

SERDÜLŐKÖN ÉS FELNŐTTEKEN VÉGZETT KOCKÁZATÉSZLELÉS- ÉS REZILIENCIA VIZSGÁLA- TOK A KORONAVÍRUSJÁRVÁNY IDEJÉN

Ficzere Márton, Kövesdi Andrea, Rózsa Sándor

Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutatócsoport

Absztrakt

Elméleti háttér: A COVID-19 vírus okozta járványhelyzet számos hatást gyakorol társadalmunkra, amelyhez az alkalmazkodás kulcsfontosságú minden korosztály számára. Ebben kiemelt szerepet játszik a reziliencia és a kockázatészlelés, amelyek kapcsolatát korábbi eredmények hangsúlyozzák. Bár mindkét jelenség esetében születtek tanulmányok, melyek az életkor szerepét vizsgálják, a dolgozat megszületéséig nem jelentek meg publikációk, amelyek a serdülők és a felnőttek nem családon belüli összehasonlítására irányultak volna. *Célkitűzés:* Serdülők és felnőttek mintáján az életkor szerepének vizsgálata reziliencia és kockázatészlelés tekintetében. *Módszer:* A longitudinális vizsgálatban 309 serdülő (16-20 év) és 313 felnőtt (21-99 év) vett részt 2020. márciusa és júniusa között. A kutatás két hullámában a vizsgálati személyeknek különböző online kérdőívcsomagokat kellett kitölteniük, melyekből a kockázatészleléssel kapcsolatos kérdőív, valamint a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív (CD-RISK) 10-ites változata került felhasználásra. *Eredmények:* A reziliencia-vizsgálat során a felnőttek szignifikánsan magasabb pontszámot értek el ($p = 0,000$). A korcsoportonkénti összehasonlítás alapján a serdülők szignifikánsan alacsonyabb értéket értek el, mint a 35-54 ($p = 0,004$) és az 55-64 ($p = 0,000$) év közötti korosztály. A kockázatészlelés vizsgálatok során szintén szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a felnőttek mindkét felmérés esetében ($p = 0,000$; $p = 0,001$). A korcsoportonkénti összehasonlítás alapján a serdülők a 35-54 ($p = 0,002$; $p = 0,012$), az 55-64 ($p = 0,002$; $p = 0,000$) és a 65-99 ($p = 0,000$; $p = 0,025$) éves korosztálynál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el. *Következtetések:* Az eredmények alapján a magyar felnőttek reziliensebbek, valamint jobb kockázatészlelők, mint a magyar serdülők. A reziliencia esetében a 16 és 20 év közötti serdülők a 35-54 és az 55-64 év közötti korosztálynál; a kockázatészlelés tekintetében a 35-54, az 55-64 és a 65-89 év közötti felnőttekkel mutattak mindkét felmérés során szignifikáns különbséget. A vizsgálat felhívja a figyelmet arra, hogy a reziliencia, a kockázatészlelés, valamint az életkor között kapcsolat mutatható ki.

Kulcsszavak: reziliencia ■ kockázatészlelés ■ COVID-19

Abstract

Introduction: The adaptation to the effects of the recent pandemic caused by SARS-CoV-19 is essential for each age group of the society. In this situation, resilience and risk-perception have privileged roles, thus their connection has already been examined in previous studies. Although other researches had discussed the effect of age, there are no publications yet focusing on the comparison of adolescents and adults, except within a family. *Aims:* Our study objective was to examine resilience and risk-perception of Hungarian teenagers and adults during the COVID-19 pandemic and to compare the effect of age on these psychological concepts. *Methods:* Two anonymous online questionnaires

were used to collect data between March 2020 and June 2020. In this study, the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) 10-item and the questionnaire of risk perception were evaluated. *Results:* Adults' scores were significantly higher on the resilience research ($p = 0,000$). Comparing by age groups showed adolescents' scores were significantly lower than that of the adults between the age of 35-54 ($p = 0,004$) and 55-64 ($p = 0,000$). Grown-ups' scores were also significantly higher during both questionnaires ($p = 0,000$; $p = 0,001$). Based on the comparison of age groups teenagers' score were significantly lower than adults' scores between the age of 35-54 ($p = 0,002$; $p = 0,012$), 55-64 ($p = 0,002$; $p = 0,000$) and 65-99 ($p = 0,000$; $p = 0,0025$). *Discussion:* The study presents that adults are more resilient and have higher risk-perception than adolescents. More precisely, 16-20 years old teenagers are less resilient than adults between the age 35-54 and 55-64, furthermore have lower risk-perception than adults between the age 35-54, 55-64 and 65-89. These results draw attention the nexus of age, resilience and risk-perception.

Kulcsszavak: Resilience ▪ Risk-perception ▪ COVID-19

BEVEZETŐ

Ahogy a világ összes pontján, úgy Magyarországon is befolyásolja az emberek életét a 2019-től rohamosan terjedő COVID-19 vírus. A járvány által kialakult helyzetnek köszönhetően 2020 tavaszában különböző korlátozások léptek érvénybe az országban, ezáltal rengeteg ember veszítette el állását vagy váltott otthonról történő munkavégzésre. Az „online világba” való áttérés alól nem képeztek kivételt az oktatási rendszerben dolgozók és tanulók sem. A pandémia okozta korlátozások azonnali változást hoztak az egy háztartásban élők mindennapjaiba, hiszen életterük és személyes kapcsolattartási lehetőségeik csökkentek, az együttélés okozta interakciók száma viszont megnőtt.

A kialakult helyzet megélése számos nehézséggel jár, amelyhez alkalmazkodnia kell minden korosztálynak – ebben pedig kulcsfontosságú szerepet játszik a kockázateszlelés, valamint a reziliencia. Jelen kutatás célja, hogy megvizsgálja, vannak-e, és ha igen, milyen jellegű különbségek jelennek meg a serdülők és a felnőttek között a kockázateszlelés és a változásokhoz való alkalmazkodás terén, amely a jövőben további összehasonlító vizsgálatokra adhat okot.

ELMÉLETI HÁTTÉR

Stresszt vált ki az, ami veszélyezteti az életet egészen addig, míg nincs rá adekvát adaptív válasz, illetve minden, ami veszélyezteti az életet stresszt és arra adaptív választ vált ki. Ez azonban azt jelenti, hogy bármilyen esemény, amely az élet intenzitását növeli, kiválthat átmenetileg stresszt; továbbá elmondható, hogy az alkalmazkodás (valamint a bizonyos szintű stressz-rezisztencia) előfeltétele az életnek. (Selye, 1950; 1976). A sikeres adaptációban számos jelenség közrejátszik, amelyek közül a következőkben a reziliencia és a kockázateszlelés kerül bemutatásra.

A reziliencia

A reziliencia fogalma először a műszaki tudományok területén jelent meg, mint rugalmas ellenálló képesség. Ez a meghatározás a fizikában azt a jelenséget írja körül, mikor két test az összeütközést követően rövid időn belül visszanyeri eredeti alakját – ez figyelhető meg például a teniszlabda és az ütő találkozásakor (Szokolszky & Komlósi, 2015). Később a fogalmat más tudományágak, köztük a pszichológia is elkezdte alkalmazni. Az első pszichológiai tanulmány a rezilienciát, mint személyiségvonást határozta meg (Block & Block, 1980).

Az azóta eltelt 40 évben többféleképpen is megközelítették és definiálták, és mint komplex jelenségnek és rendszerfogalomnak a pszichológián belül egyelőre nincs egységes meghatározása (Szabó, 2017). Mindazonáltal a számos megfogalmazás közös metszéspontjaként értelmezhető, hogy a reziliencia olyan biológiai, pszichológiai és szociális változók együttjárása, amelyek elősegítik a stresszel vagy nehézségekkel teli életkörülményekhez való rugalmas alkalmazkodást és felépülést (Kövesdi, 2018; Herrman és mtsai, 2011). Jelen kutatás 3 tanulmány (Masten, Szokolszky & Komlósi, valamint Markó és mtsai) fogalmi keretét felhasználva készült. Masten (2014) úgy ír a rezilienciáról, mint a dinamikus rendszerek sikeres alkalmazkodási képessége az olyan nehézségekhez, amelyek a rendszer működését, életben maradását vagy fejlődését fenyegetik. Szokolszky és Komlósi (2015) szerint a legáltalánosabb meghatározás esetén a reziliencia az a rugalmas ellenálló képesség, amely biztosítja a funkcionális fennmaradást sokkhatást követően. Ezt kiegészítve a jelenség olyan tényezőket tartalmaz, amelyek segítik a sikeres alkalmazkodást, lehetővé teszik az adaptív megküzdési formákat, valamint csökkentik a stressz negatív hatásait a traumatizáló vagy veszélyeztető életkörülmények ellenére (Markó és mtsai, 2019). Noha a szakirodalom jelentős része a stresszhez való sikeres alkalmazkodás aspektusára helyezi a jelenség hangsúlyát, fontos kiemelni, hogy a reziliencia a stresszt követően a normál működéshez való visszatérés képességét is jelöli (Norris, Stevens, Pfefferbaum, Wyche & Pfefferbaum, 2008)

A kockázatészlelés, és a rezilienciával való kapcsolat

A rezilienciához szorosan köthető még egy fontos fogalom: a kockázatészlelés, hiszen a magatartási döntésekre jelentős hatást gyakorol az, hogy az egyén hogyan észleli és értékeli a kockázatokat (Pikó, 2012). A kockázat két komponensre bontható: egyfelől a veszteség észlelt súlyosságára, másfelől a veszteség (egyén által vélt) várható bekövetkezésének valószínűségére (Van der Pligt, 1996). Utóbbi Rogers (1983) az egészségmagatartás védelem-motivációs elméletében mint észlelt sebezhetőség nevezi, azonban a különböző terminusok ugyanarra a jelenségre vonatkoznak. Ehhez hasonlóan, a szakirodalomokban olvasható kockázatészlelés és észlelt fenyegetettség kifejezés is megfeleltethetőek egymásnak.

Mills és munkatársai (2008) azt találták, hogy a kockázatészlelés és a kockázatvállalás között negatív kapcsolat áll fenn; míg Aerts és munkatársainak (2020) kutatási eredményei pedig a magasabb kockázatészlelés és a magasabb számú preventív lépés között mutattak ki összefüggést. Ezt támasztja alá az a tanulmány is, amely alapján minél inkább fenyegetve érzi magát egy személy, annál inkább motiváltabb arra, hogy a megelőző óvintézkedéseknek eleget tegyen (Zanin és mtsai, 2020).

Paton és Johnston (2001) kutatásukban arra mutatott rá, hogy a magasabb kockázatészlelés magasabb rezilienciához köthető. Fontos azonban megjegyezni, hogy a kockázat észlelésében fontos szerepet játszik az egyén életkora is: Gardner és Steinberg (2005) serdülők, fiatal felnőttek és felnőttek vizsgálatában úgy találta, hogy a kockázattal járó döntések meghozása és a kockázatvállalás az életkor növekedésével csökken.

A koronavírus kapcsán létrejött szakirodalom

A 2019-ben rohamosan terjedni kezdő SARS-CoV-2, vagyis koronavírus globális stresszfaktorrá vált az emberiség életében. Salari és munkatársai (2020) szisztematikus felülvizsgálati és metaanalitikus tanulmánya azt mutatta ki, hogy a koronavírus-járvány hatással van a társadalmak teljes populációjában az egyének és a közösségek mentális egészségére. Serafini és munkatársai (2020) szerint a pandémia számos pszichológiai problémát idézett elő, beleértve a stresszt, szorongást, depressziót vagy frusztrációt. A tömeges fertőzések következtében minden korosztály érintett az egész világon elterjedt járványban. Ezt támasztják alá azok a kutatások is, amelyek nem a teljes populációt, hanem különböző életkorú csoportokat vizsgáltak. Chen, Sung és Fen (2020) azt találta, hogy a járvány és a korlátozások komplex negatív befolyást gyakorolnak a fiatalok mentális egészségére. Bruine de Bruin (2020) pedig tanulmányában azt írja, hogy az amerikai felnőttek esetében a kockázatészlelés a korral növekszik. Hazai viszonylatban is születtek tanulmányok a koronavírus kapcsán: egy 2019-es és egy 2020-as kutatás alapján elmondható, hogy a krízisek megélésének mértéke függ a különböző megküzdési módoktól, készségektől, mentális egészségtől; valamint az, hogy a szülőknél mért magasabb stressz-szint alacsonyabb jólléttel jár együtt mind a szülőnél, mind a gyereknél egy családon belül (Szabó, Máth & Sztancsik, 2019; Csikós és mtsai, 2020). Kövesdi és munkatársai (2020) arról számolnak be kutatásukban, hogy a reziliens működés kortól, élethelyzettől és más, személyen kívüli faktoroktól függ; valamint arról, hogy a szülő-gyermek párosok esetében a szülők kimutathatóan magasabb reziliencia értéket kaptak gyermekeiknél. Arról azonban, hogy a nem egy családba tartozó serdülőknél és felnőtteknél vannak-e különbségek, egyelőre nem született tanulmányok.

CÉLKITŰZÉS

Jelen kutatás két kérdés megvizsgálását tűzte ki célul: (1) a felnőttek reziliensebbek, mint a serdülők; valamint (2) jobb kockázatészlelők, mint a serdülők.

MÓDSZER

Vizsgálati személyek

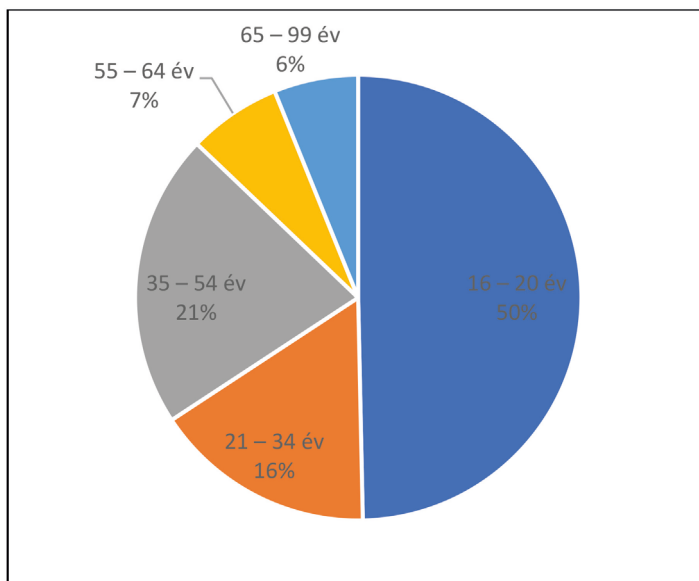
A kutatás nyomonkövetéses vizsgálaton alapszik. A vizsgálat populációját 16 és 20 év közötti serdülők, valamint 21 és 99 éves kor közötti felnőttek képezik. A vizsgálati alanyok a Károli Gáspár Református Egyetem két, egymással párhuzamosan futott kutatásaiban vettek részt, melyeknek célja a koronavírus-járvány pszichológiai hatásainak feltárása a magyarországi serdülők és felnőttek körében.

Mivel a felnőtt populáción végzett felmérésben nagyobb volt a részvételi arány, így az ebből a kutatásból származó minta többszörös szűrésen ment keresztül. A felnőttek esetében a felhasznált mintába kerülés kritériumai az alábbiak voltak: olyan Magyarországon élő személyek legyenek, akik a fent említett korosztály tagjai, valamint iskolai végzettségüket tekintve legalább érettségi bizonyítvánnyal rendelkezzenek, és anyagi helyzetüket másokhoz mérten átlagosnak vagy annál jobbnak ítélik. Ezt követően a serdülőknél megjelenő férfi-női arányt tekintetbe véve véletlen mintavétellel lett kialakítva a felnőttekből álló végleges, a serdülőkével közel azonos elemszámú minta.

A mintába került serdülők esetében az jelentette a vizsgálatba kerülés kritériumát, hogy a fent írt korosztályhoz tartozáson felül a 2019/2020-as tanévben valamelyik magyar középiskola tanulói legyenek.

Mind a felnőttek, mind a serdülők esetében elsősorban hozzáférés alapú mintavételi eljárás történt, mivel főként ismeretség alapján történt a vizsgálati személyek megkeresése. Mindemellett megjelent a „hólabda” mintavételi eljárás is, ugyanis több esetben a jelentkezőket további toborzásra kértük fel, valamint a végső minta kialakításában szerepet játszott a véletlen mintavétel is (Szokolszky, 2006).

A mintába végül összesen 313 felnőtt és 309 serdülő került. A vizsgálatban 378 nő (60,8%) vett részt, akik közül 183 személy (48,4%) volt serdülő, valamint 244 férfi (39,2%) résztvevő volt, akik közt 126 fő (51,6%) volt 16 és 20 éves kor közötti. A vizsgálati személyek átlagos életkora 30,9 év (a legfiatalabb 15, a legidősebb személy 83 éves), a pontosabb vizsgálatok érdekében 5 korcsoport lett kialakítva, így jöttek létre a 16 – 20; 21 – 34; 35 – 54; 55 – 64; 65 – 99 év közötti csoportok. A korosztályok szerinti részletes eloszlást az 1. ábra tartalmazza.



Életkor övezetekre bontva	Elemzszám (fő)	Százalék (%)
16 – 20 év	309	49,7
21 – 34 év	100	16,1
35 – 54 év	133	21,4
55 – 64 év	42	6,8
65 – 99 év	38	6,1
Összesen:	622	100,0

1. ábra. A korcsoportok részletes eloszlása

A felnőttek között 107 személynek (34,2%) volt szakközépiskola vagy gimnázium a legmagasabb iskolai végzettsége, valamint 206 fő (65,8%) szerzett főiskolai vagy egyetemi diplomát.

Eszközök– A kérdőívek

A kutatás első hullámához egy különböző kérdőívekből és demográfiai adatokból álló kérdőívcsomag lett összeállítva. A felhasznált kérdőívcsomag 8 nagyobb területre bontva került kitöltésre. Elsőként a kitöltő szociodemográfiai jellemzőire vonatkozó kérdések szerepeltek. Itt a nemre, az életkorra, a családi állapotra, legmagasabb iskolai végzettségre, jelenlegi aktivitásra, a megélhetést biztosító jövedelemre a járvány előtti időszakban, az állandó lakhelyre, valamint a vallásra kérdeztünk rá.

A második egységbe az általános egészségállapottal kapcsolatos jellemzők kerültek. Az ebbe a részbe került kérdések (az utolsótól, vagyis a „Kapott-e influenza elleni védőoltást” kérdéstől eltekintve) a 2002-es Hungarostudy országos reprezentatív felméréséből származnak (Rózsa és mtsai, 2003). A kérdőívben a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük szubjektíven az egészségi állapotukat, a kórházi kezeléseik számát az eddigi életük során, valamint válaszolniuk kellett arra, hogy volt-e az elmúlt félévben egészségügyi panasz miatt kezelésük, illetve van-e krónikus betegségük.

A harmadik részben a kockázateszlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdések szerepeltek. A kockázateszlelésre és a fertőzést megelőző tevékenységre vonatkozó kérdések korábbi kutatásokból (pl. SARS, H1N1 felmérések; Lau és mtsai, 2003; Brug és mtsai, 2004; De Zwart és mtsai, 2009; Vartti és mtsai, 2009; Voeten és mtsai, 2009) kerültek áttemelésre. Az első kérdéscsoport 10 betegség (köztük a COVID-19) súlyosságára kérdez rá, míg a második kérdéscsoport annak valószínűségére, hogy a kitöltő megkapja-e a fertőzést. Mindezek mellett arra is rákérdeztünk, a vizsgálati személyek mennyire tartják valószínűnek a koronavírus-fertőzést az elmúlt időszakra és az elkövetkezendő 2 és 4. hónapra vonatkozóan.

A negyedik blokkban a személyek koronavírusról való ismeretét mértük fel. Ez az egyszerű kérdéssor az általános ismereteket tárta fel. A 10 fő kérdés a következőkre vonatkozott: főbb tünetek, terjedési mód, tünetnélküli fertőzés, lappangási idő, betegség megnevezése, kik fertőződhetnek meg, időjárás befolyásoló szerepe, koronavírus életképessége levegőben és különböző felületeken, biztonsági távolság, védőoltás ideje.

A ötödik részbe szintén a koronavírus-járvánnyal kapcsolatos kérdések kerültek. Itt arra voltunk kíváncsiak, hogy a kitöltők honnan szerzik be ismereteiket, milyen megelőző tevékenységeket ismernek, mennyire értenek egyet a korlátozó intézkedésekkel; továbbá itt került felvételre az Események hatása kérdőív 6 tétel tartalmazó rövidített változata (IES-6) (Horowitz és mtsai, 1979; Thoresen és mtsai, 2010; Kocsis-Bogár és mtsai, 2012). Az IES-6 kitöltésének során a kitöltők egy 5 fokú Likert-skálán kellett, hogy megítéljék, hogy az egyes tételekben megfogalmazott állítások milyen gyakran voltak jellemzőek rájuk az elmúlt egy hét alatt (egyáltalán nem – 1; mindig – 5).

A hatodik részben a személyiségjellemzők és érzelmek kerültek fókuszba, a vizsgálati személyeknek az Ötfaktoros személyiség-kérdőívet, a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőívet, a Testi tünetek kérdőívet, a Depresszió, szorongás és stressz kérdőívet, valamint a Jólét kérdőívet kellett kitölteniük. Az Ötfaktoros személyiség-kérdőív, vagyis a BFI esetében a teszt 10 teteles változatát használtuk (BFI; John & Srivastava, 1999). A BFI kitöltésekor a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük, hogy mennyire jellemzőek rájuk a megadott állítások (1 – egyáltalán nem értek egyet; teljesen egyetértek – 5). A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változata a stresszel való sikeres megkü-

dés mérésére kidolgozott mérőeszköz, amely esetében a kitöltőknek egy 5 fokú Likert-skálán kell értékelniük, hogy mennyire igazak rájuk az állítások (egyáltalán nem igaz – 0; szinte mindig igaz – 4) (CD-RISK; Connor & Davidson, 2003; Járai és mtsai, 2015). A Testi tünetek kérdőív (PHQ-15; Kroenke és mtsai, 2002) a DSM-IV-ben leggyakrabban előforduló szomatikus tüneteket tartalmazza, a vizsgálati személyeknek egy 3 fokú Likert-skálán kellett jelölniük, hogy az elmúlt 2 hét során mennyire zavarták őket a felsorolt tünetek (egyáltalán nem zavart – 0; nagyon zavart – 2). Az általunk használt kérdőív 19 itemet tartalmazott az eredeti 15 helyett, ugyanis kiegészítettük 4 COVID-os tünettől is (láz, torokfájás, köhögés és orrfolyás), azonban ezeket nem vettük bele az összpontszámba. A Depresszió, szorongás és stressz kérdőív (DASS) három negatív érzelmi állapotot mér fel: a depressziót, a szorongást és a stresszt (Lovibond & Lovibond, 1995; Barth, 2015). Kutatásunkban a kérdőív rövidített, 21 tételes változatát használtuk. A vizsgálati személyeknek minden állításnál egy 4 fokú Likert-skálán kellett megjelölniük, hogy az elmúlt egy hétben mennyire voltak jellemzőek a felsorolt állítások (egyáltalán nem volt rám jellemző – 0; igen tekintélyes mértékben, vagy nagyon gyakran volt rám jellemző – 3). Ebben a részben használtuk továbbá a Public Health Surveillance Well-Being Scale (PH-SWBS), magyarul a Jólét kérdőívet is (Bann és mtsai, 2012). A PH-SWBS a fizikai, társadalmi és mentális jólétét mérő skála, amely mindezek mellett felméri az emberek általános egészségügyi informáltságát, az egészség magatartásukat, az egészségügyi kockázati tényezőket és a betegség magatartásukat. A kutatásban a kérdőív első felében egy 5 fokú Likert-skálán kellett értékelniük a kitöltőknek, hogy mennyire értenek egyet a megadott állításokkal (egyáltalán nem értek egyet – 1; teljesen egyetértek – 5). Ezt követően 4 érzelmi állapotot kellett értékelniük egy 5 fokú skálán az alapján, hogy az elmúlt 30 napban milyen gyakran érezték azokat (a skála két végpontja: soha – mindig). A harmadik részben egy 10 fokú skálán kellett a kitöltőknek jelölniük, hogy általában mennyire elégedettek a megadott jellemzőkkel, ahol az 1-es végpont a teljes elégedetlenséget, míg a 10-es a teljes elégedettséget jelentette. A skála utolsó részében 0 és 30 között kellett egy értéket adni arra vonatkozóan, hogy az elmúlt 30 napban körülbelül hány napon érezte magát nagyon egészségesnek és energikusnak a kitöltő.

A hetedik egységben a karantén és a korlátozások hatásait vizsgáltuk. Ez a rész általános kérdéseket tartalmazott, amelyek segítenek feltárni azt, hogy a kitöltő mit csinált a korlátozások alatt. Itt a Lubben-féle társas támogatottság kérdőívet vontuk be a kutatásba. Ez a skála a társadalmi elkötelezettséget méri szubjektív, önértékelő alapon (Lubben, 1988). A vizsgálatban a rövidített verziót használtuk, mely összesen 6 itemet tartalmaz – ezek mentén kellett a válaszadóknak értékelniük társas kapcsolataikat a megadott válaszlehetőségek segítségével. Szintén ebben a blokkban kellett a munkakörülményekre és a karanténnal való megküzdéssel kapcsolatos kérdésekre válaszolniuk a kitöltőknek (ugyancsak megadott válaszlehetőségek alapján). Ezen kérdések célja, hogy

a szabad mozgás korlátozására és az izolációra adott lehetséges reakciókat mutatassunk be. A korlátozásokkal való megküzdés skálához a kérdéseket a kutatás vezetői állították össze.

A nyolcadik, vagyis utolsó részbe nyitott kérdések kerültek, ahol a kitöltők üzenhettek a világnak, pozitív és negatív élettapasztalatokat oszthattak meg és értékelhették a kérdőívet.

A kutatás második hullámához az első adatgyűjtéshez képest egy rövidebb kérdőívcsomagot alkalmaztunk, amelyhez az első adatfelvétel során felhasznált kérdőívcsomag szolgált alapul. A felhasznált kérdőívek 5 nagyobb területre bontva kerültek kitöltésre.

Az első egységben a kockázatészlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdések szerepeltek. A második blokkba a személyek koronavírusról való ismeretével kapcsolatos kérdések kerültek. Ezek az egységek teljes mértékben megegyeznek az első kérdőívcsomag azonos részeivel.

A harmadik részbe kerültek a személyiségjellemzőkre és érzelmekre vonatkozó kérdőívek: a Testi tünetek kérdőív; a Depresszió, szorongás és stressz kérdőív; a Jólét Kérdőív; valamint a Rövid Séma Kérdőív. A DASS esetében változás volt, hogy a 21 tételből csupán 9-et hagytunk meg a kérdőívcsomagban. A Rövid Séma Kérdőív (YSQ-S3) a Young által azonosított, alapvető szükségletek kielégítését akadályozó kognitív sémák mérésére szolgál (Young & Brown, 1994; Unoka és mtsai, 2004). A kérdőív 37 tételt tartalmaz, amelyek mentén egy 6 fokú Likert-skálán kellett értékelniük a kitöltőknek, hogy mennyire érzik önmagukra jellemzőnek a megadott állításokat (1 – egyáltalán nem jellemző; 6 – tökéletesen jellemző).

A negyedik egységbe kerültek a karantén és a korlátozások hatásait feltáró kérdések. Az első adatfelvételhez képest jelentős változás, hogy míg a Lubben-féle társas támogatottság kérdőív nem került felhasználásra, az új kérdőívcsomag a munka-család konfliktus kérdőívvel (Blanch & Aluja, 2009) bővült. E mérőeszköz esetében a válaszadóknak 8 tétellel kapcsolatban kellett egy 7-fokú Likert-skálán jelölniük, hogy milyen mértékben értenek egyet az adott állítással.

Az kérdőívcsomag utolsó egységébe ismét nyitott kérdések kerültek, amely az első felmérés során alkalmazott blokkjától annyiban különbözik, hogy kiegészítettük a koronavírus-fertőzések okára és kiváltó tényezőire vonatkozó kérdésekkel.

Eljárás

A vizsgálati személyekkel három különböző időpontban történt adatfelvétel 2020. márciusa és júniusa között – az első és második felmérés esetében online kérdőív, míg a két alkalom között telefonon történő interjú formájában. A telefonos beszélgetések alapját a kutatásvezetők által összeállított félig strukturált

interjúkérdések adták. Az interjú fő célja a kapcsolat fenntartása volt annak érdekében, hogy minél több vizsgálati személyt benntartsunk a kutatásban, az így szerzett információk a kutatásban nem kerültek felhasználásra.

Eljárás – A kérdőívek

A vizsgálati személyeket minden esetben online platformokon keresztül kerestük fel: e-mailen keresztül kapcsolatba léptünk ismerősökkel, iskolákkal (akik ezután adták meg a jelentkező tanulóik elérhetőségét), illetve közösségi oldalakon toboroztuk a résztvevőket. A vírus okozta helyzet miatt kizárólag online formában volt lehetőség kitölteni a kérdőíveket. A kutatás céljáról mind a megkeresések során, mind a kérdőívek kitöltésének megkezdése előtt írásban informáltuk a vizsgálati személyeket. Szintén a kérdőív előtt megadtunk egy opciót, amelynek jelölésével a kitöltő beleegyezését adja a kutatásban való részvételhez – illetve, ha a tanuló még nem töltötte be 18. életévét, az opció jelölése a szülői hozzájárulást hivatott helyettesíteni.

Eljárás – Az interjú

Akárcsak a kérdőíves felmérés során, a kijárási korlátozásra való tekintettel minden résztvevővel online (e-mailen vagy más platformokon keresztül) vagy telefonon keresztül történt időpontegyeztetés a telefonos interjúra. A beszélgetések minden esetben nyugodt körülmények között zajlottak, és mindegyiket megelőzte egy rövid tájékoztatás a kutatás céljáról, valamint az anonimitásról és az adatok bizalmas kezeléséről. Az interjúkról írásos jegyzetek készültek, amelyeket később a kutatáshoz készített online felületen keresztül rögzítettünk.

EREDMÉNYEK ÉS ELEMZÉS

A hipotézisek megvizsgálásához az első felmérésben alkalmazott Connor-Davidson Reziliencia KÉRDŐÍV 10 ítemes változatának; valamint a kockázatészlelésre, a személyes hatékonyságra, és a fertőzést megelőző tevékenységekre vonatkozó kérdőívek eredményei kerültek felhasználásra az SPSS 25 program segítségével. A vizsgált változók leíró statisztikáját a 2. táblázat; a normalitásvizsgálatra, a szóráshomogenitásra, valamint a csoportok összehasonlítására használt statisztikai eljárások eredményét az 3. táblázat tartalmazza.

A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív esetében a serdülők 28,55 pontot értek el átlagosan (a szórás 4,762), legkevesebb 13, legfeljebb 40 ponttal. Ugyan ezen kérdőív során a felnőttek átlagosan 29,85 pontot értek el (a szórás 4,562),

legalább 16, legfeljebb 40 ponttal. A normalitás mindkét csoportnál sérült ($p = 0,000$; $p = 0,002$), azonban a változók homogének eloszlásban ($p = 0,334$), így Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, amely szignifikáns különbséget mutatott a serdülők és felnőttek rezilienciaértékét illetően ($p = 0,000$). Ezt követően korcsoportonkénti összehasonlítást végeztünk a Kruskal-Wallis ($p = 0,001$) és a Mann-Whitney U próba segítségével. Az itt kapott eredmények alapján a serdülők szignifikánsan alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a 35-54 év közötti ($p = 0,004$) és az 55-64 év közötti felnőttek ($p = 0,000$). A rezilienciavizsgálat páronkénti összehasonlításának eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

A rizikópercepció vizsgálatok eredményeinek ismertetése előtt fontos az észlelt fenyegetettség kiszámításának módját röviden ismertetni. Annak érdekében, hogy az észlelt fenyegetettséget megvizsgáljuk, az egészségmagatartás védelem-motiváció elméletének elméleti keretét vettük alapul, amely szerint a kockázateszlelés két komponensből, a betegség súlyosságából és az észlelt sebezhetőségből származtatható (Rogers, 1983). Az észlelt fenyegetettség kiszámítását a 1. táblázat tartalmazza. A súlyosság értékének kettővel való osztására azért volt szükség, mert ezt a skálát 10 fokozatú Likert-skálán értékelték a kitöltők.

1. táblázat. A rizikópercepció modell alapkomponeensei

Súlyosság	Mennyire tekinti súlyosnak a betegséget
Észlelt sebezhetőség	Mennyire valószínű, hogy a fertőzések és betegségek bármelyikét megkapja a következő 1 évben
Észlelt fenyegetettség	$\sqrt{\frac{\text{Súlyosság}}{2} \times \text{Sebezhetőség}}$

Az első tesztfelvétel során a serdülők átlagosan 3,05 értékűnek ítélték a koronavírus általi fenyegetettséget (szórás 0,762), míg a felnőttek átlaga 3,24, szórása 0,770 pont volt. Mind a két csoport esetében a minimumot az 1-es, a maximumot az 5-ös értékelés jelentette. Mivel a normalitás mindkét csoportnál szignifikánsan sérült ($p = 0,000$; $p = 0,000$), de a változók eloszlásban homogének ($p = 0,577$), a hipotézist Mann-Whitney próbával ellenőriztük, amely szignifikáns különbséget jelzett a két csoport értéke között ($p = 0,000$). Az eredmények pontosításának érdekében Kruskal-Wallis ($p = 0,000$) és Mann-Whitney U próbát alkalmaztunk. A páronkénti összehasonlításból kapott eredményekből kiderült, hogy a serdülők a 35-54 ($p = 0,002$), az 55-64 ($p = 0,002$) és a 65-99 ($p = 0,000$) éves korosztálynál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el.

A második felmérés során a serdülők átlagosan 2,557 értékűnek ítélték a koronavírus általi fenyegetettséget (szórás 0,827) míg a felnőttek átlaga 2,838, szórása 0,869 pont volt. Mind a két csoport esetében a minimumot az 0,71-es, a maximumot az 5-ös értékelés jelentette. Mivel a normalitás mindkét csoportnál sérült ($p = 0,005$; $p = 0,000$), de a szóráshomogenitás nem sérült szignifikánsan

($p = 0,063$), a hipotézist Mann-Whitney próbával ellenőriztük, amely szignifikáns különbséget jelzett a két csoport értéke között ($p = 0,001$). A korcsoportonkénti összehasonlítás során ismét a Kruskal-Wallis ($p = 0,001$) és a Mann-Whitney U próbát használtuk fel. Az itt kapott eredmények alapján a serdülők – az első felméréshez hasonlóan – szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a 35-54 ($p = 0,012$), az 55-64 ($p = 0,000$) és a 65-99 ($p = 0,0025$) éves korosztályhoz képest. Az észlelt fenyegetettség vizsgálatok páronkénti összehasonlításának eredményeit a 4. táblázat tartalmazza.

2. táblázat. A vizsgált változók leíró statisztikája

		Átlag	Szórás	Medián	Minimum	Maximum
Reziliencia	Serdülő	28,55	4,762	28	13	40
	Felnőtt	29,85	4,562	30	16	40
Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Serdülő	3,05	0,762	3,16	1	5
	Felnőtt	3,24	0,770	3,24	1	5
Észlelt fenyegetettség (2. felmérés)	Serdülő	2,5569	0,82699	2,6458	0,71	5,00
	Felnőtt	2,8381	0,86862	2,7386	0,71	5,00

3. táblázat. A normalitásvizsgálatra, szóráshomogenitásra, valamint a csoportok összehasonlítására használt statisztikai eljárások eredményei

		Normalitás- vizsgálat (Kolmogorov- Smirnov-próba)	Szórás- homogenitás (Levene-próba)	Mann-Whitney- próba	Kruskal-Wallis próba
Reziliencia	Serdülő	$p = 0,000$	$p = 0,334$	$p = 0,000$	$p = 0,001$
	Felnőtt	$p = 0,002$			
Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Serdülő	$p = 0,000$	$p = 0,577$	$p = 0,000$	$p = 0,000$
	Felnőtt	$p = 0,000$			
Észlelt fenyegetett- ség (2. felmérés)	Serdülő	$p = 0,005$	$p = 0,063$	$p = 0,001$	$p = 0,001$
	Felnőtt	$p = 0,000$			

4.táblázat. A reziliencia és az észlelt fenyegetettség vizsgálatok korcsoportos összehasonlításának részletes eredményei

Életkori övezetek	Reziliencia	Észlelt fenyegetettség (1. felmérés)	Észlelt fenyegetettség (2. felmérés)
0-20 21-34	$p = 0,173$	$p = 0,782$	$p = 0,225$
0-20 35-54	$p = 0,004$	$p = 0,002$	$p = 0,012$
0-20 55-64	$p = 0,000$	$p = 0,002$	$p = 0,000$
0-20 65-99	$p = 0,250$	$p = 0,000$	$p = 0,025$

DISZKUSSZIÓ

A fent leírt kutatásnak két célkitűzése volt: megvizsgálni, hogy van-e, és ha igen, milyen eltérés mutatkozik meg a serdülők és a felnőttek között a koronavírus-járvány alatt reziliencia és rizikópercepció terén. A fentebb közölt eredmények alapján elmondható, hogy mind a két jelenség körében kimutatható különbség, és teljesültek a megfogalmazott hipotézisek.

A Connor-Davidson Kérdőívben elért eredményekben a felnőttek és a serdülők között szignifikáns eltérés jelentkezett, vagyis a felnőttek reziliensebbnek bizonyultak. A mélyebb elemzések érdekében ezt követően korcsoportonkénti összehasonlítást végeztem, amely alapján elmondható, hogy a serdülők átlagosan a 35-54 és az 55-64 közötti korosztályoknál szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el. A korcsoportok esetében csupán ezek között volt szignifikáns különbség.

Mind az első, mind a második felmérés során jelentkezett különbség a rizikópercepció vizsgálatában. A hipotézisvizsgálatok alapján mind a két felmérés során szignifikánsan magasabb pontszámokat értek el a felnőttek, mint a serdülők. Ez arra enged következtetni, hogy a felnőttek jobb kockázateszlelők, mint a tinédzserek. Akárcsak a rezilienciavizsgálat esetében, itt is páronkénti összehasonlítást végeztem a mélyebb elemzés érdekében. Mind az első, mind a második felmérés eredményei azt mutatták, hogy szignifikánsan kevesebb pontszámot értek el a serdülők a 35-54, az 55-64, valamint a 65-99 éves korosztályokhoz képest.

A kapott eredmények összeegyeztethetőek a kutatás témájához kapcsolódó korábbi tanulmányokkal. Akárcsak Kövesdi és munkatársainak vizsgálatában (2020), ebben a kutatásban is a felnőttek bizonyultak reziliensebbnek. A kockázateszleléssel kapcsolatos eredmények részben párhuzamba állíthatóak Gard-

ner és Steinberg (2005) tanulmányával, amely arra világított rá, hogy a kockázat észlelésében szerepet játszik az egyén életkora is, ugyanis a kockázattal járó döntések meghozása és a kockázatvállalás az életkor növekedésével csökkennek. E két jelenségkör kapcsolatát, valamint a dolgozat eredményeit pedig Paton és Johnston (2001) munkája is alátámasztja, miszerint a magasabb reziliencia magasabb kockázatészleléshez köthető. A kutatás eredményei korábbi tanulmányok eredményével összevetve arra hívja fel a figyelmet, hogy kapcsolat mutatható ki az életkor, a reziliencia és a kockázatészlelés között. Emellett fontos eredmény, hogy mivel a serdülők kevésbé reziliensek, fontos lesz a jövőben a helyreálláskor nagyobb figyelmet fordítani segítségükre, mint a felnőttek esetében.

Bár a szakirodalmak alapján felállított hipotézisek mindegyike teljesült, az utóvizsgálatok eredményei újabb kérdéseket vetnek fel, amelyek miatt érdemes a jövőben további vizsgálatokat végezni arra vonatkozóan, hogy milyen tényezők állhatnak azoknak az eseteknek a hátterében, mikor nem volt kimutatható szignifikáns eltérés a serdülők és a felnőttek valamely korcsoportja között.

Korlátok

A kutatás egyik korlátját a mintavételi eljárás jelentette: a hozzáférés alapú mintavételi módszer veszélye, hogy nagy a szubjektív mintavételi torzítás esélye (Szokolszky, 2004). Noha a kitöltésekből származó adatok kétségkívül informatívak, a minta nem mondható reprezentatívnak, mivel a vizsgálatba bevont személyek döntő többsége városban, jó anyagi körülmények között él. Így azon serdülők és felnőttek, akik kisebb településeken és/vagy kevésbé jó anyagi körülmények között élnek kimaradtak a kutatásból, ezáltal kisebb a minta reprezentativitása.

Szintén a dolgozat korlátjának tekinthető, hogy az észlelt fenyegetettség jelenségét a két komponensből számított módon vizsgáltuk csupán. A kutatás eredményeit tovább árnyalta volna, ha Rogers (1983) az egészségmagatartás védelem-motiváció elméletének további komponensei is bekerülnek a vizsgálatba, illetve az észlelt sebezhetőség és a betegség súlyossága faktorokat külön-külön is megvizsgálásra kerülnek.

Mindezek mellett fontos tapasztalatnak és a kutatás statisztikai korlátjának tartom, hogy a korcsoportok közötti különbségek kimutatására megbízhatóbb eljárást is lehetett volna alkalmazni: a Brunner-Munzel próbát Bonferoni korrekcióval. Azonban ez a statisztikai eljárás nem szerepel az SPSS reper-toárjában, időhiány miatt pedig nem volt lehetőség az adattáblát ROPstat-ra vagy más statisztikai programra való használhatóságra átkódolni és lefuttatni a próbát, így az eredmények nem teljes mértékben pontosak és megbízható-

ak. Éppen emiatt érdemes lehet az eredményeket a jövőben ezzel a statisztikai próbával ellenőrizni.

Kitekintés

Az általunk végzett COVID-19 kutatás egy utánkövetéses vizsgálat, melynek csupán az első és második felmérésével foglalkoztunk a kutatáson belül. A kutatást szeretnénk tovább vinni, a harmadik felmérés eredményeit is feldolgozni, illetve az eddigiekkel összevetni. A nagy elemszámú adatbázist kihasználva érdekes lehet a továbbiakban Rogers (1983) elméletének további komponenseinek a beemelésével újabb kutatásokat végezni; illetve más tényezőket is bevonva megvizsgálni, hogy hogyan élték/élik meg Magyarország lakosai mentálisan a koronavírus járványt.

Noha a fent leírt eredmények hiánypótlóak, mivel a dolgozat elkészültéig nem születtek ehhez hasonló tanulmányok, hasznos lenne megvizsgálni, milyen okai lehetnek annak, hogy a serdülők nem minden korosztállyal mutattak szignifikáns eltérést, valamint azt, hogy a felnőttek közt kialakított korcsoportok között vannak-e, és ha igen, milyen különbségek mutatkoznak a vizsgált jelenségek körében.

Mindezek mellett a vizsgálat alapjául szolgáló kutatásnak is vannak tervezett bővítései: bár a 2020. decemberében végzett harmadik felmérést követően az utánkövetéses vizsgálat véget ér, a kutatásvezetők tervezik a kutatás kibővítését fél vagy egy éves távlatból való ismételt adatgyűjtéssel. Ha ez sikerül, egy egyedülálló és értékes adatbázist hozhatnánk létre, amely akár az egész járvány lefolyását képes volna nyomon követni, a kezdetektől a végéig. Egy ilyen adatbázis pedig fontos szerepet tölthetne be a jövőbeli járványintézkedésekre, az egészségmagatartásra és számos további szempontra vonatkozóan, ha újabb járványhelyzetre kerülne sor.

IRODALOMJEGYZÉK

- Aerts, C., Revilla, M., Duval, L., Paaijmans, K., Chandrabose, J., Cox, H., & Sicuri, E. (2020). Understanding the role of disease knowledge and risk perception in shaping preventive behavior for selected vector-borne diseases in Guyana. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, *14*(4), e0008149. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008149>
- Bann, C. M., Kobau, R., Lewis, M. A., Zack, M. M., Luncheon, C., & Thompson, W. W. (2012). Development and psychometric evaluation of the public health surveillance well-being scale. *Quality of Life Research*, *21*(6), 1031-1043.
- Barth A. (2015). A pszichológiai jóllét és az azt meghatározó tényezők összefüggéseinek nemzetközi vizsgálata felsőoktatásban tanuló fiatalok körében. *Acta Medicina et Sociologica*, *6*, 5 – 20.
- Blanch, A., & Aluja, A. (2009). Work, family and personality: A study of work–family conflict. *Personality and Individual Differences*, *46*(4), 520-524.

- Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resiliency in the organization of behavior. In *Minnesota symposia on child psychology* (Vol. 13, pp. 39-101).
- Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., de Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1486–1489. <https://doi.org/10.3201/eid1008.040283>
- Bruine de Bruin, W. (2020). Age differences in COVID-19 risk perceptions and mental health: Evidence from a national US survey conducted in March 2020. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa074>
- Chen, B., Sun, J., & Feng, Y. (2020). How Have COVID-19 Isolation Policies Affected Young People's Mental Health? – Evidence From Chinese College Students. *Frontiers in Psychology*, 11, 1529. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01529>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Csikós G., Törő K. D., Rózsa S., Kövesdi A., Hadházi É., & Földi R. (2020). *Psychological factors in Hungarian families under the coronavirus pandemic. The effects of resilience and stress on the wellbeing of adolescents, their interconnections within the family* [Preprint]. PsyArXiv. <https://doi.org/10.31234/osf.io/k8n5m>
- de Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Elam, G., Aro, A. R., Abraham, T., Bishop, G. D., Voeten, H. A. C. M., Richardus, J. H., & Brug, J. (2009). Perceived Threat, Risk Perception, and Efficacy Beliefs Related to SARS and Other (Emerging) Infectious Diseases: Results of an International Survey. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 30–40. <https://doi.org/10.1007/s12529-008-9008-2>
- Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer Influence on Risk Taking, Risk Preference, and Risky Decision Making in Adolescence and Adulthood: An Experimental Study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625–635. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.4.625>
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- Horowitz, M., Wilner, N. & Alvarez, W. (1979). Impact of events scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, 41(3), 209 – 218.
- Járai R., Vajda D., Hargitai R., László N., Csókási K., & Kiss E. Cs. (2015). *A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változatának jellemzői*. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129>
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(1999), 102-138.
- Kocsis-Bogár K., Miklósi M., & Perczel D. F. (2012). Hungarian version of the Impact of Event Scale. Psychometric evaluation. *Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság tudományos folyóirata*, 27(4), 245 – 254.
- Kövesdi A. (2018). Reziliencia a serdülőkori anorexia nervosában.
- Kövesdi A., Törő K., Hadházi E., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., & Földi F. R. (2020). The Protective Role of Self-Efficacy for Resilience in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology*, 3(11), 87–91. <https://doi.org/10.31080/ASNE.2020.03.0276>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic medicine*, 64(2), 258-266.
- Lau, J. T. F. (2003). Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: From

- day 10 to day 62. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(11), 864–870. <https://doi.org/10.1136/jech.57.11.864>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335–343.
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11, 42–52.
- Markó É., Bandi Sz. & Kiss E. Cs. (2019). A 16 ITEMES SZÜLŐI REZILIENCIA KÉRDŐÍV (PREQ16) MAGYAR ADAPTÁCIÓJA–ELSŐ HAZAI MÉRÉSI TAPASZTALATOK. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 74(4), 447–462.
- Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child Development*, 85(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
- Mills, B., Reyna, V. F., & Estrada, S. (2008). Explaining Contradictory Relations Between Risk Perception and Risk Taking. *Psychological Science*, 19(5), 429–433. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02104.x>
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, 41(1), 127–150.
- Paton, D., & Johnston, D. (2001). Disasters and communities: vulnerability, resilience and preparedness. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*.
- Pikó B. (2012). Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó-és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. *Akadémiia doktori értekezés, Szeged*.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A Revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski, Á., & Kopp M. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83–94.
- Salari, N., Hosseinian-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Selye J. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British medical journal*, 1(4667), 1383.
- Selye J. (1976). Stress without distress. In *Psychopathology of human adaptation* (p. 137). Springer, Boston, MA.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L., & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8), 531–537.
- Szabó D. F. (2017). A reziliencia értelmezésének lehetőségei: Kihívások és nehézségek. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 72(2), 247–262. <https://doi.org/10.1556/0016.2017.72.2.6>
- Szabó R. K., Máth J., & Sztancsik V. (2019). A reziliencia és a proaktív megküzdés összefüggéseinek

- vizsgálata. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 19. issue 4. ISSN 1419872X. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2019.4.73>
- Szokoloszy Á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Metodológia, módszerek, gyakorlat*. Budapest: Osiris.
- Szokoloszy Á. (2006). *Kutatómunka a pszichológiában: gyakorlatok*. Bölcsész Konzorcium, Budapest
- Szokoloszy Á. & V. Komlósi Annamária. (2015). A „reziliencia-gondolkodás” felemelkedése – ökológiai és pszichológiai megközelítések. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.11>
- Thoresen, S., Tams, K., Hussain, A., Heir, T., Johansen, V. A., & Bisson, J. I. (2010). Brief measure of posttraumatic stress reactions: Impact of Event Scale-6. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(3), 405 – 412.
- Unoka, Zs., Rózsa, S., Fábrián, Á., Simon, L. (2004). A Séma Kérdőív: A korai maladaptív sémákat mérő eszköz pszichometria jellemzőinek vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 19(3), 244-256.
- Van der Pligt, J. (1996). Risk perception and self-protective behavior. *European Psychologist*, 1(1), 34-43.
- Vartti, A. M., Oenema, A., Schreck, M., Uutela, A., de Zwart, O., Brug, J., & Aro, A. R. (2009). SARS knowledge, perceptions, and behaviors: a comparison between Finns and the Dutch during the SARS outbreak in 2003. *International journal of behavioral medicine*, 16(1), 41.
- Voeten, H. A., De Zwart, O., Veldhuijzen, I. K., Yuen, C., Jiang, X., Elam, G., ... & Brug, J. (2009). Sources of information and health beliefs related to SARS and avian influenza among Chinese communities in the United Kingdom and The Netherlands, compared to the general population in these countries. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 49-57.
- Yates, T. M., Tyrell, F. A., & Masten, A. S. (2015). Resilience Theory and the Practice of Positive Psychology From Individuals to Societies. In S. Joseph (Szerk.), *Positive Psychology in Practice* (o. 773–788). John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118996874.ch44>
- Young JE. Young Schema Questionnaire-Short Form 3 (YSQ-S3) New York: Schema Therapy Institute; 2005.
- Zanin, G. M., Gentile, E., Parisi, A. & Spasiano, D. (2020). A preliminary evaluation of the public risk perception related to the COVID-19 health emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health*, 17.