

BABEŞ-BOLYAI TUDOMÁNYEGYETEM
PSZICHOLÓGIA ÉS NEVELÉSTUDOMÁNYOK KAR
ALKALMAZOTT PSZICHOLÓGIA INTÉZET

XXVII. ERDÉLYI TUDOMÁNYOS DIÁKKÖRI KONFERENCIA
REÁL ÉS HUMÁNTUDOMÁNYOK
2024. május 15-18.

A MAGÁNYOSSÁG, AZ ÉSZLELT SZOCIÁLIS
TÁMOGATOTTSÁG ÉS AZ ÖNÉRTÉKELÉS KAPCSOLATÁNAK
VIZSGÁLATA LÁTÁSSÉRÜLT SZEMÉLYEKNÉL ÉS ÉP
LÁTÁSSAL RENDELKEZŐ SZEMÉLYEKNÉL

GYÓGYPEDAGÓGIA ÉS PEDAGÓGIA SEKCIÓ

Témavezető

dr. Kálcza-Jánosi Kinga docens

drd. Gálfi Bernadette megbízott tanársegéd

Szerző

Bodor Barbara – Mónika

Tartalomjegyzék

Bevezetés.....	1
Elméleti háttér	1
A látássérülés meghatározása	1
A magányosság fogalmi körülhatárolása.....	2
A szociális támogatás fogalmi körülhatárolása	4
Önértékelés fogalmi körülhatárolása	6
Az észlelt szociális támogatottság és a magányosság közötti kapcsolat ép látással rendelkező személyek és látássérültek körében	9
Az észlelt szociális támogatottság és az önértékelés közötti kapcsolat éplátással rendelkező személyek és látássérültek körében	10
A magányosság és az önértékelés közötti kapcsolat éplátással rendelkező személyeknél és látássérülteknél	10
A magányosság, az észlelt szociális támogatottság, és az önértékelés vizsgálatának indokoltsága látássérülteknél és éplátással rendelkező személyeknél.....	11
Célok	12
Hipotézisek.....	13
Módszertani rész	15
Résztevők.....	15
A vizsgálat során használt mérőeszközök bemutatása	15
Demográfiai kérdések	15
UCCLA Magányossági Skála	16
Az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skálája.....	16
Rosenberg Önértékelési Skála	17
Design.....	18
Eljárás	18
Adatfeldolgozási eljárások	19
Leíró statisztika.....	19

Előfeltételek vizsgálata.....	19
Normál eloszlás vizsgálata.....	19
A reliabilitás vizsgálata.....	20
Hipotézisvizsgálat.....	20
Eredmények.....	21
Első hipotézis vizsgálata.....	21
Második hipotézis vizsgálata.....	21
Harmadik hipotézis vizsgálata.....	22
Negyedik hipotézis vizsgálata	23
Következtetések	24
A kutatás korlátai	25
Javaslatok a jövőre nézve.....	26
Felhasznált szakirodalom	26

Bevezetés

Minden ember életében nagyon fontos szerepe van a szociális kapcsolatoknak, és az azok nyújtotta támasznak. Az észlelt támogatás szoros kapcsolatban áll olyan pszichológiai változókkal, amelyek alapvetően meghatározzák a fizikai és mentális jóllétet. Ezen változók hangsúlyos szerepet töltenek be látássérült és látó személyek életében is. Jelen vizsgálat különbségeket és együttjárásokat vizsgál a látássérült és látó személyek csoportjában a magányosság, az észlelt szociális támogatottság, és az önértékelés mentén.

Elméleti háttér

A látássérülés meghatározása

A látószerv, vagy a látórendszer, a szem funkcionális sérülése adódhat a látótér, vagy a látómező sérüléséből. A BNO-11, a Betegségek Nemzetközi osztályozásának 11. kiadása említi a mérsékelt és súlyos látássérülést. Beszélhetünk gyengénlátásról, ami az ép látás harminc százaléka, aliglátásról, ami az ép látás tíz százaléka, és teljes vakságról. Kialakulását tekintve lehet szerzett, vagy veleszületett. A veleszületett látássérülés már a prenatális, vagy a perinatális időszakban jelentkezett. A szerzett sérülés pedig az élet folyamán alakul ki valamilyen betegség, trauma, baleset, agykárosodás, a látórendszer sérülése következtében. Azoknál a személyeknél, akik ép látással vagy részleges látással születtek sok esetben progresszíven, fokozatosan történik meg a károsodás (Colenbrander, 2010; Brunes & Heir, 2020; Lupón et al., 2021; Rokach et al., 2021).

Lupón et al. (2021) a látássérültek arányát világszerte 1,3 milliárdra teszi. Chu & Chan (2022) ezzel szemben egy jóval magasabb arányról számol be, világszinten 2,2 milliárdra teszi a látássérültek számát. Körülbelül egy milliárd a középkorú, vagy annál idősebb látássérült. Egyre nagyobb tendenciát mutat a látássérülés, ami az előregedő és növekvő népességnek köszönhető.

A látássérülés fő okai közé sorolható a glaukoma (zöldhályog), az időskori makuladegeneráció, a retinopátia, a diabétesz során kialakult károsodás, és a szürkehályog. A szürkehályog főként az alacsonyabb gazdasági helyzetben lévő országokban alakul ki. A kevésbé fejlett országokban sokkal nagyobb a lehetősége annak, hogy súlyosabb látásvesztés alakul ki, mivel nem kezelik már a probléma megjelenésekor (Resnikoff et al., 2004; Rokach et al., 2021).

A látás állapotának a megítélésénél figyelembe veszik, hogy a személy milyen mértékben képes az önellátásra. A látássérülés milyen mértékben akadályozza a mindennapi tevékenységekben, mint például a közlekedésben, vagy a mindennapi tevékenységek ellátásában (Brunes & Heir, 2020).

A látás károsodása akadályozza az egyént a világ és a környezete megismerésében, hiszen a felfedezéshez a legfontosabb érzékszerv a szem. A gyenge látás akadályt jelent a mindennapos tevékenységek végzésében és a társas kapcsolatok kialakításában (Osaba et al., 2019; Brunes & Heir, 2020; Lupón, 2021).

A magányosság fogalmi körülhatárolása

Az ember alapvető szükségletei közé tartozik az az igény, ami szerint szüksége van társas kapcsolatokra a mindennapok során. Ezt a tényt alátámasztják a fejlődéstudományok. Erikson pszichoszociális fejlődéstudományában kiemelt szerepet tulajdonít a társas kapcsolatoknak. Nyolc fejlődési szakaszt különít el, ezeket életkoronként osztja fel, és minden ciklusnak megvan a jellemzője és krízise. Az elmélet szerint mind a nyolc szakaszban megjelennek normatív krízisek, amelyek megoldása szükséges ahhoz, hogy átlépjen az egyén a következő szakaszba. Ezen krízisek megoldásához szükség van mások támogatására, a társas kapcsolatokra (Heinrich & Gullone, 2006; Dunkel & Harbke, 2017; McLeod, 2018). Ugyanakkor, Erikson arra is felhívja a figyelmet, hogy a nyolc szakasz megoldása nagyon fontos azért, hogy egészséges társas kapcsolatok alakulhassanak ki. Kiemeli, hogy a problémák megoldása szükséges ahhoz, hogy a megfelelő érzelmek kialakuljanak, amelyek szükségesek a kapcsolatok kialakításához, fenntartásához (Heinrich & Gullone, 2006; McLeod, 2018; Lim et al., 2020).

A szakirodalom különbséget tesz az egyedüllét és a magányosság között. Kiemeli, hogy a kettő nem jár kéz a kézben, attól, hogy valaki egyedül van, nem biztos, hogy magányos. Lehetnek más olyan kapcsolatai, amelyekhez nem szükséges, hogy sokan körülvegyék. Valamint valaki lehet magányos attól eltekintve, hogy egy közösség aktív tagja, lehet nem kapja meg azt az érzelmi támogatást, vagy figyelmet, amire szüksége van (Yangués et al., 2018).

A magány érzete egy kognitív kiértékelés, ami a személy kapcsolatainak nem kielégítő voltával vélt hiányosságokkal kapcsolatos, majd az ezekhez társított negatív érzelmek megjelenése adja (Heinrich & Gullone, 2006; Lim et al., 2020).

Lehet tekinteni a magányra bizonyos szempontból pozitívan is, mivel korlátozott ideig segíti az alkalmazkodást bizonyos helyzetekhez, de a huzamosabb ideig tartó magány növeli a korai halálozást, és számos egészségügyi kockázatot hordoz, úgy mentálisan, mint fizikálisan (Cacioppo et al., 2014; Holt-Lunstad et al., 2015).

A magánynak önmagában van egy negatív nyomasztó hatása minden egyénre, aki szembesül ezzel az érzéssel, de nem általánosítható érzés, mivel mindenki máshogyan éli meg (Heinrich & Gullone, 2006; Lim et al., 2020; Rokach et al., 2021).

A magány mára már egy közegészségügyi probléma. Vannak olyan populációk, amelyek kifejezetten veszélyeztetettek, mint például a látássérültek. A látásproblémájukból adódó korlátok miatt gyakran elizolálódnak a társadalomtól (Brunes & Heir, 2020; Heppe et al., 2020; Lim et al., 2020; Chu & Chan, 2022).

Éplátású személyeknél Victor & Yang (2012) és Bosma et al. (2015) nehezítő faktorként emelik ki a mentális és fizikai állapotot, a funkcionális állapotot és a fennálló kapcsolatok mennyiségét és minőségét, ezek a leginkább fennálló tényezők fiatal felnőttkorban. Középkorú személyeknél Victor & Yang (2012), Cohe-Mansfield et al. (2016) és Beutel et al. (2017) kiemeli a női nemet; a családi állapotot (sokkal nagyobb kockázatnak vannak kitéve azok a személyek, akik egyedülállóak, mint, akik párkapcsolatban élnek); a migrációt (a munkahelyet, azok a személyek, akik nem rendelkeznek állandó munkahellyel sokkal nagyobb mértékben magányosodnak el, mint, akik stabil munkahellyel, és anyagi forrással rendelkeznek); a testi és mentális egészséget és a gondozási igényt, ami alatt azt érti, hogy egy személynek minél nagyobb mértékben van szüksége segítségre az önállóságban, annál nagyobb mértékben magányosodik el. Az időskori megfigyelések azt mutatják, hogy ebben az időszakban a legnagyobb veszélyt az egyedüllét, a szeretett személynek az elvesztése, és a leredukált szociális kapcsolatok jelentik (Victor & Yang, 2012; Hutten et al., 2022).

A látássérült személyek elszigetelődését az esetek nagy részében a hiányos támogatás okozza, ami abból fakad, hogy a látásukban korlátozott személyek gyakran akadályokba ütköznek a szocializáció terén. Nehézséget okoz eljutni ezekre a helyekre, hiszen a sérülés súlyosságától függően nehézségük van a közlekedésben, a tájékozódásban, a lépcsőzésben és még sok más dologban is. Lényegesen befolyásolja a bezárkózásukat az is, hogy állapotuk miatt a látássérült személyeknek kevesebb lehetőségük van a tanulásra, a fejlődésre, amelyek hiányában kevesebb lehetőségük van nyitni a világra, kipróbálni magukat különböző helyzetekben, amelyek segítenek abban, hogy bátrabban alakítsanak ki kapcsolatokat. Abban az esetben, ha a sérülés a későbbi időszakban alakult ki sok esetben az vezet magányossághoz, hogy a korábban fennálló kapcsolatok rövid időn belül leredukálódnak, mivel a személy új, korábban nem ismert korlátokba ütközik, amelyek gátolják a kapcsolatok kialakítását és fenntartását (Cohe-Mansfield et al., 2016; Cumberland & Rahi, 2016; Heppe et al., 2020).

Hutten et al. (2022) vizsgálata bemutatta, hogy a magány szinte minden életkorban megjelenhet, azonban a legnagyobb valószínűséggel a késői felnőttkorban, időskorban jelenik meg. Vannak olyan tényezők, amelyek minden életszakaszban problémát okozhatnak, ilyen tényező a társas kapcsolat hiánya, az anyagi jólét hiánya, fizikai és mentális egészség romlása, intim kapcsolatok hiánya, és rizikófaktor lehet bármilyen típusú sérültség. Chu (2022) látássérült személyeknél érzékeny periódusként a serdülőkort és a középkort, a 35-50 éves kort emeli ki.

A nemi megoszlás tekintetében egyaránt megosztóak a kutatások látóknál és látássérülteknél is. Hutten et al. (2022) vizsgálata alapján a férfiakra jellemzőbb az elmagányosodás. Ezzel szemben, Heppe et al. (2020) kutatása szerint a nőknél gyakoribb.

Látássérültek esetében kiemelendő, hogy attól még, hogy egyedül vannak, nem biztos, hogy magányosak is kell legyenek, hiszen meg tudják találni azokat az elfoglaltságokat, akár online közösségeket, amelyek által hasznosnak érzik magukat és nem szigetelődnek el (Yangués et al., 2018; Shah et al., 2020; Fuente et al., 2022).

A szociális támogatás fogalmi körülhatárolása

A szociális támogatás minden ember számára létfontosságú, legyen a személy akár neurotipikus, akár valamilyen sérüléssel élő. Magába foglalja a mikro-, vagy akár a makrorendszer nyújtotta segítséget, támogatást, informálást (Drageset, 2021).

Kiemelendő, hogy önmagában az, hogy egy személynek vannak kapcsolatai más személyekkel, még nem jelenti azt, hogy kap szociális támaszt. Ahhoz, hogy a támogatás megvalósuljon, az egyén számára szükséges segítségnyújtás kell megvalósuljon (Sanderson, 2013).

A szakirodalom kétféle támogatási formát különít el. Az első az észlelt szociális támogatottság, amelyet az egyén szubjektíven ítél meg, és tapasztal meg, ez nem tervezett, néha indirekt módon valósul meg, a támogatást nyújtó személy többnyire nem tudatosan nyújt támogatást. A második a kapott szociális támogatás, ami már egy tervezett, szándékos, akkor nyújtják, ha annak szükségét érzik, például a tanácsadás (Rostila, 2011; Drageset, 2021).

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a fizikai és mentális jóllét érdekében a legfontosabb az észlelt szociális támogatottság, amelyet az egyén szubjektíven él meg, és annak az érzése, hogyha szükség van támogatásra, van, ahova fordulni (Uchino, 2009).

A szociális támogatás mérésénél figyelembe veszik a meglévő kapcsolatok mennyiségét, minőségét, hogy mennyire szoros a kapcsolat, és az időtartamot, vagyis, hogy milyen régiek a kapcsolatok (Sanderson, 2013).

A támogatás megvalósulhat formális és informális hálózatokban. Formális támogatás lehet például az állam részéről kapott támogatás, vagy, ha a személy valamely vallási közösséghez tartozik. Informális támogatás pedig, amikor a család, barátok, vagy házastárs részéről jön a segítség (Sanderson, 2013).

Többféle típusa különböztethető meg a szociális támogatásnak. Az érzelmi támogatás, amely által egy személy megnyugtatást, biztonságot, és szeretetet kap, ha arra szüksége van. Az összetartozás

típusú támogatás azokat a kapcsolatokat foglalja magába, amelyek a biztonság mellett szocializációt, és kikapcsolódást biztosítanak, például, amikor egy baráti társaság együtt szórakozik. Vannak a kézzel fogható támogatások, ezek elsősorban az anyagi segítséget és a szolgáltatásokat tartalmazzák. Továbbá a támogatásoknak van egy olyan típusa, amely az információátadást biztosítja, például egy problémahelyzetben az informálás a teendőkről, vagy a tanácsadás (Sanderson, 2013).

A szociális támogatás funkcióját az határozza meg, hogy a személy hogyan értékeli azt a támogatást, amiben részesült. Illetve, hogyan értékeli a kapcsolatokat, amelyek kialakultak (Kent De Grey et al., 2018).

Említést kell tenni Weiss szociális támogatás elméletéről, amely azt hangsúlyozza, hogy minden ember egyik alapszükséglete a társas interakció. Weiss beszél az elsődleges, és a másodlagos szociális kapcsolatokról. Elsődlegesnek tekinthetőek a legközelebbi kapcsolatok, mint a család, a barátok. Másodlagosak pedig a tágabb kapcsolatok, mint munkahely, iskola (Cutrona et al., 1986).

Weiss hat támogatási jellemzőt emel ki, amelyek élethelyzettől és életkortól függenek. A hat támogatási jellemző a következő: kötődés, adaptáció a társadalomban, gondozás, útmutatás, megbízhatóság, és értékátadás, vagyis a kompetenciaérzet növelése. Abban az esetben, ha e hat jellemző valamelyike nem jelenik meg, a személy nem kap megfelelő támogatást, és ez számos egészségügyi problémát von maga után, mint például érzelmi zavarokat (Cutrona et al., 1986; Drageset, 2021).

Két hatásmechanizmust kell megemlíteni a szociális támogatás esetén. Az első hatás a buffering hipotézis, ami szerint a hatékony szociális támogatás megóvjaa a személyt a stressz erős és negatív következményeitől. A másik a közvetlen hatásmechanizmus, ami szerint minden élethelyzetben előnyös, ha valaki megfelelő támogatottságot kap, nem szükséges valamilyen stresszesebb, vagy nehezebb életesemény. A közvetlen hatásnak pozitív hozadéka továbbá az is, hogy az illető személy egészségmagatartását támogatni és megerősíteni tudja (Cutrona et al., 1986; Eriksson, 2006; Kent De Grey et al., 2018).

Amennyiben egy személy megfelelő szociális támogatást kap, az jó hatással van a mentális egészségére, kiegyensúlyozottabbá teszi az egyént. A hatékony szociális támogatás a legnagyobb ellensége a magányosságnak, és növeli az önértékelést (Augestad, 2017; Heppe et al., 2020; Drageset, 2021).

A szociális támogatást a rendszerelmélet szempontjából is érdemes figyelembe venni, ami szerint egy személyt nem lehet csak fizikailag, biológiailag szemlélni, hanem figyelembe kell venni a környezeti hatásokat is. Így tehát a szociális támogatást figyelembe kell venni minden olyan esetben,

amikor a személynek valamilyen fizikai, vagy mentális problémája van. És a modell szerint sok esetben a megoldás is a hatékony szociális támogatás lehet (Vinje et al., 2017; Drageset, 2021).

A szociális támogatás struktúráját tekintve, az alapján határozható meg, hogy mekkora az a közösség, amiben egy személy benne van. Két szempont szerint határozható meg ez a struktúra, az első az a kialakult kapcsolatoknak a mennyisége, hogy az egyén hány társával van rendszeres interakcióban. A másik szempont pedig, hogy milyen gyakran vesz részt tevékenységekben, milyen mértékben vonódik be a közösség életébe. Ez kiemelten nehezített látássérült személyeknél, hiszen a sérülésükből adódó korlátok miatt akadályt jelent számukra bevonódni egy közösség életébe (Rostila, 2011; Brunen & Heir, 2020; Heppe et al., 2020; Drageset, 2021; Chu & Chan, 2022).

Támogatást nyújthat egy kisebb, vagy nagyobb közösség, a család vagy a barátok is. Ez igaz a látássérült személyek esetében is. Minden emberi életben vannak bizonyos normatív változások, amelyeken át kell esni. Minden életszakaszban megvannak azok a személyek, akik szerepe hangsúlyosabbá válik. A vizsgálatok azt mutatják, hogy a látássérült személyek esetében serdülőkorig a szülők és a család szerepe kiemelten fontos. Serdülőkortól pedig egyre inkább csökken a szülői támogatás fontossága, és hangsúlyos lesz a kortársak és a barátok jelenléte, ugyanis a kortárs kapcsolatok tudnak hidat építeni a közösségek és a látássérült személy között (Heppe et al, 2020; Chu & Chan, 2022).

Kiemelten fontos, hogy egy személy úgy kapja meg a támogatásokat, hogy ne kisebbségnek érezze magát, hanem növelje a kompetenciaérzetét. Például, egy látássérült személy ne sajnálatként élje meg a támogatást, hanem többnek, fontosabbnak érezze tőle magát (De Grey et al., 2018).

A szociális támogatás változó lehet a lakóhely szempontjából is. A vizsgálatok azt mutatják, hogy városi környezetben sokkal nagyobb mennyiségű támogatást tud kapni a személy, és sokkal minőségibb is lehet, mint vidéki környezetben. Több lehetőségük van a személyeknek a szocializációra, a kapcsolatok kialakítására, amelyek a szükséghelyzetekben biztonságos támogatást tudnak adni (Li et al., 2016; Drageset, 2021).

A szociális támogatottságnak annál fontosabb hatása van, minél idősebb egy személy. Vagyis, az életkor előrehaladtával nő az igény a szociális támogatásra, az odafigyelésre, a biztos pontra (Chu et al, 2010; Heppe et al., 2020).

Önértékelés fogalmi körülhatárolása

Az önértékelés azoknak a gondolatoknak, megállapításoknak és érzelmeknek az összessége, amelyet az egyén önmagáról alkot. Az önértékelés a pszichés jóllét egyik alapköve. Minden emberre jellemző, de mindenkinél máshogyan, és más mértékben jellemző, ez függ az adott élethelyzettől.

Minél magasabb egy személy önbecsülése, annál jobb az életminősége (Bailey, 2003; Flynn, 2003; Wagner et al., 2014).

Az önértékelésnél két részre osztható a megfigyelés. Először is vannak azok a jellemzők, amiket mérni tudunk, például fizikai adottságok, magasság. Vannak olyan meghatározói is, amelyeket nem tudunk mérni, hanem csak leírni lehet, ezek a belső jellemzők (Bailey, 2003).

Az önértékeléssel foglalkozó elméletalkotók közül ki kell emelni William James, Moris Rosenberg és Stricker nevét. Az elméletek azt hangsúlyozzák, hogy egy személy önértékelését az határozza meg, hogy mások hogyan látják és ítélik meg őt. Tehát, ahhoz, hogy egy személy értékelni tudja az önmagáról alkotott képet rá kell érezzen arra, hogy mások miként viszonyulnak hozzá. Az önértékelés így az alapján alakul ki, hogy az egyén másokhoz képest pozitívabbnak, vagy negatívabbnak látja magát. Továbbá a fentebb említett elméletalkotók kiemelik, hogy az önértékelést az is meghatározza, hogy egy személy szerepe a társadalomban mennyire fontos. Minél fontosabb a szerep, amit betölt a személy, annál magasabb az önértékelése (Hodorow, 1974; Rosenberg et al., 1995; Bailey, 2003; Flynn, 2003).

Az elméletek rámutatnak arra, hogy az önértékelés az emberi jóllét alapja, hiszen minél magasabb értékeket mutat az önértékelése egy személynek, annál boldogabb és sikeresebb az életben (Flynn, 2003).

Az önértékelés egy spektrumon értelmezhető, amelynek egyik végpontja a magas önértékelés, és a másik végpontja az alacsony önértékelés. A magas önértékelés abban az esetben mondható el egy személyről, ha a személy pozitívan látja magát, elégedett magával fizikailag, mentálisan, és a teljesítményével is. Az alacsony önértékelés akkor jellemző egy személyre, ha nem elégedett önmagával, a teljesítményével, és ha negatívan látja önmagát, és nem elégedett azokkal a dolgokkal, amiket elért (Bailey, 2003; Augestad, 2017).

Az önértékelést befolyásolhatja a párkapcsolat minősége, az egyén személyiség tulajdonságai, mint például a lelkiismeretesség. Az életkor előrehaladtával nagy hatása van az egészségi állapotnak, annak változásainak. Például, ha az idősödéssel romlik az egészségi állapot, romlik az önértékelés is (Wagner et al., 2014).

A gyenge önértékelés általában az egyénre helyezett stigma miatt alakul ki. Például, ha valaki hosszú időn keresztül negatív visszajelzést kap a környezetétől, valószínűleg e szerint értékeli majd önmagát (Bailey, 2003). Abban az esetben, ha a negatív önértékelés fixálódik egy ponton, és hosszú ideig fennmarad, következményképpen megjelenhetnek pszichés zavarok is, mint például a depresszió (Bailey, 2003; Orth et al., 2014).

Egy személy az alapján értékeli magát, hogy a tettei, a viselkedése és a teljesítménye mennyire felel meg másoknak, az elvártaknak. Vannak bizonyos szempontok, amelyeket az egyén figyelembe vesz, amikor értékeli magát. Ilyen szempont például, hogy elérte-e a célt, amit kitűzött, mit ért el eddig az életben, mit sikerült megvalósítani, hozzátesz-e ahhoz, hogy a világ egy jobb hely legyen. Ez kifejezetten igaz a sérült személyekre, számukra nagyon fontos, hogy az akadályozottságuk ellenére megtalálják azokat a feladatokat, amelyek által hasznosnak érzik magukat (Roux, 1988; Rosenberg et al., 1995; Bailey, 2003; Augestad, 2017).

A kutatások megosztóak abban a tekintetben, hogy az éplátású személyeknél magasabb az önértékelés, vagy a látássérülteknél. Augestad (2017) szerint látássérült személyek önértékelése az akadályozottságuk miatt sokkal alacsonyabb, mint a látó társaiké. Ezzel szemben, Kapinga & Aloni (2023) vizsgálata arról számol be, hogy a megvizsgált látássérültek csupán 7, 3 százaléknál volt alacsony az önértékelés, 92,7 százaléknál magas önértékelés lett kimutatva.

Az önértékeléssel foglalkozó kutatások kezdetben főként a serdülőkorral és a fiatal felnőttkorral foglalkoztak. Azonban később hangsúlyt fektettek a későbbi életszakaszok vizsgálatára is. A vizsgálatok azt mutatják, hogy minden életkornak megvannak azok a tényezői, amelyek hatással vannak az önértékelésre. Fiatalabb korban jelentős szerepe van az oktatásnak, annak sikerességének, és az abba fektetett energiának, mert ez segíthet a jövőbeli nehézségekkel hatékonyabban megküzdeni. A későbbi életszakaszokban már az egészségre fektetett hangsúly az a tényező, ami leginkább hat az önértékelésre, mert segít a napi egyéni szükségletek kielégítésében. Látássérülteknél a kutatások ilyen hatásként főleg az oktatási intézményt emelik ki, azoknak a személyeknek, akik normál oktatásban vettek részt, magasabb az önértékelésük, mint azoknak, akik szegregált oktatásban, valamint, ha jó szociális támogatásban részesülnek, az nagyban növeli az önértékelést (Ort et al., 2012; Kuster et al., 2013; Wagner et al., 2014; Kaminga & Aloni, 2021).

Látássérülteknél a leginkább meghatározó tényező az önértékelés változásában a sérülés kialakulásának ideje és súlyossága. Azonban, a vizsgálatok eredményei eltérőek abban a tekintetben, hogy azoknál alacsonyabb az önértékelés, akik a problémával születtek, vagy azoknál, akiknél későbbi életszakaszban alakult ki. Papadopoulos (2014) írása alapján, azoknak a látássérülteknek, akiknek az életkor előrehaladtával romlott a látásuk, alacsonyabb az önértékelésük, mint azoknak, akik a nagyon gyenge látással születtek, mert náluk a szociális kapcsolatok hirtelen redukálódnak le, mivel állapotuk miatt nem tudnak a megszokott módon interakciót indítani. Ezzel szemben, Pinguat & Pheipher (2013) szerint a veleszületett látássérültek önértékelése az alacsonyabb, hiszen nekik alaptól nehezebb kiépíteni az utat, amiben jók lehetnek., és nehezebb megtalálni a kapcsolatokat, amik előre vihetnék őket.

Where et al. (2010) írása szerint, a látássérülés súlyossága is hatással van az önértékelésre, azoknak a személyeknek, akiknek nem súlyos a sérülésük magasabb az önértékelésük, mint azoknak, akiknek súlyos, esetleg teljesen vakok.

A nemi megoszlás tekintetében, ép látású személyeknél kimutatható egy minimális különbség a férfiak és a nők között, a férfiak önértékelése magasabb, mint a nőké (Major, 1994). A vizsgálatok azt mutatják, hogy egészen serdülőkorig jelentős a különbség a két nem között, de aztán egyre inkább csökken (Wada et al., 1989). Mishra & Shing (2012) eredményei szerint, látássérülteknél nem mutatható ki számottevő különbség a nemek között, a nők és a férfiak önértékelése hasonló. A látó személyek önértékelése magasabb, mint a nemlátóké. Ezt támasztja alá Halder és Datta (2012) vizsgálata is, miszerint a vakok önértékelése alacsonyabb, mint a látóké.

Az észlelt szociális támogatottság és a magányosság közötti kapcsolat ép látással rendelkező személyek és látássérültek körében

Ahogy fentebb a magányosság fogalmi körülhatárolása című résznél említésre került, a magányosság fokozottabban fordul elő a látássérült személyeknél, mint az éplátással rendelkezőknél, mivel kevesebb lehetőségük van kialakítani szociális kapcsolatokat másokkal. Számukra nehezen megoldható, hogy eljussanak olyan helyekre, ahol közösségben lehetnének, amiatt, hogy nehezen tájékozódnak, nehéz a közlekedés, a lépcsőzés (Brunes & Heir, 2020; Heppe et al., 2020; Lim et al., 2020; Chu & Chan, 2022).

A magányosság elkerülésében vagy megszüntetésében a vizsgálatok alapján az egyik legjobb megoldásnak a megfelelő szociális támogatás bizonyult. Amennyiben egy látássérült személy úgy érzi, hogy megfelelő minőségű és mennyiségű támogatást kap, bevonódik a közösségi életbe, nagy a valószínűsége, hogy nem szigetelődik el a társadalomtól, és nem magányosodik el, hanem aktív tagja lesz (Heppe et al., 2020; Rokach et al., 2021; Chu & Chan, 2022).

Chu & Chan (2022) írása szerint, a magányosság, mivel a hiányos érzelmi kapcsolatokból és támogatásokból fakad, ezért, ami a leginkább segíthet a magány feloldásában, az a régi intim kapcsolatoknak, érzelmi támogatásoknak a felélesztése, vagy új támogató kapcsolatok kialakítása, és ehhez szükséges, hogy a sérült személy minél több közösséghez tudjon csatlakozni, és a közösségek részéről minél több támogatást kapjon.

Azoknál a személyeknél, akik nem végeznek munkát, nem tartoznak valamely munkaközösséghez, és kevesebb anyagi juttatást kapnak, sokkal kevesebb lehetőség van a szociális támogatásra, és nagyobb mértékben szigetelődnek el a társadalomtól (Heppe et al., 2020).

A hatékony szociális támogatás hozzájárul ahhoz, hogy a látássérült személyek életminősége jobb legyen, és csökkenjen a stressz, ami éri őket. Kevesebbet kell aggodalmaskodjanak, hogy hogyan fognak boldogulni, ha a kapott támogatás megfelelő (Cohen & Wills, 1985; Heppe et al., 2020).

Az észlelt szociális támogatottság és az önértékelés közötti kapcsolat éplátással rendelkező személyek és látássérültek körében

Az önértékelésre általánosságban is, de a látássérülteknél kiváltképp hatással van az észlelt szociális támogatottság, a baráti és társas kapcsolatok (Huurre et al., 2001; Augestad, 2017).

Kapinga & Aloni (2023) kutatása szerint, a látássérült személyek önértékelése nem alacsonyabb, mint a látó személyeké. A szerző kiemeli, hogy ez valószínűleg azzal magyarázható, hogy minden látássérült résztvevő a normál oktatásban vett részt, és így megkapták a megfelelő szociális támogatást.

A kutatások kimutatták, hogy a jó szociális támogatás nagyon fontos egy látássérült személy életében. Fontosak a jó baráti kapcsolatok, amelyekben a látássérültek egyszerre érezhetik magukat szabadnak, de ugyanakkor megbízhatnak a barátaikban, hogy ha szükség van támogatásra, ott vannak (Huurre et al., 2001; Kef, 2002; Griffin-Shirley & Nes, 2005; Augestad, 2017).

A szociális támogatás megnyilvánulhat a barátságok kialakulásában, és abban, hogy a személy mennyire tud aktív lenni a közösségekben. A barátságok és az aktivitás kifejezetten jó hatással van az önértékelésre. Az önértékelést látás problémával élőknel csökkentheti a funkcionális károsodás, a mobilitás és a tájékozódás nehézsége, és az, hogy nehezen tudnak szociális interakciót kezdeményezni, valamint az is problémát okoz, hogy nehezen tudnak megszólítani másokat (Augestad, 2017).

A magányosság és az önértékelés közötti kapcsolat éplátással rendelkező személyeknél és látássérülteknél

A magányosság és az önértékelés közötti kapcsolat figyelhető meg a látássérülteknél is. Ezt több szempont szerint is meg lehet közelíteni. Elsősorban, mint már korábban említésre került, a látássérült személyek a korlátaik miatt akaratukon kívül elizolálódnak a társadalomtól és a közösségektől. Amennyiben ez az elizolálódás megtörténik, nem érzik magukat fontosnak és hasznosnak, nem érzik úgy, hogy a társadalom hasznos tagjai lennének, elveszítik a korábban elfoglalt helyüket, ezáltal csökken az önértékelésük (Bailey, 2003; Flynn, 2003; Wagner et al., 2014; Heppe et al., 2020).

A másik szempont, hogy az önértékelés gyengesége vezet magányossághoz. Az önértékelésnél fontos, hogy a személyt, hogyan ítélik meg mások, hogyan viszonyulnak hozzá és amennyiben egy látásában korlátozott személy azt érzékeli, hogy a mássága miatt nem megfelelő attitűddel viszonyulnak hozzá, kisebbségnek fogja érezni magát, csökken az önértékelése és szépen lassan elkezd izolálódni a tágabb, majd a szűkebb közösségektől (Roux, 1998; Bailey, 2003; Augestad, 2017).

Mindezek alapján, arra kell kiemelten hangsúlyt fektetni, hogy a látássérült személyek a korlátaik mellett megtalálják azokat az elfoglaltságokat, amelyek által hasznosnak és értékesnek érzik magukat, így nő az önbizalmuk és nem áll fent az elmagányosodás veszélye (Bailey, 2003).

A magányosság, az észlelt szociális támogatottság, és az önértékelés vizsgálatának indokoltsága látássérülteknél és ép látással rendelkező személyeknél

A látássérültekre a későbbi életszakaszokban sokkal inkább jellemző az elmagányosodás, mint a látó személyekre, és befolyásoló tényezőként az észlelt szociális támogatás emelhető ki. Az elmagányosodást leggyakrabban a hiányos szociális támogatás okozza. Minden időszakban megvannak azok a közösségek, akiknek a támogatásuk nagyon fontos egy látássérült életében, ahhoz, hogy ne izolálódjanak el. Eredmények szerint, serdülőkorban a szülők támogatása a legfontosabb, a későbbi életszakaszokban pedig a kortárs kapcsolatok. Azt is kiemelik, hogy azok a személyek, akik serdülőkorban nem kaptak megfelelő támogatást, elidegenedtek a közösségektől, és ez fennmaradt a későbbi életszakaszokban is, mert a korai támogatás hiányában nem tudtak kapcsolatokat kialakítani, amelyek a későbbi életszakaszokban segíthettek volna (Heppe et al., 2020).

A magány megelőzésében vagy feloldásában látássérült személyeknél leghatékonyabbnak a megfelelően nyújtott szociális támogatottság bizonyul. Azok a látássérültek, akik nem rendelkeznek bizalmas kapcsolatokkal, vagy, akik nem rendelkeznek munkahellyel, nincs saját keresetük, sokkal magasabb mértékben magányosodnak el, mint azok, akik dolgoznak, fizetést kapnak, és biztonságos kapcsolatokat tapasztalnak. Az idős látássérültek magányosságában sokkal fontosabbak a kortársi támogatások, kapcsolatok, mint a családi támogatások (Chu & Chan, 2022).

Augestad (2017) a látássérültek és az ép látással rendelkező személyek önértékelését hasonlította össze. E meta-analízis az önértékelést úgy határozza meg, mint az egyén elégedettsége és tisztelete önmagával szemben, amit az határoz meg, hogy milyen szerepet vállal a társadalomban, mások mennyire látják hasznosnak azt, amit tesz, és ő maga mennyire érzi hasznosnak magát a társadalomban. Abból kifolyólag, hogy a látássérültek a fizikai korlátaik miatt kevésbé kapnak szerepet a társadalomban, sokkal alacsonyabb az önértékelésük, mint látó társaiknak. A meta-analízis nem tud közös nevezőre jutni abban a tekintetben, hogy azoknak az önértékelése gyenge, akiknek a

látásuk az életkor előrehaladtával csökken, vagy azoknak, akik súlyos látássérüléssel születnek. Papadopoulos (2014) szerint, az önértékelés alacsonyabb, ha a sérülés szerzett, ezzel szemben Pinguart & Pheipher (2013) eredményei szerint abban az esetben alacsonyabb az önértékelés, ha súlyos látássérüléssel születik a személy. Augestad (2017) tanulmánya az önértékelés növelésére, akár csak az elizolálódásra, leghatékonyabbnak a megfelelő szociális támogatást emeli ki.

Rokach et al. (2021) vizsgálatukban összehasonlították az ép látással rendelkező személyek és a látássérültek önértékelését. Az eredmények azt mutatták, hogy a látássérültek gyengébb önértékelést mutattak, volt azonban néhány terület, ahol a látó személyek mutattak alacsonyabb önértékelést. Ilyen terület volt például a belső növekedés, ezt a szerzők azzal magyarázták, hogy a látássérült személyek nagyobb hangsúlyt fektetnek a belső jóllét növekedésére, ami által fokozottabb nyitottságot mutatnak az új dolgokra, és ez az önértékelés növekedéséhez vezethet. Amiben még jelentős eltérés mutatkozik a látók és a látássérültek között e kutatás eredményei szerint, az a társadalmi elidegenedés, ez a kutatók szerint azzal magyarázható, hogy az épfejlődésű személyekre sokkal nagyobb elvárást támaszt a társadalom, míg a látássérült személyekkel szemben alacsonyabbak az elvárások és sokkal nagyobb empátiát mutat a társadalom.

A kutatásokat olvasva, egyértelműen levonható az a konklúzió, hogy e három konstruktum, a magányosság, a szociális támogatottság és az önértékelés, kéz a kézben járnak minden személynél, de a látássérülteknél kiemelten. Ugyanis, amennyiben egy látássérült személy, aki a mindennapi tetteiben, kapcsolattartásban korlátokba ütközik, és nem kap megfelelő támogatást a környezete részéről, vagy a szociális szférából, rövid időn belül kénytelen elizolálódni, és így haszontalannak érzi magát, az önértékelése alacsony lesz. Ez fordítottn is igaz, amennyiben megkapja a megfelelő támogatást, csatlakozik közösségekhez, nagy eséllyel megkapja a megfelelő érzelmi biztonságot, így nem magányosodik el, azt érzi, hogy fontos másoknak, a társadalomnak, és ezáltal nő az önbecsülése (Bailey, 2003; Flynn, 2003; Wagner et al., 2014; Augestad, 2017; Kent de Grey et al., 2018).

A kutatások sok nézőpontból vizsgálják a látássérültek és a látók magányosságát, észlelt szociális támogatottságát, és önértékelését. Fontos ezen konstruktumok további vizsgálata és összehasonlítása mivel elérhető szakirodalmi forrásokban nem találtunk olyan kutatásokat, amely összességében vizsgálta volna e három változót a két populációban, viszont mégis minden kutatásban utalást találunk mindhárom változóra, hiszen a változók kölcsönkapcsolatban állnak egymással.

Célok

Jelen kutatás egyik kitűzött célja összehasonlítani a látó és látássérült személyek magányosságát, észlelt szociális támogatottságát, és önértékelését. Korábban nem találtunk olyan

vizsgálatokat, amelyek különbséget vizsgáltak volna az egyes konstruktumok között a két csoportban. Csupán szegmentálva hasonlították össze az egyes konstruktumokat. A kutatások, amelyeket találtunk nem vizsgáltak együttjárást az egyes konstruktumok között a látássérültek csoportjában. Jelen kutatás célként tűzi ki a magányosság, az észlelt szociális támasz, és az önértékelés mintázatainak vizsgálatát ép látással rendelkező és látássérült személyek csoportjában.

Cél az eredetileg angol nyelven elérhető mérőeszközök magyar nyelvű változatainak felhasználása. Ehhez a mérőeszközöket magyar nyelvre fordítottuk le, és használjuk a vizsgálat során, törekedve a felszíni validitás megtartására. A mérőeszközök kiválasztásánál törekedtünk arra, hogy olyan skálákat használjunk, amelyek átfogóan mérik az illető konstruktumot, de nem tartalmaznak nagyon sok itemet, annak érdekében, hogy a látássérült személyek számára minél könnyebben kitölthető legyen.

Az észlelt szociális támogatottságot mérő skála előnyös, mivel több dimenzió mentén vizsgál, elkülöníti a családi, baráti, és az egyéb jelentős szociális támogatásokat, ezáltal pontosabb kép kapható arról, hogy mely területeken érzik magasabbnak a támogatottságot a látássérült személyek.

Jelen kutatás jelentős változást hozhat az eredmények tekintetében, hiszen látássérült személyek esetében korábban nehezen volt alkalmazható a kérdőíves módszer.

A vizsgálat gyakorlati célja, hogy amennyiben bebizonyul, hogy az észlelt szociális támogatottság hiánya előrejelzi az alacsony önértékelést a látássérült személyeknél, akkor egy támpont lesz a vizsgálat a látó személyek számára, hogy fokozottabb odafigyeléssel legyenek a látássérültek támogatásával szemben. Amennyiben beigazolódnak a hipotézisek a kutatás alapul szolgálhat egy program kidolgozására, amely szociális támaszt nyújthat a látássérült személyeknek. Sok esetben minimális támogatással a látássérült személyek szerepet tudnak vállalni a társadalmi tevékenységekben, ami által fontosnak, és elismertnek érzik magukat, így nő az önértékelésük.

Hipotézisek

Heppe et al. (2020) kutatása kiemeli, hogy a magány mára már egy közegészségügyi probléma, azonban vannak olyan csoportok, amelyek fokozottabban veszélyeztetettek az elizolálódásra. A látássérültek esetében gyakori az elmagányosodás, hiszen a látásukból adódó korlátok miatt lecsökkennek, vagy nem alakulnak ki szociális kapcsolatok, amelyek támaszt nyújthatnának. Így a kielégítetlen szociális kapcsolatok miatt elizolálódnak a látássérült személyek. Ebből kiindulva az első hipotézis a következőképpen fogalmazható meg:

1. Hipotézis: Látássérült személyek esetében fokozottabb magányosság azonosítható, szemben az ép látású személyekkel.

Drageset (2021) írása szerint, az észlelt szociális támogatottság minden ember életében nagyon fontos. Ahhoz, hogy a kihívásokkal szembe lehessen nézni, szükség van arra, hogy az egyén azt érezze, hogy van, akire számíthat, van, aki támaszt nyújtson. Ez különösen hangsúlyos a látássérült személyek esetében, hiszen a látási problémáik miatt fokozottabb segítségre van szükségük, annak érdekében, hogy be tudjanak illeszkedni a társadalomba és, hogy azt érezzék, hogy hasznos tagjai a társadalomnak. Így a második hipotézis a következő állítást tartalmazza:

2. Hipotézis: A látássérült személyek esetében alacsonyabb az észlelt szociális támogatottság, szemben az ép látású személyekkel.

Megosztóak a kutatások a tekintetben, hogy a látássérült személyek önértékelése alacsonyabb-e, mint a látó személyek önértékelése. Augestad (2017) szerint, mivel a látássérült személyek önértékelését az alakítja, hogy más személyektől milyen visszajelzéseket kapnak, a negatív attitűdök, sajnálkozások miatt a látássérültek önértékelése alacsonyabb, mint az ép látó személyeké. Ezzel szemben, Kapinga and Aloni (2023) eredményei arról számolnak be, hogy a látássérültek önértékelése nem alacsonyabb, mint a látó személyeké. Ezen eredmények mentén indokoltá vált a harmadik hipotézis megfogalmazása:

3. Hipotézis: A látássérült személyek önértékelése alacsonyabb, szemben az ép látó személyek önértékelésével.

Augestad (2017) kiemeli, hogy a látássérültek önértékelésénél meghatározó tényező az, hogy a személy, hogyan érzékeli, milyen helyet foglal el a társadalomban, hogy hasznos tagja-e a társadalomnak. Ehhez az szükséges, hogy minőségi szociális támogatottságban legyen része a látássérült személynek, hiszen, amennyiben megfelelő támaszt kap, hasznosnak érzi magát, párhuzamosan nő az önértékelése. Ez fordítva is igaz, amennyiben azt érzi a látássérült személy, hogy nem hasznos tagja a társadalomnak, és rá nincs szükség, alacsony lesz az önértékelése. A negyedik hipotézis a következő:

4. Hipotézis: Látássérülteknél az észlelt szociális támogatottság és az önértékelés között szignifikáns, pozitív együttjárás azonosítható.

Módszertani rész

Résztvevők

A vizsgálatba két csoporttal dolgoztunk, részt vehettek látássérült, és éplátó személyek. Mind a két csoportban az egyetlen beválasztási kritérium az volt, hogy a résztvevő tizennyolc évesnél idősebb személy legyen, valamint, vagy éplátású, vagy látássérült személy legyen.

A mintanagyság meghatározására a G*Power program az első három hipotézis alátámasztására független mintás t-próba esetében közepes hatásnagyság ($d=0,5$), és 0,8 statisztikai erő (Eldfelder et al, 2009) mellett minimum hatvannégy-hatvannégy résztvevőt ajánl csoportonként.

A mintanagyság meghatározására a G*Power program a negyedik hipotézis alátámasztására korreláció esetében közepes hatásnagyság ($d=0,3$), és 0,8 statisztikai erő (Erdfelder et al., 2009) mellett hatvanhét személyt javasol.

A kérdőívcsomagot összesen 158 személy töltötte ki, a kitöltők százszázaléka elmúlt tizennyolc éves. Nemi megoszlás tekintetében 13, 9 % férfi és 86, 1% nő. Az életkori megoszlás 18 évtől 72 évig terjedt, az átlagéletkor 33,00 év. A résztvevők iskolai végzettségét tekintve 7% általános iskolát, 43,7% érettségit, 12% szakképzést, és 37,3 % egyetemi/főiskolai végzettséget jelölt meg a legmagasabb végzettségnek. A kitöltők 24, 7%-a tanuló, 55,7% dolgozó, és 19,6% - a egyik tevékenységet sem végzi. Az összkítöltők 31,6%-a jelölte be, hogy van valamilyen látássérülése, és 68,4% nem számolt be látássérülésről.

Azon személyek közül, akik azt jelölték, hogy van valamilyen látássérülésük 66,7% gyengénlátónak, 19,6% vaknak, és 13,7% aliglátónak vallotta magát. Kialakulását tekintve, 60,4%-a szerzett, a későbbi életszakaszokban alakult ki, és 49,6% veleszületett látássérülés.

A vizsgálat során használt mérőeszközök bemutatása

A vizsgálatban használt mérőeszközök egy kérdőívcsomag formájában jelennek meg. A kérdőívcsomag tartalmaz egy demográfiai részt, ahol a kitöltőknek néhány alapvető demográfiai adatot kell megadniuk, és három skálát. A három skála a következő: UCCLA Magányossági Skála; az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skála; és a Rosenberg Önértékelési Skála (1. melléklet).

Demográfiai kérdések

Első lépésként a kitöltőnek be kell jelölnie, hogy elmúlt tizennyolc éves, és beleegyezését kell adja, hogy a kérdőív során megadott válaszok kutatási célra felhasználhatóak. A vizsgálat során használt kérdőívcsomag a demográfiai adatok megadásával kezdődik, amely hét kérdést

tartalmaz. A kérdések a kitöltő nemére, életkorára, iskolai végzettségére és jelenlegi foglalkozására kérdeznek rá. Valamint feltevődik a kérdés, hogy a kitöltő látássérült, vagy ép látással rendelkező személy. Amennyiben látássérült, arra is válaszolni kell, hogy mely súlyossági csoportba sorolható be, és megjelenés szempontjából szerzett, vagy veleszületett.

UCCLA Magányossági Skála

A demográfiai adatok kitöltése után három skála következik.

Az első eszköz, amelyet tartalmaz a kérdőívcsomag az „UCCLA Magányossági Skála”, amely a magányosság mérésére alkalmas eszköz. Az eszközt Rusell, Peplau és Fergusson jelentették meg először 1978-ban a *Journal of Personality Assessment* című szaklapban. A skála az egyén szubjektív magányérzetét méri. Húsz itemet tartalmaz (Rusell et al., 1978).

Minden megadott item esetében be kell jelölje a személy, hogy az adott kijelentés milyen mértékben jellemző rá. A válaszoknál betűk vannak megadva, az „o” betű azt jelenti, hogy gyakran érzem így magam, az „s” betű néha érzem így magam, „r” ritkán érzem így magam, „n” soha nem érzem így magam (Rusell et al., 1978). A skála megbízhatósága megfelelő, 0,73 értéket mutat (Rusell et al., 1978).

A skála az egyén szubjektív magányérzetét méri, olyan itemeket tartalmaz, amelyek az egyedüllét érzésére, a kapcsolatok hiányosságára fókuszálnak, íme néhány példa „Nincs kivel beszéljek.”; „Hiányoznak a társas kapcsolatok.”; „Úgy érzem senki sem ért meg igazán.” (Rusell et al., 1978).

A skála értékelése a következőképpen történik: az o (gyakori válasz) három pontot ér; az s (néha válasz) két pontot ér, az r (ritkán válasz) egy pontot ér és az n (soha válasz) nulla pontot ér. Az értékeléshez ezeket a pontszámokat össze kell adni, és minél magasabb a pontérték, annál inkább jellemző az elmagányosodás, elizolálódás az illető személyre (Rusell et al., 1978).

Az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skálája

A második skála, amely szerepel a kérdőívcsomagban az a „Az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skálája”. Ez a mérőeszköz az észlelt szociális támogatottság vizsgálatára használható. Zimet et al. (1988) dolgozták ki és jelentették meg a *Journal of Personality Assessment* szaklapban (Zimet et al., 1988).

A skála három alskálából és tizenkét itemből épül fel. Az első alskála az egyéb jelentős kapcsolatok skálája, amely kérdései arra vonatkoznak, hogy a kitöltő életében van-e egy olyan személy, akire támaszkodhat függetlenül attól, hogy milyen kapcsolatban állnak egymással, például „Van egy különleges személy, akivel megoszthatom az örömeimet és a bánatomat.”. A

második alskála kijelentései a családra vonatkoznak, hogy a személy a család részéről kap-e támogatást, például „A családomtól megkapom a szükséges érzelmi támogatást.”. A harmadik alskála pedig a barátok támogatását vizsgálja, például „A barátaim tényleg próbálnak segíteni nekem.” (Zimet et al., 1988).

A kitöltőnek egy egytől hétig terjedő skálán kell bejelölnie, hogy az adott kijelentéssel milyen mértékben ért egyet, vagy nem ért egyet. Az egyes azt jelenti, hogy nagyon nem ért egyet; kettő, ha egyáltalán nem ért egyet; három, ha enyhén nem ért egyet; négy, ha semleges; öt, ha enyhén egyetért; hat, ha teljes mértékben egyetért, és hét, ha nagyon egyet ért (Zimet et al., 1988).

Az eredmények kiszámítása kétféleképpen is történhet. Lehet értelmezni külön-külön az alskálákat, majd összeredményt is lehet számolni. Az egyéb jelentős alskálához össze kell adni az első, második, ötödik, és a tizedik itemek értékét, majd el kell osztani négygyel. A családi alskála kiszámításához össze kell adni a harmadik, negyedik, nyolcadik, és tizenegyedik itemeket, és el kell osztani négygyel. A barátok alskála eredményéhez pedig össze kell adni a hat, hét, kilenc és tizenkettő itemek értékeit, majd el kell osztani négygyel. Az összeredmény kiszámításához össze kell adni mindenik item értékét, majd el kell osztani tizenkettővel. Az összeredményeket az átlagpontszám alapján lehet csoportosítani: 1-2 pont alacsony szociális támogatottság; 3-5 közepes szociális támogatottság; és a magas támogatottság 5 és 7 átlagpontszám között (Zimet et al., 1988).

Az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skála megbízhatósága megfelelő, 0,87-es Cronbach –alpha értéket mutat (Zimet et al., 1988).

Rosenberg Önértékelési Skála

A harmadik skála, amely szerepel a kérdőívcsomagban az a „Rosenberg Önértékelés Skála”, ez a skála az önértékelés mérésére alkalmas önbeszámoló módszer. A mérőeszköz Moris Rosenberg nevéhez köthető, aki 1965-ben dolgozta ki az önértékelési skáláját. A skála globálisan vizsgálja a kitöltő önértékelését, a személy negatív és pozitív értékelését méri önmagával szemben (Rosenberg, 1965).

Tíz itemből épül fel, öt negatív állítást és öt pozitív állítást tartalmaz. Negatív állítás például „Úgy érzem nincs mire büszkének lennem.”. Pozitív állítás például: „Képes vagyok a dolgokat ugyanolyan jól csinálni, mint az összes többi ember.” (Rosenberg, 1965).

A kitöltőnek az állításokra egy egytől négyig terjedő Likert-skálán kell válaszolni. Az egyes azt jelenti, hogy egyáltalán nem ért egyet; a kettes nem ért egyet; a hármas egyetért; és a négyes teljes mértékben egyetért (Rosenberg, 1965).

Az értékelésnél „az egyáltalán nem ért egyet” egy pont, a „nem ért egyet” két pont, az „egyetért” három pont, és a „teljes mértékben egyetért” négy pont. Tartalmaz fordított itemeket is, ezek a következők: 2, 5, 6, 8 és 9. A végső érték minél nagyobb, annál magasabb egy személy önértékelése (Rosenberg, 1965).

A Rosenberg Önértékelési Skála megbízhatósága megfelelő, Cronbach alfabája 0, 857-es értéket mutat (Sallai et al., 2014).

Design

A kutatásban kombinált/kevert designet alkalmaztunk. Korrelációs és csoportok közötti vizsgálat történt.

Csoportok közötti vizsgálati módszer esetében heterogén csoportok között történik ugyanazon változóknak a vizsgálata (Pallant, 2010). Aktuális kutatásunkban az első három hipotézis esetében beszélhettünk csoportok közötti különbségvizsgálatról. Két heterogén csoportban vizsgáljuk a konstruktumok közötti különbséget. Az egyik csoport a látássérültek csoportja, a másik csoport pedig az ép látással rendelkezők csoportja. E két csoportban vizsgáljuk a magányosság, az önértékelés, és az észlelt szociális támogatottság mentén a különbségeket.

A korrelációs design használatával természetesen előforduló változók együttjárása vizsgálható, anélkül, hogy bármilyen beavatkozás történne. Két irány mentén lehetséges a vizsgálat, pozitív vagy negatív együttjárás vizsgálható (Szokolszky, 2004). Jelen kutatásban a negyedik hipotézis esetében vizsgálunk korrelációt, ebben a hipotézisben azt feltételezzük, hogy látássérült személyek esetében szignifikáns pozitív kapcsolat mutatható ki az észlelt szociális támogatottság és az önértékelés között.

Eljárás

A kutatómunkát a már meglévő szakirodalmak áttekintésével és bemutatásával kezdtük. Majd kiválasztottuk a mérőeszközöket, amelyekkel a vizsgált konstruktumokat mérni szeretnénk volna, és létrehoztunk egy kérdőívcsomagot (lásd fentebb az eszközök bemutatásánál). Majd a kérdőívcsomag terjesztése következett, online platformokon, közösségi oldalakon, zárt csoportokban osztottuk meg. Az adatgyűjtési időszak öt hónapig tartott. Az adatgyűjtés befejezése után kezdetét vette az adatfeldolgozás, amely az SPSS nevű program segítségével történt.

Adatfeldolgozási eljárások

Leíró statisztika

Az adatok összesítése a leíró statisztika által valósul meg. Az adatokat a következő jellemzők mentén lehet elemezni. Minimum és a maximum, vagyis a legnagyobb és a legkisebb érték (min és max.), az átlag (mean), és a szórás (SD). A leíró statisztikai adatokat a Táblázat 1 szemlélteti.

Táblázat 1

Leíró statisztikai adatok és normál eloszlás értékek

Változó	N	Min	Max	M	SD	S	K
Magányosság	158	20.00	75.00	39.44	12.83	0.62	-0.01
Szociális támasz_Egyéb jelentős kapcsolatok	158	1.00	7.00	5.58	1.39	-1.51	-0.18
Szociális támasz_Családi	158	1.00	7.00	5.34	1.45	-1.24	1.25
Szociális támasz_Baráti	158	1.00	7.00	5.40	1.57	-1.24	0.62
Szociális támasz	158	1.17	7.00	5.44	1.32	-1.48	0.57
Önértékelés	158	14.00	40.00	27.94	5.33	0.11	1.40

Megjegyzés. S = Skewness (ferdeség), K = Kurtosis (csúcsosság)

Előfeltételek vizsgálata

Normál eloszlás vizsgálata

A normál eloszlás megmutatja, hogy egy változó értékei, hogyan oszlanak el. A legtöbb érték a tartomány közepéhez tartozik, minél messzebb van a közepétől, annál kevesebb esetszám tartozik hozzá. A skewness és a kurtosis vizsgálata esetében az optimális értékek -1 és +1 között mozognak, de elfogadhatónak számít a -2 és +2-es érték is (Pallant, 2010).

Jelen vizsgálat normál eloszlás értékeit a fentebb bemutatott Táblázat 1 tartalmazza. A táblázat jól szemlélteti, hogy az értékek az elfogadható tartományban vannak. Az értékek -2 +2 között helyezkednek el, van néhány érték, amely nagyobb, mint -1 +1, de mindenik kisebb, mint -2 +2, így megfelelőnek tekinthetők.

A reliabilitás vizsgálata

A reliabilitás vizsgálata megmutatja, a használt eszközök megbízhatóságának az erősségét. Akkor lehet magas megbízhatóságról beszélni, ha a Cronbach-alpha érték nagyobb, mint 0,7 (Pallant, 2010).

A reliabilitás vizsgálat bebizonyította, hogy mindhárom skála magas megbízhatósági mutatóval rendelkezik. A Cronbach-alpha értékek a következőképpen alakultak. Uccla-Magányosági Skála húsz itemből áll, és 0,94 az α érték.

Az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skála három alskálából épül fel. Az egyéb jelentős alskálához négy item tartozik, a Cronbach-alpha 0,91. A családi alskála négy itemből áll, és 0,9 megbízhatóságot mutat. A harmadik alskála szintén négy itemből áll és a Cronbach-alpha értéke 0,94. Az észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skála össziemszáma tizenkettő, és a totál Cronbach-alpha érték 0,95.

A Rosenberg Önértékelési Skála tíz itemet tartalmaz, és Cronbach-alpha értéke 0,84. Így mind a három mérőeszköz esetében kijelenthető, hogy megbízhatóak, magas a reliabilitás értékük, mindhárom esetében magasabb, mint 0,7, ami a küszöbérték.

Hipotézisvizsgálat

A vizsgálatban két statisztikai próbával dolgoztunk: a független mintás t-próbával, és a korrelációval. A független mintás t-próba a csoportok közötti különbségeket vizsgálja egyazon tulajdonság mentén. A korreláció segítségével pedig megállapítható, hogy két konstruktum között egy adott csoportban szignifikáns együttjárás mutatható-e ki (Pallant, 2010).

Az első három hipotézis esetében független mintás t-próbát alkalmaztunk, és a negyedik esetében korrelációt.

Az első hipotézisben a független mintás t-próba esetében látássérültek és éplátó személyek populációjában vizsgáljuk a különbséget a magányosság terén. A második hipotézisben ugyanezen két csoport közötti különbséget vizsgáljuk az észlelt szociális támogatottság terén, és a harmadik hipotézisben pedig az önértékelés terén feltételezünk különbséget a két csoportban.

A negyedik hipotézisben korrelációt vizsgálunk: a látássérültek csoportjában azt feltételezzük, hogy az észlelt szociális támogatottság szignifikáns együttjárást mutat az önértékeléssel.

Eredmények

Első hipotézis vizsgálata

1. Hipotézis: Látássérült személyek esetében fokozottabb magányosság azonosítható szemben az ép látású személyekkel.

Ezen hipotézisben Heppé et al. (2020) eredményei alapján, azt feltételeztük, hogy a látássérültek a sérülésükből adódó korlátok miatt kevesebb szocializációs lehetőséghez jutnak, kevesebb kapcsolatot alakítanak ki, így fokozottabb mértékben magányosodnak el.

A független mintás t-próba elvégzése után, a hipotézisre a következő eredmény fogalmazható meg: nincs szignifikáns különbség a látássérültek, és az ép látó személyek között a magányosság mentén [$t(156)=0.753$, $p=0.453$]. A magányosság terén nincs számottevő eltérés látássérültek esetében ($M=40.580$, $SD=14.251$) és a látó személyek esetében ($M=38.925$, $SD=12.351$). Így tehát megállapítható, hogy a látássérültekre fokozottabb magányosság jellemző, de ez a különbség nem szignifikáns.

Második hipotézis vizsgálata

2. Hipotézis: A látássérült személyek esetében alacsonyabb az észlelt szociális támogatottság, szemben az ép látású személyekkel.

A második hipotézist Drageset (2021) kutatási eredményei alapján fogalmaztuk meg. Azt feltételeztük, hogy a látássérült személyek életében sokkal nagyobb szerepet tölt be a szociális támogatottság, mint a látó személyek esetében, hiszen a mindennapi boldoguláshoz fokozottabb támogatásra van szükségük. De a korlátaik miatt kevesebb olyan kapcsolatot tudnak kialakítani, amelyek segíteni tudnák őket a mindennapokban, így alacsonyabb lesz az észlelt szociális támogatottság terén elért pontjuk a látássérülteknek.

A független mintás t-próba segítségével történő vizsgálat során a hipotézis vizsgálatában az Észlelt Szociális Támogatottság Multidimenzionális Skála három alskála és az összérték mentén a következő eredmények születtek:

Az egyéb jelentős alskála: Nincs szignifikáns különbség az egyéb jelentős kapcsolatok mentén a látássérült és látó személyek között [$t(156)=-0.288$, $p=0.774$]. A két csoportban nem mutatkozik számottevő különbség, $p>0.05$. A látássérültek esetében az átlagérték $M=5.53$, szórás $SD=1.40$, és a látó személyek esetében az átlag $M=5.60$, és szórás $SD=1.40$.

Családi alskála eredménye: Nincs szignifikáns különbség a látássérültek és a látó személyek között az észlelt szociális támogatottság, családi alskála mentén [$t(156)=0.020$, $p=0.984$]. Ezen alskála eredményeit tekintve sem mutatható ki jelentős különbség a két csoport mentén. Látássérültek csoportjában $M=5.350$ és $SD=1.465$, és a látó személyek csoportjában $M=5.344$, $SD=1.452$.

Baráti alskála: Nincs szignifikáns különbség az észlelt szociális támogatottság, baráti alskála mentén a látássérültek és a látó személyek csoportjában [$t(156)=-0.037$, $p=0.970$]. Ezen eredmények szerint tehát nincs jelentős különbség a két csoportban. Látássérültek esetében $M=5.395$, és $SD=1.594$, és a látó személyek esetében $M=5.405$ és $SD=1.571$.

Észlelt szociális támogatottság teljes skála eredménye: Nincs szignifikáns különbség a két csoportban az észlelt szociális támogatottság terén [$t(156)=-0.109$, $p=0.914$]. A két csoport között nem beszélhetünk számottevő különbségről az észlelt szociális támogatottság összértéke mentén, az átlagok között csupán 0,025 értéknyi különbség van. A látássérültek esetében az átlag $M=5.426$, a szórás $SD=1.250$, és a látó személyeknél $M=5.451$, $SD=1.365$.

Az észlelt szociális támogatottság terén mind a két populáció átlagértéke nagyobb, mint 5,1, ami azt jelenti, hogy mind a két csoportban magas az észlelt szociális támogatottság, hiszen Zimet et al. (1988) az 5,1-7 közötti átlagértéket magas észlelt szociális támogatottságként határozta meg.

Harmadik hipotézis vizsgálata

3. Hipotézis: A látássérült személyek önértékelése alacsonyabb, szemben a látó személyek önértékelésével.

Ezen hipotézis vizsgálata azért vált indokolttá, mert megosztó eredmények születtek korábbi kutatásokban abban a tekintetben, hogy az éplátó, vagy a látássérült személyek önértékelése az alacsonyabb. Augestad (2017) szerint a látássérült személyek önértékelése az alacsonyabb, szemben Kapinga & Aloni (2023) eredménye szerint a látássérült személyek önértékelése nem alacsonyabb, mint a látó személyek önértékelése.

Jelen vizsgálat eredménye a következő konszenzusra jutott: nincs szignifikáns különbség a látássérült személyek és a látó személyek önértékelése között [$t(156)=-0.165$, $p=0.869$]. Ezen hipotézis tekintetében sem mutatható ki szignifikáns eltérés a két csoportban. A látó személyek önértékelése egy minimális értékkel magasabb, de ez nem szignifikáns különbség, 0,150 a

különbség. A látó személyek esetében az átlag $M=27.990$, a szórás $SD=6.158$, és a látássérült személyek átlaga $M=27,840$, szórás $SD=4.937$.

Negyedik hipotézis vizsgálata

4. Hipotézis: Látássérülteknél az észlelt szociális támogatottság és az önértékelés között szignifikáns, pozitív együttjárás azonosítható. Augestad (2017) kutatása alapján az feltételezhető, hogy a látássérült személyek esetében az önértékelést alapjáraton a minőségi szociális kapcsolatok határozzák meg, így szoros kapcsolat azonosítható egy személy önértékelése és a kapott támogatás között. Amennyiben megkap minden szükséges, minőségi támogatást, az kapcsolatban áll a magas önértékeléssel, és amennyiben nem kap megfelelő szociális támogatást, az kapcsolatban áll az alacsony önértékeléssel.

A korrelációs vizsgálat alapján a következő eredmény határozható meg: az önértékelés és az észlelt szociális támogatottság között egy pozitív irányú, gyenge korreláció van. A teljes Észlelt Szociális Támogatottság és az önértékelés közötti korreláció a következő: $r=0.329$, $p=0.019$. Ezen jellemzők alapján egyértelműen azonosítható a kapcsolat, de a korrelációs együttható még a gyenge erősségen belül van (0,2-0,4 közötti érték), ami azt jelenti, hogy biztos a kapcsolat, de gyenge. Ez alapján megfogalmazható, hogy amennyiben jelen van az észlelt szociális támogatottság, nő az önértékelés is.

Az Észlelt Szociális Támogatottság együttjárását az önértékeléssel a totál értéken kívül dimenziókra is lehet bontani, és mindenik dimenzió esetében megvizsgáltuk a korrelációs együtthatót.

Az egyéb jelentős kapcsolatok és az önértékelés között pozitív irányú, gyenge kapcsolat mutatható ki ($r=0.328$, $p=0.020$). Ebben az esetben is a korrelációs együttható még a 0,2-0,4 közé esik, ami azt jelöli, hogy biztosan van kapcsolat, de gyenge erősségű. Eszerint tehát az egyéb jelentős kapcsolatok jelenléte kapcsolatban áll az önértékelés növekedésével.

A baráti kapcsolatok és az önértékelés között szignifikáns, pozitív irányú statisztikailag gyenge együttjárás mutatható ki ($r=0.339$, $p=0.016$). Az r érték ebben az esetben azt jelöli, hogy 0,2 és 0,4 közötti értékről van szó, tehát biztosan van kapcsolat, de gyenge erősségű. Ebben az esetben is elmondható, hogy a baráti kapcsolatok jelenléte kapcsolatban áll az önértékelés növekedésével.

A családi kapcsolatok és az önértékelés között nincs szignifikáns, pozitív irányú, statisztikailag jelentős együttjárás ($r=0.161$, $p=0.263$). A szignifikanciaérték $p>0,05$, és az r , a korelációsegüthető 0-0,2 közötti érték, ami nem jelöl kapcsolatot a két változó között. Ebben az esetben tehát a családi kapcsolatok jelenléte nem mutat együttjárást a magas önértékeléssel.

A fenti eredmények alapján tehát az észlelt szociális támogatottság bizonyos dimenziói szignifikáns kapcsolatban állnak az önértékeléssel, kivételt képeznek a családi kapcsolatok.

Következtetések

Az alapján, hogy az első hipotézis nem mutatott különbséget a látássérült és látó személyek magányossága mentén, arra lehet következtetni, hogy a sérülésükből adódó korlátok a látássérülteket nem különböztetik meg a látó személyektől, ugyanolyan mértékben tudnak kapcsolatokat kialakítani, és társaságba járni, vannak olyan minőségi kapcsolataik, amelyek által nem magányosodnak el.

A második hipotézis eredménye szerint nem alacsonyabb a látássérültek észlelt szociális támogatottsága. Ezek alapján arra lehet következtetni, hogy ma már a látássérült személyek is megtalálják azokat a hidakat, amelyek által bevonódhatnak a társadalomban, és amely által elfogadják őket, és megkapják a szükséges támogatást. Továbbá fontos kiemelni, hogy azok a személyek, akikhez eljutott a kérdőív, már tagjai valamilyen közösségnek, csoportnak, egyesületnek, hiszen a kérdőívet ezeken keresztül terjesztettük. Amennyiben tagja valamilyen közösségnek, akkor nagy valószínűséggel megkapja a szükséges szociális erőforrásokat a személy.

A harmadik hipotézis eredményére, miszerint nincs szignifikáns különbség a látássérült, és a látó személyek önértékelése között, magyarázatul szolgálhat az, hogy az a látássérült személy, akihez eljutott online platformon keresztül a kérdőív, egyrészt közösségek tagja, ami által fontosnak érezheti magát, és így magasabb az önértékelése, másrészt az a személy, aki kitöltötte a kérdőívet, nagy valószínűséggel olyan kompetenciák birtokosa, amelyek által boldogul az online térben, és ez növeli az önértékelését. Harmadrészt, mivel a kitöltők nagy része gyengénlátó és aliglátó, így előfordulhat, hogy integrált oktatásban vettek részt, ami Kapinga and Aloni (2023) kutatása szerint jó hatással van a látássérült személyek önértékelésére.

A negyedik hipotézis eredményei alapján levonható, hogy látássérültek esetében pozitív együttjárás van az észlelt szociális támogatottság, és az önértékelés között. Ez valószínűleg annak köszönhető, hogy egy személy önértékelését az határozza meg, hogy milyen helyet foglal el a társadalomban, mennyire hasznos, és amennyiben egy személy hatékony szociális kapcsolatokkal

rendelkezik, megfelelő támaszt kap, részt tud vállalni a társadalmi életben, és az kapcsolatban áll a magas önértékeléssel.

A három skála közül egy skála esetében nem szignifikáns az együttjárás, ez a családi alskála. Ennek magyarázata visszavezethető Chu&Chan (2022) kutatására is, mely szerint serdülőkorig a szülők támogatása a legfontosabb, és később fiatal felnőttkorban, felnőttkorban, és időskorban a kortársi, baráti kapcsolatok jelentősebbek. Jelen kutatásban tizennyolc év feletti személyek vettek részt, ami azt jelenti, hogy számukra a baráti kapcsolatok a fontosak, és a szülői kapcsolatok háttérbe szorulnak.

A fenti eredmények arra engednek következtetni, hogy a mai társadalom befogadó a látássérültekkel szemben. Azáltal, hogy a látássérültek nem magányosabbak, nem alacsonyabb az észlelt szociális támogatottságuk, és az önértékelésük. Ebből arra következtetünk, hogy nem egyértelműen izolálódnak el a látássérültek a korlátai miatt, hanem megtalálják azokat a lehetőségeket, ahol kapcsolatokat alakíthatnak ki, amelyek támogatást nyújthatnak a mindennapokban, a boldogulásban, és így amellet, hogy nem magányosodnak el, szerepet tudnak vállalni a társadalomban, és nem lesz alacsony az önértékelésük, nem érzik magukat kevesebbnek, mint éplátó társaik.

A kutatás korlátai

A kutatás korlátjaként kiemelhető, hogy a résztvevők esetében a G*Power program a független mintás t-próba esetén mind a két csoportban hatvannégy-hatvannégy résztvevőt ajánlt $d=0,5$, közepes hatásérősség és $0,8$ statisztikai erő mellett, jelen vizsgálatban azonban a látássérültek csoportjában ötven résztvevő volt. Illetve a negyedik hipotézis esetében, ahol korrelációt vizsgáltunk, látássérült populációban az észlelt szociális támogatottság, és az önértékelés között a G*Power program $0,3$ hatásnagyság, és $0,8$ -as statisztikai erő mellett hatvanhét személyt javasolt, de a vizsgálatban, csupán ötven résztvevő volt. Ezért az eredményeket óvatosan kell kezelni. Mivel a látássérült személyek nehezebben tudják használni a technikai eszközöket, nagyrészüknél speciális eszközökre van szükségük, ezért nehezített volt eljuttatni hozzáuk a kérdőívcsomagot, így kevesebb résztvevő volt abban a csoportban, szemben a látó személyekkel, akikhez egyszerűbben el tudott jutni a kérdőívcsomag, és könnyebben ki tudták tölteni.

Javaslatok a jövőre nézve

Továbbfejlesztési lehetőségként, a jövőben érdemes lenne apróbb elemekre bontani a kutatást, és több változó mentén vizsgálni. Érdemes lenne az önértékelést vizsgálni a látássérültek csoportján belül több demográfiai adat mentén, például dolgozók, és nem dolgozók, valamint a munka típusa mentén, hiszen Heppe et al. (2020) kutatásában kiemeli a munka szerepét az önértékelésben.

Az észlelt szociális támogatottság mellett lehetne vizsgálni a párkapcsolat együttjárását az önértékeléssel, ugyanis Bailey (2003) eredményei szerint a párkapcsolat jelenléte, és minősége is szoros kapcsolatban áll az önértékeléssel.

A jövőre nézve mindenképpen arra kellene törekedni, hogy még több aliglátó és vak személyhez jusson el a kutatás, hiszen jelen vizsgálatban kevés vak személy vett részt.

A kutatás arra enged következtetni, hogy a látássérült személyek szocializációjával, és önértékelésével szoros kapcsolatban állnak a technikai segédeszközök, így egy további vizsgálatként lehetne kutatni ugyanezen konstruktumok mentén, tehát magányosságot, észlelt szociális támogatottságot, az önértékelést a csoporton belül azoknál, akik használnak technikai eszközöket, és azoknál, akik nem használnak segédletet.

Felhasznált szakirodalom

Augestad, L. B. (2017). Self-concept and self-esteem among children and young adults with visual impairment: A systematic review. *Cogent Psychology*, 4(1), 1319652. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652>

Bailey, J. A. (2003). The foundation of self-esteem. *Journal of the National Medical Association*, 95(5), 388–393.

- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bosma, H., Jansen, M., Schefman, S., Hajema, K. J., & Feron, F. (2015). Lonely at the bottom: a cross-sectional study on being ill, poor, and lonely. *Public Health*, 129(2), 185–187. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.016>
- Brunes, A., & Heir, T. (2020). Visual impairment and depression: Age-specific prevalence, associations with vision loss, and relation to life satisfaction. *World Journal of Psychiatry*, 10(6), 139–149. <https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i6.139>
- Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological Bulletin*, 140(6), 1464–1504. <https://doi.org/10.1037/a0037618>
- Chodorow, N. (1974). Family structure and feminine personality. In M. Z. Rosaldo & L. Lamphere (Eds.), *Woman, culture and society* (pp. 43–66). Stanford University Press.
- Chu, H.-Y., & Chan, H.-S. (2022). Loneliness and Social Support among the Middle-Aged and Elderly People with Visual Impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 14600. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114600>
- Chu, P. Sen, Saucier, D. A., & Hafner, E. (2010). Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(6), 624–645. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.6.624>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- 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>
- Colenbrander, A. (2010). Assessment of functional vision and its rehabilitation. *Acta Ophthalmologica*, 88(2), 163–173. <https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2009.01670.x>
- Cumberland, P. M., & Rahi, J. S. (2016). Visual Function, Social Position, and Health and Life Chances. *JAMA Ophthalmology*. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2016.1778>
- Cutrona, C., Russell, D., & Rose, J. (1986). Social support and adaptation to stress by the elderly.

Psychology and Aging, 1(1), 47–54. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.1.1.47>

- Drageset, J. (2021). Social Support. In G. Haugan & M. Eriksson (Eds.), *Health Promotion in Health Care – Vital Theories and Research* (pp. 137–144). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-63135-2_11
- Dunkel, C. S., & Harbke, C. (2017). A Review of Measures of Erikson’s Stages of Psychosocial Development: Evidence for a General Factor. *Journal of Adult Development*, 24(1), 58–76. <https://doi.org/10.1007/s10804-016-9247-4>
- Erdfelder, E., FAul, F., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Eriksson, M. (2006). Antonovsky’s sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Flynn, H. K. (2003). Self esteem theory and measurement: A critical review. *The Journal of Feminist Theory & Culture*, 3(1), 1–17. <https://www.researchgate.net/publication/326312943>
- Fuentes, F., Moreno, A., & Díez, F. (2022). The Usability of ICTs in People with Visual Disabilities: A Challenge in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 10782. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710782>
- Griffin-Shirley, N., & Nes, S. L. (2005). Self-Esteem and Empathy in Sighted and Visually Impaired Preadolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 99(5), 276–285. <https://doi.org/10.1177/0145482X0509900503>
- Halder, S., & Datta, P. (2012). Insights into self-concept of the adolescents who are visually impaired in India. *International Journal of Special Education*, 27(2), 86–93.
- Heinrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clinical Psychology Review*, 26(6), 695–718. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.04.002>
- Heller, K., Swindle, R. W., & Dusenbury, L. (1986). Component social support processes: Comments and integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 466–470. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.4.466>
- Heppe, E. C. M., Kef, S., de Moor, M. H. M., & Schuengel, C. (2020). Loneliness in young adults with a visual impairment: Links with perceived social support in a twenty-year longitudinal study. *Research in Developmental Disabilities*, 101, 103634. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2020.103634>

- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>
- Huang, C. (2010). Mean-Level Change in Self-Esteem from Childhood through Adulthood: Meta-Analysis of Longitudinal Studies. *Review of General Psychology*, 14(3), 251–260. <https://doi.org/10.1037/a0020543>
- Hutten, E., Jongen, E. M. M., Hajema, K., Ruiter, R. A. C., Hamers, F., & Bos, A. E. R. (2022). Risk factors of loneliness across the life span. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(5), 1482–1507. <https://doi.org/10.1177/02654075211059193>
- Huurre, T. M., Komulainen, E. J., & Aro, H. M. (2001). Relationships with parents and friends, self-esteem and depression among adolescents with visual impairments. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 3(1), 21–37. <https://doi.org/10.1080/15017410109510766>
- Kapinga, O. S., & Aloni, M. (2023). Measuring levels of self-esteem of students with visual impairments in regular schools in Tanzania. *British Journal of Visual Impairment*, 41(2), 388–399. <https://doi.org/10.1177/02646196211051685>
- Kef, S. (2002). Psychosocial Adjustment and the Meaning of Social Support for Visually Impaired Adolescents. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 96(1), 22–37. <https://doi.org/10.1177/0145482X0209600104>
- Kent de Grey, R. G., Uchino, B. N., Trettevik, R., Cronan, S., & Hogan, J. N. (2018). Social support and sleep: A meta-analysis. *Health Psychology*, 37(8), 787–798. <https://doi.org/10.1037/hea0000628>
- Kuster, F., Orth, U., & Meier, L. L. (2013). High Self-Esteem Prospectively Predicts Better Work Conditions and Outcomes. *Social Psychological and Personality Science*, 4(6), 668–675. <https://doi.org/10.1177/1948550613479806>
- Li, L. W., Liu, J., Xu, H., & Zhang, Z. (2016). Understanding Rural–Urban Differences in Depressive Symptoms Among Older Adults in China. *Journal of Aging and Health*, 28(2), 341–362. <https://doi.org/10.1177/0898264315591003>
- Lim, M. H., Eres, R., & Vasan, S. (2020). Understanding loneliness in the twenty-first century: an update on correlates, risk factors, and potential solutions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 793–810. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01889-7>
- Lupón, M., Cardona, G., & Armayones, M. (2021). Public knowledge of low vision and blindness,

- and readability of on-topic online information. *Journal of Optometry*, 14(3), 240–246. <https://doi.org/10.1016/j.optom.2020.06.005>
- Major, B. (1994). *From Social Inequality to Personal Entitlement: the Role of Social Comparisons, Legitimacy Appraisals, and Group Membership* (pp. 293–355). [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60156-2](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60156-2)
- Marsh, H. W., Martin, A. J., & Jackson, S. (2010). Introducing a Short Version of the Physical Self Description Questionnaire: New Strategies, Short-Form Evaluative Criteria, and Applications of Factor Analyses. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 32(4), 438–482. <https://doi.org/10.1123/jsep.32.4.438>
- McLeod, S. (2018). Erik Erikson's Stages of Psychosocial Development. *Journal of Simply Psychology*, 22(4), 314–319. <https://doi.org/10.1037/h0076749>
- Mishra, V., & Singh, A. (2012). A comparative study of self- concept and self-confidence of sighted and visually impaired children. *International Journal of Multidisciplinary Management Studies*, 4(1), 148–156. <https://doi.org/10.1080/23311908.2017.1319652>
- Orth, U., Robins, R. W., & Widaman, K. F. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(6), 1271–1288. <https://doi.org/10.1037/a0025558>
- Orth, U., Robins, R. W., Widaman, K. F., & Conger, R. D. (2014). Is low self-esteem a risk factor for depression? Findings from a longitudinal study of Mexican-origin youth. *Developmental Psychology*, 50(2), 622–633. <https://doi.org/10.1037/a0033817>
- Osaba, M., Doro, J., Liberal, M., Lagunas, J., Kuo, I. C., & Reviglio, V. E. (2019). Relationship Between Legal Blindness and Depression. *Medical Hypothesis, Discovery, and Innovation in Ophthalmology*, 8(4), 306–311.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual: a step by step guide to data analysis using SPSS* Maidenhead: Open University Press/ NcGRAW-Hill, Chicago.
- Papadopoulos, K. (2014). The impact of individual characteristics in self-esteem and locus of control of young adults with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities*, 35(3), 671–675. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.12.009>
- Pinquart, M., & Pfeiffer, J. P. (2013). Identity Development in German Adolescents with and without Visual Impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 107(5), 338–349. <https://doi.org/10.1177/0145482X1310700503>

- Resnikoff, S., Pascolini, D., Etya'ale, D., Kocur, I., Pararajasegaram, R., Pokharel, G. P., & Mariotti, S. P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 844–851. <https://doi.org/S0042-96862004001100009>
- Rokach, A., Berman, D., & Rose, A. (2021). Loneliness of the Blind and the Visually Impaired. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641711>
- Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141. <https://doi.org/10.2307/2096350>
- Rostila, M. (2011). The Facets of Social Capital. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 41(3), 308–326. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.2010.00454.x>
- Roux, A. (1988). *The African philosophy reader*. Oxford University Press. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20706928>
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Sallay, V., Martos, T., Földvári, M., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). Hungarian version of the Rosenberg Self-esteem Scale (RSES-H): An alternative translation, structural invariance, and validity. *Mentalhigiéné Es Pszichoszomatika*, 15(3), 259–275. <https://doi.org/10.1556/Mental.15.2014.3.7>
- Sanderson, C. (2013). *Health Psychology*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103452>
- Shah, K., Frank, C. R., & Ehrlich, J. R. (2020). The association between vision impairment and social participation in community-dwelling adults: a systematic review. *Eye*, 34(2), 290–298. <https://doi.org/10.1038/s41433-019-0712-8>
- Szokolszky á. (2004). *Kutatómunka a pszichológiában: Gyakorlatok*. Osiris kiadó.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*, 4(3), 236–255. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2009.01122.x>
- Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 85–104. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.613875>

- Vinje, H. F., Langeland, E., & Bull, T. (2017). Aaron Antonovsky's Development of Salutogenesis, 1979 to 1994. *Journal of National Library of Medical*, 25–40. https://doi.org/10.1007/978-3-319-04600-6_4
- Wade, T. J., Thompson, V., Tashakkori, A., & Valente, E. (1989). A longitudinal analysis of sex by race differences in predictors of adolescent self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 10(7), 717–729. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(89\)90118-9](https://doi.org/10.1016/0191-8869(89)90118-9)
- Wagner, J., Lang, F. R., Neyer, F. J., & Wagner, G. G. (2014). Self-esteem across adulthood: the role of resources. *European Journal of Ageing*, 11(2), 109–119. <https://doi.org/10.1007/s10433-013-0299-z>
- Were, C. M., Chisikwa Indoshi, F., & Yalo, J. A. (2010). Gender differences in self-concept and academic achievement among visually impaired pupils in Kenya. *Educational Research*, 1(8), 246–252. <http://www.interesjournals.org/ER>
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., & Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*, 89(2), 302–314. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2