

GYÓRI ÁGNES¹

AZ IDŐSEBB KOROSZTÁLY MENTÁLIS EGÉSZSÉGE A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY ELSŐ HULLÁMA ALATT
A TÁRSADALMI KAPCSOLATOK MINTÁZATAI ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÁLTOZÁSÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE
MAGYARORSZÁGON²

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2022.1.78>

ABSZTRAKT

A koronavírus világjárvány súlyosan érintette a legidősebb korosztályt, bár a 2. hullám alatt az is kiderült, hogy a középkorúak is nagy arányban megbetegedtek. Magyarországon a 3. hullám gyengülésekor – a korlátozások feloldásának harmadik fázisában – a COVID-19 fertőzés miatt elhunytak 92,7%-a 60 éves vagy annál idősebb volt. Az elhunytak korösszetétele más országokban is ehhez nagyon hasonlóan alakult. Mivel a sérülékeny idősek egészsége a koronavírus okozta súlyosabb megbetegedéseknek erősen kiszolgáltatott, a járvány kitörésekor világszerte szigorú kormányzati korlátozásokat vezettek be a védelmük érdekében. Ez a társadalmi elszigeteltség azonban – a járványt követő bizonytalanság, életmódbeli változások és pénzügyi nehézségek mellett – komoly pszichés és érzelmi megterhelést okozhat. Ilyen helyzet(ek)ben kitüntetett szerepe van a megküzdést segítő, a személyes kapcsolatok hálózatán keresztül hozzáférhető társas támogatás minden formájának. A tanulmány egyfelől azt tárja fel, hogyan változott a járvány kitörése után az 50 év feletti korosztály mentális jólléte Magyarországon nemzetközi összehasonlításban, másfelől azt is vizsgálja, hogy a társadalmi kapcsolatok mintázatai hogyan függnek össze a mentális egészségi állapotváltozásokkal. Elemzésünkhöz a SHARE COVID-19 nemzetközi adatbázisát használtuk. Eredményeink alapján egyrészt adódik egy triviális következtetés: a kapcsolathányos network növeli leginkább a depresszió, a szorongás, az alvászavar és a magányérzet súlyosbodását. Érdekes viszont, hogy az intenzív szűk körű kapcsolati hálóval rendelkezők csoportjában nagyobb volt a mentális tünetek romlásának kockázata a többféle kapcsolataktívakéhoz képest. Sőt, az elektronikus kapcsolattartás – telefon, Skype stb. – sem segített: kifejezetten magas volt ebben a körben a depresszió súlyosbodásának valószínűsége a kapcsolatintenzív csoportéhoz képest. További érdekes eredmény, hogy mind a családi kapcsolatok által dominált csoportban, mind a többféle kapcsolatot tartók között kisebb a mentális tünetek rosszabbodásának esélye, azaz a személyes kontaktus – akár családtagokkal, akár más ismerősökkel – valóban védelmet jelent.

Kulcsszavak: COVID-19, mentális egészség, kapcsolati háló, társadalmi kapcsolatok mintázatai, idősebb korosztály, látens osztályelemzés

¹ Társadalomtudományi Kutatóközpont Szociológiai Intézet

² A tanulmány a Mobilitás Kutatási Centrum, MTA Kiválósági projekt keretében készült.

MENTAL HEALTH OF THE ELDERLY DURING THE FIRST WAVE OF THE CORONAVIRUS EPIDEMIC CORRELATION BETWEEN PATTERNS OF SOCIAL RELATIONS AND CHANGES IN MENTAL HEALTH IN HUNGARY

ABSTRACT

The coronavirus pandemic has severely affected the elderly age group, but during the second wave a considerable proportion of middle-aged people also became ill. In Hungary, at the time of the decline of the 3rd wave – in the third phase of lifting the restrictions – 92.7 per cent of those who died due to COVID-19 infection were aged 60 or older. The age structure of the deceased was very similar to that of other countries. As the health of vulnerable seniors is highly prone to the more serious diseases caused by the coronavirus, strict government restrictions were introduced worldwide when the epidemic broke out in order to protect them. However, in addition to post-epidemic insecurity, lifestyle changes and financial hardship, this social isolation can cause severe psychological and emotional strain. In all such situations, forms of social support available through networks of personal contacts play a key role. The study explores how the mental well-being of people over the age of 50 has changed in Hungary since the outbreak in an international comparison, and also investigates how patterns of social relationships are related to changes in mental health, using the international database of SHARE COVID-19 for our analysis. Based on our results, on the one hand, a trivial conclusion is drawn: the lack of a network increases the severity of depression, anxiety, sleep disorders, and loneliness the most. It has been an interesting outcome, however, that those with an intense close-knit network had a higher risk of worsening mental symptoms compared to those with various contact activities. We also found that electronic communication – telephone, Skype, etc. – did not help: there was a particularly high probability of worsening depression in this group compared to the contact-intensive group. Another interesting result is that both in the group dominated by family relationships and among those with various relationships, the chances of worsening mental symptoms are lower, therefore, personal contact – whether with family members or other acquaintances – in fact provides protection.

Keywords: COVID-19, mental health, patterns of social relationships, elderly age group, latent class analysis

AZ IDŐSEBB KOROSZTÁLY MENTÁLIS EGÉSZSÉGE A KORONAVÍRUS-JÁRVÁNY ELSŐ HULLÁMA ALATT

A TÁRSADALMI KAPCSOLATOK MINTÁZATAI ÉS A MENTÁLIS EGÉSZSÉG VÁLTOZÁSÁNAK ÖSSZEFÜGGÉSE MAGYARORSZÁGON

BEVEZETÉS

2019 decemberében új humán koronavírus (SARS-CoV-2) jelent meg Közép-Kína legnépesebb városában, Wuhanban, majd néhány hónapon belül – COVID-19 néven – gyorsan elterjedt az egész világon (Adalja et al. 2020). Amikor 2020. március 12-én már közel 125 ezer fertőzöttet regisztráltak világszerte (Európában pedig több mint 20 ezer beteget és 1000 halálesetet), az Egészségügyi Világszervezet (WHO) globális járvánnyá nyilvánította a COVID-19-et (WHO 2020). A koronavírus-járvány első magyarországi esetét 2020. március 4-én észlelték, s azóta 1.286.777 fertőzöttet és 40.237 halálesetet regisztráltak itthon³ (lásd: www.koronavirus.gov.hu). A WHO közleményét követően a világ minden országában megelőző kormányzati rendelkezéseket vezettek be a vírus terjedésének megfékezése, megállítása érdekében, így Magyarországon is. A járványügyi intézkedések minden országban magukba foglalták a fokozott higiénias szabályok betartására és a társadalmi távolságtartásra (*social distancing*) vonatkozó lakossági felhívást, mely arra irányult, hogy – ha tehetjük – ne hagyjuk el a lakóhelyünket („Maradj otthon!” ajánlások), törekedjünk a személyes kapcsolatok, találkozások minimalizálására és tartsunk fizikai távolságot – legalább 1,5 métert – egymástól. Ezeken túl sok országban bezárták a köznevelési intézményeket és a nyilvános helyeket (éttermek és más szolgáltatók), sor került az utazások korlátozására, illetve tilalmára és a tömegrendezvények (például kulturális- és sportesemények, fesztiválok, kereskedelmi vásárok) lemondására, sőt munkahelyek bezárására is annak érdekében, hogy a fertőzés ne terjedjen nagyszámú, zárt helyen tartózkodó ember körében (ECDC 2020). Magyarországon 2020. március 11-én vészhelyzetet rendelt el a kormány (Magyar Közlöny 2020)⁴, és ahogyan az a világ legtöbb országában történt, az emberek mindennapi életét korlátozó intézkedések bevezetésére került sor több lépcsőben, melyeket csak fokozatosan, a járvány első hullámának lecsengésével oldottak fel. A járvány már több hullámban tört az országra, és az omikron vírusvariáns gyors terjedése miatt a szakértők arra figyelmeztetnek, hogy a napokban az ötödik hullám is be fog robbanni.⁵

³ A kézirat lezárásának időpontjáig: 2022. január 10.

⁴ 40/2020. (III.11.) Kormányrendelet a vészhelyzet kihirdetéséről (Magyar Közlöny 2020.03.11.)

⁵ Az első, 2020 márciusában kezdődő hullám idején az aktív esetek száma folyamatosan emelkedett május elejéig, ezt követően azonban július közepéig csökkent. Július második felétől viszont ismét lassú emelkedésnek indult, és augusztustól, a második hullám beköszöntével hirtelen megemelkedett. A második hullám alatt sokkal több beteget azonosítottak, mint az első hullám során, és egyre nagyobb arányban fiatalokat is. Mivel a fiatalokra ez a vírus kevésbé veszélyes, ezért a második hullám során alacsonyabb volt a koronavírushoz köthető halálozások száma, mint az elsőben. A második hullám 2020 decemberében már enyhült, azonban még nem tűnt el teljesen, amikor 2021 februárjában megjelent az eredeti vírusnál jóval fertőzőbb brit mutáns és újra emelkedésnek indult az aktív esetszám. A harmadik hullám lecsengésével 2021 júniusától megkezdődött a járványügyi korlátozások lépcsőzetes feloldása, de 2021 őszén már a negyedik járványhullám is beindult, sőt jelenleg az ötödik hullám berobbanása zajlik.

Jóllehet a járványügyi intézkedések és a társadalmi távolságtartás pozitív hatása bizonyított a fertőzések számának csökkenésére, illetve a járványgörbe ellaposítására (lásd például Vokó–Pitter 2020)⁶, negatív szociálpszichológiai következményei nem megkerülhetőek (Atzendorf–Grube 2021, Brooks et al. 2020). A szakirodalomban részletesen dokumentált a társadalmi elszigeteltség és a mentális egészség közötti kapcsolatot: az izoláció negatív hatással van az idegrendszer működésére, növeli a magány, a depresszió és más mentális betegségtünetek prevalenciáját, illetve fokozza azok súlyosságát (a teljesség igénye nélkül: Armitage–Nellums 2020, Cacioppo et al. 2006, Cacioppo–Hawkey 2019, Santini et al. 2006). Az is bizonyított, hogy a mentális problémák kockázatának leginkább az idősek és az egyedül élők vannak kitéve (Chou et al. 2006, Dean et al. 1992, Dykstra et al. 2005), és hogy mindez súlyos fizikai betegségek kockázati tényezője (az idősek körében elsősorban a magasvérnyomás-, szív- és érrendszeri betegségek, neurokognitív zavarok kialakulásának kockázatát növeli). Továbbá jelentősen rontja az általános fizikai egészségi állapotot (Gerst-Emerson–Jayawardhana 2015, Hawkey et al. 2010, Knox–Uvnas-Moberg 1998), hosszú távon pedig növeli az idősek körében a morbiditás rizikóját (Holt-Lunstad et al. 2015, Steptoe et al. 2013).

Mivel a koronavírus-járvány kitörése után – a WHO iránymutatásai alapján – bevezetett korlátozó intézkedéseket követően jelentősen beszűkültek a másokkal való kapcsolattartás lehetőségei, és a járványt övező bizonytalanság, a megváltozott napi rutin, a pénzügyi nyomás és az élet korlátozott irányíthatósága fokozott stresszérzést eredményezett (Peters et al. 2020), komoly aggodalom fogalmazódott meg a tudományos diskurzusban a COVID-19 mentális jóllétre – különösen az idősebb lakosság mentális egészségére – gyakorolt hatásával kapcsolatban. A tudományos vizsgálatok a járvány kitörését követően gyorsan igazolták, hogy a COVID-19 fertőzési és halálozási kockázata életkorhoz kötött: leginkább az idősek azok, akik ki vannak téve a koronavírus-fertőzés veszélyének és a betegség súlyos lefolyásának (Posch et al. 2020, Rajgor et al. 2020). Az egyik legelső klinikai becslések alapján Wuhanban a 60 év felettek körében 5,1-szer nagyobb volt a tünetek kialakulása után a halálozás valószínűsége, mint a 30–59 éves korosztályon belül, és a fertőzés esélye az életkor előrehaladtával életévenként közel 4%-kal emelkedett (Wu et al. 2020).⁷ Mivel az idősek az egyik leginkább veszélyeztetett csoportot jelentik – a krónikus alapbetegségben szenvedők mellett – védelmükre számos országban különféle kormányzati intézkedések irányultak. Magyarországon például az időstthonokban és szociális intézményekben bevezetett látogatási, illetve intézményelhagyási tilalom, vagy az idősek vásárlási sávjának bevezetése (a reggeli órákban csak 65 év felettek vásárolhattak az élelmiszerboltokban és gyógyszertárakban).⁸

Jóllehet a korábbi járványokkal kapcsolatos kutatásokból – például a H1N1 vírussal összefüggő tanulmányokból – tudjuk, hogy a súlyos betegség kialakulásától és a halálozás esélyétől való félelem a lakosság minden korcsoportjában fokozott szorongásérzést vált ki (Taha et al. 2014), az új koronavírus-járvány alatt a nagyobb fertőzés és halálozás veszélye miatt feltehetően az idősebb lakosságot nagyobb sokkhatás érte, mint más korosztályokat, és magasabb szintű stresszt, szorongást tapasztalhattak.

A járvány kitörése után számos kutatás az idősebb felnőttek testi és lelki egészségének vizsgálatára fókuszált. A pandémia korai szakaszában végzett kutatási eredmények még azt mutatták, hogy a koronavírus-

6 Vokó Zoltán és Pitter János (2020) 28 európai országra vonatkozó elemzése azt bizonyította, hogy a lakosság mobilitásának magasabb korlátozási szintjével jellemezhető országokban lassabb volt a koronavírus terjedése, azaz a közösségi távolságtartás „lapítja a járványgörbét”.

7 2020. február 29-ig nyilvánosságra hozott wuhani esetszámok alapján készült elemzés. Az idősek körében kimutatott magas halálozási arány értelmezésekor természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy többségüknek legalább egy krónikus betegsége volt.

8 168/2020. (IV. 30.) sz. kormányrendelet a védelmi intézkedésekről 3. § (Magyar Közlöny, 2020.IV.30).

járvány nem befolyásolta jelentősen az idős emberek mentális jóllétét (Kivi et al. 2021, López et al. 2020), de később, az első lezárásokat követően készült tanulmányok már súlyos következményeket jeleztek az idősebb lakosság mentális egészségére vonatkozóan (Atzendorf–Grube 2021, Brooke–Jackson 2020, Killgore et al. 2020, Krendl–Perry 2020, Wang et al. 2020, Wong et al. 2020). A járvány előtti időszakhoz képest mind az amerikai, mind az európai, mind a kínai vizsgálatok magasabb depresszió- és magányérzést mutattak ki az idősebb lakosság körében (Krendl–Perry 2020, Atzendorf–Grube 2021, Wang et al. 2020), és azt, hogy jelentősen romlott körülményben az alvás minősége (De Pue et al. 2021, Stanton et al. 2020). Egy nemzetközi összehasonlító tanulmány arra hívja fel a figyelmet, hogy a koronavírus-fertőzéssel kapcsolatos halálozások száma és a korlátozó intézkedések időtartama is jelentősen befolyásolja a mentális jóllétet: azokban az országokban, ahol magas volt a halálozási arányszám és a korlátozásokkal járó napok száma, a 60 évesnél idősebb lakosság nagyobb valószínűséggel számolt be depresszióérzésről (Atzendorf–Grube 2021). A szerzők azt is kimutatták, hogy az életkor előrehaladtával szignifikánsan emelkedik a makrotényezők hatása a depresszió érzésére: a legidősebb (80 év feletti) korcsoporton belül a magas koronavírus-fertőzéssel összefüggő halálozási arányszám a depresszió nagyobb arányú előfordulását eredményezi a 60–79 év közöttiekhez képest.

A mentális egészség védelme szempontjából a szakirodalom már régóta hangsúlyozza a társas kapcsolatok és az általuk elérhető társas támogatás jelentőségét, különösen a késői élet szakaszában (*in late life*, Antonucci et al. 2014). Ismeretes az is, hogy a kevés társadalmi nexus és a ritka társasági, közösségi tevékenységek csökkentik idős korban a nehézségekkel való megküzdési képességet, s növelik a mentális egészségi problémák, például a szorongás és depresszió kockázatát (Cornwell–Laumann 2015, Santini et al. 2020, Schwarzbach et al. 2014). A mentális egészség szempontjából kiemelten fontos jelentősége van a személyes network mérete mellett a kapcsolatok minőségének is (Lau et al. 2008), sőt számos tanulmány kiemeli, hogy a kapcsolatok minősége erősebben kapcsolódik a mentális egészséghez, mint a kapcsolathálózat más jellemzői (Cutrona–Russel 1990). Mak és munkatársai (2009) idős korú SARS-túlélők körében – 18 hónappal a fizikai felépülésüket követően – készült vizsgálata a formális és informális kapcsolatokon keresztül hozzáférhető társas támogatás mentális jóllétre gyakorolt hatásával kapcsolatban arra az eredményre jutott, hogy a családtagoktól, barátoktól és az egészségügyi szakemberektől kapott támogatás nagyobb mértékben járult hozzá az idős emberek mentális állapotának javulásához a más kapcsolati forrásból kapott támogatáshoz képest. Eredményeik arra is rámutattak, hogy a családi/baráti támogatás – szóbeli ösztönzés, bátorítás – jelentősen jótékonyabb hatással volt a túlélők mentális állapotára, mint az egészségügyi dolgozóktól kapott támogatás. Ezek az eredmények azt a – már jól ismert – hatásmechanizmust erősítik meg, hogy a társas támogatás (itt: a család/barátok és az egészségügyi szakemberek révén elérhető támogatás) előmozdítja és segíti a jobb stresszkezelési képességet, a nehézségek átvészeléséhez szükséges – alkalmazkodást segítő – megküzdési stratégiákat (Mak et al. 2009). A *stressz-kiegyenlítő hipotézis (stress-buffering hypothesis)* szerint ugyanis a kapcsolathálózat révén hozzáférhető társas támogatás tompítja a stressz mentális jóllétre gyakorolt negatív hatását és enyhíti a szorongást (Cohen–Wills 1985). Néhány vizsgálat azt is megerősítette, hogy a különböző társadalmi-kapcsolati erőforrások közül a családtól/barátoktól – az „erős kapcsolatoktól” – kapott társas támogatás kiemelkedő szerepet játszik idős korban a depresszió kockázatának csökkentésében (Teo et al. 2015). Kauppi és munkatársai (2018) szerint azonban nem egyértelmű, hogy a granovetteri értelemben vett „erős kötések” hatása jelentősebb a fizikai, illetve mentális egészségre, mint a gyenge kapcsolatoké. A szerzők ugyanis azt találták egy finn longitudinális kutatás adatai alapján, hogy nemcsak a kevés számú erős kapcsolat (legfeljebb 2), illetve a kevés gyenge kapcsolatszám (legfeljebb 5) növeli a halálozás kockázatát, hanem az is, ha a sok erős kötés csak néhány gyenge kötéssel párosul. A szerzők azt állítják, hogy a kapcsolathálózat távolabbi, periférikusabb kötése révén elérhető társas támogatás is hozzájárulhat az egészség és az általános jóllét megőrzéséhez (Kauppi et al. 2018). Egy

ausztrál longitudinális kutatás azt is bizonyította, hogy az idős emberek jóllétéhez az erős/szoros kapcsolatok közül a barátokkal való interakciók nagyobb mértékben járulnak hozzá, mint a rokoni interakciók (Giles et al. 2005).

A társadalmi kapcsolatháló kulcsfontosságú szerepet tölt be természeti katasztrófák után az idősek jóllétének megőrzésében – hangsúlyozzák a katasztrófatudományok (*disaster studies*) (Rafey et al. 2016, Hikichi et al. 2017). Hikichi és munkatársai (2016) a 2011-es kelet-japán földrengés és szökőár után arról számoltak be, hogy a természeti katasztrófa „átélése” (elsősorban az elszennvedett lakáskárok megtapasztalása) az idősebb túlélők körében fokozott kognitív hanyatlással járt. Későbbi vizsgálatuk (Hikichi et al. 2017) azt is feltárta, hogy a társadalmi-közösségi kapcsolatok és a kölcsönös segítségnyújtás normái segítenek elkerülni az idősek kognitív képességeinek romlását, azaz mérséklék a katasztrófaélmények kognitív hanyatlásra gyakorolt hatását.

A fent bemutatott empirikus eredmények a kapcsolati háló védő szerepét húzzák alá. A társas támogatáshoz való hozzáférés azonban a koronavírus-járvány idején szigorúan korlátozott volt, különösen az idősek számára, akik a COVID-19 szempontjából az egyik leginkább veszélyeztetett csoportot képviselik. Az elszigeteltségben töltött pandémiás időszak súlyos következményekkel járt az amúgy is sérülékeny, kiszolgáltatott idősebb korosztály számára (például magasabb szorongást, depresszióérzést eredményezett, lásd: Krendl–Perry 2020, Atzendorf–Grube 2021, Wang et al. 2020). Valószínű, hogy a telefonbeszélgetések, videóhívások, elektronikus kapcsolatok segíthettek mérsékelni az elszigeteltség negatív hatását. Noha egyre több vizsgálat irányul a COVID-19 mentális egészségre gyakorolt hatásának vizsgálatára, a társaskapcsolat-hálózat és a mentális egészség összefüggése nem teljesen feltárt terület. A kapcsolatok pandémia idején betöltött szerepéről pedig – néhány trivialitást kivéve – elég keveset tudunk, különösen az idősebb korosztály jóllétével kapcsolatban. Magyarországon kifejezetten hiányoznak az ilyen jellegű vizsgálatok.

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Tanulmányunk célja egyfelől annak feltárása, hogy az idősebb lakosság mentális egészsége hogyan változott Magyarországon a koronavírus-járvány kitörése után, másfelől annak vizsgálata, hogy a kapcsolati háló jellemzői hogyan függenek össze a mentális egészség – koronavírus-járvány hatására bekövetkezett – változásaival. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a különböző kapcsolattípusok gyakoriságának kombinációi hogyan befolyásolták az egyes mentális problémák, nevezetesen a depresszió, a szorongás, a magányérzet, az alvászavar rosszabbodását.

1. Miként érintette negatívan az 50 éves és annál idősebbek mentális egészségét a koronavírus-járvány Magyarországon? Európai összehasonlításban vajon erősebb vagy gyengébb volt-e itthon az idősebb korosztály érintettsége?
2. Milyen kapcsolatháló-mintázatok mérsékeltek a járvány mentális egészségre gyakorolt negatív hatását? Volt-e különbség az erős-gyenge kapcsolatok és kombinációik hatásaiban?
3. Az idősek egyes korcsoportjaiban eltér-e a hatások erőssége? A korcsoportok differenciáltságára vonatkozóan az öregség paradoxona tézis (*paradox of aging*) beigazolódik-e?

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az adatbázis

Adataink a *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE, Börsch-Supan 2020a) nemzetközi adatbázis előzetes 8. hullámának adataiból (*Preliminary Wave 8 Release 0.0.1 data*) származnak, míg néhány szocioökonómiai háttérinformációt a 7. hullám adatbázisából imputáltunk (Börsch-Supan 2020b). A SHARE a müncheni *Max-Planck Institute for Social Law and Social Policy* koordinációjával megvalósuló nemzetközi követéses panelvizsgálat, amelynek célja az 50 éves és idősebb népesség egészségi állapotában, gazdasági-társadalmi-munkaerőpiaci helyzetében és családi-közösségi kapcsolataiban bekövetkezett változások felmérése Európa-szerte. A SHARE első hullámának adatait 2004-ben vették fel, és azóta további hét hullám adatfelvételére került sor 28 európai országban és Izraelben. A panel vizsgálati minta mellett – minden adatfelvételi hullám során – egy frissítő minta is bekerül az adatbázisba, országos reprezentatív minták kialakításával az 50 éves és idősebb népességről (Scherpenzeel et al. 2020). Magyarország idáig a 4. (2011), a 7. (2017) és a legutóbbi, 8. hullámban (2019/2020) vett részt.

A 2019 októberében kezdődött 8. hullám adatfelvételét jelentősen megnehezítette a koronavírus-járvány kitörése és a helyzet egyre drámaibbá válása, ezért 2020 márciusára valamennyi országban felfüggesztették a terepmunkát. Hónapokkal később folytatódott csak az adatfelvétel azzal a lényeges változással, hogy a korábbi személyes interjúk (CAPI) helyett minden országban áttértek a telefonos interjúkra (CATI), így Magyarországon is. Továbbá kidolgozásra került egy speciális, a járvány társadalmi és gazdasági következményeinek hatására fókuszáló rövid kérdőív (*SHARE COVID-19 questionnaire*), aminek a lekérdezését kombinálták a panel alapkérdőívével. A SHARE COVID-19 adatfelvétele 2020 júniusa és augusztusa között zajlott,⁹ a pandémia első és második hulláma közötti időszakban. Ez a kiegészítő kérdőív konkrétan arra irányul, hogy maga a járvány és a kitörését követő járványügyi intézkedések hogyan érintették a célpopuláció életkörülményeit, fizikai és mentális egészségét, illetve egészségmagatartását, gazdasági és munkaerőpiaci helyzetét, valamint családi és közösségi kapcsolatait. Ebben a tanulmányban a SHARE COVID-19 adatbázisát¹⁰ használtuk. Az országos mintákba bekerült 50 évnél fiatalabb válaszadókat kihagytuk az elemzésből, így az általunk elemzett 26 európai ország összevont adatállománya 49.322 személy adatait tartalmazza, ebből a magyar almintá elemszáma 980 fő.

Változók

A *mentális egészség* különböző aspektusait – a kérdőív adta lehetőségek alapján – az alábbi dichotóm változók segítségével mértük: 1. depresszió érzése („Az elmúlt hónapban depressziósnak, szomorúnak érezte-e magát?”), 2. szorongás érzése („Az elmúlt hónapban szorongónak, idegesnek érezte-e magát?”), 3. alvászavar előfordulása („Az elmúlt hónapban volt-e problémája az alvással?¹¹”), 4. magányosság érzése („Milyen gyakran érzi magát magányosnak?”). Az első három változóra igen vagy nem válaszokat lehetett megjelölni, az utolsóra pedig egy háromfokú skálán válaszolhattak a kérdeztettek. Elemzésünkben mind a négy változó dichotóm változóként szerepel, az utóbbi változó esetében azokat tekintve magányosnak, akik arról számoltak be, hogy gyakran érzik magukat magányosnak.

9 Észtországban, Litvániában, Szlovákiában, Franciaországban és Olaszországban már július végén befejeződött, míg Bulgáriában és Svédországban zárult a legkésőbb, augusztus közepén.

10 Ausztria és Írország adatai az elemzés készítésekor nem voltak elérhetőek, Izrael – mint nem európai országot – kihagytuk az elemzésből.

11 Ideértve az alvás ritmusában való zavart is.

A mentális egészségi állapotban a koronavírus-járvány – közvetlen és közvetett – hatására bekövetkezett változások méréséhez szintén négy változót alkalmaztunk, melyek azt mutatják, hogy a kérdezett megítélése szerint a COVID-19 kitörése előtti időszakhoz képest negatív irányban változott a mentális jólléte. A válaszadótól konkrétan azt kérdezték, hogy az elmúlt egy hónapban a kérdőívben megadott mentális probléma előfordult-e nála és ha igen, akkor az súlyosabb, kevésbé vagy ugyanolyan súlyos formában jelentkezett-e, mint a pandémia kitörése előtt. Az eredeti háromkategóriás változókból az alábbi kétértékű indikátorokat alakítottuk ki: 1. még inkább depressziós, 2. még inkább szorong, 3. még inkább alvászavarban szenved, 4. még inkább magányos. Megjegyezzük, hogy azokat a válaszadókat, akiknél a felsorolt tünetek nem fordultak elő (azaz nem érezték magukat depressziósnak, szorongónak, magányosnak vagy nem szenvedtek alvászavarban) 0-val kódoltuk.

A társaskapcsolat-hálózat méréséhez a szűkebb és a tágabb környezettel való kapcsolattartás gyakorisága felől közelítettünk. Az adatfelvétel a háztartáson kívüli személyekkel történő személyes és elektronikus kapcsolattartás intenzitására kérdezett rá. A válaszadóktól ezt kérdezték: „A koronavírus-járvány kitörése óta milyen gyakran volt face-to-face kapcsolata (1) a gyerekeivel, (2) a szüleivel, (3) más rokonokkal és (4) nem-rokonokkal, mint például szomszédokkal, barátokkal vagy kollégákkal?” Majd ugyanezt a kérdést az elektronikus kapcsolattartásra vonatkozóan is feltették: „A koronavírus-járvány kitörése óta milyen gyakran tartott elektronikus kapcsolatot – telefonon, e-mailen vagy más elektronikus úton – (1) a gyerekeivel, (2) a szüleivel, (3) más rokonokkal és (4) nem-rokonokkal?”. Öt lehetséges választ lehetett megjelölni: naponta, hetente többször, hetente egyszer, ritkábban, soha. Az elemzés során ezeket változókat az alábbi módon dichotomizáltuk: az 1-es érték azt jelzi, hogy a válaszadó legalább heti rendszerességgel tartott kapcsolatot háztartásán kívüli személyekkel, a 0 pedig azt, ha ennél ritkábban. Továbbá mind a személyes, mind az elektronikus kapcsolatok esetén összevontuk a gyerek(ek)kel és a szülő(k)ekkel történő kapcsolattartás gyakoriságát mutató változókat.

Az elemzésbe számos további változót is bevontunk, melyek hatással lehetnek a mentális egészségre, noha inkább kontrollváltozóként kezeljük őket. Figyelembe vettük a kérdezett *fizikai egészségi állapotát* (dichotóm változó: van-e valamilyen krónikus betegsége), a koronavírus-járvány kitörését követő *izolációt* (dichotóm változó: elhagyta-e otthonát a járvány óta), valamint a kérdezett és a közeli hozzátartozók/ismerősök *koronavírus-fertőzésben való érintettségét*¹² (a kérdezett vagy családtagja/ismerőse tapasztalt-e magán koronavírus-tüneteket, pozitív teszteredménye volt-e, koronavírus-fertőzés miatt kórházba került-e, koronavírus miatt elhunyt-e családtagja/ismerőse). Az érintettség mérésére egy indexet alakítottunk ki úgy, hogy súlyosságuk szerint pontosztuk a betegségállapotokat.¹³ A kérdezett kapcsolati hálózatának COVID-érintettségét úgy számoltuk ki, hogy a leírtak szerint kapott pontszámokat megszoroztuk az összes kapcsolati kategóriában megnevezett személyek számával, majd összegeztük, így egyetlen mutatónk lett. Az így létrehozott index folytonos változóként szerepel a modellekben. Továbbá, az elemzésbe a kérdezett társadalmi-demográfiai hátterét leíró változókat is beemeltünk: a *nem*, az *életkor* (kategoriális változóként szerepel: 50–64 éves, 65–74 éves, 75 éves és idősebb), a *családi állapot/háztartásméret* (dichotóm változó: egyedül él-e), az *iskolai végzettség* (kategoriális változó: alapfokú,¹⁴

12 A koronavírus-fertőzésben való érintettségét a kérdőív részletesen felmérte a válaszadók kapcsolati hálójában, és 8 kapcsolat kategória vonatkozásában kérdezte meg a válaszadóktól, hogy hány embert érintett: 1) házastárs vagy élettárs, 2) szülő, 3) gyermek, 4) háztartásának más tagja, 5) háztartáson kívüli rokon, 6) szomszéd, barát vagy kolléga, 7) gondozója/ápolója, 8) egyéb személy.

13 A tünetek esetén 1 pontot, pozitív teszteredmény esetén 2 pontot, kórházi ápolás esetében 5 pontot, ismerős halála esetén 10 pontot vontunk be az indexbe.

14 Az oktatás egységes nemzetközi osztályozási rendszere alapján felmért ISCEDO, ISCED1 és ISCED2 kategóriák összevonva, amely azt jelenti, hogy a válaszadó legfeljebb szakiskolai vagy szakmunkás végzettséggel rendelkezik.

középfokú,¹⁵ felsőfokú¹⁶ végzettség), a *munkaerőpiaci státusz* (dichotóm változó: dolgozik-e) és a *lakóhely településtípusának* változóit (kategoriális változó: főváros, más nagyváros, kisváros, község).¹⁷

Módszerek

Kutatási kérdéseink megválaszolásához többféle módszert alkalmaztunk. Először leíró statisztikák segítségével vizsgáltuk, hogy a koronavírus-járvány első hulláma alatt hogyan alakult az idősebb korosztály mentális egészsége Magyarországon európai összehasonlításban, valamint azt, hogy a pandémia következtében az egyes mentális betegségtünetek előfordulása milyen mértékben rosszabbodott. Azt is leíró jelleggel tártuk fel, hogy melyek a mentális egészség negatív irányú változásában érintettek társadalmi és demográfiai ismérvei. Végül többváltozós elemzéssel vizsgáltuk, hogy a magyar válaszadók körében a társadalmi kapcsolattartás intenzitása alapján kirajzolódó kapcsolatháló-mintázatok hogyan függenek össze a mentális egészség – a koronavírus-járvány első hullámának középtávú következményének tekinthető – romlásával.

A társas kapcsolatok alapján a válaszadók különböző csoportjait modellalapú klaszterezés segítségével tártuk fel. Mivel csoportképző változóink mindegyike bináris indikátor, ezért a „látens osztályelemzés” módszerét (*latent class analysis, LCA*) alkalmaztuk a kapcsolatháló-mintázatok létrehozásához. A különböző mentális problémák pandémia első hulláma alatt bekövetkezett változását befolyásoló tényezők elemzésére magyarázó modelleket vizsgáltunk logisztikus regresszió segítségével. Az elemzések során elfogadott szignifikanciaszint: $p < 0,05$. A tanulmányban súlyozott eredményeket közlünk.

EREDMÉNYEK

Mentális egészség a koronavírus-járvány idején

Először azt mutatjuk be, hogy a mentális egészség különböző aspektusai alapján a koronavírus járvány kitörését követő első lezárások utáni időszakban hogyan alakult Magyarországon és más európai országokban az idősebb lakosság érintettsége, és mindez a pandémia előtti időszakhoz képest hogyan változott. Mindezt annak figyelembevételével tesszük, hogy a nemzetközi összehasonlítást torzíthatja az a tény, hogy erősen kultúrafüggő, így országonként eltérő lehet az egyes mentális szimptomák és azok változásának érzékelése, továbbá az adatfelvétel idején érvényben lévő – sokszor jelentős országos különbségeket mutató – járványvédelmi intézkedések szigorúsága.

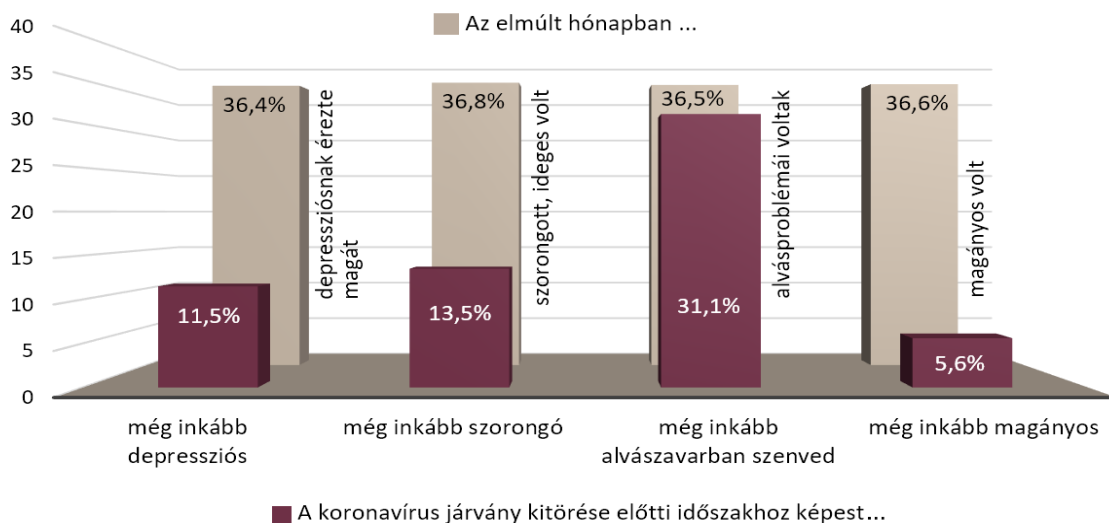
A magyar válaszadók nagyon hasonló arányban jelezték a vizsgált mentális betegségtünetek előfordulását: 36,4% és 36,8% között alakul azok aránya, akik depresszióról, szorongásról, alvászavarról, magányosságról számoltak be a felmérés időszakában (1. ábra). A mentálisegészség-mutatók kapcsolatáról elmondható, hogy a depresszió és a szorongás erősebben korrelál (ρ 0,553), mint a depresszió az alvászavarral (ρ 0,370) vagy a magány érzésével (ρ 0,283). A magány érzése hasonlóan gyenge összefüggést mutat mind a szorongással (ρ 0,288), mind az alvászavarral (ρ 0,282), és ugyanez igaz az alvászavar és a szorongás összefüggésére is (ρ 0,329). Azaz: a mentális problémákban való érintettség nem jelent szükségképpen együttes előfordulást, amennyiben igen, akkor nagyobb valószínűséggel párosul a depresszió a szorongással, idegességgel.

15 ISCED3 és ISCED4 kategóriák összevonva, amely azt jelenti, hogy a válaszadó érettségit adó középiskolai végzettséggel rendelkezik.

16 ISCED5 és ISCED6 kategóriák összevonva, amely azt jelenti, hogy a válaszadó felsőfokú (főiskolai vagy egyetemi) végzettséggel rendelkezik.

17 Az anyagi, illetve jövedelmi helyzet mutatóját is szerettük volna használni, de a magyar válaszadók nagyon magas aránya utasította vissza, hogy megadja a jövedelmi helyzetét (36%-uk).

1. ábra. Mentális problémák előfordulása és negatív irányú változása Magyarországon a koronavírus járvány kitérését követő első lezárások utáni időszakban az idősebb lakosság körében



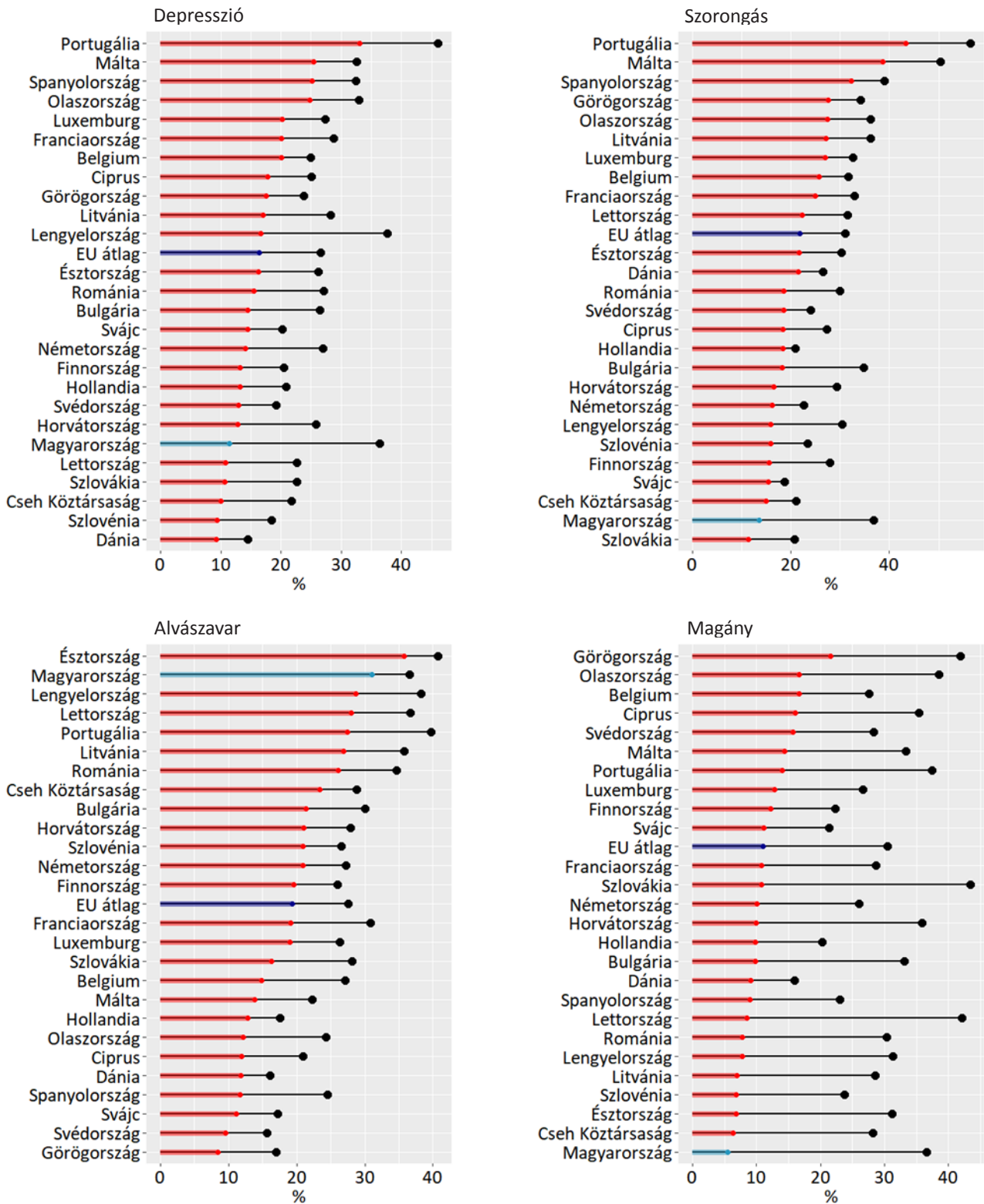
Forrás: SHARE COVID-19

A mentális egészségi állapotra vonatkozó magyarországi eredmények nemzetközi összehasonlításban igen kedvezőtlennek tekinthetők (lásd 2. ábra fekete sávok). A pandémia kitérését követő első lezárások utáni időszakban a SHARE felmérésben szereplő európai országok közül Magyarországon volt az egyik legmagasabb – néhány dél-európai ország és Lengyelország után – a depresszió előfordulása az 50 évesnél idősebbek körében, de mind a szorongás, mind az alvászavar, mind a magányosság tekintetében Magyarország az első negyedben helyezkedik el az országok rangsorában. Jól kirajzolódik az is, hogy az észak-európai, a svájci és a holland válaszadókat jellemzően kevésbé érintették a vizsgált mentális problémák (az érintettek aránya 20% alatti ezekben az országokban).

A mentális egészség különböző aspektusaiban bekövetkezett negatív irányú változásokat tekintve a magyar válaszadók – a pandémia előtti időszakkal összevetve – leginkább az alvászavarok súlyosbodását jelezték, közel harmaduk (31,1%). Ha csak az alvászavarokról beszámolókat vesszük figyelembe, azt látjuk, hogy 85%-uknak rosszabbodott a tünete. A minta hetede (13,5%) számolt be a szorongás érzésének növekedéséről és több mint tizede (11,5%) a depresszió fokozott érzéséről, ők a szorongó és depressziós válaszadók 27%-át, illetve 32%-át teszik ki. Azok aránya, akik magányosabbnak érezték magukat, mint a pandémia előtt, elég alacsonynak tűnik: a teljes minta 5,6%-a (a magukat magányosnak valló válaszadók 15,3%-a), ami valószínűleg azzal magyarázható, hogy akik magányosak, kevésbé keresik a kapcsolatot másokkal, így a pandémiás helyzet esetükben nem okozott jelentősebb romlást. A mentális problémák rosszabbodását jelző mutatók összefüggései azt mutatják, hogy elsősorban a depresszió és a szorongás érzésének növekedése függ össze egymással (ρ 0,608), és hogy viszonylag erős – bár a közepesnél gyengébb – a kapcsolat a magányosság és a depresszió érzésének növekedése között (ρ 0,465). A többi mentálisegészség-mutató negatív irányú változása közötti kapcsolat gyenge ($\rho \leq 0,3$). Mindez azt jelenti, hogy a pandémia első hulláma alatt felerősödő depresszióérzés, nagyobb valószínűséggel járt együtt a szorongás, illetve a magányosság fokozott érzésével.

Ezeket az eredményeket összevetve más európai országokéval (lásd 2. ábra piros sávok) az látható, hogy a magyar válaszadók mentális problémái – az alvászavar kivételével – kevésbé erősödtek fel a koronavírus-járvány következtében (de vegyük figyelembe, hogy eleve jelentős hányadukat érintik mentális tünetek). Magyarország – jellemzően Szlovákiával, Csehországgal és Szlovéniával együtt – azok közé az országok közé

2. ábra. Mentális problémák előfordulása és negatív irányú változása Európában a koronavírus járvány kitörését követő első lezárások utáni időszakban az idősebb lakosság körében



Forrás: SHARE COVID-19

Megjegyzés: Az ábrán az országokat a vizsgált mentális probléma negatív irányú változásában érintettek aránya szerint rendeztük növekvő sorrendbe.

tartozik, ahol a legkisebb arányban számoltak be a válaszadók a szorongás, a depresszió és a magány érzésének *rosszabbodásáról* (arányuk alacsonyabb mint 15%). Ezzel szemben a dél-európai országok (mint Portugália, Málta, Spanyolország, Olaszország és Görögország) válaszadói a vizsgált mentális problémák *legnagyobb mértékű súlyosbodását jelezték*, mindegyik olyan ország, ahol egyébként a legkisebb arányban fordulnak elő ezek a tünetek az idősebb lakosság körében. Ezekben az országokban a SHARE COVID-19 adatfelvétel idején – európai viszonylatban – a legszigorúbb korlátozó intézkedések voltak még érvényben és a legmagasabb volt a COVID-19-fertőzések 100 000 lakosra vetített száma (Málta kivételével).¹⁸ Az alvászavar esetében azonban Magyarország helyzete egyáltalán nem kedvező: Észtország után és más közép-európai országok mellett nálunk volt az egyik legmagasabb az alvászavarok rosszabbodásáról beszámoló aránya.

A rosszabbodó mentális egészség társadalmi-demográfiai különbségei

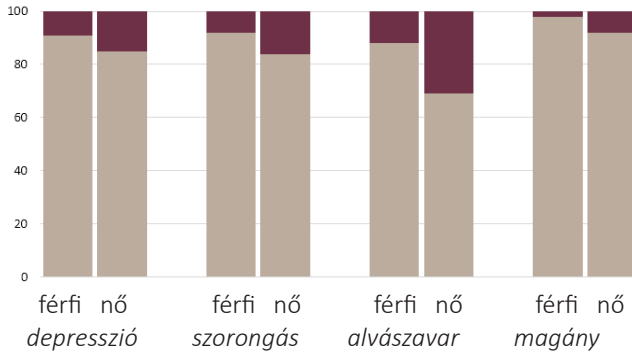
Most nézzük meg azt, hogy a különböző mentálisbetegség-tünetek koronavírus-járvány kitörése utáni rosszabbodása hogyan függ össze a társadalmi-demográfiai kategóriák jellemzőivel (lásd 3. ábra)! Azt látjuk, hogy mind a négy vizsgált mentális probléma súlyosabbá válása szignifikánsan gyakrabban fordul elő a nők, a legfeljebb alapfokú iskolai végzettségűek és az egyfős háztartásban, azaz az egyedül élők körében. A különböző korcsoportokat tekintve, a 65–74 év közötti, fiatal nyugdíjasok a fokozott depresszió, szorongás és magányérzet esetén jelentősen magasabb értéket mutatnak, mint a náluk fiatalabbak (50–64 év közöttiek) és a náluk idősebbek (74 év felettiek). Ugyanakkor ez utóbbi csoport, a legidősebb idősök azok, akikre leginkább jellemző az alvászavarok súlyosabbá válása. A munkaerőpiaci státusz is jelentős összefüggést mutat a vizsgált mentális problémák negatív irányú változásával. Mind a depresszió, mind a szorongás, mind a magány rosszabbodása nagyobb arányú a nyugdíjasok között a dolgozók és az egyéb inaktív csoportjaihoz képest, míg a fokozott alvászavar legnagyobb mértékben ez utóbbi inaktív csoportot érinti. A válaszadók lakóhelyének településtípusa szerint azt látjuk, hogy a fővárosiakon belül a legmagasabb azoknak az aránya, akik a depresszió, a magány és a szorongás rosszabbodását érzékelték, és a falvakban, illetve kisvárosokban élők között a legalacsonyabb. Az alvászavarok súlyosbodása pedig szignifikánsan nagyobb arányban van jelen a falvakban élők körében. Ez utóbbi azért érdekes, mert egyébként a mentális problémák (mind a négy itt vizsgált mutatója) leginkább a falvakban élőket érintik, a települési lejtő hatása jól láthatóan kirajzolódik (míg a pandémia alatti változásokat tekintve ez a települési lejtő csak az alvászavar romlásánál mutatható ki). Megjegyezzük, hogy a lakóhely településtípusa kivételével a mentális problémák hátterében meghúzódó lehetséges társadalmi-gazdasági tényezők megegyeznek a mentális problémák súlyosbodásánál bemutatott összefüggésekkel.

¹⁸ Az *Oxford Coronavirus Government Response Tracker* (OxCGRT) projekt által számolt *Stringency Index* alapján, mely 9 mutató figyelembevételével készül: iskolák bezárása; munkahelyek bezárása; nyilvános rendezvények lemondása; a nyilvános összejövetelek korlátozása; a tömegközlekedés lezárása; otthon tartózkodási követelmények; nyilvános tájékoztató kampányok; az országon belüli mozgás korlátozása; és nemzetközi utazási ellenőrzések. Az index adott napi értékét a kilenc mutató átlagpontszáma adja, és lényegében a kormányzati politikák szigorúságát tükrözi (az index kiszámításának teljes leírását lásd: Hale et al. 2021).

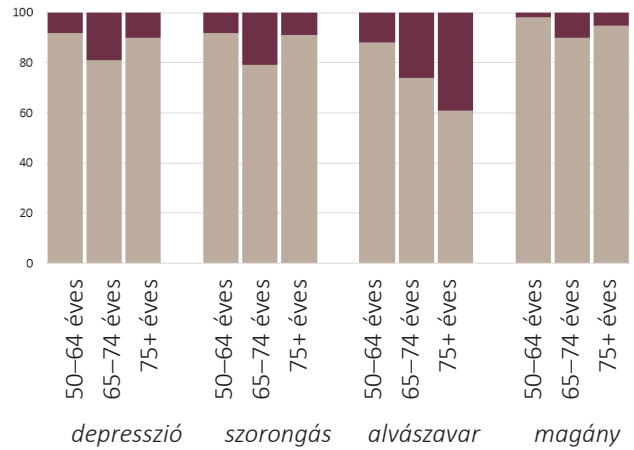
3. ábra. A mentális egészség negatív irányú változása társadalmi és demográfiai jellemzők szerinti bontásban az idősebb lakosság körében Magyarországon

■ Nem változott negatív irányban
 ■ Negatív irányban változott

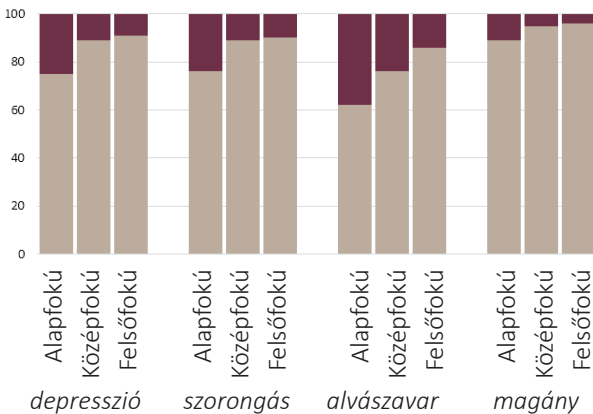
Mentális egészség negatív irányú változása nemenként



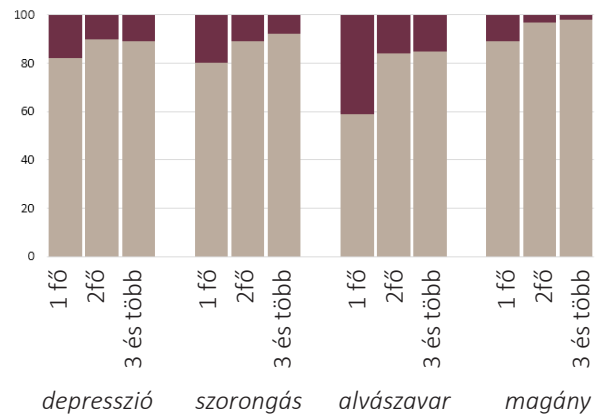
Mentális egészség negatív irányú változása korcsoportonként



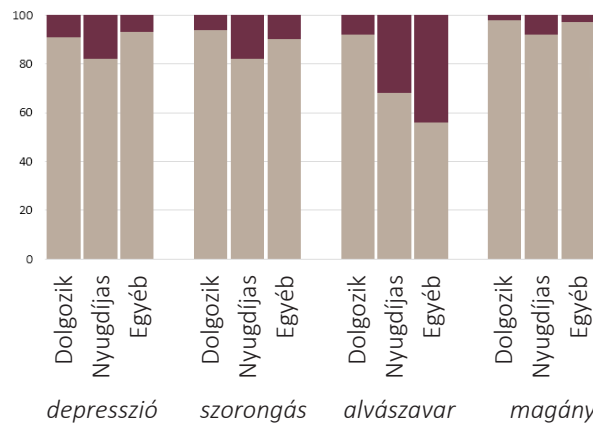
Mentális egészség negatív irányú változása iskolai végzettség szerint



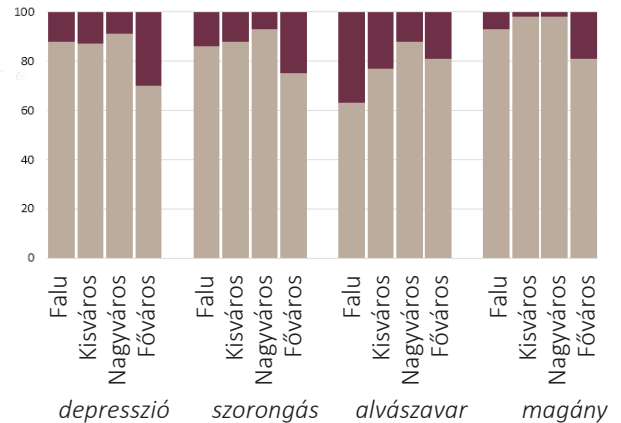
Mentális egészség negatív irányú változása háztartásméret szerint



Mentális egészség negatív irányú változása munkaerőpiaci státusz szerint



Mentális egészség negatív irányú változása településtípus szerint



Forrás: SHARE COVID-19

Társaskapcsolat-hálózat és rosszabbodó mentális egészség a koronavírus-járvány idején

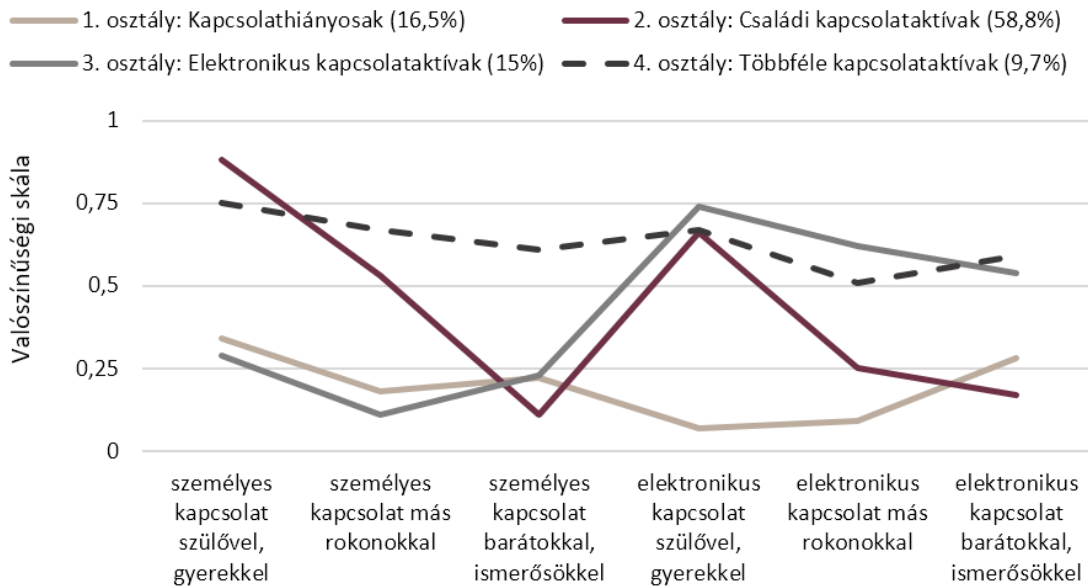
Ennek a tanulmánynak a központi kérdése, hogy a családi és közösségi kapcsolatok kombinációi a koronavírus-járvány idején hogyan befolyásolták a mentális egészségi állapotot (pontosabban: annak rosszabbodását). Ehhez először azt vizsgáltuk meg, hogy milyen kapcsolatháló-mintázatok azonosíthatók Magyarországon az idősebb korosztály körében. Célunk az volt, hogy megragadjuk a kapcsolatháló relációinak típusa (közeli vagy távolabbi), formája (személyes vagy elektronikus) és gyakorisága (szoros vagy gyenge) alapján a kapcsolat-kombinációk sokféleségét (majd ezek hatását vizsgáltuk a mentális egészségre). Az volt a kutatói szándék, hogy mindezeket a jellemzőket figyelembe véve olyan kapcsolathálózati vagy kommunikációs kapcsolati mintákat találjunk, melyek a kérdezettek egy-egy csoportjára jellemzők. A járványhelyzet nagyon minimálisra csökkentette a személyes találkozások lehetőségét, de a különféle telefonos és Internetes kapcsolatokat megsokszorozta akár a családtagokkal, akár az ismerősökkel vagy a szolgáltatókkal. Így olyan megoldást alkalmaztunk, amely lehetővé tette egy modellstruktúra kialakítását, és amely segítségével tipikus kapcsolattípus-használó csoportokat tudtunk elkülöníteni.

A továbbiakban tehát a látens osztályelemzés (*latent class analysis, LCA*) módszerét alkalmaztuk, melynek lényege, hogy az egyéneket kategoriális megfigyelt változók alapján látens csoportokba sorolja, mégpedig úgy, hogy minden válaszadó esetében megbecsüli az adott osztályba tartozás valószínűségét (Collins–Lanza, 2010). Esetünkben a megfigyelt változók a háztartáson kívüli személyekkel való *face to face* és *elektronikus kapcsolatok* intenzitása, melyeket hat bináris indikátorral mértünk (a *Változók* című fejezetben részletesen bemutatott módon): 1) gyakori – legalább heti rendszerességgű – személyes kapcsolat a gyerekeivel, szüleivel; 2) gyakori személyes kapcsolat más rokonokkal; 3) gyakori személyes kapcsolat a barátokkal, ismerősökkel, szomszédokkal; 4) gyakori elektronikus kapcsolat a gyerekeivel, szüleivel; 5) gyakori elektronikus kapcsolat más rokonokkal; 6) gyakori elektronikus kapcsolat a barátokkal, ismerősökkel, szomszédokkal. Az elemzés során 2–5 csoportos megoldásokat vizsgáltunk és a legjobb modellmegoldás meghatározásához figyelembe vettük a modell illeszkedését (Akaike információs kritérium, Bayesian információs kritérium), a Lo-Mendell-Rubin valószínűségi hányados teszt (LMR-LRT) szignifikáns eredményét, az osztályok nagyságát (a minta legalább 5%-a legyen) és a magasabb entrópia értéket (Nylund et al. 2007). A látens osztályelemzés tesztstatisztikái szerint a legoptimálisabb felosztás a négy osztályos modellstruktúra.

A társadalmi kapcsolatok mintázatának látens osztályai közül (4. ábra) az *1. osztályba* tartozók (16,5%) jellemzően „*kapcsolathányosok*”: nem tartanak gyakori kapcsolatot sem személyes, sem elektronikus módon háztartásukon kívüli személyekkel. A minta legnagyobb hányadát kitevő *2. osztályba* tartozóknak (58,8%) a szűkebb családi kapcsolataik intenzívek (mind a személyes, mind az elektronikus), ugyanakkor a távolabbi rokonokkal és a barátokkal, illetve ismerősökkel való rendszeres interakciók hiányoznak, őket „*családi kapcsolataktívaknak*” neveztük el. A *3. osztályba* tartozó válaszadók (15%) az „*elektronikus kapcsolataktívak*”, akik nagy valószínűséggel mind a szűkebb családtagokkal, illetve más rokonokkal, mind a távolabbi ismerősökkel, barátokkal intenzív elektronikus kapcsolatokat ápolnak, de a rendszeres személyes találkozások hiányoznak. A minta közel tizedét kitevő legkisebb méretű *4. osztályba* (9,7%) a „*többféle kapcsolataktívak*” kerültek: elsősorban a személyes kapcsolataik gyakoriak mind a szűkebb és távolabbi családtagokkal, rokonokkal, mind a nem-rokonokkal, de emellett nagy valószínűséggel elektronikus kapcsolataik is intenzívek (a gyakori elektronikus kapcsolattartás náluk nagyobb valószínűséggel csak a 3. osztályba tartozók körében fordul elő).

Annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy az idősebb korosztály körében a társadalmi kapcsolatok mintázatai hogyan befolyásolják az észlelt mentális betegségtünetek koronavírus-járvány alatti súlyosabbá válását, többváltozós regressziós modelleket vizsgáltunk. Az egyes mentális betegségtünetek rosszabbodását

4. ábra. A rendszeres családi és közösségi kapcsolatok változói mentén azonosított látens osztályok által mutatott valószínűség-mutatók



Forrás: SHARE COVID-19

külön-külön, azaz négy modellel írtuk le. Regressziós modelljeink *független* változói tehát a mentális egészség különböző aspektusaiban való érintettség – koronavírus-járvány kitörése előtti időszakhoz képest – felerősödő érzésének dichotóm változói: (1) a depresszió, (2) a szorongás, (3) az alvászavar és (4) a magány negatív irányú változásának indikátorai. A *fő magyarázó változó* pedig a családi és közösségi kapcsolatok típusa, módja és intenzitása alapján azonosított tipikus kapcsolatháló-jellemzőket kifejező négykategóriás változó: (1) kapcsolathányos, (2) családi kapcsolataktív, (3) elektronikus kapcsolataktív, (4) kapcsolataktív, mely kategóriák közül ez utóbbit, a kapcsolataktív csoportját használtuk referenciakategóriaként. Az elemzés során a személyes változókat (pl. fizikai egészségi állapot, koronavírus-fertőzésben való érintettség, pandémia alatti izoláció, nem, életkor, családi állapot, iskolai végzettség, munkaerőpiaci státusz, településtípus) kontroll alatt tartva állapítunk meg összefüggéseket. A becslési eredményeket az 1. táblázatban közöltük.

A többváltozós logisztikus regresszió eredményei jól mutatják a *társadalmi kapcsolatmintázatok* szignifikáns hatását a vizsgált mentális betegségektől – COVID-19 kitörése utáni – rosszabbodására. Mind a négy itt vizsgált mentális probléma negatív irányú változása tekintetében [(1), (2), (3) és (4) modellek] mindegyik kapcsolatháló-konstelláció pozitív hatást mutat a referenciacsoportként kiemelt „többféle kapcsolataktív” kategóriához, azaz az intenzív személyes és elektronikus családi/ismerősi kapcsolathálóhoz képest. Rendre azt látjuk, hogy a „kapcsolathányos” network a legmagasabb esélyekkel társul mind a depresszió, mind a szorongás, mind az alvászavar, mind a magányérzet súlyosbodásához. Ettől kisebb mértékű pozitív hatása van az „elektronikus kapcsolataktívitásnak” és a „családi kapcsolataktívitásnak” is. Ez utóbbi eredmény, mely szerint a családtagokkal/rokonokkal való gyakori kapcsolattartás nagyobb valószínűséggel növeli a mentális egészség romlását az intenzív családi és ismerősi kapcsolathálóhoz viszonyítva, azt tükrözi, hogy a kizárólag szűk körű intenzív kapcsolatok nem elegendők a mentális egészség védelméhez. Más hipotézisek szerint a családtagokkal való összezártság, a kényszerű intenzív együttlétek akár növelhetik is a mentális terheket a vizsgált tüneteket hordozók körében.

Megjegyezzük, hogy a regressziós modelleket úgy is lefuttattuk, hogy a társadalmi kapcsolatok mintázatát mutató változó más és más kategóriáját kezeltük referenciacsoportként. A fent leírt megállapítások minden modellben jól láthatóak. Ha például az „elektronikus kapcsolataktív” kapcsolatháló-mintázatot kezeljük a refe-

1. táblázat. A különböző mentális betegségeket rosszábbodását befolyásoló tényezők vizsgálata – a logisztikus regresszió eredményei [Exp(B)]

	A koronavírus-járvány kitörése óta ...			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	még inkább depressziós	még inkább szorong	még inkább alvászavarban szenved	még inkább magányos
TÁRSADALMI KAPCSOLATOK MINTÁZATAI (ref: Többféle kapcsolataktív)				
Kapcsolathányos	3,448***	4,853***	1,471***	2,327***
Családi kapcsolataktív	1,376***	1,348***	1,552***	1,312***
Elektronikus kapcsolataktív	2,916***	1,629***	1,174**	1,616***
FIZIKAI EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT (ref: nincs krónikus betegsége)	5,414***	3,825***	2,057***	4,306***
IZOLÁCIÓ (ref: pandémia kitörése óta elhagyta az otthonát)	1,168***	1,791***	1,234**	1,927***
COVID-19-ÉRINTETTSÉG	1,878**	1,240***	0,692**	1,315***
NEM (ref: férfi)	1,567***	1,308***	3,342***	1,607***
KOR (ref: 50–64 éves)				
65–74 éves	3,947***	3,779***	0,411***	5,129***
75 éves és idősebb	3,551***	3,306***	0,618***	5,689***
CSALÁDI ÁLLAPOT (ref: nem él egyedül)	1,802***	1,950***	1,259***	9,422***
ISKOLAI VÉGZETTSÉG (ref: Felsőfok)				
Alapfokú	3,432***	2,078***	1,430***	1,530***
Középfokú	1,113***	0,766***	1,379***	0,701***
MUNKAERŐPIACI STÁTUSZ (ref: dolgozik)	1,854***	4,331***	1,113***	2,290***
TELEPÜLÉSTÍPUS (ref: Község)				
Főváros	4,451***	0,403***	0,335***	4,611***
Más nagyváros	1,220***	0,609***	0,247***	1,408***
Kisváros	1,145***	0,837***	0,555***	1,306***
N	732	732	732	732
R ²	0,360	0,271	0,252	0,409

Magyarázat: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

renciacsoportként (Függelék F1. táblázat), a „családi kapcsolataktív” és a „többféle kapcsolataktív” kapcsolat-háló-konstellációjú válaszadóknak kisebb az esélye a vizsgált mentális betegségeket súlyosbodására. És az intenzív szűk körű – családi – kapcsolathálóhoz képest a kapcsolataktív kategóriában rendre kisebb esélyhányadosokkal találkozunk mindegyik modellben, azaz leginkább a kapcsolataktív csökkenti a vizsgált mentális problémák rosszábbodását (az elektronikus kapcsolataktívhoz viszonyítva).

Ami a többi független változót illeti megállapíthatjuk, hogy a *fizikai egészségi állapot* és az *izoláció* is pozitív hatást mutat a mentális egészség mind a négy vizsgált aspektusára: a krónikus betegség léte és a pandémia utáni „otthon maradás” nagyobb gyakorisággal járt a depresszió-, a szorongás-, a magányérzet, illet-

ve az alvászavar rosszabbodásával. A *koronavírus-fertőzésben való érintettség* pozitívan kapcsolódik a depresszió, a szorongás és a magány érzésének rosszabbodásához, de az alvásproblémák súlyosbodásához negatívan: vagyis minél súlyosabban és minél szélesebb körben érintette a válaszadó kapcsolati hálóját a fertőzés, annál nagyobb volt az esély a depresszió, a szorongás és a magány fokozott érzésére, de annál kisebb az alvásproblémák rosszabbodására. A szocio-demográfiai háttérváltozók hatását tekintve azt látjuk, hogy a *nők*, az *alacsony iskolai végzettségűek* és az *egyedül élő, már nem dolgozó* válaszadók szignifikánsan nagyobb eséllyel érezték magukat depressziósabbnak, szorongóbbnak, magányosabbnak és rosszabbodtak alvásproblémáik a járvány kitörése után. Az *életkor* hatását vizsgálva, a referenciaként kezelt 50–64 évesekhez képest mind a 65–74 évesekre, mind a 74 év felettiekre inkább jellemző volt a depresszió, a szorongás és a magány érzésének súlyosabbá válása, míg az alvászavar romlása kevésbé. Figyelemre méltó eredmény, hogy a fiatal nyugdíjasoknak (65–74 évesek) nagyobb eséllyel súlyosbodott a depressziója, a szorongása és a magányérzete a legidősebb idősök (75 év felettiek) csoportjához képest. Az alvászavar esetében ezzel ellentétes összefüggést látunk: kisebb valószínűséggel rosszabbodtak a 65–74 évesek és a 74 év felettiek alvásproblémái az 50–64 évesek referenciacsoportjához képest. A *lakóhely településtípusának* hatása a depresszió és a magány fokozott érzésére szignifikáns és pozitív irányú: a referenciaként választott községi/falusi lakóhelyhez viszonyítva a fővárosban élők számoltak be a legnagyobb eséllyel romló depresszió- és magányérzetről, és a településméret növekedésével lineárisan emelkedő esélyhányadosok azt mutatják, hogy ennél jóval kisebb eséllyel a más nagyvárosokban, illetve kisvárosokban élők. A szorongás és az alvászavar negatív irányú változása tekintetében viszont azt látjuk, hogy a községekben élők csoportjához képest a kis- és nagyvárosokban élők kisebb eséllyel érezték, hogy szorongóbbá váltak, vagy rosszabbodtak alvásproblémáik a járvány kitörése óta.

ÖSSZEGZÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

Tanulmányunk egy 2020 nyarán készült nagymintás kérdőíves kutatás (a *SHARE COVID-19 survey*) adatbázisának felhasználásával a társas kapcsolat-hálózat és a mentális egészség negatív irányú változásának összefüggését vizsgálta az idősebb lakosság körében a koronavírus-járvány kitörését követően. Azt igyekezett feltárni, hogy a járvány milyen káros hatással volt az 50 éves és idősebb korosztály mentális egészségének különböző aspektusaira.

Fontos kiemelni, hogy az 50 éves és idősebb lakosság adatainak elemzésével kapott eredményeink nem általánosíthatók a lakosság más csoportjaira. Továbbá – a vizsgálat keresztmetszeti jellegénél fogva – eredményeink alapján ok-okozati összefüggések nem mutathatók ki, az összefüggések vizsgálata során csak valószínűsíthető magyarázatokat tártunk fel. A tanulmánynak azt a korlátját is figyelembe kell venni, hogy a válaszadók önértékelésére vonatkozó információkkal dolgoztunk, amely eltérhet az orvosi diagnózistól és túl-, illetve alulbecsülheti a mentális problémák jelenlétét. A pandémia előtti időszakra vonatkozó kérdések pedig szükségszerűen retrospektívek, így a visszaemlékezés is okozhat torzítást. Mindezek ellenére – legjobb tudásunk szerint – ez az első tanulmány, amely a koronavírus-járvány középtávú hatását és a mentális egészséget, illetve annak változását vizsgálta Magyarországon, ráadásul az egyik leginkább veszélyeztetett csoport, az idősebb lakosság körében. Az általunk elemzett adatokat 2020 júniusa és augusztusa között gyűjtötték, egy olyan sajátos időszakban, amikor a koronavírus első hulláma a legtöbb országban már alábbhagyott, például Magyarországon is, ahol a járvány kitörése után bevezetett korlátozó intézkedések fokozatos feloldására került sor ebben az időszakban.

Leíró eredményeink azt mutatják, hogy Magyarországon az idősebb korosztály több mint harmada számolt be a vizsgálat idején depresszió-, szorongás- és magányérzetről, valamint alvásproblémákról. Ezek az eredmények nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen képet tükröznek: a SHARE felmérésben szereplő eu-

rópai országok közül Magyarország azok közé az országok közé tartozik, ahol a legmagasabb volt a prevalenciája ezeknek a mentális betegségtüneteknek az első hullám lecsengésének idején. A mentális egészségi állapotban bekövetkezett negatív irányú változásokat tekintve a magyar válaszadók – a pandémia előtti időszakkal összevetve – leginkább az alvászproblémák súlyosbodását jelezték (harmaduk), hetedük számolt be a szorongás, több mint tizedük a depresszió és közel 6%-uk a magány fokozott érzéséről. Azt is bemutattuk, hogy más európai országokkal összevetve az idősebb korosztály mentális problémái (az alvászavar kivételével) Magyarországon kisebb mértékben rosszabbodtak a koronavírus-járvány következtében (szemben például a dél-európai országokkal). Ennek lehetséges magyarázata kapcsolódhat a korlátozó intézkedések időtartama és/vagy a koronavírussal összefüggő fertőzések, illetve halálozások számának országok közötti különbségeihez, hiszen a például a dél-európai országok többségében a SHARE COVID-19 adatfelvétel idején a legszigorúbb korlátozó intézkedések voltak még érvényben és a legmagasabb volt a COVID-19-fertőzések 100 000 lakosra vetített száma is. Egy friss tanulmány összefüggést tárt fel a depresszió és a korlátozó intézkedések időtartama, valamint a koronavírussal összefüggő halálozások száma között (Atzendorf–Grube, 2021), de további vizsgálatok szükségesek más mentális betegségtünetek és a makroszintű tényezők összefüggéseinek vizsgálatára.

Többváltozós regressziós modellek segítségével arra kerestünk választ, hogy a családi és közösségi kapcsolatok típusa, módja és intenzitása alapján azonosított kapcsolatháló-mintázatok, illetve egyéb háttértényezők hogyan befolyásolták a mentális problémák változását. Eredményeink szerint a *kapcsolathányos network* a legmagasabb eséllyel társul mind a depresszió, mind a szorongás, mind az alvászavar, mind a magányérzet súlyosbodásához, vagyis a ritka személyes és/vagy elektronikus kapcsolattartás háztartáson kívüli személyekkel (a családtagokkal/rokonokkal és az ismerősökkel, barátokkal) jelentős mértékben járult hozzá a mentális jóllét rosszabbodásához. Statisztikai értelemben kisebb mértékű, de szintén pozitív előjelű hatása van az *elektronikus kapcsolataktívitásnak* is: a főként elektronikus kapcsolatgazdag-network ugyancsak növelte a különböző mentális betegségtünetek súlyosbodásának valószínűségét (különösen a depresszió rosszabbodásának esélyét). Eredményeink arra is rávilágítanak, hogy az intenzív szűk körű kapcsolatháló (*családi kapcsolataktív*) képest kisebb eséllyel járult hozzá a mentális egészség rosszabbodásának elkerüléséhez. Másként megfogalmazva, a mentális egészség szempontjából a leginkább előnyös a többféle kapcsolattípusú és kapcsolatformájú kapcsolatháló-mintázat, és a kizárólag szűk körű intenzív kapcsolatok nem elegendőek a mentális egészség védelméhez. A sokszínű kapcsolatháló, melyben a szoros kötelékek mellett a gyenge kapcsolatok is intenzíven jelen vannak, potenciálisan lehetővé tesz olyan személyekhez való hozzáférést, akik hasznosak vészhelyzetben, olyanokhoz, akik fontos információs támogatást nyújtanak, és/vagy ezek a távolabbi/ gyenge kötések is lehetnek érzelmileg intenzívek.

Az elemzés további figyelemre méltó eredménye, hogy bár az 50–64 éves korcsoportokhoz képest az idősebb korcsoportoknak nagyobb valószínűséggel rosszabbodott a mentális egészsége, az általunk vizsgált három korcsoport közül a fiatalabb időseké, azaz a 65–74 éves korcsoporté súlyosbodott leginkább és nem a legidősebb időseké. Az idősebb korcsoporton belüli különbségek arra utalnak, hogy az „öregség paradoxona” (*the paradox of aging*) a koronavírus-járvánnyal összefüggésben is fennáll. Az életkor előrehaladtával (az öregedéssel) az egyének egyre inkább tudatában vannak az élet végességével, ezért ilyenkor már kevésbé változik a szubjektív és érzelmi jóllét szintje, sőt javulhat is (Carstensen 2019, Mroczek–Kolarz 1998). Mindez magyarázhatja, hogy a legidősebb időseket nem érintette mentálisan olyan súlyosan a pandémia, mint a náluk nagyjából egy évtizeddel fiatalabb időseket.

A további potenciális kockázati tényezők vizsgálata azt mutatta, hogy a krónikus betegség léte, a pandémia kitörése utáni „otthon maradás” és a koronavírus-fertőzésben való érintettség jelentősen összefügg a mentális

egészség romlásával. További megállapításaink, hogy a nők, az alacsony iskolai végzettségűek és az egyedül élő, már nem dolgozó válaszadók szignifikánsan nagyobb eséllyel érezték magukat depressziósabbnak, szorongóbbnak, magányosabbnak és rosszabbodtak alvásproblémáik a járvány kitörése után. Ezek az eredmények egybecsengenek más COVID-19-tanulmányok megállapításaival, melyek szerint a mentális egészség szempontjából rizikófaktort jelent a rosszabb fizikai egészségi állapot, a COVID-19-tünetek észlelése, az elszigeteltség vagy a sok otthon töltött idő, továbbá az, ha valaki nő, alacsony iskolai végzettségű, nyugdíjas vagy munkanélküli és egyedül él (Atzendorf–Grube 2021, Robb et al. 2020, Wong et al. 2020). A településtípus is fontos meghatározója a mentális egészség változásának idős korban: a vidéki kistelepüléseken, falvakban élő idősöknek az alvászavara és a szorongása rosszabbodott, míg a városokban élőknek (különösen a fővárosiaknak) a depresszió- és magányérzete fokozódott inkább. Ennek hátterében állhat az is, hogy a nagyvárosi lakosság lakóhelyi, szomszédsági és munkavégzéssel kapcsolatos mindennapi érintkezései – hírcsatornái – bizonyára lényegesen különböznek a falusias környezetben élők hétköznapi – „látásból majdnem mindenkit ismernek” – találkozásaiktól, kommunikációjuktól, az értesülések megszerzésének csatornáitól. Ezek pontos formáit külön kutatással lehet feltárni, és kísérletet tenni arra, hogy az alvászavar, a szorongás vajon miért rosszabbodott inkább a kisebb lélekszámú településeken, mint a nagyvárosokban. Nem tudunk olyan COVID-19-tanulmányról, amely a mentális egészség szempontjából vizsgálta volna a lakóhely településtípusának hatását, a további kutatás egyértelműen indokolt.

FÜGGELÉK

F1. táblázat. A különböző mentális betegség tünetek rosszabbodását befolyásoló tényezők vizsgálata – a logisztikus regresszió eredményei [Exp(B)]

	A koronavírus-járvány kitörése óta ...			
	(1)	(2)	(3)	(4)
	még inkább depressziós	még inkább szorong	még inkább alvászavarban szenved	még inkább magányos
TÁRSADALMI KAPCSOLATOK MINTÁZATAI (ref: elektronikus kapcsolataktív)				
Kapcsolathiányos	1,763***	2,386***	1,279***	3,664***
Családi kapcsolataktív	0,506***	0,394***	0,773***	0,729***
Kapcsolataktív	0,165***	0,329***	0,608***	0,450***
KONTROLLVÁLTOZÓK	Igen	Igen	Igen	Igen
N	732	732	732	732
R ²	0,364	0,273	0,252	0,414

Magyarázat: *** $p < 0,01$; ** $p < 0,05$.

HIVATKOZÁSOK

- Adalja, A. A. – Toner, E. – Inglesby, T. V. (2020) Priorities for the US Health Community Responding to COVID-19. *JAMA*, 323(14), 1343–1344. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.3413>
- Antonucci, T. C. – Ajrouch, K. J. – Birditt, K. S. (2014) The convoy model: Explaining social relations from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Armitage, R. – Nellums, L. B. (2020) COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5), E256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
- Atzendorf, J. – Gruber, S. (2021) Depression and loneliness of older adults in Europe and Israel after the first wave of covid-19. *European Journal of Ageing*, <https://doi.org/10.1007/s10433-021-00640-8>
- Berkman, L.F. – Glass, T. (2000) Social integration, social networks, and health. In Berkman, L.F. – Kawachi, I. (szerk.) *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 137–173.
- Börsch-Supan A. (2020a) Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. COVID-19 Survey 1. Release version: 0.0.1. beta. SHARE-ERIC. Data set.
- Börsch-Supan A. (2020b): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7- SHARELIFE. Release version: 7.1.0. SHARE-ERIC [Data set]. <https://doi.org/doi: 10.6103/SHARE.w7.710>
- Brooke, J. – Jackson, D. (2020) Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Brooks, S. K. – Webster, R. K. – Smith, L. E. – Woodland, L. – Wessely, S. – Greenberg, N. – Rubin, G. J. (2020) The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Cacioppo, J. T. – Hawkey, L. C. (2019) Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 13(10), 447–454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cacioppo, J. T. – Hughes, M. E. – Waite, L. J. – Hawkey, L. C. – Thisted, R. A. (2006) Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21, 140–151.
- Carstensen, L. L. (2006) The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>.
- Carstensen, L. L. (2019) Integrating cognitive and emotion paradigms to address the paradox of aging. *Cognition and Emotion*, 33, 119–125. <https://doi.org/10.1080/02699931.2018.1543181>.
- Chou, K. L. – Ho, A. H. – Chi, I. (2006) Living alone and depression in Chinese older adults. *Ageing & Mental Health*, 10(6), 583–591. <https://doi.org/10.1080/13607860600641150>
- Cohen, S. – Wills, T. A. (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>.
- Collins, L. M. – Lanza, S. T. (2010) *Latent class and latent transition analysis for the social, behavioral, and health sciences*. New York: Wiley.
- Cutrona, C. E. – Russell, D. W. (1990) Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In Sarason, B. R. – Sarason, I. G. – Pierce, G. R. (szerk.) *Social support: An interactional view*. New York: Wiley. 319–366.
- Dykstra, P. A. (2009) Older adult loneliness: myths and realities. *European Journal of Ageing*, 6, 91–100. <https://doi.org/10.1007/s10433-009-0110-3>
- ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) (2020) Data on the geographic distribution of COVID-19 cases worldwide. 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
- Garfin, D. R. – Silver, R. C. – Holman, E. A. (2020) The Novel Coronavirus (COVID-2019) Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychology*, 39(5), 355–357. <https://doi.org/10.1037/hea0000875>
- Garfin, D. R. – Thompson, R. – Holman, E. A. (2018) Mental and physical health effects of acute stress following traumatic events: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 112, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.05.017>
- Gerst-Emerson, K. – Jayawardhana, J. (2015) Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American Journal of Public Health*, 105(5), 1013–1019. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302427>

- Giles, L. C. – Glonek, G. F. – Luszcz, M. A. – Andrews, G. R. (2005) Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: the Australian Longitudinal Study of Aging. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(7), 574–579. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.025429>
- Hale, T. – Angrist, N. – Goldszmidt, R. – Kira R. – Petherick, A. – Phillips, T. – Webster, S. – Cameron-Blake, E. – Hallas, L. – Majumdar, S. – Tatlow, H. (2021) A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5, 529–538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Hawkey, L. C. – Thisted, R. A. – Masi, C. M. – Cacioppo, J. T. (2010) Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25(1), 132–141. <https://doi.org/10.1037/a0017805>
- Heidinger, T. – Richter, L. (2020) The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly: An empirical comparison of pre-and peri-pandemic loneliness in community-dwelling elderly. *Frontiers in Psychology*, 11, 585308. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.585308>
- Hikichi, H. – Aida, J. – Kondo, K. – Tsuboya, T. – Matsuyama, Y. – Subramanian, S. V. – Kawachi, I. (2016) Increased risk of dementia in the aftermath of the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. *PNAS*, 113(45), E6911–E6918. <https://doi.org/10.1073/pnas.1607793113>
- Hikichi, H. – Tsuboya, T. – Aida, J. – Matsuyama, Y. – Kondo, K. – Subramanian, S. V. – Kawachi, I. (2017) Social capital and cognitive decline in the aftermath of a natural disaster: A natural experiment from the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Lancet Planetary Health*, 1(3), E105–E113. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(17\)30041-4](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(17)30041-4)
- Holman, E. A. – Silver, R. C. – Poulin, M. – Andersen, J. – Gil-Rivas, V. – McIntosh, D. N. (2008) Terrorism, acute stress, and cardiovascular health: A 3-year national study following the September 11th attacks. *Archives of General Psychiatry*, 65(1), 73–80. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2007.6>
- Holt-Lunstad, J. – Smith, T. B. – Baker, M. – Harris, T. – Stephenson, D. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10, 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Kaplan, R.M. – Toshima, M.T. (1990) The functional effects of social relationships on chronic illness and disability. In Sarason, B. R. – Sarason, I. G. – Pierce, G. R. (szerk.), *Social Support: An Interactional View*. New York: John Wiley, 427–453.
- Kauppi, M. – Kawachi, I. – Batty, G. D. – Oksanen, T. – Elovainio, M. – Pentti, J. – Aalto, V. – Virtanen, M. – Koskenvuo, M. – Vahtera, J. – Kivimäki, M. (2018) Characteristics of social networks and mortality risk: Evidence from 2 prospective cohort studies. *American Journal of Epidemiology*, 187(4), 746–753. <https://doi.org/10.1093/aje/kwx301>
- Kivi, M. K. – Hansson, I. – Bjälkebring, P. (2021) Up and about: Older adults' well-being during the COVID-19 pandemic in a Swedish longitudinal study. *Journals of Gerontology: Series B*, 76(2), E4–E9. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa084>
- Knox, S. S. – Uvnas-Moberg, K. (1998) Social isolation and cardiovascular disease: an atherosclerotic pathway? *Psychoneuroendocrinology*, 23(8), 877–890. [https://doi.org/10.1016/s0306-4530\(98\)00061-4](https://doi.org/10.1016/s0306-4530(98)00061-4)
- Lábadi B. – Arató N. – Budai T. – Inhof O. – Stecina D. T. – Sík A. – Zsidó A. N. (2021) Psychological well-being and coping strategies of elderly people during the COVID-19 pandemic in Hungary, *Aging & Mental Health*, <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1902469>
- Lee, R. M. – Draper, M. – Lee, S. (2001) Social connectedness, dysfunctional interpersonal behaviors, and psychological distress: Testing a mediator model. *Journal of Counseling Psychology*, 48(3), 310–318. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.48.3.310>
- López, J. – Perez-Rojo, G. – Noriega, C. – Carretero, I. – Velasco, C. – Martínez-Huertas, J. A. – López-Frutos, P. – Galarraga, L. (2020) Psychological well-being among older adults during the COVID-19 outbreak: A comparative study of the young-old and the old-old adults. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1365–1370. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000964>
- Magyar Közlöny (2020) Elérhető: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK20039.pdf> [Letöltve: 2021-08-15].
- Mak, W. W. – Law, R. W. – Woo, J. – Cheung, F. M. – Lee, D. (2009) Social support and psychological adjustment to SARS: The mediating role of self-care self-efficacy. *Psychology & Health*, 24(2), 161–174. <https://doi.org/10.1080/08870440701447649>
- Mroczek, D. K. – Kolarz, C. M. (1998) The effect of age on positive and negative affect: a developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1333–1349. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.75.5.1333>
- Nylund, K.L. – Asparouhov, T. – Muthén, B.O. (2007) Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling*, 14, 535–569. <https://doi.org/10.1080/10705510701575396>

- Peters, A. – Rospleszcz, S. – Greiser, K.H. – Dallavalle, M. – Berger, K. (2020) The impact of the COVID-19 pandemic on self-reported health. *Dtsch. Arztebl. Int.* 117, 861–867. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0861>
- Posch, M. – Bauer, P. – Posch, A. – Konig, F. (2020) Analysis of Austrian COVID-19 deaths by age and sex. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132 (21), 685–689. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01707-9>
- Raffaelli, M. – Andrade, F. C. – Wiley, A. R. – Sanchez-Armass, O. – Edwards, L. L. – Aradillas Garcia, C. (2013) Stress, social support, and depression: A test of the stress-buffering hypothesis in a Mexican sample. *Journal of Research on Adolescence*. 23(2), 283–289. <https://doi.org/10.1111/jora.12006>
- Rafiey, H. – Momtaz, Y. A. – Alipour, F. – Khankeh, H. – Ahmadi, S. – Sabzi Khoshnami, M. – Haron, S. A. (2016) Are older people more vulnerable to long-term impacts of disasters? *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1791–1795. <https://doi.org/10.2147/CIA.S122122>
- Rajgor, D. D. – Lee, M. H. – Archuleta, S. – Bagdasarian, N. – Quek, S. C. (2020): The many estimates of the covid-19 case fatality rate. *Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 776–777. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30244-9](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30244-9)
- Santini, Z. I. – Fiori, K. L. – Feeney, J. – Tyrovolas, S. – Haro, J. M. – Koyanagi, A. (2016) Social relationships, loneliness, and mental health among older men and women in Ireland: a prospective community-based study. *Journal of Affective Disorders*, 204(1), 59–69. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.06.032>
- Scherpenzeel, A. – Axt, K. – Bergmann, M. – Douhou, S. – Oepen, A. – Sand, G. – Schuller, K. – Stuck, S. – Wagner, M. – Börsch-Supan, A. (2020) Collecting survey data among the 50+ population during the COVID-19 pandemic: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Survey Research Methods*, 14(2), 217–21. <https://doi.org/10.18148/srm/2020.v14i2.7738>
- Schwarzbach, M. – Luppá, M. – Forstmeier, S. – Konig, H.-H. – Riedel-Heller, S. G. (2014) Social relations and depression in late life: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 1–21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>
- Stanton, R. – Quyen, G. To. – Khalesi, S. – Williams, S. L. – Alley, S. J. – Thwaite, T. L. – Fenning, A. S. – Vandelanotte, C. (2020) Depression, anxiety and stress during COVID-19: Associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4065. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>
- Stephens, A. – Shankar, A. – Demakakos, P. – Wardle, J. (2013) Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Taha, S. A. – Matheson, K. – Anisman, H. (2014) H1N1 was not all that scary: Uncertainty and stressor appraisals predict anxiety related to an incoming viral threat. *Stress & Health*, 30(2), 149–157. <https://doi.org/10.1002/smi.2505>
- Teo, A. R. – Choi, H. – Andrea, S. B. – Valenstein, M. – Newsom, J. T. – Dobscha, S. K. – Zivin, K. (2015) Does mode of contact with different types of social relationships predict depression in older adults? Evidence from a nationally representative survey. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), 2014–2022. <https://doi.org/10.1111/jgs.13667>
- Vokó, Z. – Pitter, J. Gy. (2020) The effect of social distance measures on COVID-19 epidemics in Europe: An interrupted time series analysis. *Geroscience*, 42, 1075–1082. <https://doi.org/10.1007/s11357-020-00205-0>
- WHO Regional Office for Europe (2020): WHO Announces COVID-19 Outbreak a Pandemic. Elérhető: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic> [Letöltve: 2021-08-12].
- Wu, J. T. – Leung, K. – Bushman, M. – Kishore, N. – Niehus, R. – de Salazar, P. M. – Cowling, B. J. – Lipsitch, M. – Leung, G. M. (2020) Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nature Medicine*, 26, 506–510. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0822-7>