

A testi és lelki egészség mutatóinak empirikus vizsgálata IDDM-ben és NIDDM-ben szenvedő szülők felnőtt korú gyerekei körében

Készítette: Bagoly Noémi

Témavezető: Dr.Matuszka Balázs

Pázmány Péter Katolikus Egyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar

Pszichológia BA

Tartalomjegyzék

A TESTI ÉS LELKI EGÉSZSÉG MUTATÓINAK EMPIRIKUS VIZSGÁLATA IDDM-BEN ÉS NIDDM-BEN SZENVEDŐ SZÜLŐK FELNŐTT KORÚ GYEREKEI KÖRÉBEN..... 1

ÁBRÁK LISTÁJA:.....	3
ABSZTRAKT:.....	4
1.BEVEZETŐ	5
1.1. <i>Diabetes</i>	5
1.2. <i>Negatív gyermekkori élmények</i>	7
1.3. <i>Pozitív gyermekkori élmények</i>	8
1.4. <i>Összefoglalás</i>	9
1.5. <i>Hipotézisek</i>	9
2. MÓDSZER.....	10
2.1. <i>Vizsgálati személyek</i>	10
2.2. <i>Eszközök</i>	10
2.3. <i>Etikai szempontok</i>	12
2.4. <i>Eljárás</i>	13
2.5. <i>Adatfeldolgozás és adatelemzés</i>	13
3. EREDMÉNYEK.....	13
3.1. <i>Leíró statisztika, demográfiai adatok</i>	13
3.2 <i>Hipotézisvizsgálatok</i>	16
4.MEGVITATÁS	19
4.1. <i>Az eredmények értelmezése és megvitatása</i>	19
4.2 <i>Limitációk</i>	21
4.3 <i>Kitekintés</i>	22
5. ÖSSZEFOGLALÁS	23
6. HIVATKOZÁSOK JEGYZÉKE.....	24
7. MELLÉKLETEK.....	28

Ábrák listája:

- 1. ábra: A vizsgált populáció nemi eloszlás.*
- 2. ábra: A válaszadók iskolázottsági jellemzői.*
- 3. ábra: Az ACE-ek átlagértéke hibasávval.*
- 4. ábra: A reziliencia átlagértéke hibasávval.*

Absztrakt:

Háttér: A cukorbetegség az egyik leggyorsabban terjedő, nem fertőző betegség a világon. A negatív gyermekkori élmények (ACE) az egyén 18 éves kora előtt tapasztalt élmények, melyek traumatikus hatásúak és kihatnak az egyén egész további életére. Azoknál a gyerekeknél, akiknél ACE-eket tapasztaltak, mint például családi konfliktusok vagy elhanyagolás, nagyobb valószínűséggel fejlődnek ki életmódi betegségek, mint például a diabetes. A ACE-ek mellett érdemes a reziliencia és a pozitív gyermekkori élmények (BCE) jelenlétével is foglalkozni. Kutatásunk célja az volt, hogy feltárjuk a betegség közvetett hatásait a beteg személy közvetlen környezetében.

Módszer: Kérdőív segítségével (N=241) felmértük a vizsgált személy gyermekkori élményeit, megéléseit. A tesztbatteriaiban használt kérdőívek a következők: szocio-demográfiai, illetve saját kérdések, valamint a Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőív, a Pozitív Gyermekkori Élmények Kérdőív és a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változata. A kutatásban való részvétel anonim módon zajlott. A tesztbatteriait a Qualtrics program segítségével készítettük, majd a közösségi média és specifikus csoportok által osztottuk meg a vizsgálati populációval.

Eredmények: Az adatelemzés a Microsoft Excel és a JASP programok segítségével valósult meg. Az adatokból leíró statisztika készült, valamint hipotézisvizsgálatokat végeztem rajtuk. Az adatelemzés során Spearman-féle rangkorrelációs eljárást és Mann-Whitney tesztet alkalmaztam.

Következtetések: Nem mutatkozott szignifikáns különbség az ACE-ek számában egészséges és beteg szülők gyermekei között, valamint az ACE-ek és a reziliencia között. A BCE-ek jelenlétével együtt jár a magasabb reziliencia képessége is. Az eredmények pszichológiai szempontból releváns kérdéseket vetnek fel, amelyek további vizsgálatokra adhatnak okot.

Kulcsszavak: diabetes, negatív gyermekkori élmények, pozitív gyermekkori élmények, reziliencia

1.Bevezető

A műhelymunkám középpontjában az a populáció áll, akiket Inzulin Dependens Diabetes Mellitusban (IDDM) és Nem Inzulin Dependens Diabetes Mellitusban (NIDDM) szenvedő szülők neveltek fel. Jelen kutatás legfontosabb célja a krónikus cukorbetegség pszichés és szomatikus aspektusainak feltárása, valamint annak a vizsgálata, hogy a cukorbeteg szülővel való felnövekedés milyen hatással van az egyén későbbi életminőségére és egészségére. A cukorbetegséggel együtt élő személyek esetében már több tanulmány vizsgálta az életminőség kapcsolatát a betegséggel, azonban a cukorbetegséget és az azzal összefüggő családi atmoszférát csak néhány tudományos munkában hozták eddig összefüggésbe. Mivel világszerte rohamosan növekszik azok száma, akiknél diagnosztizálják a betegséget, a lehető legtöbb aspektusát érdemes vizsgálat tárgyává tennünk.

A jelen kor kutatói általában elismerik a gyermekkori traumák és az egészségi állapot közötti összefüggéseket, beleértve a krónikus betegségeket, mint például a cukorbetegség. Az epigenetika területén végzett kutatások rámutattak arra, hogy a környezeti hatások, például a gyermekkori traumák, genetikai változásokat okozhatnak, amelyek továbbadódhatnak a következő generációknak, ezáltal létrehozhatnak egy transzgenerációs traumát. Ám ezek mellett számos tényező, mint például a szülői magatartás, a családi támogatás és az életmód is befolyásolhatja a krónikus betegségek kialakulását, lefolyását, valamint kezelését. Tanulmányunkban arra kerestük a választ, hogy miként befolyásolja a betegségben érintett szülő magatartása a felnövő gyermek fizikai és mentális egészségmutatóit.

1.1. Diabetes

A cukorbetegség vagy latinul *diabetes* egy krónikus, metabolikus megbetegedés, melyet a glükóz molekula felvételi és feldolgozási zavara okoz. Ennek oka az úgynevezett Langerhans-szigetek által termelt inzulin nevezetű hormon hiánya vagy elégtelen mennyiségű jelenléte. Mivel a glükóz felvételéhez inzulin szükséges, ezért a sejtek nem lesznek képesek felvenni a glükózt a vérből, aminek következtében a vér cukorkoncentrációja felborul az eredeti élettani értékekhez képest. A cukorbetegség jelentős kihatással van az egyén életminőségére, pszichológiai jóllétére, valamint környezetére (Cole és Florez, 2020). A hazai és nemzetközi szakirodalomban egyetértés mutatkozik abban a tekintetben, hogy a diabetes a legritkább esetben jelenik meg magában és rendszeresen jár együtt komorbid megbetegedésekkel (Chan és mtsai., 2019). Jellemzően az obesitas (Ingelsson & McCarthy, 2018), de ennek az ellenkezője

az anorexia nervosa is kísérő betegsége lehet (Máté és mtsai., 2021), azonban nem pusztán az étkezési zavarok és azok transzgenerációs hatásai jelenhetnek meg (Hanafi és mtsai., 2016), hanem komorbid betegség lehet a depresszió (Hargittay és mtsai., 2019; Jurgen és mtsai., 2020) és a szorongás is (Hargittay és mtsai., 2021). A fent leírtak alapján már nyilvánvaló, hogy a cukorbetegség azon felül, hogy önmagában is magas kockázatú betegség, a kísérő tünetekkel együtt kifejezetten megnehezítheti az egyén életét. Nagyon egyedi eseteket tud teremteni például, ha a cukorbetegség szorongást vált ki az egyénből, ugyanis megjelenik a félelem a cukorbetegség tüneteitől, például a hypoglikémiás állapottól (Gold és mtsai., 1997; Rossi és mtsai., 2019). Ez egy igen súlyos, halálos kimenetelű kórkép is lehet (Gold és mtsai., 1997). 4 mmol/l érték alatt tekintjük veszélyesnek és komoly szövődményei (Gold és mtsai., 1997; Rossi és mtsai., 2019; Weng és mtsai., 2019) illetve, ami számunkra érdekesebb, viselkedéses tünetei lehetnek. A vércukorszint ingadozása következtében megjelenő tünetek többek között a tachycardia, viszketés, hányás, szédülés, koordinációs zavarok, fokozott fogékonyság fertőzésekre, megnövekedett étvágy, izzadás, fejfájás, polyuria, szomjúságérzet, testsúly csökkenés vagy növekedés, látászavarok, valamint a fáradtság, teljesítménycsökkenés, ingerültség, hangulatingadozások és indulatkezelési problémák. Utóbb felsorolt tünetek azok, amik leginkább befolyásolni tudják egy érintett embernél a gyermekkel való bánásmódot (Chu és Chu, 2021) és vezetnek negatív gyerekkori élményekhez (Campbell és mtsai., 2018; Chu és Chu, 2021; Narayan és mtsai., 2021) vagy a pozitív gyerekkori élmények hiányához (Crouch és mtsai., 2021; Kocatürk és Çiçek, 2021; Obál és mtsai., 2021). A betegség hosszútávon a cardiovascularis rendszer, a látórendszer, a vesék és az idegek károsodásához vezet. A diabetesnek több típusa van, legjellemzőbb az I-es típusú diabetes és a II-es típusú diabetes. Az I-es típusú diabetesre általában "veleszülettként" gondolnak az emberek, a II-es típusúra pedig "szerzettként". A tudomány mai álláspontja szerint azonban ma már nem tehető ilyen jellegű különbség a két típus között. A II-es típus gyakoribb, jellemzően felnőttkorban alakul ki, amikor a szervezet rezisztenciát mutat az inzulinnal szemben vagy nem termel megfelelő mennyiségű inzulint (WHO, 2023).

Egy 2004-es becslés korábban azt jósolta, hogy 2030-ra a húsz évnél idősebb betegek száma globálisan eléri a 366 milliót (Wild, Roglic, Green, Sicree és King, 2004). Jelenleg azonban már világszerte 415 millió ember él együtt ezzel a betegséggel az International Diabetes Federation 2015-ös becslése szerint. Itthoni adatok alapján Magyarországon a KSH 2019-es mérései szerint 1,1 millió ember él együtt a cukorbetegséggel. Ezzel a számmal népbetegségről beszélhetünk, továbbá az adatokból kiderül, hogy az érintettek száma az elmúlt 20 évben

megháromszorozódott. A betegség nem csak a betegek életére, hanem magára a társadalomra és a világ gazdaságra is jelentős terheket ró (Sal, Papp és Perczel-Forintos, 2012). Így, már csak ezen számok nagysága és exponenciális ütemben való növekedése miatt is érdemes minden lehetséges perspektíváját és következményét megvizsgálni eme betegségnek. A témánk indokoltságát ezen számok is alátámasztják.

1.2. Negatív gyermekkori élmények

A negatív gyermekkori élmények, angolul *adverse childhood experiences-ACE's*, olyan, az egyén 18 éves kora előtt tapasztalt élmények, melyek traumatikus hatásúak és kihatnak az egyén egész további életére (Felitti és mtsai, 1998). A pozitív és negatív gyerekkori élmények témaköre jelentősen körül járt téma az elmúlt években (Campbell és mtsai., 2018; Crouch és mtsai., 2021; Kocatürk és Çiçek, 2021; Kovács- Tóth és mtsai., 2021). Abban egyetértés mutatkozik a különböző kutatócsoportok között, hogy a negatív gyermekkori események jelentős hatással bírnak a felnövő személyek viselkedésére, egészségmagatartására és betegséghez való hozzáállásukra (Botello-Harbaum és mtsai., 2008; Khan és mtsai., 2021; Kovács-Tóth és mtsai., 2021; McCabe és mtsai., 2013). Az ACE-ek három különböző csoportra oszthatóak: diszfunkcionális otthon, bántalmazás és elhanyagolás. A bántalmazás lehet fizikai (ezen belül szexuális) vagy mentális (érzelmi) bántalmazás. Az elhanyagolás szintén lehet fizikai (például a gyermek alapvető higiéniájának hiánya) vagy érzelmi elhanyagolás (érzelmi szükségletek figyelmen kívül hagyása). A diszfunkcionális otthon azt jelenti, hogy a gyermek körül élők esetében nincsen minden rendben, például szülője alkoholista vagy drogfogyasztó, szülei válnak vagy hozzátartozója mentális betegségben szenved.

Ezek mind számottevően összefüggenek mentális problémákkal, mint például a depresszióval vagy a szorongással (Narayan, Lieberman és Masten, 2021). Az ACE-ek száma és a mentális jólét között is szoros kapcsolat áll fent. Azok a személyek, akik traumatikus gyerekkori események során estek át, nagyobb valószínűséggel szenvednek szorongástól, depressziótól és PTSD-től (Tománé Mészáros, Egeresi és Vingender, 2022). A korábban említett elhanyagolás és a bántalmazás hosszú távú hatást gyakorolhatnak a fizikai egészségre, beleértve a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát is (Chamorro-García és Blumberg, 2014). Azoknál a gyerekeknél, akiknél negatív gyermekkori élményeket tapasztaltak, mint például családi konfliktusok vagy elhanyagolás, nagyobb valószínűséggel fejlődnek ki életmódi betegségek, mint például a diabetes (Chu és Chu, 2021). Továbbá transzgenerációs hatásként jelenik meg, ami azt jelenti, hogy a gyermekkori stressz hatása átöröközhető a következő

generációra (Pembrey, 2010). Egyes kutatások azt sugallják, hogy a gyermekkorban elszenvedett negatív élmények hozzájárulhatnak az anyagcsere rendellenességekhez és az elhízáshoz, amelyek kockázati tényezői lehetnek a diabetes kialakulásának (Chamorro-García és Blumberg, 2014; Hanafi, Saleh, Saad, Abdelkhalek, és Kamel, 2016). Egy angol tanulmány vizsgálatában a 4 vagy több ACE szignifikánsan növelte a későbbi cukorbetegség kialakulását (Bellis és mtsai, 2014), míg egy 10 országban végzett mérés alapján 3 vagy annál több ACE növelte a diabetes kialakulásának kockázatát (Scott és mtsai., 2011). Érdekes összefüggést találtak Gilbert és munkatársai, ugyanis vizsgálatukban arra az eredményre jutottak, hogy az 1-től 6-ig terjedő ACE értékekkel rendelkező személyek esetében szignifikánsan nagyobb a cukorbetegség kockázata, azonban az efeletti ACE értékkel rendelkező személyek esetén már nem volt szignifikáns a kockázat (Gilbert és mtsai, 2010). Azonban érdemes ezt fenntartásokkal kezelnünk, hiszen maguk a cikk írói is megemlítik, hogy mintájuk elemszáma alacsony volt. Továbbá, az ACE-ek genetikai és más, életmódbeli tényezőkkel együtt összefüggésbe hozhatóak a későbbi, felnőttkori elhízással, az autoimmunbetegségekkel, cardiovascularis betegségekkel és csontbetegségekkel (Felitti és mtsai, 1998). Korábban a diabetesrel kapcsolatos kutatásokban nem tulajdonítottak nagy jelentőséget az ACE-nek, azonban manapság növekvő tendencia mutatkozik a betegség pszichoszomatikus aspektusainak feltárására.

1.3. Pozitív gyermekkori élmények

A negatív gyermekkori élmények mellett érdemes a reziliencia és a pozitív gyermekkori élmények jelenlétével is foglalkozni. A rezilienciát számos tudományterület más- és másképpen definiálja, azonban pszichológiai értelemben leginkább úgy írhatjuk le, hogy a reziliencia nem más, minthogy számos kedvezőtlen körülmény ellenére az egyén képes testi és lelki egészségét megőrizni, fejlődési feladatainak eleget tenni. A rezilienciát érdemes dinamikus rendszerként értelmezni, hiszen sok tényező kapcsolódik egymáshoz rendszerként, melyek különböző kölcsönhatásokban vannak. Alapvetően két fogalmat kell a reziliencia témakörén belül említenünk: protektív és promotív tényezők csoportját. Protektív tényezők azok, melyek az ártalmas tapasztalatoktól és történésektől képesek megvédeni (például az ACE-ektől) az egyént. Ezzel szemben a promotív tényezők csoportja olyan élmények, tényezők, melyek az egyén egészséges fejlődését segítik elő. A reziliencia képességének eléréséhez hozzájárul számtalan tényező, például a hit, a gondoskodó család, a megfelelően működő iskola és közösség, a közeli kapcsolatok, érzelmi biztonság érzete, jó kognitív funkciók, a pozitív énkép, az ön- és érzelmi reguláció képessége, a szokások és a többi (Masten

és Barnes, 2018). A pozitív gyermekkori élmények vagy angolul *benevolent childhood experiences-BCE's*, olyan, az egyén 18 éves kora előtti élményeket vagy kapcsolatokat jelentenek, amelyek által az egyén biztonságban és támogató közegben érezhette magát (Narayan, Rivera, Bernstein, Harris és Lieberman, 2018). Amennyiben ezek jelen vannak a gyermekkorban, preventív tényezőkként léphetnek fel és lehetővé teszik a megküzdést például az ACE-ek okozta nehézségekkel szemben.

A negatív gyermekkori élményekkel ellentétben a pozitív gyermekkori élmények ez idáig kevesebb vizsgálat tárgyát képezték, azonban néhány eredmény ezen a területen is ígéretesnek mutatkozik. Egy tanulmányban, melyben a korai, pozitív pszichoszociális faktorok hatását vizsgálta, arra az eredményre jutottak a kutatók, hogy azoknál a személyeknél, akiknél ezek a faktorok jelen vannak a gyermekkorban, 21%-kal csökken a felnőttkori diabetes kialakulásának és 8%-kal csökken a prediabetikus állapot kialakulásának kockázata, valamint alacsonyabb BMI (Body Mass Index) értékkel rendelkeznek (Pulkki-Råback és mtsai, 2017).

1.4. Összefoglalás

Empirikus kutatások vizsgálatai alapján a ACE-ek és a BCE-k, valamint a diabetes között összefüggés lehet, mely kapcsolatban állhat a parentifikáció jelenségével. A parentifikáció azt jelenti, hogy a gyermeknek túl korán és túl mélyen részt kell vennie szülői szerepekben (Jones és Wells, 1996). A jelenség megléte befolyásolhatja az egyén mentális és érzelmi jóllétét, valamint egészségét is. Jelen tudományos munkában ezzel bővebben nem foglalkozunk, azonban kutatási munkánk során érdekes, figyelmünket felkeltő eredmények születtek, melyek további vizsgálatok alapjait képezik.

Összefoglalva, a kutatás célja az volt, hogy feltárjuk a betegség közvetett hatásait a beteg személy közvetlen környezetében. Ez korábban nem képezte még vizsgálat tárgyát. A fő kutatási kérdések az alábbiak.

1.5. Hipotézisek

H1: Az egészséges és a cukorbeteg szülők gyermekeinek negatív gyermekkori élmények számában különbség van.

H2: Összefüggés mutatható ki a gyermekkori élmények és a reziliencia között.

- a.) Összefüggés mutatható ki a negatív gyermekkori élmények és a reziliencia között.
- b.) Összefüggés mutatható a pozitív gyermekkori élmények és a reziliencia között.

H3: A cukorbeteg szülővel felnövő gyermekek kevésbé lesznek reziliensek.

2. Módszer

2.1. Vizsgálati személyek

A kutatásban részvevő személyek olyan emberek voltak, akiknek valamelyik szülője cukorbetegségben szenvedett a válaszadó gyermekkorában. A kutatásunkba felnőtteket vontunk be, 18 éves kortól. A korhatár alsó értékét azért fontos kiemelni, mert vizsgálatunk középpontjában a gyermekkori élményekre való visszaemlékezés áll, ezért fontos, hogy vizsgálati személyeink már felnőtt korban legyenek. A mintát szakértői mintavétellel nem valószínűségi alapon toboroztuk. A kutatásban férfiak és nők is részt vettek. Előzetesen úgy határoztunk, hogy 600 kitöltő lenne az optimális, azért, mert tapasztalataink alapján ebből érvényes és megbízható következtetéseket lehet statisztikai elemzések során a megfelelő statisztikai erő mellett levonni. A kérdőívet végül 467 személy kezdte el kitölteni, azonban végig csak 241 vizsgálati személy töltötte ki a kérdőívet.

2.2. Eszközök

A kutatás online formában valósul meg a Qualtrics kérdőív készítő weboldal segítségével. Az itt készített tesztbatteria része a tájékoztató-beleegyező nyilatkozat, szocio-demográfiai kérdések, a Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőív (Felitti és mtsai, 1998), a Pozitív Gyermekkori Élmények Kérdőív (Narayan és mtsai., 2018) és a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változata (Járai és mtsai., 2015).

A szocio-demográfiai kérdések rákérdeznek a vizsgálati személy nemére (nő, férfi vagy egyéb), születési évére, iskolázottságára, arra, hogy szenved-e krónikus betegségben és ha igen milyenben, illetve, hogy cukorbeteg-e. Rákérdeztünk arra egy saját magunk által fogalmazott kérdésben, hogy a vizsgálati személy szűk és tágabb családjában előfordult-e cukorbeteg személy az ő 18 éves kora előtt.

2.2.1. Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőív

A Negatív Gyermekkor Élmények Kérdőív (Adversed Childhood Experiences Scale) egy 10 tételes, önbevalláson alapuló kérdőív, melyet a vizsgálati személyek töltenek ki. Felitti és munkatársai dolgozták ki 1998-ban. A kérdések az egyén 18 éves kora előtti időszakra vonatkoznak. A kérdőív két nagy részre osztható, az első rész a rossz bánásmód öt fajtájára kérdez rá (példa item.: Előfordult-e Önnel, hogy szülő vagy más felnőtt a háztartásból gyakran vagy nagyon gyakran ráordibált Önre, sértegette, lealázta vagy megalázta, vagy oly módon viselkedett, hogy attól félt, hogy fizikailag bántalmazni fogja?) míg a második rész az otthoni diszfunkcionalitás öt fajtájára kérdez rá (példa item: Volt-e a háztartásban depressziós vagy pszichiátriai betegségben szenvedő személy, illetve olyan, aki öngyilkosságot kísérelt meg?). A kérdéseket a vizsgálati személy dichotóm skálán, igen/nem válaszokkal tudja megválaszolni. Minden egyes "igen" válasz 1 pontot ér, ezeket összeadva kapható meg a kérdőív összpontszáma. A minimum pontszám 0, a maximum pontszám 10 lehet. A kérdőívben nincsenek fordított tételek. Általában a 4 pont feletti értékeket mondhatjuk kiemelkedőnek. Minél magasabb a pontszám, annál nagyobb az esély arra, hogy a személy mentális, szociális és egyéb jólléte veszélyeztetett volt. Magyar mintán végzett vizsgálatok alapján a kérdőív Cronbach- α értéke 0.64 (Kovács-Tóth, Oláh, Kuritárné Szabó és Fekete, 2023).

2.2.2. Pozitív Gyermekkor Élmények Kérdőív

A Pozitív Gyermekkor Élmények Kérdőív (Benevolent Childhood Experiences Scale) egy 10 tételes, önkitöltős kérdőív melyet Narayan és munkatársai dolgoztak ki a pozitív gyermekkor élmények és azok megélésének mérésére (Narayan és mtsai., 2018). A kérdések az egyén 18 éves kora előtti szakaszra vonatkoznak. A kérdőív dichotóm skálás, igen/nem válaszlehetőséggel rendelkezik, ezek közül kell a vizsgálati személynek választania, melyik állítás volt igaz az ő gyermekkorára és melyik nem (példa item: Volt-e legalább egy olyan gondviselője (olyan személy, aki törődött Önnel vagy gondját viselte), aki mellett biztonságban érezte magát?) Minden "igen" válasz 1 pontot ér. A pontokat össze kell adni, így értékük 0-tól 10-ig terjedhet, minél magasabb az érték, annál több pozitív élménnyel jellemezhető az egyén gyermekora. A kérdőív nem tartalmaz fordított tételeket. A mérőeszköz megbízhatósága és validitása megfelelőnek bizonyult, teszt-reteszt reliabilitása nagyszerűnek bizonyult, valamint bizonyítottan alkalmas különböző kultúrákban való vizsgálatokra. Indonéz mintán végzett vizsgálatban a Cronbach- α értéke 0.78 (Islamiyah, Lin, Fitryasari és Yusuf, 2022).

2.2.3. Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változata

A Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív (Connor-Davidson Resilience Scale vagy rövidítve CD-RISK) eredeti változata 25 tételből állt, ezt a stresszel való sikeres megküzdés mérésére dolgozták ki (Connor és Davidson, 2003). Ebből később Campbell-Sills és Stein 2007-ben létrehozta egy 10 ítemes változatot, azonban ez magyar verzióban nem működött megfelelően (Járai és mtsai., 2015). Magyar kutatók célkitűzése így egy 10 tételű kérdőív létrehozása volt az eredeti 25 tételű változathoz. A létrehozott kérdőív 10 tételű, egydimenziós struktúrájú (példa item: Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.) A mérőeszköz lehetőséget nyújt a reziliencia meglétének és mértékének mérésére egészséges és beteg populációban is. A vizsgálati személyek 5 fokú Likert-skálán adhatják meg válaszaikat, melynek válaszlehetőségei a következők: 0-Egyáltalán nem igaz, 1-Ritkán igaz, 2-Néha igaz, 3-Gyakran igaz, 4-Szinte mindig igaz. A kérdőív nem tartalmaz fordított tételket. Mivel a skála pontszámai 0-tól 4-ig terjednek, ezért a lehetséges minimum összpontszám 0, a maximum összpontszám 40. Minél magasabb a vizsgálati személy összpontszáma, annál jobb, kedvezőbb pszichológiai állapottal jellemezhető, valamint annál magasabb rezilienciára utal. A kérdőív megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik, validitása és belső konzisztenciája megfelelő (Cronbach- α érték: 0.851).

2.3. Etikai szempontok

Kutatásunk elvégzéséhez etikai kérelmet nyújtottunk be a TUKEB-hoz, elsősorban a téma és a populáció vizsgálata miatt, illetve amennyiben publikációra kerülne a sor a későbbiekben. A vizsgálat ETT TUKEB (Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság) engedéllyel rendelkezik, melyet a BM/6127- 1 /2023 számon állítottak ki. A vizsgálatban résztvevő személyeket írásban tájékoztattuk a kutatás minden olyan lényegesebb mozzanatáról, amely befolyásolhatta őket a részvételre vonatkozó döntésük meghozatalában. Ismertettük a kutatás célját és a részvétellel kapcsolatos feltételeket. Röviden ismertettük a vizsgálati helyzetet, a várható feladatokat, a részvétel módját (online), egyéb körülményeit és a kutatásban való részvétel várható időtartamát. A tájékoztatás során lehetőséget adunk arra, hogy a felkért vizsgálati személy esetleges kérdéseket tegyen fel, erre e-mailben volt lehetősége. Továbbá megadtuk a kutatást végző személyek nevét és elérhetőségét.

Az adatfelvétel anonim módon zajlott, ebből kifolyólag nem volt mód az egyéni visszajelzésre. Az adatokat bizalmasan kezeltük, jelszóval védett számítógépen tároltuk és csak a kutatás és adatfeldolgozás idejére őriztük meg. A válaszadás bármikor előzetes indok nélkül

megszakítható volt. Az informált beleegyező nyilatkozat átolvasása után a vizsgált személyek nyilatkoznak arról, hogy elmúltak 18 évesek, hogy a vizsgálatban önként vesznek részt, valamint, hogy az informált beleegyező nyilatkozatban leírtakat megértették (I. számú melléklet). A kitöltők csak azután léphettek tovább a kérdőívre, ha elfogadták a tájékoztató-beleegyező nyilatkozatot.

2.4. Eljárás

A vizsgálati személyek által kitöltendő online tesztbattériában elsőként a tájékoztató és beleegyező nyilatkozat található, melynek elfogadásával tud továbblépni a vizsgálati alany. Ezt követően szocio-demográfiai adatokra kérdezek rá, majd a saját kérdések következnek, ezután következik a Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőív, a Pozitív Gyermekkori Élmények Kérdőív és a Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változata az itt felsorolt sorrendben. A kitöltés körülbelül 20 percet vesz igénybe.

Az adatfelvétel 2023 februárjában kezdődött és 2023 júniusában ért véget. Az adatgyűjtés online, interneten keresztül zajlott a Qualtrics programon keresztül. A Qualtrics egy teszt szerkesztő program, ezáltal hoztuk létre a tesztbattériánkat. Mivel a kérdőív online formában kitölthető, ezért a kérdőívet számos közösségi médiafelületen osztottuk meg (Facebook, Instagram), valamint alapítványok és szervezetek segítségét is kértük a kérdőívünk terjesztésében, ők e-mail levelezőlistájukon osztották meg azt. Igyekeztünk specifikus oldalakat felkeresni, ahol nagyobb valószínűséggel találunk diabetéssel élő személyeket és azok családtagjait. Az online tesztbattériánk előnye, hogy azt bárhol bármikor, laptop, telefon vagy táblagép segítségével könnyedén ki tudják tölteni a vizsgálati személyek.

2.5. Adatfeldolgozás és adatelemzés

Miután a statisztikai adatelemzéshez elegendő számú adat érkezett be, a kérdőívet lezártuk. Az adatfeldolgozást és adatelemzést a Microsoft Excel 2021 és a JASP 0.18.1 (Apple Silicon) statisztikai program segítségével végeztem. A hipotézis vizsgálatban a kétmintás t-próbát, illetve korrelációt használtam.

3. Eredmények

3.1. Leíró statisztika, demográfiai adatok

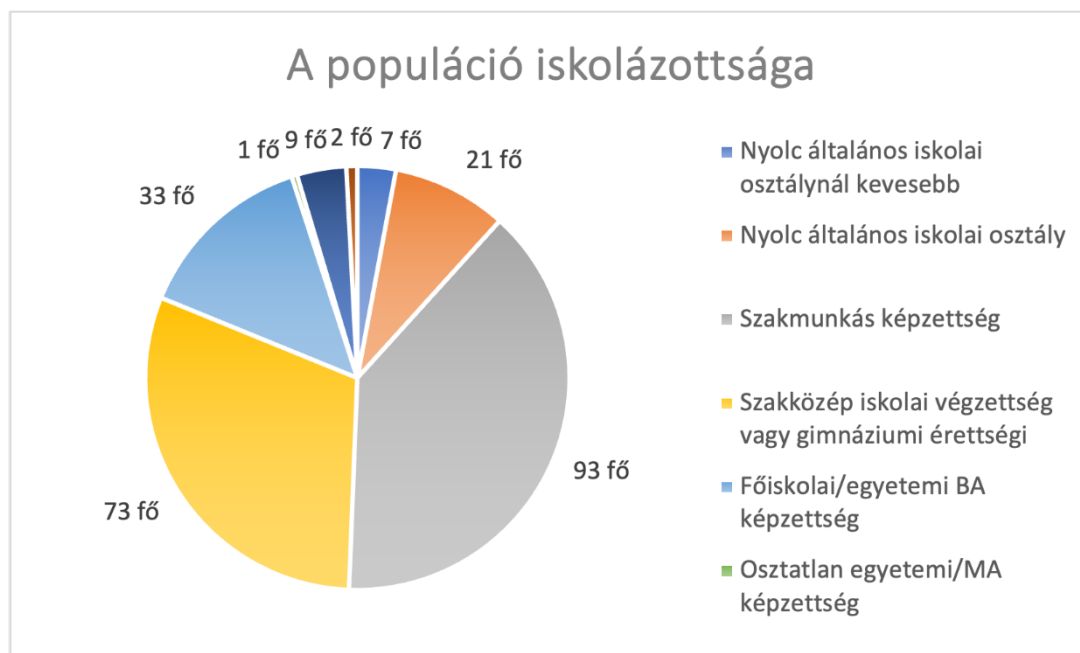
A kérdőív kitöltését 467 fő kezdte el, ám közülük 241 vizsgálati személy töltötte ki hiánytalanul a teljes kérdőívet. Közülük kettőt az adatelemzés előtt kizártam, hiszen feltételként szabtuk meg a 18 éves kor betöltését a kérdőív kitöltéséhez, azonban a születési dátumnál beírtak alapján ők ennél fiatalabbnak bizonyultak. Az adatokon adattisztítást végeztem, megtisztítottam az adattáblát a hibáktól. Meghatároztam az átlag, szórás, minimum és maximum értékeket. Kiszámoltam a vizsgálati személyek életkorát. A kitöltők átlag életkora 39.695 volt (SD:14.468), legfiatalabb kitöltő 18, míg a legidősebb kitöltő 82 éves volt.

A vizsgált populációban 19 férfi volt (7,95 %), 219 nő (91,632 %) és 1 olyan vizsgálati személy, aki az "egyéb" lehetőséget jelölte be (0,418 %) (*1.ábra*). Iskolázottság tekintetében, 7 fő (2,929 %) végzett nyolc általános iskolai osztálynál kevesebbet, 21 fő (8,787 %) végezte el az általános iskola összes osztályát, 93 főnek (38,912 %) van szakmunkás képzettsége, 73 főnek (30,544 %) van szakközép iskolai végzettsége vagy érettségije, 33 főnek (13,808%) van főiskolai vagy egyetemi alapképzési diplomája, 1 főnek (0,418 %) van osztatlan egyetemi vagy egyetemi mesterképzési diplomája és 9 fő (3,766 %) jelölte be az "egyéb" opciót, valamint 2 fő (0,837 %) nem válaszolt a kérdésre (*2.ábra*).



1. ábra: A vizsgált populáció nemi eloszlása.

Továbbá, a vizsgált populációból 53 fő (22,176 %) nőtt fel cukorbeteg szülővel vagy szülőkkel, 186 fő (77,824 %) nőtt fel nem cukorbeteg szülővel. Az általam vizsgált személyek



2.ábra. A válaszadók iskolázottsági jellemzői.

közül 80 fő maga is cukorbetegségben szenved (33,5 %), közülük 30 főnek 1-es típusú diabeteze van (12,5 %), 50 főnek 2-es típusú diabeteze van (21%).

Megvizsgáltam továbbá a kérdőíveken belül az egyes tételekre adott válaszok gyakoriságát. Ezek közül szeretném kiemelni az ACE kérdőívet és annak válaszait, hiszen ez méri a negatív gyermekkori élményeket, így talán ez is a legmeghatározóbb kérdőív a vizsgálatban. Az ACE összesített pontszámokat kategóriákra oszthatjuk súlyosság alapján: a 0 pontszám nem vagy nagyon alacsony rizikót jelent a személyre nézve, az 1-től 3-ig terjedő pontszám közepes rizikót jelent a személyre nézve, a 4 fölötti ACE pontszám pedig magas rizikót jelent a személyre nézve (ACES Aware, 2020). A magas ACE szám számos betegséggel összefüggésbe hozható, mint például cardiovascularis betegségek, szénvedély- és mentális betegségek, rák és krónikus betegségek. A vizsgált populációban 63 főnek volt 0 pontszáma (26,5 %), 107 főnek volt 1-től 3-ig terjedő összpontszáma (44,6 %) és 69 főnek volt 4 vagy annál több ACE pontszáma (29,1 %).

Ezt követően outlier szűrést végeztem, melynek során az adatokban a hagyományos outlier labelling rule (Tukey, 1977) alapján két szélsőséges értéket is találtam. Az így megtalált outlierok közül a felülvizsgált, 2,2-es szorzót használó outlier labelling szabály (Hoaglin és Iglewicz, 1987) alapján ezeket nem tekintem outliernek.

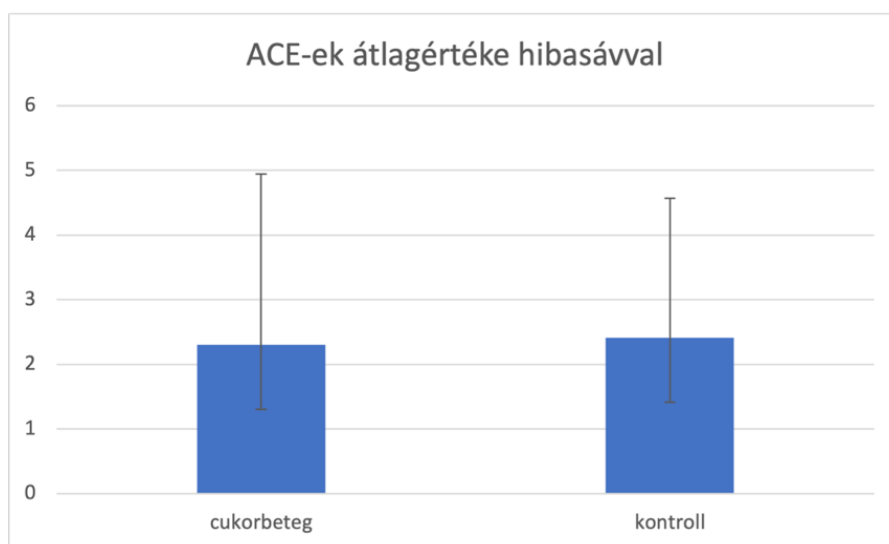
A skáláim tételeinek számát összegeztem. A skáláim megbízhatóságát Cronbach- α mutatóval vizsgáltam. A Negatív Gyermekkori Kérdőív skála Cronbach- α értéke 0.709, ez megbízhatónak számít. A Pozitív Gyermekkori Élmények skála Cronbach- α értéke 0.651, ez még éppen elfogadhatónak bizonyul. A Connor-Davidson Reziliencia Skála Cronbach- α mutatója 0.850, ez megfelelő. A normalitás feltételének teszteléséhez Ghasemi és Zahedi-Asl (2012) útmutatását követve a Shapiro-Wilk normalitás tesztet használtam. Az aceösszes változó szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól: $W(239): .899 p=.001$. A pceösszes változó szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól: $W(239): .902 p=.001$. A rezösszes változó szignifikánsan különbözik a normál eloszlástól: $W(239): .963 p=.001$. Mivel a normalitás nem teljesült, ezért a továbbiakban nem-parametrikus próbákat alkalmaztam a hipotézisek tesztelésére.

3.2 Hipotézisvizsgálatok

3.2.1. H1 hipotézis tesztelése

H1: Az egészséges és a cukorbeteg szülők gyermekeinek negatív gyermekkori élmények számában különbség van.

A tervezett statisztikai eljárás a független mintás t-próba volt, azonban a feltétel tesztelés során nem teljesült a normalitás. A normalitást Shapiro-Wilk tesztel ellenőriztem (aceösszes: $W(239): .899 p<.001$.), mely nem teljesült, ezért, illetve a személyek függetlensége miatt nem-parametrikus, Mann-Whitney próbát alkalmaztam. Különbséget vizsgáltam az egészséges és a cukorbeteg szülővel felnövő személyek ACE értékei között. Levene-tesztel ellenőriztem a szóráshomogenitást, mely teljesült: $F(1, 237) = 2.679, p=.103$. A Mann-Whitney teszt eredménye: $U=4518.5, p=.348$, (two-tailed), $r_B = -.083$. Mann-Whitney tesztel használva az egészséges szülővel felnövő személyek ($Mdn=2$) és a cukorbeteg szülővel felnövő személyek ($Mdn=1$) negatív gyermekkori élményeinek száma között nem volt szignifikáns különbség, a hipotézis nem nyert megerősítést. A két csoport átlagát hibasávval feltüntetve diagramon ábrázoltam (3.ábra)



3. ábra: Az ACE-ek átlagértéke hibasávval.

3.2.2. H2 hipotézis tesztelése

H2: Összefüggés van a gyermekkori élmények és a reziliencia között.

3.2.2.1. H2 a.) hipotézis tesztelése

H2 a.) Összefüggés van a negatív gyermekkori élmények és a reziliencia között.

Korábban a normalitás tesztelésére a Shapiro-Wilk tesztet alkalmaztam (aceösszes: W (239): .899 $p < .001$, rezösszes: W (239): .963 $p < .001$.) ami alapján a normalitás sérült, így a továbbiakban nem-parametrikus próbával vizsgáltam a hipotézist. Így a hipotézisteszteszteléshez Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam. A reziliencia és a negatív gyermekkori élmények együttjárását vizsgáltam. A Spearman-féle rangkorreláció feltételei a következők: ordinális vagy skála típusú változó, független személyek, adatok monotonitása. Ezek mind teljesülnek, utóbbit pontdiagram segítségével ellenőriztem. Az eredmény Spearman-féle rangkorrelációt használva nem szignifikáns, negatív, elhanyagolhatóan gyenge összefüggést találtam a reziliencia és a negatív gyermekkori élmények között ($r_s = -.093$ $p = .152$ (2-tailed)). Azaz, a kapott eredmények tükrében a hipotézis nem igazolódott be.

3.2.2.2. H2 b.) hipotézis tesztelése

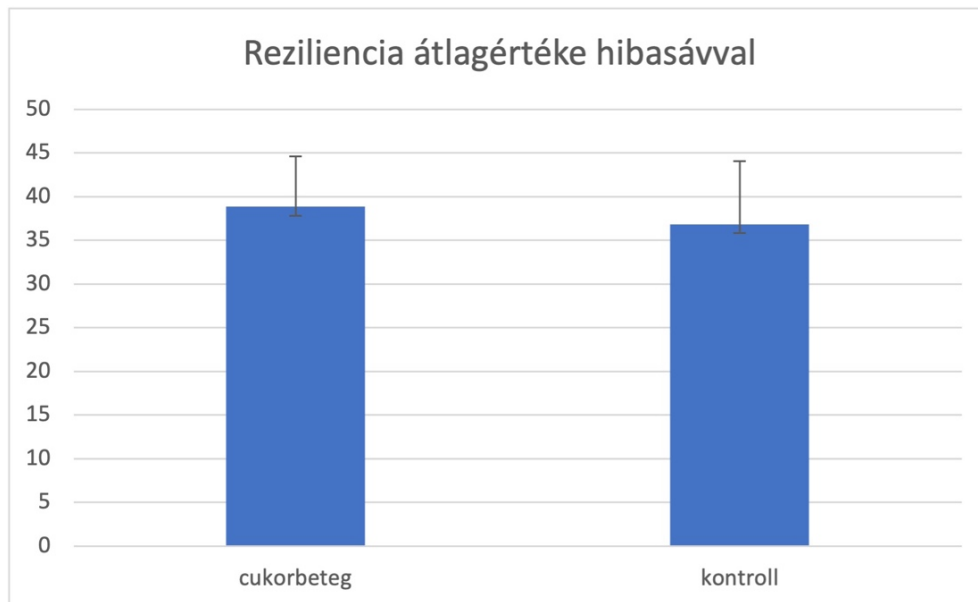
H2 b.) Összefüggés van a pozitív gyermekkori élmények és a reziliencia között.

Korábban a normalitás tesztelésére a Shapiro-Wilk tesztet alkalmaztam (pceösszes: W (239): .902 $p < .001$., rezösszes: W (239): .963 $p < .001$.) ami alapján a normalitás sérült, így a továbbiakban nem-parametrikus próbával vizsgáltam a hipotézist. Így a hipotézisteszteléshez Spearman-féle rangkorrelációt alkalmaztam. A reziliencia mértéke és a pozitív gyermekkori élmények együtt járását vizsgáltam. A Spearman-féle rangkorreláció feltételei a következők: ordinális vagy skála típusú változó, független személyek, adatok monotonitása. Ezek mind teljesülnek, utóbbit pontdiagram segítségével ellenőriztem. Az eredmény Spearman-féle rangkorrelációt használva szignifikáns, pozitív, gyenge összefüggést találtam a reziliencia mértéke és a pozitív gyermekkori élmények között ($r_s = .361$ $p < .001$ (2-tailed)). Tehát eredményem tükrében a hipotézis beigazolódott.

3.2.3. H3 hipotézis tesztelése

H3: A cukorbeteg szülővel felnövő gyermekek kevésbé lesznek reziliensek.

A tervezett statisztikai eljárás a független mintás t-próba volt, azonban a feltétel tesztelés során nem teljesült a normalitás. A normalitást Shapiro-Wilk tesztel ellenőriztem (rezösszes: W (239): .963 $p < .001$.) mely nem teljesült, ezért, illetve a személyek függetlensége miatt nem-parametrikus, Mann-Whitney próbát alkalmaztam. Különbséget vizsgáltam az egészséges és a cukorbeteg szülővel felnövő személyek reziliencia értékei között. A szóráshomogenitás ellenőrzésére Levene tesztet használtam: $F(1, 237) = 7.001$ $p = .009$., ez alapján nem teljesül a szóráshomogenitás. Mann-Whitney tesztet használva nem találtam szignifikáns különbséget az egészséges szülővel felnövő személyek ($Mdn=2$) és a cukorbeteg szülővel felnövő ($Mdn=1$) személyek reziliencia értékében $U=5623$, $p = .118$, (two-tailed), $r_B = .141$. A két csoport átlagát hibasávval feltüntetve diagramon ábrázoltam (4.ábra)



4. ábra: A reziliencia átlagértéke hibasávval.

4. Megvitatás

4.1. Az eredmények értelmezése és megvitatása

A jelen tanulmány középpontjában a gyermekkori élmények, a szülői cukorbetegség hatásai a gyermekekre nézve, valamint a reziliencia állt. Olyan magyar felnőttek körében mértük a pozitív és negatív gyermekkori élményeket, valamint a rezilienciát, akik cukorbeteg szülővel vagy szülőikkel nőttek fel, illetve kontroll csoportként olyanok körében, akik nem küzdöttek ezzel a betegséggel. A negatív gyerekkori élmények számában nem mutatkozott különbség azon vizsgálati személyek között, akik cukorbeteg szülővel/szülőikkel nőttek fel és azok között, akik cukorbetegséggel nem küzdő szülővel/szülőikkel nőttek fel. Nem mutatkozott összefüggés a negatív gyermekkori élmények és a reziliencia között, azonban összefüggés mutatkozott a pozitív gyermekkori élmények és a reziliencia között. Nem mutatkozott különbség a cukorbeteg szülővel felnövő és a nem cukorbeteg szülővel felnövő gyermekek reziliencia értékében sem.

Cukorbeteg szülővel, valamint egészséges szülővel való felnövés és az ACE számok

A statisztikai elemzések során nem találtam szignifikáns eltérést a két csoport között. Az, hogy a gyermek cukorbeteg szülővel nőtt fel, nem eredményezett több negatív gyermekkori élményt számára azokkal összehasonlításban, akik nem cukorbeteg szülővel nőttek fel. A szakirodalomban az általunk kutatott speciális populációra vonatkozóan nincsenek korábbi kutatási eredmények, azonban alkoholisták és droghasználó szülővel felnövő gyermekek esetében szignifikánsan több ACE kimutatható (Anda és mtsai., 2002, Dube és mtsai., 2003). Más eredmények rámutatnak, hogy a mentális betegségben szenvedő szülő mellett felnövő

gyermekes esetében számottevően megnő a gyermekbántalmazás valószínűsége (Clemens, Berthold, Fegert és Kölch, 2018). Mindenképpen érdemes lenne a különböző krónikus betegségben szenvedő szülővel felnövő gyermekek esetén is mérni az ACE-ek számát, hiszen ezek a betegségek nem csak az egyénre vannak hatással, hanem annak környezetére is.

A negatív gyermekkori élmények és a reziliencia

Számos kutatásban vizsgálták már a negatív gyermekkori élmények és a reziliencia kapcsolatát. A negatív gyermekkori élmények és a reziliencia tekintetében nem találtam szignifikáns összefüggést a kutatásom során. Korábbi kutatási eredmények szemben állnak ezzel az eredménnyel, hiszen Daníelsdóttir és munkatársa (2022) vizsgálata alapján az ACE-k száma fordítottan arányos a rezilienciával, azaz a magasabb ACE számok alacsonyabb mértékű rezilienciával járnak együtt. A negatív gyermekkori élményekkel szemben a reziliencia protektív tényezőként is jelen lehet. Fontos azonban megjegyezni, hogy negatív előjelből következtetve egy tendenciát fellelhetünk az eredményben, annak ellenére, hogy nem lett szignifikáns. A negatív tendencia utalhat arra, hogy a feltételezésünk több vizsgálati személlyel és a homogénebb populációval megerősítésre kerülhetne.

A pozitív gyermekkori élmények és a reziliencia

Számos tanulmányban vizsgálták már a pozitív gyermekkori élményeket és a rezilienciát. Kutatásom során azt találtam, hogy a pozitív gyermekkori élmények és a reziliencia mértéke között szignifikáns az összefüggés, azaz aki több pozitív gyermekkori élménnyel rendelkezik, azok reziliensebbek, mint az alacsonyabb pontszámmal rendelkező személyek. A hipotézis igaznak bizonyult, összhangban a nemzetközi szakirodalommal. Masten és Barnes (2018) a reziliencia eléréséhez többek között a Pozitív Gyermekkori Élmények Kérdőív által is felmért faktorokat, mint a gondoskodó családot, szokásokat és rituálét, közeli kapcsolatokat, reményt és hitet tartják a reziliens képesség elérésének tényezőiként. Az eredmény rámutat arra, hogy a pozitív gyermekkori élmények jelenléte mind családi, iskolai és közösségi szinten jótékony hatással van a reziliencia képességének fejlődésére és az egyén mentális-fizikai egészségének fejlődésére.

Cukorbeteg szülővel való felnövés és a reziliencia összefüggése

Végezetül megvizsgáltam azt, hogy van-e összefüggés a reziliencia és a cukorbeteg szülővel való felnövekedés között. Előzetesen azt vártam, hogy a cukorbeteg szülővel felnövekedett gyermekek későbbi életük során kevésbé lesznek reziliensek, mint az egészséges szülővel

felövő személyek, azonban nem találtam a két csoport között szignifikáns eltérést. Ezt okozhatta a két csoport nem egyenlő elemszáma, hiszen negyed annyian voltak a cukorbeteg szülő csoportban (53 fő, 22.176%) az egészséges, kontroll csoporthoz (186 fő, 77.824 %) képest. Mindenképpen érdemes lenne további vizsgálatokat végezni az eredmények jobb értelmezésének érdekében. Egy finn tanulmányban más betegségben szenvedő szülők gyermekeinek felnőtt korban történő vizsgálatában azt találták, hogy azon gyermekek egy része, akik mentálisan beteg szülővel nőttek fel, maguk is később mentális betegséggel küzdöttek, illetve a tágabb családban nagyobb eséllyel fordultak elő szenvedélybetegségek és öngyilkosságok (Pölkki, Ervast és Huupponen, 2008.). Egy másik tanulmányban, mely szintén mentálisan beteg szülők gyermekének rezilienciájával foglalkozott, azt találták, hogy ugyan minden gyerek máshogy érintett a szülője betegségében, azonban az minden esetben megfigyelhető, hogy a szülő betegsége a gyermekre kihatással van és a biopszichoszociális fejlődését is befolyásolhatja (Pretis és Dimova, 2008). Habár a diabetes nem egy mentális betegség, azonban számos aspektusa és tünete kihat az egyén mentális jóllétére és közvetetten annak közvetlen környezetére. Ugyanakkor érdemes figyelembe venni azt is, hogy a parentifikálódás által ezen gyerekek olyan képességek birtokosai lesznek, már akár egészen fiatalon, amelyek későbbi életük során előnyükre válhatnak, akár a reziliencia képességének terén is. Mindenképpen érdemes lenne erre irányuló, célzott kutatást végezni.

4.2 Limitációk

Szakedolgozatom zárásának részeként fontosnak tartom, hogy megemlítssem kutatásunk limitációs tényezőit. A korlátok közül elsőként kiemelném a mintavételi nehézségünket. Ugyan számos helyen terjesztettük kutatásunkat, sajnos nem értük el az előre tervezett minta elemszámot erőfeszítéseink ellenére sem. Ezt okozhatta, hogy a vizsgálni kívánt populáció speciális, hiszen nem azt kellett felkeresnünk, aki cukorbetegségben szenved, hanem az ilyen betegek gyermekeit. Továbbá, a kutatási eredmények általánosíthatóságát nehezíti, hogy a vizsgálati populáció összetétele nemek eloszlásának tekintetében nem lett reprezentatív, hiszen számottevően több nőnemű vizsgálati személy töltötte ki a tesztbattériánkat. Adatainkat online kérdőívcsomag formájában gyűjtöttük. A mintavételi fajta sajátossága, hogy nem tudjuk személyesen kontrollálni a kitöltés körülményeit, így előfordulhat, hogy a vizsgálati személy nem neutrális környezetben végezte a kérdőív kitöltését. Mivel a kérdőívben önbevalláson alapuló válaszadás volt lehetséges, ezért előfordulhat, hogy a válaszok adása során nem feltétlenül őszintén válaszoltak a vizsgálati személyek. Felmerülhet torzító hatásként a szociális

kíváncsiság jelensége is, amikor a kitöltők nem a saját, őszinte válaszaikat jelölik be, hanem azt, amit szociálisan kívánatosnak, "jónak" gondolnak.

A statisztikai elemzések során kiderült, hogy azok száma, akik cukorbeteg szülővel nőttek fel, nem magas (53 fő), így a kontroll személyek csoportja jóval magasabb számú volt. Ez okozhatta néhol azt, hogy az eredmények nem minden esetben szignifikánsak. Fontos továbbá, hogy a minta nem reprezentatív, így általános, az országokra vonatkozó következtetések vagy kulturális sajátosságok megállapítását nem teszi lehetővé. Mindemellett, a kutatás keresztmetszeti jellegéből adódóan nem állt módomban a vizsgált változók között ok-okozati összefüggéseket feltárni.

Mérőeszközök tekintetében a jövőben a hosszabb, 30 tételből álló Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőívet használnám, hogy még árnyaltabb képet kaphassunk ezekről a tényezőkről.

Amennyiben a jövőben megismételném a kutatást, azt a limitációk figyelembevételével tenném, illetve a hosszabb változatú kérdőívet használnám, ezen tényezők által részletesebb és pontosabb képet kaphatnánk a cukorbeteg családok atmoszférájáról.

4.3 Kitekintés

A kutatás korlátait szem előtt tartva, érdemes megfontolni a kapott eredményeket, mivel azok segíthetnek a cukorbeteg szülővel felnövő személyek pszichológiai folyamatainak megértésében. Következésképp, az ebben a témakörben született empirikus eredmények nemcsak a tudományos, de a klinikai világ számára is nagy jelentőséggel bírnak, hiszen hozzájárulhatnak a cukorbetegség és a közvetetten okozott következmények hatékony megelőzési és kezelési irányelveinek megteremtéséhez.

A prevenció és intervenció kulcsfontosságú szerepet játszik az egészségügyben és a pszichológia területén, hiszen lehetővé teszi a problémák korai felismerését és a hatékony beavatkozást. A számos kutatás és szakirodalom alapján megannyi lehetséges prevenciós és intervenciós módszert azonosíthatunk, amelyek segíthetnek a mentális és fizikai egészség támogatásában. A megfelelő prevenciós programok és a páciensek edukáltságának fejlesztésével lehetőséget teremthetnénk arra, hogy csökkenjenek a gyermekkori ártalmak és reziliensebb felnőtteket nevelhessünk. (Botello-Harbaum és mtsai., 2008; Campbell és mtsai., 2018; Chu & Chu, 2021; Crouch és mtsai., 2021; Hanafi és mtsai., 2016; Hargittay és mtsai.,

2019; Jurgen és mtsai., 2020; Kovács-Tóth és mtsai., 2021; Papp-Zipernovszky és mtsai., 2021; Tuomilehto és mtsai., 1995).

5. Összefoglalás

Mint láthattuk, a gyermekkori élményeknek meghatározó szerepe van a későbbi, felnőtt élet során. A cukorbeteg szülővel való felnövekedés egy fokozott fizikai és mentális megterhelést jelenthet a gyermeknek, akinek szembe kell néznie olyan veszélyekkel, mint a szülő cukorbetegségével összefüggő hypo- és hyperglycemiájával, amelyek szélsőséges esetben ájulást okozhatnak, a cukorbetegség és az ingadozó vércukorszinttel összefüggésben lévő hangulat változásokkal, az indulatkezelési nehézségekkel, a szülő fáradtságával, teljesítménycsökkenésével, a betegségtől való félelemmel és szorongással. Ennek ellenére érdekes eredmény, hogy ezen gyermekeknél nem gyakoribbak a negatív gyermekkori élmények, mint más, nem cukorbeteg szülővel felnövő gyermekeknél. A negatív gyermekkori élmények megléte azonban nem jelenti azt, hogy az ezekkel rendelkező személyek számottevően kevésbé lennének reziliensek azokhoz képest, akik nem cukorbeteg szülővel nőttek fel. Azonban megfigyelhető az, hogy akiknél magasabb a pozitív gyermekkori élmények száma, azok reziliensebbek azokhoz képest, akiknél alacsonyabb a pozitív élmények száma.

A változatos eredmények felhívják a figyelmet a téma sokrétűségére, emellett fontos és pszichológiai szempontból releváns kérdéseket vetnek fel, amelyek további vizsgálódásra invitálják a kutatókat.

6. Hivatkozások jegyzéke

1. ACES Aware. (2020). ACE screening clinical workflows, ACEs and toxic stress risk assessment algorithm, and ACE-associated health conditions: For pediatrics and adults. Published April, 2020.
2. Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric services*, 53(8), 1001-1009.
3. Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Hardcastle, K. A., Perkins, C., & Lowey, H. (2015). Measuring mortality and the burden of adult disease associated with adverse childhood experiences in England: a national survey. *Journal of public health*, 37(3), 445-454.
4. Botello-Harbaum, M., Nansel, T., Haynie, D. L., Iannotti, R. J., & Simons-Morton, B. (2008). Responsive parenting is associated with improved type 1 diabetes-related quality of life. *Child: Care, Health and Development*, 34(5), 675–681
5. Campbell, J. A., Farmer, G. C., Nguyen-Rodriguez, S., Walker, R., & Egede, L. (2018). Relationship between individual categories of adverse childhood experience and diabetes in adulthood in a sample of US adults: Does it differ by gender?. *Journal of Diabetes and its Complications*, 32(2), 139-143.
6. Chamorro-García, R., & Blumberg, B. (2014). Transgenerational effects of obesogens and the obesity epidemic. *Current opinion in pharmacology*, 19, 153-158.
7. Chan, K. L., Cathomas, F., & Russo, S. J. (2019). Central and Peripheral Inflammation Link Metabolic Syndrome and Major Depressive Disorder. *Physiology*, 34(2), 123–133.
8. Chu, W. W., & Chu, N.-F. (2021). Adverse childhood experiences and development of obesity and diabetes in adulthood—A mini review. *Obesity Research & Clinical Practice*, 15(2), 101–105
9. Clemens, V., Berthold, O., Fegert, J. M., & Kölch, M. (2018). Children of mentally ill parents: Also a topic in the context of child protection. *Der Nervenarzt*, 89, 1262-1270.
10. Cole, J. B., & Florez, J. C. (2020). Genetics of diabetes mellitus and diabetes complications. *Nature reviews nephrology*, 16(7), 377-390.
11. 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.

12. Crouch, E., Radcliff, E., Merrell, M. A., Hung, P., & Bennett, K. J. (2021). Positive childhood experiences promote school success. *Maternal and child health journal*, 25(10), 1646-1654.
13. Daníelsdóttir, H. B., Aspelund, T., Thordardóttir, E. B., Fall, K., Fang, F., Tómasson, G., Rúnarsdóttir, H., Yang, Q., Choi, K., Kennedy, B., Halldorsdóttir, T., Lu, D., Song, L., Jakobsdóttir, J., Hauksdóttir, A. & Valdimarsdóttir, U. A. (2022). Adverse childhood experiences and resilience among adult women: a population-based study. *elife*, 11, e71770.
14. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
15. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (2019). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(6), 774–786.
16. Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(2), 486.
17. Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American journal of preventive medicine*, 48(3), 345-349.
18. Gold, A. E., Deary, I. J., & Frier, B. M. (1997). Hypoglycaemia and non-cognitive aspects of psychological function in insulin-dependent (type 1) diabetes mellitus (IDDM). *Diabetic medicine*, 14(2), 111-118.
19. Hanafi, M. Y., Saleh, M. M., Saad, M. I., Abdelkhalek, T. M., & Kamel, M. A. (2016). Transgenerational effects of obesity and malnourishment on diabetes risk in F2 generation. *Molecular and cellular biochemistry*, 412, 269-280.
20. Hargittay, C., Gonda, X., Márkus, B., Sipkovits, Z., Vörös, K., Kalabay, L., ... & Torzsa, P. (2021). A szorongás és a diabetes közti kapcsolat. *Orvosi Hetilap*, 162(31), 1226-1232.
21. Hargittay, C., Márkus, B., Vörös, K., & Tabák, G. Á. (2019). A diabetes és a depresszió együttes előfordulása, lehetséges kétirányú kapcsolata és szűrésük jelentősége. *Orvosi Hetilap*, 160(21), 807-814.
22. Hoaglin, D. C., & Iglewicz, B. (1987). Fine-tuning some resistant rules for outlier labeling. *Journal of the American statistical Association*, 82(400), 1147-1149.

23. Ingelsson, E., & McCarthy, M. I. (2018). Human genetics of obesity and type 2 diabetes mellitus: past, present, and future. *Circulation: Genomic and Precision Medicine*, 11(6)
24. Islamiyah, T., Lin, E. C. L., Fitryasari, R., & Yusuf, A. Psychometric Evaluation of the Benevolent Childhood Experiences (BCEs) in Indonesian Adolescents. *Available at SSRN 4057217*.
25. Jones, R. A., & Wells, M. (1996). An empirical study of parentification and personality. *American Journal of Family Therapy*, 24(2), 145-152.
26. Jurgen, B., Baker, C. N., Kamps, J. L., Hempe, J. M., & Chalew, S. A. (2020). Associations between depressive symptoms, fear of hypoglycemia, adherence to management behaviors and metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 27, 385-395.
27. Khan, S. M., El Karte, N., El Hajj Chehadeh, S., Hassoun, A., Afandi, B., Tay, G. K., & Alsafar, H. (2021). Association between type 2 diabetes mellitus & TCF7L2 gene variants in the Emirati population: genetics of diabetes in the United Arab Emirates. *American Journal of Human Biology*, 33(1).
28. Kocatürk, M., & Çiçek, İ. (2023). Relationship between positive childhood experiences and psychological resilience in university students: The mediating role of self-esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 33(1), 78-89.
29. Kovács-Tóth, B., Oláh, B., Papp, G., & Kuritárné Szabó, I. (2021). Assessing adverse childhood experiences, social, emotional, and behavioral symptoms, and subjective health complaints among Hungarian adolescents. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 15(1), 1-12.
30. KSH. Letöltve: 2023.04.24.-én:
https://www.ksh.hu/infografika/2020/infografika_diabetesz.pdf
31. Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
32. Masten, A. S., & Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98.
33. Máté, O., Ábrahám, I., Cserép, M., Grundmann, L., Lendvai, Z., Pászthy, B. és Tóth-Heyn, P. (2021). Önállóságra éhezve. Az 1-es típusú diabetes mellitus és az anorexia nervosa együttes előfordulása egy serdülő leányban. *Orvosi Hetilap*, 162(33), 1341-1346.
34. McCabe, P., Schneiderman, N., Field, T. M., & Skyler, J. S. (Eds.). (2013). *Stress, coping, and disease*. Routledge.

35. Narayan, A. J., Lieberman, A. F., & Masten, A. S. (2021). Intergenerational transmission and prevention of adverse childhood experiences (ACEs). *Clinical psychology review*, 85, 101997.
36. Narayan, A. J., Rivera, L. M., Bernstein, R. E., Harris, W. W., & Lieberman, A. F. (2018). Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child abuse & neglect*, 78, 19-30.
37. Obál, A., Hamvai, C., Merve, B., & Pikó, B. F. (2021). A szülői nevelési stílus összefüggése pszichológiai és egészségjellemzőkkel serdülő lányok körében. *Iskolakultúra*, 31(3), 3-18.
38. Pembrey, M. E. (2010). Male-line transgenerational responses in humans. *Human Fertility*, 13(4), 268-271.
39. Pölkki, P., Ervast, S. A., & Huupponen, M. (2013). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. In *Social Work Visions from Around the Globe* (pp. 151-163). Routledge.
40. Pretis, M., & Dimova, A. (2008). Vulnerable children of mentally ill parents: towards evidence-based support for improving resilience. *Support for Learning*, 23(3), 152-159.
41. Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., Hakulinen, C., Lipsanen, J., Kubzansky, L. D., Hintsanen, M., Savelina, K., Serlachius, A., Magnussen, C., Sabin, A. M., Burgner, D., Lehtimäki, T., Jokinen, E., Rönkä, T., Mikkilä, V., Jula, A., Hutri-Kähönen, N., Viikari, J., Keltikangas-Järvinen, L., Raitakari, O. & Juonala, M. (2017). Positive psychosocial factors in childhood predicting lower risk for adult type 2 diabetes: the cardiovascular risk in Young Finns Study, 1980–2012. *American journal of preventive medicine*, 52(6), e157-e164.
42. Rossi, M. C., Nicolucci, A., Ozzello, A., Gentile, S., Agliano, A., Chiambretti, A., Baccetti, F., Gentile, F. M., Romeo, F., Lucisano, G., Giorda, C. B., Fornengo, R., Nada, E., Ozzello, A., Sciangula, L., Musacchio, N., Marelli, G., Corsi, A., Baccetti, F., Paciotti, V., Iannarelli, R., Antenucci, D., Chiaramonte, F., Leotta, S., Gentile, S., Armentano, V., Gentile, Fm., Mastinu, F. & Cucinotta, D. (2019). Impact of severe and symptomatic hypoglycemia on quality of life and fear of hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes. Results of the Hypos-1 observational study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 29(7), 736–743.
43. Sal, I., Papp, I., & Perczel Forintos, D. (2012). Possibilities of behavioral therapy in diabetes mellitus and obesity. *Orvosi Hetilap*, 153(11), 410-417.

44. Scott, K. M., Von Korff, M., Angermeyer, M. C., Benjet, C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., Haro, J. M., Lépine, J., Ormel, J. Posada-Villa, J. Tachimori, H. & Kessler, R. C. (2011). Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 838-844.
45. Tománé Mészáros, A., Egeresi, F., & Vingender, I. (2022). A gyermekbántalmazás transzgenerációs hatásai. *Orvosi Hetilap*, 163(39), 1544-1552.
46. Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis*.
47. Tuomilehto, J., Podar, T., Tuomilehto-Wolf, E., & Virtala, E. (1995). Evidence for importance of gender and birth cohort for risk of IDDM in offspring of IDDM parents. *Diabetologia*, 38, 975-982.
48. Weng, N., Luo, Y. W., Xu, J. D., & Zhang, Y. (2019). Abnormal nocturnal behavior due to hypoglycemia: a case report. *Medicine*, 98(6)
49. Wild, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R., & King, H. (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 27(5), 1047-1053.
50. World Health Organization. Diabetes. Letöltve: 2023.04.24.-én: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1

7. Mellékletek

I.számú melléklet - Tájékoztató/beleegyező nyilatkozat

Kedves Kitöltő!

A nevem Rámpay Mihály és Ön az Új Nemzeti Kiválóság Program (ÚNKP) keretében tervezett kutatásunkban vesz részt, amit a Magyar Diabétesz Társaság támogatásával végzünk, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Pszichológia Intézetében. A témavezető Dr. Matuszka Balázs és a kutatási asszisztens Bagoly Noémi PPKE BTK Pszichológia BA II. évfolyam.

Jelen kutatási program fókuszában a cukorbeteg szülővel vagy gondviselővel egy háztartásban élők gyermekkori élményeinek vizsgálata áll. Azonban kérem, hogy akkor is töltse ki a kérdőívet, amennyiben nem rendelkezik cukorbeteg szülővel vagy gondviselővel, válaszai így

is nagyon értékesek számunkra. Lesznek olyan kérdések, amelyek az Ön 18 éves kora előtti időszakra vonatkoznak és lesznek olyanok, amik a jelenlegi, felnőtt életére.

Köszönjük az időt és energiát, amit a kérdőív kitöltésére szán. A feltett kérdésekre nincsenek jó vagy rossz válaszok, így kérem, hogy a lehető legőszintébben válaszoljon! Lehetőség szerint kérjük, hogy haladjon végig a teljes kérdőíven, mert számunkra a teljes kitöltésekből származik megfelelő mennyiségű információ.

Amennyiben mégis kellemetlennek érzi a kitöltést bármikor, következmények nélkül megszakíthatja, sőt el tudja menteni és később folytathatja. A kérdőív kitöltése körülbelül 30 percet vesz igénybe (természetesen ez egyénenként lehet rövidebb).

A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim, nem gyűjtünk olyan adatokat, amelyek alapján Ön beazonosítható lenne, emiatt nem áll módunkban személyes visszajelzést adni a vizsgálat eredményeiről. Minden választ bizalmasan kezelünk, az adatokba csak a három tagú kutatócsoport, valamint egy statisztikai konzulens nyer betekintést. A nyers adatokat, jelszóval védett számítógépen őrizzük meg, majd anonimizálva archiváljuk őket későbbi felhasználás (kutatás, publikáció) esetére. Az eredményeket az ÚNKP kutatás keretén belül, továbbá konferencia előadások, publikációk és szakdolgozatok formájában tesszük közzé.

A kutatás részeként személyes interjúkra is sor kerül, a teszt kitöltése után van lehetősége jelezni, amennyiben részt venne egy körülbelül 1 órás interjúban. Ennek mikéntjéről, és a további adatkezelési, valamint szakmai irányelvekről e-mailben adunk részletes tájékoztatást.

A vizsgálat ETT TUKEB (Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottság) engedéllyel rendelkezik, melynek száma: BM/6127- 1 /2023

Ha bármilyen kérdése, észrevétele van a kutatással kapcsolatban, forduljon a kutatás vezetőjéhez, vagy a témavezetőhöz, továbbá a kutatási asszisztenshez a megadott elérhetőségeken keresztül.

„A Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-22-2 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának A Nemzeti Kutatási, Fejlesztési És Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával készült.”

Kutatásvezető: Rámpay Mihály

E-mail cím: diabetesunkp@gmail.com

Témavezető: Dr. Matuszka Balázs

E-mail cím: diabetesunkp@gmail.com

Kutatói asszisztens: Bagoly Noémi

E-mail cím: diabetesunkp@gmail.com

A "A vizsgálatban való részvételhez kifejezetten hozzájárulok, a fentieket maradéktalanul megértettem" gombra kattintással és a következő oldalra lépéssel, elfogadja a fenti feltételeket és kijelenti, hogy elmúlt 18 éves.

II.számú melléklet: Szocio-demográfiai kérdések

1. Kérem jelölje az Ön nemét

- férfi
- nő
- egyéb

2. Melyik évben született Ön? (évszámmal)

3. Mi az Ön legmagasabb iskolai végzettsége?

- nyolc általánosnál kevesebb
- általános iskolai végzettség
- szakmunkás képzettség
- szakközépiskolai és gimnáziumi végzettség
- főiskolai/BA/BSc diploma
- egyetemi/MA/MSc diploma
- PhD/kandidátusi képzés vagy magasabb
- egyéb _____

4. Van-e Önnek valamilyen orvos által diagnosztizált krónikus betegsége? (egyszerre több lehetőséget is jelölhet)

- cukorbetegség
- Pszichiátriai megbetegedés (depresszió, skizofrénia stb.)
- szív és érrendszeri megbetegedés (vérnyomás, koszorúér stb.)
- endokrinológiai eredetű megbetegedés (hormonbetegség pl pajzsmirigy betegség, inzulin rezisztencia)
- neurológiai eredetű megbetegedés (Parkinson-kór, poststroke állapot)
- mozgásszervi eredetű megbetegedés (sokízületi gyulladás, csipő kopás, porckopás)
- urológiai eredetű megbetegedés (pl vesebetegség)
- emésztőrendszeri eredetű megbetegedés (IBS, reflux, májbetegség)
- légzőszervrendszeri eredetű megbetegedés (COPD, asthma)
- vérképzési zavar (vérszegénység, alvadási zavar)
- tumoros/rákos eredetű megbetegedés
- reprodukciós rendszer megbetegedései (endometriózis, PCOS, prosztatata betegség)
- tudomásom szerint nincsen krónikus lefolyású megbetegedésem

5. Kérem, jelölje, ha 18 éves kora előtt elveszítette valamelyik szülőjét:

- Igen, édesapámat.
- Igen, édesanyámat.
- Nem vesztettem el egyiküket sem.

6. Kérem, jelölje, ha az Ön 18 éves kora előtt elváltak a szülei.

- Igen, elváltak, közös gyermekfelügyelet volt.
- Igen, elváltak, édesanyám nevelt.
- Igen, elváltak, édesapám nevelt.
- Nem váltak el a szüleim.

7. Kérem, hogy jelölje meg azt az állítást, amely az alábbiak közül igaz volt az Ön családjára az Ön 18 éves kora előtt!

- édesanyám cukorbeteg volt
- édesapám cukorbeteg volt

- gondviselőm/nevelőm cukorbeteg volt
- egyik sem, mert 18 éves korom után derült ki a betegség
- egyik sem, mert nincs cukorbeteg szülőm/gondozóm

8. A tágabb családjában volt-e cukorbeteg az Ön 18 éves kora előtt?

- tudomásom szerint nem
- nagybácsi(k)
- nagynéni(k)
- unokatestvér(ek)
- nagymama (apai)
- nagymama (anyai)
- nagypapa (anyai)
- nagymama(apai)

III. számú melléklet - Negatív Gyermekkori Élmények Kérdőív

1. Előfordult-e Önnel, hogy szülő vagy más felnőtt a háztartásból gyakran vagy nagyon gyakran ráordibált Önre, sértegette, lealázta vagy megalázta, vagy oly módon viselkedett, hogy attól félt, hogy fizikailag bántalmazni fogja?

2. Előfordult-e Önnel, hogy szülő vagy más felnőtt a háztartásból gyakran vagy nagyon gyakran ellökte, megragadta, megverte, vagy megdobta valamivel? Vagy előfordult-e, hogy annyira megverte, hogy kék-zöld foltok vagy sebek keletkeztek?

3. Előfordult-e, hogy egy felnőtt vagy legalább 5 évvel idősebb személy szexuális módon ölelgette vagy érintette Önt? Vagy megpróbált, esetleg közösült is Önnel orálisan, análisan vagy vaginálisan?

4. Előfordult-e Önnel, hogy gyakran vagy nagyon gyakran azt érezte, hogy a családban senki nem szereti, illetve senki sem tartja különlegesnek vagy értékesnek? Vagy a családtagok nem gondoskodtak egymásról, nem voltak közel egymáshoz, illetve nem támogatták egymást?

5. Előfordult-e Önnel, hogy gyakran vagy nagyon gyakran azt érezte, hogy nem kap eleget enni, koszos ruhákban kell járjon, és senki sem védi meg? Vagy a szülei túl részegek voltak vagy túlságosan be voltak drogozva ahhoz, hogy gondoskodjanak Önről vagy, hogy szükség esetén orvoshoz vigyék?

6. Szülei különváltak vagy elváltak?

7. Előfordult-e, hogy édesanyját vagy mostohaanyját gyakran vagy nagyon gyakran ellökték, megragadták, megütötték, vagy megdobták valamivel? Vagy időnként, gyakran, vagy nagyon gyakran rúgták, megverték, ököllel mentek neki, vagy kemény tárggyal megütötték? Vagy előfordult-e egyáltalán, hogy perceként át verték vagy késsel, vagy fegyverrel fenyegették?

8. Élt-e együtt olyanval, aki alkoholproblémákkal küzdött, alkoholistá vagy kábítószer-élvező volt?

9. Volt-e a háztartásban depressziós vagy pszichiátriai betegségben szenvedő személy, illetve olyan, aki öngyilkosságot kísérelt meg?

10. Volt-e valaki a háztartásból, aki börtönbe került?

Válaszlehetőségek: igen - 1, nem - 2

IV. számú melléklet: Pozitív Gyermekkori Élmények Kérdőív

1 Volt-e legalább egy olyan gondviselője (olyan személy, aki törődött Önnel vagy gondját viselte), aki mellett biztonságban érezte magát?

2 Volt-e legalább egy jó barátja?

3 Hitt-e Ön valami olyasmiben, ami vigaszt nyújtott az Ön számára?

4 Szeretett iskolába járni?

5 Volt-e legalább egy olyan tanára, aki törődött Önnel?

6 Jó kapcsolatot ápolt a szomszédaival?

7 Volt-e jelen olyan felnőtt (aki nem az ön szülője vagy gondviselője és nem az első kérdés kapcsán megadott személy) az Ön életében, aki támogatta Önt vagy tanácsokkal látta el Önt?

8 Volt lehetősége arra, hogy jól érezze magát és szórakozzon?

9 Szerette önmagát, vagy meg volt elégedve önmagával?

10 Az otthoni napirendje kiszámítható volt (pl. rendszeres időközönkénti étkezések vagy rendszeres esti lefekvési idő)?

Válaszlehetőségek: igen - 1, nem - 2

V. számú melléklet: Connor-Davidson Reziliencia Kérdőív 10 itemes változat

Kérjük, jelölje meg minden állításnál, hogy milyen mértékben volt jellemző Önre az adott kijelentés az elmúlt hónapban.

1. Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.
2. A stresszel való megküzdés megerősít.
3. Mindig a legnagyobb erőbedobással cselekszem, mindegy, hogy miről van szó.
4. Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adom fel.
5. Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomás alatt vagyok.
6. Erős emberként gondolok magamra.
7. A megérzéseim alapján kell cselekednem.
8. Nagyon céltudatos vagyok.
9. Úgy érzem, én irányítom az életemet.
10. Dolgozom azért, hogy elérjem a céljaimat.

Válaszlehetőségek:

0 – Egyáltalán nem igaz; 1 – Ritkán igaz; 2 – Néha igaz; 3 – Gyakran igaz; 4 – Szinte mindig igaz.

