9*, 536.
- Gerhát, R., Balázs, K., & Szemán-Nagy, A. (2017). „Jobb későn, mint soha.” A halogató magatartás vizsgálata egyetemisták körében. *Psychiatria Hungarica, 32*(2), 158-167.
- Gignac, G. E., & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and individual differences, 102*, 74-78.
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Horváth-Szabó, K., Martos, T., Kézdy, A., & Urbán, Sz. (2016a). A felnőtt kötődés mérése: A Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változata. *Alkalmazott Pszichológia, 16*(3), 119-144.
- Hámori, E., Dankháziné Hajtman, E., Urbán, S., Martos, T., Kézdy, A., & Horváth-Szabó, K. (2016b).

- A felnőtt kötődés új típusai? Eredmények a Kötődési Stílus Kérdőív (ASQ-H) magyar változatával. *Alkalmazott Pszichológia*, 16(3), 57-77.
- Harriott, J., & Ferrari, J. R. (1996). Prevalence of Procrastination among Samples of Adults. *Psychological Reports*, 78(2), 611-616.
- Haycock, L. A., McCarthy, P., & Skay, C. L. (1998). Procrastination in College Students: The Role of Self-Efficacy and Anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76, 317-324.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30(1), 112-124.
- Jagodics B., Kórodi K., Martos T., Kőrössi J., & Szabó, É. (2019). Az Aktív-Passzív Halogatás Kérdőív Magyar Változatának Pszichometriai Jellemzői És Módosított Struktúrája. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(4), 489-505.
- Khalid, A., Zhang, Q., Wang, W., Ghaffari, A. S., & Pan, F. (2019). The relationship between procrastination, perceived stress, saliva alpha-amylase level and parenting styles in Chinese first year medical students. *Psychology research and behavior management*, 12, 489.
- Klingsieck, K. B. (2013). Procrastination: When good things don't come to those who wait. *European Psychologist*, 18(1), 24-34.
- Knaus, W. J. (2000). Procrastination, Blame, and Change. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 153-166.
- Költő, A. (2015). Hypnotic susceptibility and mentalization skills in the context of parental behavior. Doctoral (PhD) Dissertation. Doctoral School of Psychology, Eötvös Loránd University.
- Krause, K., & Freund, A. M. (2014). Delay or procrastination – A comparison of self-report and behavioral measures of procrastination and their impact of affective well-being. *Personality and Individual Differences*, 63, 75-80.
- Lay, C. H. (1988). The relationship of procrastination and optimism to judgments of time to complete an essay and anticipation of setbacks. *Journal of Social Behavior & Personality*, 3(3), 201-214.
- Liew, J., Kwok, O., Chang, Y. P., Chang, B. W., & Yeh, Y. C. (2014). Parental autonomy support predicts academic achievement through emotion-related self-regulation and adaptive skills in Chinese American adolescents. *Asian American Journal of Psychology*, 5(3), 214.
- Mahasneh, A. M., Bataineh, O. T., & Al-Zoubi, Z. H. (2016). The relationship between academic procrastination and parenting styles among Jordanian undergraduate university students. *The Open Psychology Journal*, 9(1).
- Mattanah, J. F., Hancock, G. R., & Brand, B. L. (2004). Parental attachment, separation-individuation, and college student adjustment: A structural equation analysis of mediational effects. *Journal of Counseling Psychology*, 51(2), 213.
- Mih, V. (2013). Role of parental support for learning, autonomous / control motivation, and forms of self-regulation on academic attainment in high school students: A path analysis. *Cognition, Brain, Behavior*, 17, 35-59.
- Moss, E., & St-Laurent, D. (2001). Attachment at school age and academic performance. *Developmental Psychology*, 37(6), 863-874.

- Pychyl, T. A., Coplan, R. J., & Reid, P. A. (2002). Parenting and procrastination: gender differences in the relations between procrastination, parenting style and self-worth in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 33(2), 271-285.
- Rozental, A., & Carlbring, P. (2014). Understanding and treating procrastination: A review of a common self-regulatory failure. *Psychology*, 5(13), 1488-1502.
- Sedlakova, J., Mylek, V., Capkova, K., Prochazka, J., Vaculik, M., & Jezek, S. (2014). Parental control of child as a predictor of academic procrastination. In M. Houška, I. Krejčí, M. Flégl (Eds.). *Proceedings of the 11th International Conference on Efficiency and Responsibility in Education 2014* (pp. 694 - 702). Prague: Czech University of Life Sciences.
- Stöber, J., & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 49-60.
- Szabó É. & Virányi B. (2011): Az iskolai kötődés jelentősége és vizsgálata. *Magyar Pedagógia*, 111(2) 111–125.
- Szabó É., Zsadányi Z., & Szabó Hangya L. (2015). Ki szeret iskolába járni? Az iskolai kötődés, a motiváció, az énhatékonyság és a tanulmányfelelősség-vállalás vizsgálata. *Iskolakultúra*, 25(10), 5-20.
- Takács I. (2010). A halogatás jellemzői a felsőoktatásban. Habilitációs dolgozat, Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem.
- Tice, D., & Baumeister, R. F. (1997). Longitudinal study of procrastination, performance, stress, and health: The cost and benefits of dawdling. *Psychological Science*, 8, 454–458.
- Vahedi, S., Mostafafi, F., & Mortazanajad, H. (2009). Self-regulation and dimensions of parenting styles predict psychological procrastination of undergraduate pupils. *Iranian Journal of Psychiatry*, 4(4), 147-154.
- Vargha, A., Bergman, L. R., & Takács, S. (2016). Performing cluster analysis within a person-oriented context: Some methods for evaluating the quality of cluster solutions. *Journal for Person-Oriented Research*, 2(1-2), 78-86.
- Zakeri, H., Esfahani, B. N., & Razmjoe, M. (2013). Parenting styles and academic procrastination. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, 57-60.
- Zhang, S., Liu, P., & Feng, T. (2019). To do it now or later: The cognitive mechanisms and neural substrates underlying procrastination. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 10(4), e1492.