

AZ ÉSZAK-MAGYARORSZÁG RÉGIÓ LAKOSSÁGÁNAK MENTÁLIS ÁLLAPOTJELLEMZŐI EGY ÉVVEL A PANDÉMIA UTÁN

Rucska Andrea 

főiskolai tanár, Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar
3515 Miskolc-Egyetemváros, e-mail: andrea.rucska@uni-miskolc.hu

Lakatos Csilla 

egyetemi adjunktus, Miskolci Egyetem, Egészségtudományi Kar
3515 Miskolc-Egyetemváros, e-mail: csilla.lakatos@uni-miskolc.hu

Absztrakt

A szerzők a keresztmetszeti kvantitatív kutatás során a pandémiát követő időszakban tapasztalható mentális állapotjellemzőket vizsgálták. A kutatás a depresszió, a szorongás és a stressz felmérése mellett a mentális állapotot és jóllétet védelmező és veszélyeztető tényezőinek feltárására irányult. A vizsgálatban összesen 1157 felnőtt válaszadó ($n = 1157$) vett részt (átlagéletkor: 36,1 év; szórás: 14,6). A válaszadók közül 791 fő (68,36%) az Észak-Magyarország régióban él, ők a vizsgálat almintáját képezik. A kérdőívben a szociodemográfiai adatokra vonatkozó kérdések mellett a szubjektív egészségi állapot, a vallásgyakorlás és a mentális egészség jellemzőinek feltárását célzó kérdések szerepeltek. Az eredmények arra utalnak, hogy a depresszió, a szorongás és a stressz vonatkozásában a nem, az iskolai végzettség, a település típusa, a családi kapcsolatok és a vallásgyakorlás is fontos szerepet töltenek be. A vizsgált minta mentális egészségszintje a magyar lakossági átlaga alatti, az országos értékekhez viszonyítva lényegesen rosszabb képet mutat.

Kulcsszavak: COVID–19-pandémia, mentális egészség, szociális, emocionális és pszichológiai jóllét, hátrányos helyzetű lakosság

Abstract

The authors used cross-sectional quantitative research to investigate mental health characteristics in the post-pandemic period. In addition to assessing depression, anxiety, and stress, the research aimed to explore protective and threatening factors for mental state and well-being. A total of 1157 adult respondents ($n = 1157$) participated in the study (mean age: 36.1 years; standard deviation: 14.6). 791 of the respondents (68.36%) live in the North-Hungary region and form the sub-sample of the study. In addition to questions on sociodemographic data, the questionnaire included questions on subjective health, religious practice and mental health characteristics. The results suggest that gender, education, type of settlement, family relationships and religious practice play an important role in depression, anxiety and stress. The mental health of the sample is below the Hungarian population average and significantly worse than the national average.

Keywords: COVID–19 pandemic, mental health, social, emotional and psychological well-being, disadvantaged population

1. Bevezetés

A COVID–19-világjárvány olyan egészségügyi, gazdasági, fizikai és mentálhigiénés kihívás elé állította az emberiséget, amely súlyos károkat okozott az emberek mentális egészsége és jólléte vonatkozásában (Pierce et al., 2021; Rogers et al., 2020; Soltani et al., 2021; The Lancet Infectious Diseases, 2020). A megváltozott életkörülmények világszerte a depresszió, az észlelt stressz, a szorongás tüneteinek felerősödésével és a pszichoaktív szerhasználat súlyosbodásával jártak együtt (Demetrovics and Király, 2021; Szabó, 2021; Tyrer, 2020; Xiong et al., 2020). Mostanra nyilvánvalóvá vált, hogy az akut veszély elmúlása, azaz a pandémia vége nem jelentette a járvány előtti gazdasági, társadalmi, mentális helyzethez való visszatérést, ugyanis a fizikai, pszichés és szociális életben bekövetkezett ártalmak továbbra is jelen vannak a lakosság körében. Ezt igazolja az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a COVID–19 mentális egészségre gyakorolt hatására vonatkozó legutóbbi közleménye is, mely szerint a szorongás és a depresszió prevalenciája világszerte 25%-kal nőtt a világjárvány kitörése óta (who.int).

A hátrányos helyzetű Észak-Magyarország régió mentális egészségi állapotjának felmérését a COVID-19 pandémia kezdetén indítottuk el. A Felsőoktatási Kiválósági Program keretein belül zajlott kutatássorozatban monitoroztuk és nyomon követtük a stressz, az egészségszorongás, az agresszió, a remény és a mentális jóllét szintjének változásait a világjárvány második, harmadik, negyedik és ötödik hullámában, illetve fél évvel az utolsó járványhullám után. Eredményeinkről különböző hazai és nemzetközi tanulmányokban számoltunk be (Lakatos and Rucska, 2022; Lakatos and Rucska, 2023; Rucska and Lakatos, 2022; Rucska et al., 2021).

2. Szakirodalmi áttekintés

A COVID–19-világjárvány idején számos országban, így Magyarországon is tapasztalható volt a depresszió, szorongás és a poszttraumás stressz mértékének megemelkedése a járványt megelőző időszakhoz képest. Hazánkban a legutóbbi széles körű Európai lakossági egészségfelmérés 2019-ben, a koronavírus-járvány előtt készült (ksh.hu). A pandémia mentális egészségre gyakorolt hatásairól a Hungarostudy 2021-es reprezentatív felméréséből tájékozódhatunk (Engler et al., 2022).

A megbetegedéstől való félelem, a munkahelyek veszélybe kerülése, a szociális kapcsolatok beszűkülése, mint a járvány leghangsúlyosabb kockázati tényezői a biztonságérzet csökkenését, a bizonytalansággal szembeni intoleranciát, pszichológiai rugalmatlanságot és a készenléti állapot fokozódását okozták (Engler et al., 2022; Funkhouser et al., 2022; Landi et al., 2022; McCracken et al., 2021). E tényezők együttesen a lakossági stresszreakcióik súlyosbodását idézték elő, a kezdeti akut stressz krónikus stresszé alakult át. Mivel akár az enyhe, de hosszan tartó stressz lényeges szerepet játszik mind a szomatikus, mind a mentális zavarok kialakulásában és hatással van a szubjektív egészségi állapotra, indokolt a pandémia által okozott súlyos és hosszan tartó stresszreakciók monitorozása a lakosság körében (Lakatos and Rucska, 2022; Lakatos and Rucska, 2023; Rucska and Lakatos, 2022; Rucska et al., 2021).

A világjárvány mentális hatásainak vizsgálata rendjén ugyanakkor érdemes szem előtt tartani azt is, hogy az emberek ugyanazt az élményt vagy élethelyzetet nagyon különböző módon élik meg és értékelik, egy adott stresszor által kiváltott válaszreakció alapvetően különbözik az egyes személyek között, akár teljesen ellentétes is lehet (Oláh, 2005; Tringer, 2014). A traumatikus eseményeket követő lélektani reakciók tehát nem egyoldalú válaszok, amelyek minden elszenvedőnél sablonszerűen jelennek meg, hanem sokkal inkább összetett, sokarcú jelenségek, így a negatív pszichés reakciók mellett pozitívak is megjelenhetnek. Tapasztalatok szerint egy ilyen életeseményt követően nemcsak összeroskadás, vagy maradandó károsodással járó túlélés lehetséges, hanem bizonyos feltételek teljesülése esetén felépülés, illetve kivirulás is (Kállay, 2007).

A mentális betegségtünetek mellett fontos feltérképezni a mentális egészség tüneteit is, mint a lelki egészség hangsúlyos területét. Ehhez kínál elméleti háttérrel a Mentális Egészség Két-kontinuum Modell (Keyes, 2002), mely a pozitív mentális egészséget mind a hedonikus (érzelmi jóllét), mind az eudaimonikus (pszichológiai és szociális) jóllét aspektusaiban írja le. Az érzelmi jóllét a pozitív érzelmek (pl.: jó hangulat, öröm) jelenlétét, a negatívak (pl. reménytelenség) hiányát, valamint a saját élet minőségének érzelmi alapú becslését (élettel való elégedettség) összegzi. A pszichológiai jóllét hat dimenzióban írható le: önfogadás, másokkal való pozitív kapcsolatok, autonómia, a környezettel kapcsolatos hatékonyságérzés, célok és személyes növekedés. A szubjektív jóllét a keyesi felfogásban az életterületek „közfeladatait” is magában foglalja. A társas jóllét ebben a keretben annak becslését jelenti, hogy valakinek milyenek a társas körülményei és hogyan működik közösségi szinteken. A szociálisan integrált személyt társas integráció, társas elfogadás, társas közreműködés, társas aktualizáció és szociális koherencia jellemzi. A legkiválóbb pszichés működésmóddal jellemezhető személyek az érzelmi, a pszichológiai, és a társas jóllét magas szintjét élik meg, miközben mentesek a mentális betegségtünetektől (Reinhardt et al., 2020).

Magyarországon a 2002 óta zajló Hungarostudy kutatások rendre a vallásosság és a lelkiegészségmutatók összefüggéseit erősítették meg. Bár a 2021-es adatfelvétel eredményei a vallásosság korábban igazolt egészségvédő hatásának változását jelzik, a szubjektív jóllét, boldogság és elégedettség megítélésben még mindig a rendszeres vallásgyakorlók rendelkeznek a legmagasabb értékekkel, illetve az ő esetükben mutatkozik legerősebbnek a társas támogatás egészségvédő hatása (Engler et al., 2022).

Jelen tanulmány keretében közölt kutatás célja az volt, hogy felmérje a világjárvány mentális egészségre gyakorolt hosszú távú hatásait és nyomon kövesse az esetleges változásokat a magyar lakosság körében kiemelten az Észak-Magyarország régiót.

3. A kutatás módszertana

3.1. Anyag és módszer

Az online keresztmetszeti vizsgálat az általános országos helyzetképen túl az észak-magyarországi helyzetképre fókuszált. Az adatfelvétel 2023 tavaszán, a pandémia után egy évvel történt. A kutatás célja az elhúzódó pandémia 18 év feletti lakosság mentális állapotára gyakorolt hatásainak megismerése.

A kérdőívben a demográfiai jellemzők (nem, életkor, lakóhely, családi állapot, társas együttélés, munkahelyi státusz) mellett a szubjektív egészségi állapot és a vallásosságra vonatkozó kérdések szerepeltek. Egy kérdés mérte a válaszadó saját egészségi állapotára vonatkozó értékelését: „*Mit gondol, milyen az egészsége általában?*” Az öt válaszlehetőség a „nagyon rossz”-tól a „kiváló”-ig terjedt. A vallásosság mérésére a Vallási önbesorolás skálát (Tomka, 1998) használtuk. Egy további kérdés mérte a válaszadó saját vallásgyakorlását: „*Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?*” A válaszadásra egy hatfokú skálán volt lehetőség: „nem vagyok hívő”, „nem gyakorlom a vallásom”, „a magam módján gyakorlom a vallásom”, „ritkán, de egyházamban gyakorlom a vallásom”, „rendszeresen, egyházamban gyakorlom a vallásom”, „nem akarok válaszolni”.

A kutatásban továbbá két, a mentális egészség jellemzőinek felmérését célzó, validált kérdőívet használtunk, a DASS-21-es skálát és a Mentális Egészség Kontinuum Skálát.

A DASS-21 olyan multidimenzionális kérdőív, mely három negatív érzelmi állapotot mér fel: a depressziót, a szorongást és a stresszt. A skála rövidített, 21 tételes változata (DASS-21) a depresszió, a szorongás és a stressz dimenzióit 7-7 tételen keresztül méri, a kitöltőknek a felvételt megelőző egy hétre vonatkozóan kell eldönteniük, hogy az egyes állítások milyen mértékben voltak alkalmazhatóak rájuk.

Az egyes tételeket egy négyponos Likert-skálán kell értékelni (Horváth, 2022). A mérőeszköz Cronbach- α értéke jelen kutatási mintán 0,86.

A Mentális Egészség Kontinuum Skála (MHC-SC) a szubjektív jóllét három területét vizsgálja. Az egyik az emocionális jóllét, mely azt jelzi, hogy az egyén mennyire boldog és elégedett, ezzel a hedonikus jóllét aspektusát írva körül. A másik a pszichológiai jóllét, mely az önelfogadást, a pozitív kapcsolatokat, célokat, hatékonyságérzést, autonómiát ötvözi. A harmadik a szociális jóllét, azaz a társas kapcsolatokat, a társas integrációt, az elfogadást tükrözi. Utóbbi kettő eudaimonikus jóllét aspektusát tükrözi. A kitöltőnek arra kell választ adnia, hogy az elmúlt egy hónapban hogyan érezte magát, azaz milyen gyakran élte át azt az érzést vagy folyamatot, amit az egyes tételek megfogalmaznak. A válaszok egy hatponos Likert-skálán jelölhetők (0 = soha, mindennap = 5). A válaszok összpontszáma globális jóllétre, az egyes alskálák pontszámai a szubjektív jóllét egyes területeire vonatkoznak: érzelmi, pszichológiai és társas jóllét. A teljes kérdőív összpontszáma 0–70 közötti lehet, a magasabb pontszám minden esetben nagyobb fokú jóllétértéket jelez. A skála magyar adaptációját Reinhardt Melinda végezte el (Reinhardt, 2022). A mérőeszköz Cronbach- α értéke jelen kutatási mintán 0,84.

Az online survey vizsgálat nem reprezentatív, de a nagy elemszámú minta jól tükrözi a régió 18 év feletti lakosságának mentális állapotát. Az adatokat SPSS 22,0 statisztikai szoftver segítségével elemeztük. A leíró statisztikán túl az összefüggések vizsgálatához chí-négyzet-próbát és Pearson-féle korrelációs vizsgálatot alkalmaztunk. A normalitás vizsgálatához a Kolmogorov–Smirnov- és a Shapiro–Wilk-tesztet használtuk.

Az adatgyűjtés minden esetben a kitöltő informálásával, az anonimitás biztosításával, önkéntes alapon történt. A kutatást a Regionális/Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottság engedélyezte (IG-50-258/2019).

3.2. A minta demográfiai jellemzői

A kérdőívet 1157 fő töltötte ki, a minta nemek szerinti eloszlása: 351 férfi (30,3%), 806 nő (69,7%). A válaszadók átlagéletkora 36,1 év (szórás: 14,6), a legfiatalabb 18, a legidősebb 92 éves volt.

A populáció 10,9%-a fővárosban, 32,1%-a nagyvárosban, 31,5% kisvárosban és 25,5% falun él. A teljes mintában az Észak-Magyarország régió felülreprezentált 791 fő (68,36%).

A minta 42,7%-a családban él, 25% párkapcsolatban, 16,7%-a egyedül és 15,6% kiterjesztett családban él. Iskolai végzettségüket tekintve: a többség (41%) érettségizett, 38,5% felsőfokú végzettséggel rendelkezik, 7,2% szakmunkás, 11,1% technikai, 2,3% pedig általános iskolai vagy az alatti végzettséggel rendelkezik.

A populáció 11,3%-ának került veszélybe a munkahelye a pandémia alatt.

Ugyan nem szignifikánsan ($p = 0,3$), de a nők munkahelyvesztése magasabb rizikótényezőként jelent meg. Az észak-magyarországi válaszok hasonló arányokat mutatnak a teljes mintához képest. Míg a teljes mintában 2% a munkanélküli és 1,8% alkalmi munkavállaló, addig Észak-Magyarországon 1,8% a munkanélküli és 1,4% az alkalmi munkavállaló a kitöltők körében.

A válaszok alapján a populáció nagyobb aránya valamilyen módon gyakorolja a vallását. A minta 17%-a gyakorolja a vallását, 10%-a rendszeresen az egyházában gyakorolja, 12% ugyan ritkábban, de szintén az egyházában gyakorolja, 27,4% pedig a maga módján gyakorolja a vallását. A minta 26,8%-a saját bevallása alapján nem hívő.

4. Eredmények

A depresszió és a szorongás jelentős egészségteherként van jelen mind egyéni, mind társadalmi szinten, miután fokozott kockázatot jelent a korai halálozás szempontjából. A mérőeszköz instrukciója szerint a kitöltőnek a kitöltést megelőző egy hétre kell vonatkoztatni a válaszokat, hogy egyes állítások milyen mértékben voltak érvényesek rájuk.

4.1. Szubjektív egészségi állapot

Az egészségi állapot tekintetében a minta 46,2%-a jónak, 37%-a kielégítőnek, 11% nagyon jónak, 5,2%-a rossznak és 0,7% nagyon rossznak érzi saját egészségi állapotát. Az Észak-Magyarország régió lakossága hasonló arányokat mutatott (1. táblázat).

1. táblázat. A lakosság szubjektív egészségi állapota

Szubjektív egészségi állapot	Teljes minta % n = 1157	Észak-Magyarország % n = 791
Nagyon rossz	0,7	0,6
Rossz	5,2	4,9
Kielégítő	37	36,8
Jó	46,2	46,8
Nagyon jó	11	10,9

Az életkor jelentős összefüggésben áll a szubjektív egészségi állapottal ($p < 0,01$), minél idősebb valaki, annál kevésbé érzi magát jól.

4.2. Depresszió, szorongás és stressz

A depresszió, szorongás és stressz skála összesített értékét tekintve a válaszadók átlaga a normál tartományon belül mozgott ($x = 20,5$) (2. táblázat), de a minta 22,5%-a a depresszió valamelyik szintjén érintett, további 33,4% a szorongás, és 13,3% a stressz súlyosabb tüneteit jelezte.

2. táblázat. Depresszió, szorongás és stressz skála dimenzióinak átlaga

	Teljes minta átlagpont n = 1157	Észak-Magyarország átlagpont n = 791
Depresszió	5,9	6
Szorongás	6,1	6,2
Stressz	8,2	8,2

A kérdőív *depresszió* alskálájának eredményei arra utalnak, hogy a teljes mintában a lakossági átlag nem érinti a depresszió szintjét. Észak-Magyarország viszonylatában magasabb depressziós értéket mértünk a teljes mintához viszonyítva (2. táblázat). Ugyanakkor a teljes minta 22,7%-a mutat valamilyen szintű érintettséget: enyhe depressziós tüneteket mutatott a válaszadók 12,5%-a, 9,2% mérsékelt, 1% esetében pedig súlyos depresszióra utaló tünetek jelentek meg. Észak-Magyarországon valamivel többen élnek enyhe depressziós tünetekkel (13,5%), viszont kevesebben mutatnak mérsékelt tüneteket (9%).

A lakóhely szignifikánsan nem befolyásolja a depressziós szintet ($p > 0,1$), de a falvakban élőknel nagyobb arányú depresszió tapasztalható, mint a városokban élőknel (3. táblázat). Az észak-magyarországi almintában is magasabb értéket tapasztaltunk a falvakban élők körében ($x = 6,5$).

3. táblázat. *Depresszió skála átlaga a lakóhely viszonylatában (n = 1157)*

Lakóhely	Depresszió szint átlaga
főváros	6,06
nagyváros	5,44
kisváros	5,87
falu, község	6,40

Az iskolai végzettség viszonylatában vizsgálva a depressziót szignifikáns összefüggés mutatkozik ($p < 0,01$). Az alacsonyabb iskolai végzettségű populációban magasabb depresszió értékeket figyelhetünk meg (4. táblázat). A legalacsonyabb depresszió átlag a felsőfokú végzettségű populáció körében mutatkozik.

4. táblázat. *Depresszió skála átlaga az iskolai végzettség viszonylatában (n = 1157)*

Legmagasabb iskolai végzettsége	Depresszió szint átlaga
8 általános v. kevesebb	6,52
szakmunkásképző, szakiskola	6,74
érettségi	6,32
technikum	6,10
felsőfokú	5,14

A társas kapcsolatoknak szintén nagy jelentősége van ($p < 0,005$). A szeparáció, az egyedüllét rányomta a bélyegét a lakosság mentális állapotára, hiszen egyedül élőknel lényegesen magasabb depressziós szintet mértünk a társas közösségben élőknel (5. táblázat).

A *szorongás* aldimenzió átlagértéke szintén a normál értéken belül található (2. táblázat), viszont a minta 33,43%-a érintett valamilyen mértékű szorongásban: 11,2% enyhe, 16,4% mérsékelt, 5% súlyos és 0,7% nagyon súlyos szorongásos állapotot mutat. Az Észak-Magyarország régióban a mérsékelt szorongásos tünetek magasabbak ($x = 17,7$) a teljes mintához képest.

5. táblázat. Depresszió skála átlaga a társas együttélés dimenziójában (n = 1157)

Kivel él egy háztartásban?	Depresszió szint átlaga
Egyedül élek	7,09
Párommal/férjemmel/feleségemmel élek	6,03
Családban élek (partner/férj/feleség + gyerekek)	5,31
Nagycsaládban élek (család + szülők)	5,99

Az életkor ($p < 0,01$) és a nem ($p < 0,01$) szignifikáns összefüggést mutat a szorongással: a fiatalabb nők nagyobb arányban érintettek.

A teljes mintában a lakóhely szignifikáns összefüggésben áll a szorongás szinttel ($p < 0,05$) (6. táblázat). A falvakban élők jobban szoronganak a többi településtípuson élőknel. Minél nagyobb településen él valaki, annál alacsonyabb szorongás szint várható.

6. táblázat. Szorongás skála átlaga a lakóhely viszonylatában (n=1157)

Lakóhely	Szorongás szint átlaga
főváros	5,75
nagyváros	5,86
kisváros	6,10
falu, község	6,56

Szignifikáns összefüggés mutatkozott a szubjektív egészségi állapot ($p < 0,01$), az iskolai végzettség és a szorongás között ($p < 0,01$): a rosszabb egészségi állapotot jelzőknek és az alacsonyabb iskolai végzettségűeknek a szorongási szintjük magasabb a teljes minta átlagánál. Szorongás tekintetében hasonló értékeket kaptunk az Észak-magyarországi almintában, mint a teljes mintában.

A stressz alskála átlagértéke szintén a normál értéken belül található (2. táblázat), viszont a minta 13,3%-a a stressz valamelyik szintjét jelzi: 10,2%-a enyhe, 3,1% mérsékelt stressz-tüneteket mutat. Az Észak-Magyarország régióban hasonló értékeket tapasztaltunk, mint az összlakosságnál. Az életkor ($p < 0,01$) és a nem ($p < 0,01$) szignifikáns összefüggés mutatott a stressz szintjével, a nők magasabb stressz-szintet mutatnak, mint a férfiak, előbbieket esetében a fiatalabbak stresszesebbek, mint az idősebb korosztályban lévők.

A lakóhely nem mutatott szignifikáns összefüggést a stressz-szinttel ($p > 0,05$), de a falvakban élők magasabb stressz-szintet mutatnak ($x = 8,6$) a többi településtípuson élőknel. Az iskolai végzettség ($p < 0,05$) és a családi kapcsolatok megléte ($p < 0,05$) szignifikáns összefüggést mutat a stressz-szinttel. Legkevésbé stresszesek a felsőfokú végzettségűek ($x = 7,6$) és a családostok ($x = 7,7$).

Végül, a hit, a vallásgyakorlás jelentős összefüggést mutat a mentális állapottal. A DASS-21 skála percentilise, a depresszió, szorongás és stressz mértéke a nem hívő embereknél a legmagasabb. Észak-

Magyarországon minimálisan ugyan, de eltérés tapasztalható, a skála percentilise magasabb értéket mutat a nem hívő válaszadók körében, mint a vallásukat ritkán, de egyházukban gyakorló és a vallásukat rendszeresen egyházukban gyakorló válaszadóknál (7. táblázat).

7. táblázat. DASS-21 skála percentilis átlaga a vallásgyakorlás viszonylatában

Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?	DASS-21 percentilis átlaga Teljes minta n = 1157	DASS-21 percentilis átlaga Észak-Magyarország n = 791
Nem vagyok hívő	21,70	22,16
Nem gyakorolom a vallásom	20,19	20,16
A magam módján gyakorolom a vallásom	20,13	20,1
Ritkán, de egyházamban gyakorolom a vallásom	19,84	20,51
Rendszeresen, egyházamban gyakorolom a vallásom	16,82	17,12
Hiányzó adat	1,32	–

4.3. Mentális egészség

A skála a mentális egészség pozitív összetevőit, a szubjektív jóllét komponenseit összegzi. A mentális egészséget három dimenzió mentén vizsgáltuk: az emocionális, a szociális és a pszichológiai jóllét dimenzióiban (8. táblázat). Az emocionális jóllét élettel való elégedettséget, a pozitív érzelmek, boldogságot, a negatív érzelmek hiányát tartalmazza, mely a hedonikus jóllét aspektusait összegzi. A szociális jóllét a társas elfogadást, társas kiteljesedést, társas közreműködéseket, társas koherenciát és integrációt tartalmazza, a pszichológiai jóllét az önfogadást, személyes növekedésérzést, életcélokat, hatékonyságérzést, autonómiát, és másokkal való pozitív kapcsolatot tartalmazza, mindezek együttesen az eudaimonikus jóllét aspektusai. A teljes kérdőíven elért összpontszám 0 és 70 pont közé eshet. A magasabb pontszám jobb mentális jóllét-értéket jelez.

8. táblázat. A mentális egészség dimenzióinak átlaga a teljes mintában (n = 1157)

Mentális jóllét skálák	Emocionális jóllét	Szociális jóllét	Pszichológiai jóllét	Összpont átlaga
Átlagpont	8,13	9,70	16,13	33,96
Szórás	3,029	4,50	5,35	11,09

A vizsgált minta mentális egészségének átlaga a magyar lakossági átlag alatt van ($x = 33,96 \pm 11,09$). (Az MHC-SC skála küszöbértéke 37,5.) Amennyiben az alsókálakat vizsgáljuk, megállapíthatjuk, hogy a legrosszabb állapotot ezen belül a lakosság szociális jóllétében fedeztünk fel ($x = 9,7 \pm 4,5$), mely messze a küszöbérték alatt van. Az emocionális és a pszichológiai jóllét csak kevéssel haladja meg a

küszöbértéket. Az iskolai végzettség összefüggést mutat a mentális jólléttel ($p < 0,01$) oly módon, hogy a magasabb iskolai végzettség magasabb mentális egészségszinttel jár együtt, tehát a magasabb iskolai végzettség protektív tényezőként jelenik meg. A nemek esetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($p = 0,27$), de a tendenciák szintjén a nők jobb mentális egészségi állapotot mutattak, mint a férfiak (9. táblázat).

9. táblázat. A mentális egészség dimenzióinak átlaga a nemek viszonylatában ($n = 1157$)

Mentális jóllét / Nem		Emocionális jóllét	Szociális jóllét	Pszichológiai jóllét	Összpont átlaga
férfi	átlagpont	8,17	9,37	15,89	33,42
	szórás	3,07	4,68	5,53	11,54
nő	átlagpont	8,12	9,84	16,23	34,19
	szórás	3,014	4,42	5,27	10,89

Az alskálák nemek szerinti összehasonlítása rendjén a két nem közel azonos értékeket mutat az emocionális jóllét dimenziójában, de a szociális és a pszichológiai jóllét esetében a nőknél magasabb értékeket tapasztaltunk, mint a férfiaknál.

A mentális egészség skála mutatói negatívan korrelálnak a depresszió, szorongás és stressz skála értékeivel ($r = -0,43$). Legerősebb korreláció az emocionális ($r = -0,52$) és pszichológiai alskála ($r = -0,48$) és a depresszió fordított együttjárásában észlelhető. A mentális egészségi állapot tekintetében további protektív faktor a család, azon belül is a többgenerációs családi háztartásokban történő életvitel ($p < 0,01$).

Végül megvizsgáltuk, hogy a vallás viszonylatában hogyan alakultak a populáció mentális jólléti mutatói (10. táblázat). A kérdésre többen nem akartak válaszolni (70 fő). Az MHC-SC skála összesített átlaga a nem hívő populációban a legalacsonyabb, tehát az ő mentális állapotuk kevésbé jó. Legjobb mentális állapotban azok vannak, akik a vallásukat rendszeresen az egyházukban gyakorolják. A nem hívő és vallásukat nem gyakorló lakosság értékei közel azonosak. A mentális jóllét értékeinek szórását vizsgálva megállapítható, hogy a nagyobb szórás a nem hívő, illetve vallásukat nem gyakorlók körében tapasztalható ($SD = 11; 11,2$), míg a hívők homogénebb mentális állapotot mutattak ($SD = 9$).

10. táblázat. A mentális jóllét összesített átlaga a vallásgyakorlás viszonylatában

Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?	A mentális jóllét összesített átlaga Teljes minta $n = 1157$	A mentális jóllét átlaga összesített átlaga Észak-Magyarország $n = 791$
Nem vagyok hívő	31,63	32,36
Nem gyakorolom a vallásom	32,17	32,31
A magam módján gyakorolom a vallásom	35,22	35,24
Ritkán, de egyházamban gyakorolom a vallásom	34,39	34,06
Rendszeresen, egyházamban gyakorolom a vallásom	37,77	38,51

Amennyiben az alsókategoriat nézzük szintén megállapítható, hogy minden dimenzióban a hívő lakosság jobb mentális állapotértékeket mutatott. Az Észak-Magyarország régióban élők értékei közel megegyeznek a teljes populáció értékeivel, kivéve a rendszeres egyházi vallásgyakorlás esetében, ott ugyanis jobb mentális mutatókat kaptunk, ezek a lakosok jobb mentális állapotban vannak.

5. Megbeszélés és konklúzió

Az online adatfelvétellel készült nem reprezentatív kutatásunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy az elhúzódó pandémiás időszakot követően milyen mentális állapotjellemezők tapasztalhatók a magyar lakosság körében, azon belül is a hátrányos helyzetű Észak-Magyarország régióban. Az adatfelvétel egy évvel az utolsó járványhullám után, 2023 tavaszán történt 1157 fő bevonásával, ezen belül az Észak-Magyarország régió almintában 791 fő szerepelt. A kérdőívben a szociodemográfiai adatok mellett rákérdeztünk a szubjektív egészségi állapotra és a vallásgyakorlás módjára, továbbá a mentális egészségi állapot felmérésére két standard, validált kérdőívet használtunk.

A demográfiai jellemzők közül a nem, az iskolai végzettség, a lakóhely típusa és a kiterjedt családi kapcsolatok is összefüggést mutatott az egyes mentális betegségeket jelző tünetek, illetve a mentális egészség egyes jellemzői között, megerősítve a korábbi kutatási eredményeket.

Bár az összesített értékek a teljes minta esetében nem jeleznek sem a depresszió, sem a szorongás tekintetében, az aldimenziók vizsgálata rendjén kiemelkedőek az enyhe depresszióra és a mérsékelt szorongásra utaló tünetek. A depresszió tüneteinek előfordulása a legnagyobb mértékben a falvakon élők, az alacsonyabb iskolai végzettségűek és az egyedül élők körében, a szorongásos tünetek a fiatal nők és a falvakon élők körében mutatkozik a legmagasabbnak. A teljes mintával való összehasonlítás rendjén mindkét tünetegyüttes markánsabb megjelenését tapasztaltuk az Észak-Magyarország régióban.

A vizsgált populációban a stressz tekintetében a nem, az életkor és az iskolai végzettség fontos szerepet tölt be. A teljes mintában a fiatalok, a nők, az alacsonyabb iskolai végzettségűek és az egyedül élők a legveszélyeztetettebbek a stressztünetek megjelenése vonatkozásában.

A vallásgyakorlás jelentős összefüggést mutat a mentális betegségek tüneteivel oly módon, hogy a depresszió, a szorongás és a stressz mértéke a nem hívő embereknél a legmagasabb, tehát az aktív vallásgyakorlás protektív faktorként jelenik meg, alátámasztva a korábbi kutatások eredményeit.

A vizsgált minta mentális egészségszintje a magyar lakossági átlag alatt van, a korábbi országos mérésekhez viszonyítva lényegesen rosszabb képet mutatnak. A legalacsonyabb értékeket ezen belül a lakosság szociális jóllétében tapasztaltuk, mely messze a küszöbérték alatt van, de az emocionális és a pszichológiai jóllét is csak kevéssel haladja meg a küszöbértéket. A magasabb iskolai végzettség jobb mentális egészségszinttel jár együtt, tehát a magasabb iskolai végzettség protektív tényezőként jelenik meg, mely összefüggés korábbi kutatási eredményekből jól ismert. Ezen túlmenően, bár csak tendenciák szintjén, a nemek vonatkozásában is figyelemre méltó összefüggés mutatkozott: a mintában a nők jobb mentális egészségi állapotot mutattak, mint a férfiak. További protektív faktor a család, azon belül is a többgenerációs családi háztartásokban történő életvitel.

A mentális egészség mutatói negatívan korrelálnak a depresszió, szorongás és stressz skála értékeivel. Ez az összefüggés leghangsúlyosabban az emocionális és pszichológiai jóllét, illetve depresszió fordított együttjárásában mutatkozik.

A vallásgyakorlás jelentős összefüggést mutat a mentális jólléttel is oly módon, hogy annak mindhárom mutatója, azaz az emocionális, a szociális és a pszichológiai jóllét is jobb szinten van a vallásukat

rendszeresen egyházukban gyakorló almintában, mint a nem hívó almintában, tehát az aktív vallásgyakorlás protektív minősége ebben a vonatkozásban is megmutatkozik.

Bár eredményeink arra utalnak, hogy a mentális betegségekre utaló tünetek és a mentális egészségi mutatók az északkeleti régió vonatkozásában rosszabbak az átlagpopulációénál, a hátrányos helyzetű régiókban élő lakosság esetében ez az állapot nem tudatosul, így szakember segítségének igénye is kevésbé merül fel. A magasabb társadalmi státuszú emberekben a szakember iránti igény megjelenik, de a régió nem megfelelő ellátottsága miatt a mentális területen dolgozó szakemberhez fordulás komoly akadályba ütközik.

Az Észak-Magyarország régióban végzett, a mentális egészségjellemzőkre irányuló vizsgálsorozat eredményei alapján megállapítható, hogy a COVID-19-pandémia mentális egészségre gyakorolt hatásai nem szűntek meg a pandémia lecsengésével. A felnőtt lakosság körében az utolsó járványhullám óta eltelt egy évben egyrészt a depresszió és a stressz tüneteinek mérséklődése, másrészt a szorongásos tünetek fokozódása figyelhető meg. Ugyanakkor az emocionális és a pszichológiai jóllét enyhe javulása, a szociális jóllét enyhe romlása tapasztalható.

Az eredmények ismételten felhívják a mentális egészségfejlesztés területén dolgozó szakemberek és a döntéshozók figyelmét a veszélyeztetett csoportokat célzó prevenció és intervenció programok szükségességére. Az egyéni szintű ellátáson túl nagy szükség mutatkozik a különböző, közösségi szinteken megvalósuló egészségfejlesztési programokra, az egészségfejlesztést célzó közösségi akciókra, amelyek közvetlen és közvetett módon pozitív hatást fejtenek ki lakossági egészségállapotra. Végül, indokoltnak tűnik a régió lakossága mentális egészségi állapotának hosszú távú követése.

6. Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a Tématerületi Kiválósági Program 2021 – Nemzeti kutatások alprogram keretében, a TKP2021-NKTA-22 azonosítási számú Creative Region III. projekt részeként, az NKFIH támogatásával valósult meg.

Irodalom

- [1] Pierce, M., McManus, S., Hope, H., Hotopf, M., Ford, T., Hatch, S. L., et al. (2021). Mental health responses to the COVID-19 pandemic: a latent class trajectory analysis using longitudinal UK data. *Lancet Psychiatry*, 8(7), 610–619. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00151-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00151-6)
- [2] Rogers, J. P., Chesney, E., Oliver, D., Pollak, T. A., McGuire, P., Fusar-Poli, P., et al. (2020). Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 7(7), 611–627. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30203-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30203-0)
- [3] Soltani, S., Tabibzadeh, A., Zakeri, A., Mohammad Zakeri, A., Latifi, T., Shabani, M., et al. (2021). COVID-19 associated central nervous system manifestations, mental and neurological symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Rev Neurosci.*, 32(3), 351–361. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2020-0108>
- [4] The Lancet Infectious Diseases (2020). The intersection of COVID-19 and mental health. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(11), 1217. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30797-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30797-0)
- [5] Demetrovics Zs., Király, O. (2021). A COVID-19-világjárvány hatása a mentális egészségre. 2021.03.02. https://mta.hu/tudomany_hirei/a-covid-19-vilagjarvany-hatasa-a-mentalis-egeszsegre-111251 . Letöltve: 2023. 06. 28.

- [6] Szabó I. (2021). Európai kábítószer-jelentés – Tendenciák és fejlemények 2021 – Recenzió. *Magyar Drogfigyelő*, 1(4), 42–50.
- [7] Tyrer, P. (2020). COVID-19 health anxiety. *World Psychiatry*, 19(3), 307–308. <https://doi.org/10.1002/wps.20798>
- [8] Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M. W., Gill, H., Phan, L., (...) McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- [9] Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact. Scientific brief, 2 March 2022. WHO https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 Letöltve: 2023. 07. 01.
- [10] Lakatos Cs., Rucska A. (2022). Észlelt stressz a COVID-19 világjárvány második és harmadik hullámában Észak-Magyarországon. In: Karlovitz, J. T. (szerk.). *Az ember és gazdagsága egészséges és biztonságos környezetben*. Komárno, Szlovákia: International Research Institute, pp. 116–126.
- [11] Lakatos, Cs., Rucska, A. (2023). Population’s mental health after Wave V of COVID in a disadvantaged region of North-Hungary. *European Journal of Social Sciences*, 6(1), 97–108. <https://doi.org/10.2478/eujss-2023-0009>
- [12] Rucska A., Lakatos Cs. (2022). A stressz és az agressziós szint változásai a pandémia időszaka alatt a halmozottan hátrányos helyzetű abaúji területen. In: Karlovitz, J. T. (Ed.), *Umverteilung von Kulturgütern: 2 Aufsätze in deutscher und 13 in ungarischer Sprache Grosspetersdorf*. Ausztria: Sozial und Wirtschafts Forschungsgruppe, pp. 117–129.
- [13] Rucska, A., Kiss-Tóth, E., Lakatos, Cs. (2021). Changes of the employees’ stress level during three waves of the COVID-19 pandemic in disadvantaged Hungarian Regions. *Journal of Behavior Studies in Organizations*, 6, 1–7. <https://doi.org/10.32038/JBSO.2021.06.03>
- [14] Szubjektív jóllét, mentális egészség, 2019. *A 2019. évi Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF 2019)*. Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/szubjektiv_jolet_2019/index.html Letöltés: 2023. 06. 05.
- [15] Engler Á., Purebl Gy. Susánszky É., Székely A. *Magyar Lelkiállapot 2021. Család – Egészség – Közösség*. Hungarostudy 2021 Tanulmányok. Budapest, Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért, 2022.
- [16] Funkhouser, C. J., Klemballa, D. M., Shankman, S. A. (2022). Using what we know about threat reactivity models to understand mental health during the COVID-19 pandemic. *Behav Res Ther.*, 153, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104082>
- [17] Landi, G., Pakenham, K. I., Crocetti, E., Tossani, E., Grandi, S. (2022). The trajectories of anxiety and depression during the COVID-19 pandemic and the protective role of psychological flexibility: a four-wave longitudinal study. *J Affect Disord.*, 307, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.067>

- [18] McCracken, L. M., Badinlou, F., Buhrman, M., Brocki, K. C. (2021). The role of psychological flexibility in the context of COVID-19: Associations with depression, anxiety, and insomnia. *J Context Behav Sci.*, 19, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.11.003>
- [19] Oláh A. (2005). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Budapest, Trefort kiadó.
- [20] Tringer I. (2014). Megküzdés (coping). In: Kállai J., Varga J., Oláh A. (szerk.). *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina kiadó, pp. 177–195.
- [21] Kállay, É. (2007). Posttraumatic growth: A brief review. *Series Humanistica*, 5, 55–85.
- [22] Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- [23] Reinhardt M., Horváth Z., Tóth L., Kökönyei G. (2020). A mentális egészség kontinuum skála rövid változatának hazai validációja. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 75(2/14), 217–246. <https://doi.org/10.1556/0016.2020.00014>
- [24] Tomka M. (1998). A vallásosság mérése. In: Máté-Tóth A., Jahn M. (szerk.). *Studia religiosa: tanulmányok András Imre 70. születésnapjára*. Szeged, pp. 18–31.
- [25] Horváth Zs. (2022). Depresszió szorongás stressz kérdőív. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., Demetrovics Zs. (szerk.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban. Klinikai pszichológiai tünetlisták, szűrőkérdőívek*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, pp. 415–419.
- [26] Reinhardt M. (2022). Mentális egészség kontinuum skála–rövid változat. In: Horváth Zs., Urbán R., Kökönyei Gy., Demetrovics Zs. (szerk.), *Kérdőíves módszerek a klinikai és egészségpszichológiai kutatásban és gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest, pp. 177–182.