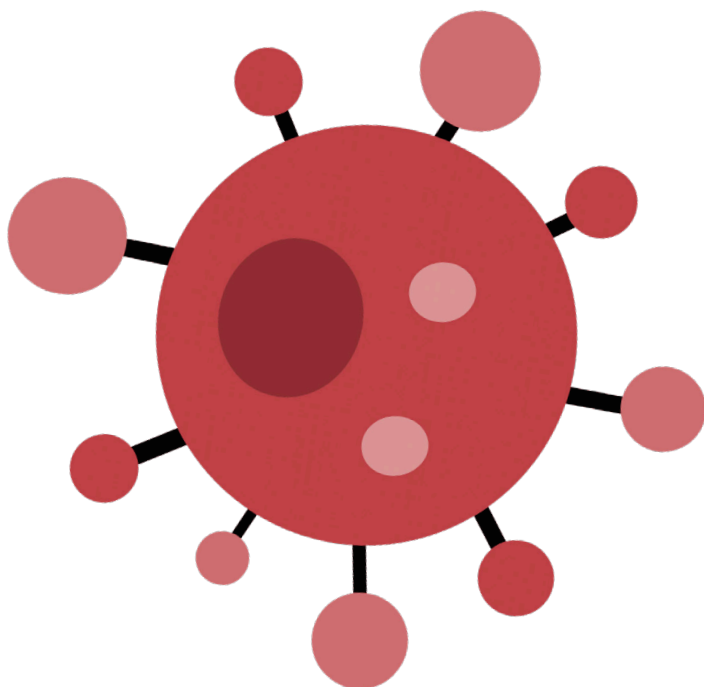


FEHÉR KÖNYV A COVID-19-JÁRVÁNY TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HATÁSAIRÓL



| < | >
| Γ | <
K T I
Közgazdaságtudományi
Intézet

ELKH | Eötvös Loránd
Kutatási Hálózat

FEHÉR KÖNYV A COVID-19-JÁRVÁNY TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HATÁSAIRÓL



ELKH | Eötvös Loránd
Kutatási Hálózat

Eötvös Loránd Kutatási Hálózat
Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont,
Közgazdaságtudományi Intézet

SZERKESZTETTE:

Horn Dániel és Bartal Anna Mária

FEJEZETSZERKESZTŐK:

Bíró Anikó és Elek Péter (1. fejezet), Bartal Anna Mária (2. fejezet),
Varga Júlia (3. fejezet), Kónya István (4. fejezet)

Olvasószerkesztő: Székács István

Tördelőszerkesztő: Fábián Attila

SZAKMAI LEKTOROK:

Ferenci Tamás (1. fejezet), Földi Rita (2.1. fejezet), Dávid Bea (2.2. fejezet),
Lannert Judit (3. fejezet), Scharle Ágota (4. fejezet)

SZERZŐK:

ADAMECZ ANNA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és University
College London Social Research Institute

BÁRDITS ANNA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Central European
University

BARTAL ANNA MÁRIA, Önkéntes Szemle

BÍRÓ ANIKÓ, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont

BOZA ISTVÁN, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont

CSILLAG MÁRTON, Budapest Intézet és Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutató-
központ

ELEK PÉTER, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapesti Corvi-
nus Egyetem

GÁSPÁR ATTILA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont

HADHÁZI ÉVA, Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutató-
csoport

HAJDU TAMÁS, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont

HERMANN ZOLTÁN, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapesti
Corvinus Egyetem

HOLB ÉVA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapesti Corvinus
Egyetem

HORN DÁNIEL, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapesti
Corvinus Egyetem

KARSAI MÁRTON, Central European University és Rényi Alfréd Matematikai Kutatóintézet

KHAYOUTI SÁRA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
KISFALUSI DOROTTYA, Társadalomtudományi Kutatóközpont
KOLTAI JÚLIA, Társadalomtudományi Kutatóközpont és Eötvös Loránd Tudományegyetem
KÓNYA ISTVÁN, Budapesti Corvinus Egyetem és Közgazdaság- és Regionális Tudományi
Kutatóközpont
KÖLLŐ JÁNOS, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
KÖVESDI ANDREA, Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutató-
csoport
KREKÓ JUDIT, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapest Intézet
LÁSZLÓ TAMÁS, Eötvös Loránd Tudományegyetem
LIGETI ANNA SÁRA, Pécsi Tudományegyetem
LUKÁCS J. ÁGNES, Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi
Tanszék
MAYER BALÁZS, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
MESSING VERA, Társadalomtudományi Kutatóközpont és Central European University
MOLNÁR GYÖNGYVÉR, Szegedi Tudományegyetem
PETŐ RITA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
REIZER BALÁZS, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Budapesti
Corvinus Egyetem
RÖST GERGELY, Szegedi Tudományegyetem
SEMJÉN ANDRÁS, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
SZABÓ-MORVAI ÁGNES, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont és Debre-
ceni Egyetem
TÖRŐ KRISZTINA, Károli Gáspár Református Egyetem, Reziliens Fejlődés-Pozitív Kutató-
csoport
VARGA JÚLIA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont
VARGA KINGA, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont

TARTALOMJEGYZÉK

BEVEZETÉS	7
1. A COVID-19-JÁRVÁNY EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI	
<i>Fejezetszerkesztő: Bíró Anikó, Elek Péter</i>	11
1.1. Koronavírus-esetszámok és -halálozás (<i>Hajdu Tamás, Krekó Judit</i>)	13
1.2. A COVID-19-járvány hatásai az egészségügyi ellátórendszerre és az egészségi állapotra (<i>Bárdits Anna, Elek Péter, Mayer Balázs</i>)	23
1.3. A COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos attitűdök a magyar társadalomban (<i>Ligeti Anna Sára, Karsai Márton, Koltai Júlia, Röst Gergely</i>)	33
1.4. A COVID-19 fertilitásra és szülési eseményekre gyakorolt hatása (<i>Szabó-Morvai Ágnes</i>)	43
2. A COVID-19-JÁRVÁNY EGYÉNI ÉS KÖZÖSSÉGI VONATKOZÁSAI	
<i>Fejezetszerkesztő: Bartal Anna Mária</i>	49
2.1. Egyéni pszichés változók vizsgálata a COVID-19-járvány idején (<i>Kövesdi Andrea, Hadházi Éva, Törő Krisztina</i>)	52
2.2. A COVID-19-járvány hatása a közösségi rezilienciára (<i>Bartal Anna Mária, Lukács J. Ágnes, László Tamás</i>)	68
2.3. Az egyéni és a közösségi reziliencia összefüggései (<i>Kövesdi Andrea, Bartal Anna Mária, Lukács J. Ágnes, László Tamás</i>)	99
3. A COVID-19-JÁRVÁNY HATÁSA AZ OKTATÁSRA	
<i>Fejezetszerkesztő: Varga Júlia</i>	105
3.1. A távolléti oktatás időtartama, az iskolák, pedagógusok és diákok felkészültsége, tanulási elmaradás a pedagógusok véleménye szerint (<i>Holb Éva, Khayouti Sára, Kisfalusi Dorottya, Messing Vera, Varga Kinga, Varga Júlia</i>)	108
3.2. A koronavírus-járvány okozta rendkívüli oktatási helyzet hatása a tanulói teljesítményekre (<i>Hermann Zoltán, Molnár Gyöngyvér</i>)	130
3.3. Fiatalok az iskolában és a munkaerőpiacon a COVID-19-járvány alatt (<i>Adamecz-Völgyi Anna</i>)	137
3.4. Egy hazai jó gyakorlat (<i>Molnár Gyöngyvér</i>)	142
3.5. Külföldi jó gyakorlatok (<i>Holb Éva, Semjén András</i>)	145

4. A COVID-19-JÁRVÁNY MUNKAERŐPIACI VONATKOZÁSAI	
<i>Fejlesztésszerkesztő: Kónya István</i>	151
4.1. Munkaerőpiaci következmények (<i>Köllő János</i>)	154
4.2. Állásvesztés és állásváltás (<i>Boza István, Kónya István és Krekó Judit</i>)	178
4.3. Bukkanók az emelkedőben? – A bérstruktúrát ért sokkok 2020 óta (<i>Gáspár Attila és Reizer Balázs</i>)	195
4.4. Az otthoni munkavégzés lehetőségei Magyarországon (<i>Pető Rita</i>)	204
4.5. Az egészségügyi foglalkozásokban dolgozók egészségi és foglalkoztatási helyzete (<i>Bíró Anikó, Csillag Márton</i>)	213
HIVATKOZÁSOK	225

BEVEZETÉS

Kötetünk célja a COVID-19-járvány rövid és hosszú távú hatásainak feltárása. A több mint két éve tartó pandémia következményeivel való szembenézés elkerülhetetlen a megfelelő közpolitikai intézkedések kidolgozásához. Enélkül a halmozottan megjelenő és nem vagy csak esetleg megoldott társadalmi-gazdasági problémák egymást erősítő felhalmozódhatnak.

A COVID-19-járványt végigkísérte a válság, illetve katasztrófa narratívák versengése. E narratívák alapján a kötetben a járványt inkább válságként értelmeztük, amennyiben az „meglepetést” jelentett a döntéshozók számára, jelentős fenyegetettséget hozott a társadalmi-gazdasági célok elérését illetően, valamint a megfelelő és hatékony válaszok kidolgozására szoros és korlátozott idő állt rendelkezésre. Ugyanakkor úgy látjuk, hogy a COVID-19-járvány a katasztrófákra jellemző jegyeket is hordozott, mivel egyfelől súlyosan megzavarta a kollektív cselekvések rutinjait (lezárások, kijárási és személyes érintkezések korlátozása), másfelől olyan társadalmi és gazdasági zavarokat okozott, amelyek gyors, azonnali beavatkozásokat követeltek. Fontos kiemelni, hogy mind a válság-, mind a katasztrófafolyamatot olyan közös jelenségek kísérik, mint a fenyegetettség, a bizonytalanság, a sérülékenység, valamint az elszenvedett stressz, trauma, amelyek önmagukban is komoly közpolitikai intézkedéseket igényelnének.

A Fehér Könyv kidolgozását és szerkesztését két cél határozta meg:

- egyfelől megmutatni a COVID-19-járvány emberi (humán) hatásait;
- másfelől elemezni a járvány társadalmi teljesítményre gyakorolt hatásait.

Mindkét dimenzió mentén olyan fontos, rendszerszintű következtetések vonhatók le, amelyek a későbbi közpolitikai döntések előkészítéséhez elengedhetetlenek. Az elemzések eredményei ehhez kívánnak hozzájárulni azzal, hogy egyrészt leírják a COVID-19-járvány utáni „helyreállítási” stratégiák kiindulási helyzetét, másrészt felvázolják azt a közpolitikai kihívást is, hogy a „helyreállítási” stratégiák kidolgozásakor egy új, megváltozott helyzettel kell számolni, és azok középpontjában a változásokhoz, új körülményekhez jobban alkalmazkodó rendszerek kialakítására kell fegyellemmel lenni.

A COVID-19-járvány során közvetlenül és „látványosan” annak egészségügyi hatásaival kellett szembenézni. Ezért a kötet első fejezete a pandémia humán és társadalmi szinten jelentkező egészségügyi következményeivel foglalkozik. Mindenekelőtt a koronavírusban megbetegedettek és elhalálozottak számát (1.1. fejezet) és a járvány általános egészségi állapotra gyakorolt hatását mutatjuk be, hiszen az egészségügyi rendszer leterheltsége közvetetten is ronthatta a népesség egészségi állapotát, a műtétek elhalasztása vagy a szűrések elmaradása által (1.2. fejezet). A járvány elleni védekezés egyik

kiemelt kihívása volt a védőoltások megjelenése után az azokkal kapcsolatos egyéni és csoportos attitűdök javítása, hiszen enélkül nehézkes a társadalmi védettség elérése. Ennek a kérdésnek a többszintű elemzése olvasható az 1.3. fejezetben. Számolni kell azzal is, hogy a koronavírus-járványnak hosszú távú hatásai is lehetnek, ezért az 1.4. fejezet azzal foglalkozik, hogyan érintette a pandémia a fertilitást.

A válságok, katasztrófák egyik legsúlyosabb következménye a társadalmi támogató kapcsolatok zavara, vagy ami ennél is súlyosabb, az elvesztése. A COVID-19-járvány miatt erőteljesen korlátozottá váltak a társadalmi kapcsolatok. Ezért a kötet következő fejezetének első tanulmánya (2.1. fejezet) a pandémia hatásainak lélektani következményeit tárja fel. Ennek keretében a járvány hatásaival való megküzdési folyamatot befolyásoló stressz- és protektív faktorokat (társas támogatás), valamint az egyéni rezilienciaképesség eloszlását elemzi. A második tanulmány (2.2. fejezet) fókuszában a társadalmi hatások, a közösségi reziliencia vizsgálata áll. Az e témával foglalkozó kutatásunk a társadalmi tőke normáját megjelenítő segítő kapcsolatokra mint erőforrásokra koncentrált.

Mindkét tanulmány alapvetése, hogy a rugalmasan ellenálló (reziliens) társadalom a rugalmasan ellenálló egyének vállán nyugszik, akik képesek adaptív módon megküzdenni egy stresszor (katasztrófa, válság, trauma, stressz) hatásaival. A tanulmányok feltárják azon társadalmi csoportok jelenlétét és jellemzőit, melyeknek fokozottabb fenyegetettségük, magasabb stressz-szintjük miatt, valamint társas támogatási rendszerük hiányából fakadóan rezilienciastratégiáik is sérültek (2.3. fejezet).

A Fehér Könyv második – a járvány társadalmi alrendszerek teljesítményére gyakorolt hatását feltáró – része egyfelől az oktatásban, másfelől a munkaerőpiacon zajló folyamatok és következmények elemzésével foglalkozik.

A 3. fejezet öt alfejezetben vizsgálja a COVID-19-járvány hatását az oktatási szektorban. Az első alfejezetben egy reprezentatív minta segítségével mutatjuk be, hogy az iskolaigazgatók és tanárok szerint hogyan befolyásolta a járvány a magyar közoktatást (3.1. fejezet). Az utolsó három tanévben hosszú időszakok estek ki a jelenléti oktatásból, a tanulók mennyiségben és minőségben is kevesebb oktatást kaptak a távolléti oktatás idején, mint amit a tantermekben kaptak volna. Ez a tanárok, iskolaigazgatók véleménye szerint komoly tanulási veszteségekhez vezetett. A pedagógusok véleményét tanulói teljesítménymérési eredményekkel is alátámasztjuk a második alfejezetben (3.2. fejezet). A bemutatott eredmények szerint a diákok akár egy teljes évvel is lemaradhattak a normál tanmenettől. A lemaradás különösen sújtotta azokat, akik olyan iskolákba járnak, ahol sok a hátrányos helyzetű tanuló, illetve a szakképző iskolákban tanulók is az átlagosnál nagyobb mértékben maradtak le. A tesztpontszámokon túl a járvány az iskolából épp most kikerülő munkaerőpiaci elhelyezkedési esélyeit is befolyásolta (3.3. fejezet). A pandémia alatt nőtt az iskolai lemorzsolódás és a korai iskolaelhagyók aránya is. Mindez komolyan rombolhatja a most iskoláskorú korosztályok iskolai és későbbi munkaerőpiaci életpályáját is. A negyedik (3.4. fejezet) és ötödik (3.5. fejezet) alfejezetekben olyan hazai és nemzetközi jó gyakorlatokat mutatunk be, amelyek példaként szolgálhatnak a döntéshozóknak a kialakult helyzet megoldásában.

A 4. fejezet a COVID-19-járvány munkaerőpiaci vonatkozásait öt alfejezetben foglalja össze. Az első és második alfejezetek a pandémia általános munkapiaci következményeit mutatják be. A járvány első hulláma következtében hozott korlátozó intézkedések különösen erős sokként hatottak a munkaerőpiacra. A korlátozások hatását munkapiaci statisztikákkal látni lehet ugyan, de nem teljes mértékben, hiszen az eddigi indikátorokat (pl. munkanélküliségi arány) „békeidőkre” fejlesztették. A korlátozások hatására ezen statisztikák több esetben torz képet adnak a munkaerőpiaci folyamatokról, amelyet ezekben az alfejezetekben igyekszünk kitisztítani. Míg a 4.1. fejezet az általános trendeket elemzi, és javaslatot tesz az indikátorok javítására, a 4.2. fejezet az állásvesztések és a munkapiaci alkalmazkodás mintázatát térképezi fel, hogy a munkapiac belső dinamikáját jobban meg lehessen érteni. A munkavállalási esélyek és a jogviszonyok mellett az állásban lévők bérstruktúrája is változott a járvány hatására (4.3. fejezet). A harmadik alfejezet azt vizsgálja, hogy az immár évek óta dinamikus bérnövekedést mely szektorokban és milyen mértékben akasztotta meg a pandémia első hulláma, és hogy ez a sokk a következő hullámokban hogyan alakult. A COVID-19-járvány egyik fontos munkapiaci hatása volt a munkavégzés helyének megváltoztatása, amennyiben rákényszerítette a munkavállalókat, hogy otthonról dolgozzanak, ha ez lehetséges volt. A negyedik alfejezet (4.4. fejezet) az otthoni munkavégzés lehetőségeit vizsgálja, áttekintve azt, hogy a járvány miatti rendelkezések mely szakmákban okozhattak kisebb és melyekben nagyobb fennakadásokat. A 4.5. fejezet az egészségügyben dolgozók foglalkoztatási körülményeit külön taglalja. A COVID-19-járvány az egészségügyi dolgozók foglalkoztatási esélyeit különösen átrendezte, hiszen ez a szektor közvetlenül, a megemelkedett igény miatt, és közvetve, a kialakult gazdasági válság miatt is különösen ki volt téve a járványnak.

1. A COVID-19-JÁRVÁNY EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI

FEJEZETSZERKESZTŐ: BÍRÓ ANIKÓ, ELEK PÉTER

Vezetői összefoglaló

Fejezetünk a COVID-19-járvány egészségügyi vonatkozásait vizsgálja. Az első tanulmányban a *koronavírus-esetszámokat és -halálozásokat* elemezzük. A járvány csaknem kétéves időszakát tekintve Magyarország az Európai Unión belül a kevés koronavírussal érintett azonosító országok közé tartozik, de ez részben az alacsony tesztelési intenzitásból következik. A kórházi kezelésre szorulóknak és a koronavírus okozta halálozások esetében az EU-s rangsor második helyén, a többlethalálozást tekintve pedig – a legidősebbek kivételével minden korosztályban – a rangsor első negyedében állunk. A többlethalálozás országokon belüli földrajzi különbségei is számottevőek, a legalacsonyabb és legmagasabb többlethalálozási rátájú megyék között két – két és félszeres különbség mutatható ki.

A második tanulmányban azt vizsgáljuk, hogyan hatott a járvány az *egészségügyi ellátórendszerre és az egészségi állapotra*. A koronavírus-járvány következtében a világszinten tapasztalható tendenciákkal összhangban Magyarországon is jelentős mértékben visszaesett a járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátásban részesülők száma. A gyógyszerfogyasztás összességében nem csökkent, a járvány elején megfigyelhető pánikvásárlás erősebb volt a gazdagabb járásokban. Továbbá részletesen megvizsgálunk három főbb betegség-típust: a daganatos, a szív- és érrendszeri, valamint a mentális betegségeket. Bemutatjuk, hogy mindhárom betegség-típus esetében csökkent a felismert és ellátott betegek száma.

A harmadik tanulmányban a *koronavírus elleni védőoltással kapcsolatos magyarországi attitűdöket* vizsgáljuk. 2021 végén az oltatlanok kisebb része volt nyitott arra, hogy a jövőben felvesse az első oltást, ők főként fiatalok, középiskolai érettségivel rendelkezők, akik magasabb arányban élnek a megyeszékhelyeken és az ország alföldi régióiban. Az oltatlanok nagyobb csoportját viszont azok alkották, akik kifejezetten visszautasítják az oltást, körükben magasabb a fiatalok, a középfokú iskolai végzettségűek, valamint a kisebb településtípusokon élők aránya. Az oltás elutasításának legfőbb oka a mellékhatások miatti félelem és bizonytalanság, valamint az oltás hatásának vagy a vírus veszélyességének alulértékelése. 2021 májusa óta növekedett a szülők gyermekekre vonatkozó oltási hajlandósága. A gyermekek oltását jobban támogatják a férfiak, az idősebb szülők és a diplomások.

A negyedik tanulmányban azt elemezzük, hogyan hatott a koronavírus-járvány *a fertilitásra és a szülési eseményekre*. A járvány magyarországi megjelenését követő kilencedik hónapban a születések száma jelentősen csökkent, majd a következő ne-

gyedévben hasonló mértékű növekedést mutatott, és a születések száma összességében visszaállt a járvány előtti pályára. A szülési eseményeken belül a császármetszések arányában tapasztalható növekvő trend a járványt megelőzően megtört, majd az arány a járvány kitörését követően tovább csökkent. A megfigyelt magzati halálozások száma a járvány időszakában jelentősen csökkent, aminek a kórházba nem került esetek számának növekedése lehetett a legvalószínűbb oka. Az abortuszok számában és területi megoszlásában tovább folytatódott a járvány előtti csökkenő trend.

Tanulmányaink alapján az alábbi közpolitikai következtetéseket vonjuk le:

- A kiterjedt és célzott tesztelési gyakorlat csökkentheti a mortalitást és magas a társadalmi megtérülési rátája. A jól célzott tesztelesek ugyanis lehetővé teszik az enyhe és tünetmentes esetek azonosítását, a fertőzési láncok megszakítását.
- Az egyes egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférés – a járvány felfutása miatt szükségessé váló – korlátozása esetén fontos figyelembe venni, hogy a kezeletlenül maradt (nem koronavírusos) betegségek később ronthatják a lakosság egészségi állapotát és növelhetik az ellátórendszer igénybevételét. Szükséges az elmaradt rákszűrések pótlása és az ellátórendszer felkészítése a mentális betegségek növekvő esetszámára.
- Az oltási hajlandóság növelése érdekében érdemes azokra az oltatlan társadalmi csoportokra fókuszálni, melyek nyitottak az oltás jövőbeli felvételére. Érdemes lehet a mellékhatások témakörét állítani az átoltottság növelését célzó programok és információs kampányok fókuszába. Az oltások regisztráció nélküli felvétele is növelni tudja az oltások iránti keresletet.
- A járvány hatására csökkenni látszik a császármetszéssel születések aránya, ami örvendetes lehet, amennyiben a csökkenést az egészségügyi szempontból nem indokolt császármetszések visszaszorulása okozta. További kutatások indokoltak a csökkenést kiváltó tényezők pontos feltárásához.
- A koronavírus-járvány összefüggéseinek és hatásainak mélyebb feltárása, a járványra ható tényezők megértése érdekében kiemelten fontos lenne a járvánnyal kapcsolatos adatok – például települések és intézmények szerinti halálozási adatok, egyéb kórházi, például az intenzív ellátásra vonatkozó adatok – nyilvánossá tétele.

1.1. Koronavírus-esetszámok és -halálozás

HAJDU TAMÁS, KREKÓ JUDIT

Bevezető

Fejezetünkben az Európai Unió országaival összevetve mutatjuk be a koronavírus-járvány magyarországi fertőzési és halálozási mutatóit, illetve a területi egyenlőtlenségeket. A koronavírus-járvány kitörése óta több hazai tanulmány is vizsgálta a többlethalandósági és egyéb járványmutatókat (Bogos és mtsai., 2021; Ferenci, 2021; Oroszi és mtsai., 2021; Tóth, 2021, 2022; Uzzoli, Kovács, Fábíán és mtsai., 2021; Uzzoli, Kovács, Páger és mtsai., 2021).¹ Elemzésünk a korábbi tanulmányoknál hosszabb időszakot ölel fel, így betekintést nyújt a 2022 elején induló ötödik hullám folyamatainak alakulásába, és lehetőséget ad a korábbi hullámokkal való összevetésére. A többlethalálozási mutatókat életkor szerinti bontásban hasonlítjuk össze az európai országok többlethalálozási mutatóival és a hivatalos koronavírus-halálozási adatokkal.

Tanulmányunk először az esetszámokat és a tesztelést vizsgálja, majd a koronavírus miatt kórházi kezelésre szorulókat mutatja be. Ezt követően a koronavírus-megbetegedés következtében elhunytak hivatalosan jelentett számát és a járvány alatti többlethalálozást elemezzük. Végül a magyarországi területi egyenlőtlenségeket tekintjük át röviden. A tanulmányhoz felhasznált adatforrásokat és az alkalmazott becslési módszereket az online függelékben mutatjuk be (B és C rész).

Esetszámok és tesztek

Az egyes országok, régiók koronavírus-járvánnyal való érintettségének összehasonlításakor az egyik lehetséges út a fertőzöttek számának vizsgálata. Magyarországon a legtöbb európai országhoz hasonlóan a 2020. februártól 2022. március elejéig tartó időszakban öt járványhullámot különböztethetünk meg, az adataink által lefedett időszak végén az ötödik hullám éppen a lecsengő szakaszban van.² Az egymillió főre vetített koronavírus-esetszámok azt mutatják, hogy Magyarország az Európai Unión belül azon országok közé tartozott, amelyek a járvány első hullámát komolyabb fertőzésszám nélkül vészték át (1.1. ábra). A 2021 elején zajló harmadik hullám kivételével a többi hullámban is relatíve kevés fertőzöttet azonosítottak hazánkban, így a koronavírus-járvány egészét tekintve is az alacsony összesített esetszámot jelentő országok között találjuk Magyarországot.

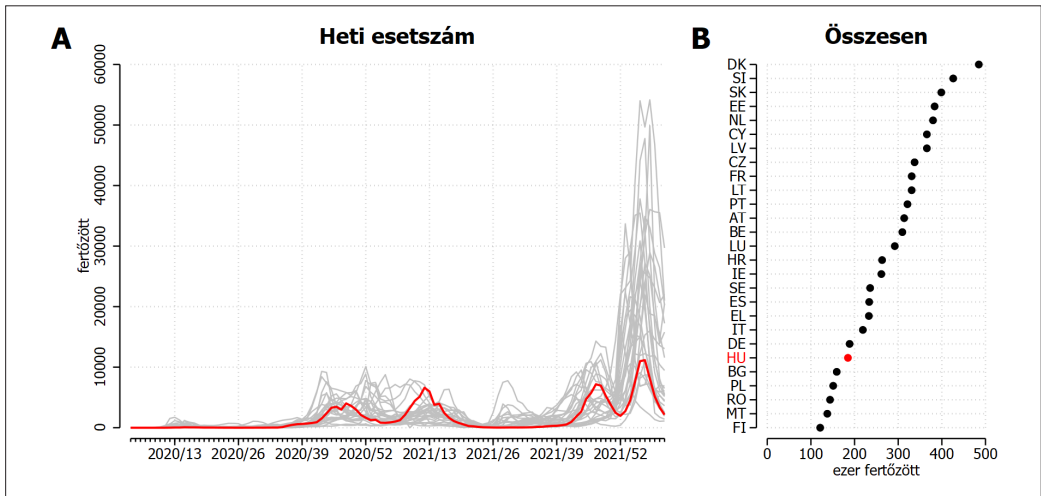
Ugyanakkor az esetszámok csak akkor képesek a járvány országok közötti és országon belül az egyes időszakok közötti különbségeit megmutatni, ha a tesztelési intenzitás és annak célzottsága is azonos mértékű mindenhol és minden időpontban. Valójában azonban nem ez a helyzet. A koronavírus-tesztek számát vizsgálva azt látjuk, hogy nemritkán

¹ A témáról átfogó irodalmi áttekintést ad Elek és mtsai. (2021).

² Az első hullám nagyjából 2020. február–május, a második 2020. augusztus–december, a harmadik 2021. január–május, a negyedik 2021. szeptember–december közötti időszakokra tehető, az ötödik hullám 2022. január elején kezdődött.

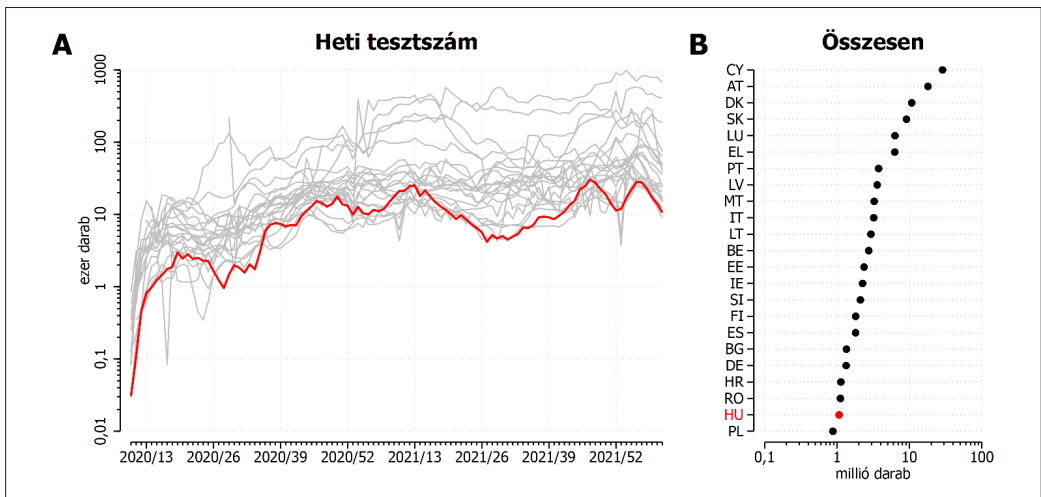
nagyságrendi eltérések vannak az Európai Unió országai között mind a heti, mind pedig a járvány egészét jellemző összesített tesztszámokat illetően (1.2. ábra). Magyarország rendre az EU legkevesebbet tesztelő országai közé tartozik, így a pandémia összesített adatai alapján a második legalacsonyabb értéket mutatja az egymillió főre jutó tesztek számát tekintve.

1.1. ábra: Koronavírus-esetszámok egymillió főre vetítve



Megjegyzés: Az A) panel a fertőzöttek heti számát, a B) panel az egész időszak során azonosított összesített számát mutatja egymillió főre vetítve. A piros vonal jelzi Magyarországot, a szürke vonalak pedig a többi uniós országot. Az adatok forrása: John Hopkins University CSSE COVID-19-adatbank és Eurostat.

1.2. ábra: Koronavírusteresztek száma egymillió főre vetítve (logaritmus skálán ábrázolva)



Megjegyzés: Az A) panel a koronavírusteresztek heti számát, a B) panel az időszak egészére összesített számát mutatja egymillió főre vetítve. A piros vonal jelzi Magyarországot, a szürke vonalak pedig a többi uniós országot. A heti és az összesített tesztszámok is logaritmus skálán vannak megjelenítve. Az adatok forrása: Our World in Data és Eurostat.

A tesztelési gyakorlat eltéréseire utal az is, hogy a pozitív tesztek aránya is igen különböző az EU-n belül (F1.1. ábra, online függelék). Magyarországon és az uniós országok többségében a járványhullámok idején a pozitív tesztek aránya rendre jócskán meghaladta az 5 százalékot, amit gyakran a járványügyi intézkedések szigorításának szükségességét (illetve a hullám lecsengő szakaszában azok lazításának lehetőségét) jelző küszöbértéknek szoktak tekinteni. Összességében Magyarországon a koronavírusesztesztek nagyjából 17 százaléka bizonyult pozitívnak (2022. március elejéig), ami az EU tagországai között a harmadik legmagasabb érték. Mindez arra utal, hogy a tünetmentes vagy enyhe tüneteket produkáló fertőzöttek azonosítása és hivatalos statisztikákban történő számbavétele jelentősen különbözhet például Magyarországon és a tesztelésben élenjárók közé tartozó Ausztriában.

Kórházban kezeltek

A súlyos koronavírusos megbetegedések számát mérhetjük a koronavírus miatt kórházban kezeltek számával. Ennek a mutatónak az esetszámokhoz képest az az előnye, hogy kevésbé függ a tesztelési gyakorlattól. A súlyos esetek, amikor kórházi kezelés szükséges, jellemzően széles körű tesztelés hiányában sem maradnak azonosíthatatlanok. E mutató alapján Magyarország a járvány által egyik legerőteljesebben érintett ország volt az Európai Unión belül (F1.2. ábra, online függelék). A második hullámtól kezdve az egymillió főre vetített kórházi esetek száma jelentősen meghaladta a legtöbb európai országban mértet. Ennek megfelelően a járvány csaknem két éves időszaka alatt hazánkban a második legmagasabb a koronavírus miatt kórházban kezeltek átlagos heti létszáma. Ugyanakkor nyitott kérdés marad, hogy az egyes országok gyakorlata mennyiben tér el a tekintetben, hogy kiket és milyen tünetekkel irányítanak kórházi kezelésre.³

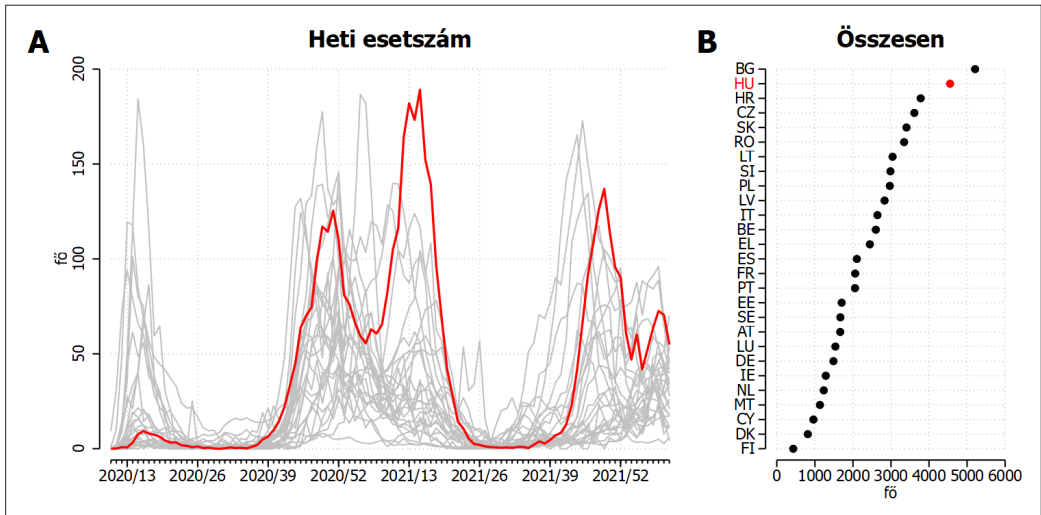
Halálozás és többlethalálozás

Az esetszámoknak és a kórházban ápoltak számának összehasonlítása tehát könnyen félrevezető eredményt adhat. A járvány súlyosságát kézenfekvőnek tűnhet egy alternatív mutatóval, a koronavírusban elhunytak számával mérni. Magyarország az első hullámtól uniós összehasonításban alacsonynak tekinthető halálozási számmal vészelte át, ugyanakkor a későbbi hullámok (különösen a harmadik) már kiemelkedően magas mortalitással jártak (1.3. ábra). A járvány közel két éves időszakának egészét vizsgálva ez azt jelenti, hogy Magyarországon a második legmagasabb az egymillió főre eső koronavírus-halálozások száma az EU-n belül. Azonban a koronavírus-betegség miatti halálozások száma is függ az egyes országok gyakorlatától, azaz a tesztelési intenzitástól, illetve hogy pontosan mely halálozásokra tekintenek koronavírus okozta halálozásokként és adott definíció

³ Az országok közötti intézményi különbségek feltehetően a kórházba kerülés valószínűségénél is kevésbé befolyásolják az intenzív ellátásba kerülés valószínűségét súlyos koronavírus-fertőzés esetén, Magyarország viszont nem közöl adatokat a koronavírus-sal összefüggésbe hozható intenzív ellátásról (csak a lélegeztetettek számáról, azonban ezt az adatsort időben nem konzisztens módon tették közzé, ezért információtartalma korlátozott).

mellett milyen mértékben sikerül azonosítani a járványhoz köthető halálozásokat (Karanikolos & McKee, 2020).

1.3. ábra: Koronavírus-halálozások egymillió főre vetítve



Megjegyzés: Az A) panel a koronavírus-halálozások heti számát, a B) panel az időszak egészére összesített számát mutatja egymillió főre vetítve. A piros vonal jelzi Magyarországot, a szürke vonalak pedig a többi uniós országot. Az adatok forrása: Our World in Data és Eurostat.

A járvány halálozásra gyakorolt hatásának országok közötti összehasonlítására reális lehetőséget adó mutatója a többlethalálozás, ami a megfigyelt halálozások és egy bázisidőszak halálozási folyamataiból becsült várható halálozások számának különbsége. Ennek a mutatónak az országok közötti eltéréseit nem befolyásolja semmilyen definíciós vagy gyakorlati különbség, mindössze a halálozások számának megbízható rögzítése szükséges hozzá, ami az Európai Unió tagállamainak statisztikai hivatalaival szemben alapvető elvárás. Érdeemes kiemelni, hogy a többlethalálozás nem a koronavírus okozta megbetegedésben elhunytak számát méri, hanem a járvány egészének hatását tükrözi. Magában foglal minden közvetlen és közvetett hatást is, és nem csak pozitív, de negatív értéket is felvehet. Többek között az autóforgalom lezárások hatására történő visszaesése miatt a baleseti halálozások számának esetleges csökkenése, vagy a maszkviselés általánossá válása miatt az influenzajárvány elmaradása közvetett módon csökkenti a járványhoz köthető halálozások számát. Ugyanakkor növelheti a többlethalálozást a nem koronavírusos betegek egészségügyi ellátásának visszaesése. Ezt részben a nem koronavírus-járványhoz köthető egészségügyi ellátórendszer kapacitásainak csökkenése, részben pedig az okozhatja, hogy a fertőzésveszély miatt sokan nem, vagy csak később fordulnak orvoshoz (Bárdits és mtsai., 2022; Elek és mtsai., 2021). Szintén magasabb többlethalálozást okozhat az öngyilkosságok számának emelkedése, ami mögött a mentális egészség bezártság miatti romlása állhat. A többlethalálozási mutató egy további sajátossága, hogy minél hosszabb időszakot vizsgálunk, annál gyakoribb lehet azonos esetek száma (elsősorban a legidősebb és krónikus betegségekben szenvedők között),

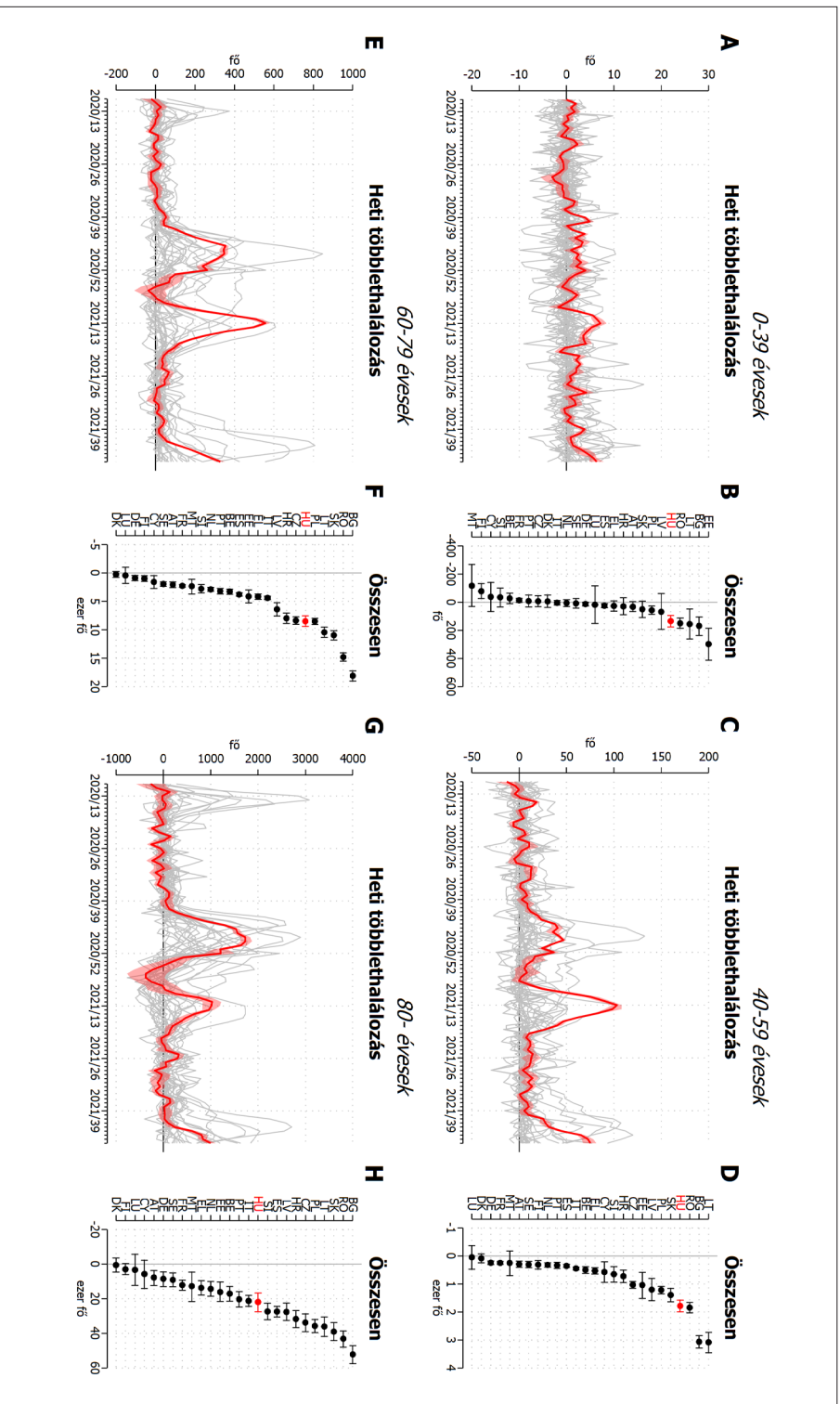
amikor a járvány „mindössze” a vizsgált időszakon belül változtatja meg egy halálozás időpontját. Ez bizonyos szempontból problémát jelenthet, mert ha egy koronavírusban elhunyt beteg a COVID-19-fertőzés nélkül is meghalt volna viszonylag rövid időn (fél-egy éven) belül, akkor az időszak egészét tekintve ez a halálozás nem fog megjeleni többlethalálozásként, miközben a koronavírus miatti halálozások között rögzítik. Végül a többlethalálozási mutató értékét a várt halálozásokat előrejelző modell tulajdonságai is befolyásolják.

A többlethalálozás mutatóját négy életkori kategóriában vizsgáltuk: 0–39, 40–59, 60–79 évesek, illetve 80 évesek vagy idősebbek (1.4. ábra). A számítás részleteit az online függelékben mutatjuk be (C rész). A legfiatalabb korcsoportban az EU-tagországok döntő többségében nem mutatható ki többlethalálozás a járvány csaknem két éves időszaka alatt. Magyarország azonban azon kevés országok közé tartozik, ahol már a fiatalok halálozási rátája is a szokásosnál magasabb volt a pandémia időszakában. A 0–39 évesek többlethalálozása Magyarországon az EU-n belül az ötödik legmagasabb. Hasonló a helyzet a 40–59 évesek esetében is. Az uniós országok többségénél a pandémia egészére számolt, egymillió főre eső többlethalálozás e korcsoportban 500 vagy azt alig meghaladó mértékű, míg Magyarországon 1775. Ez a negyedik legmagasabb érték az EU-n belül. A 60–79 évesek többlethalálozása is magas hazánkban, csupán öt kelet-közép-európai országban figyelhető meg a magyarországinál nagyobb érték. Ennél is fontosabb talán, hogy számos országban 2-3 ezernél kisebb mértékű volt az egymillió főre vetített összesített többlethalálozás ebben a korcsoportban, míg Magyarországon közel 8500. A 80 évesek és idősebbek többlethalálozása esetében kissé kedvezőbb a helyzet. Itt a magyar érték az uniós rangsorban a tizenegyedik legmagasabb.⁴ Összességében az látszik, hogy az elvesztett életévek szempontjából legfontosabb fiatalabb életkori kategóriák többlethalálozása lényegesen magasabb Magyarországon, mint az EU-tagországok többségében.⁵

⁴ A pandémia alatti halálozási többletet nemcsak egymillió főre vetítve adhatjuk meg, hanem a várt halálozások százalékában is. E számítási mód azonban Magyarország helyzetét érdemben nem befolyásolja (F1.3. ábra, online függelék): az egymillió főre vetített többlethalálozási rangsorokhoz képest hazánk a két fiatalabb korosztályban néhány hellyel előrébb, a két idősebb korosztályban pedig néhány hellyel hátrébb található.

⁵ Ha a nők és férfiak többlethalálozását külön vizsgáljuk, azt állapíthatjuk meg, hogy a legtöbb országban (így Magyarországon is) a férfiak többlethalálozása rendre magasabb, ugyanakkor hazánk EU-s rangsorban elfoglalt helye nem különbözik érdemben a nők és a férfiak esetében (F1.4. ábra, online függelék).

1.4. ábra: Egymillió főre vetített többlethalálozás a koronavírus-járvány időszakában



Megjegyzés: A piros vonal jelzi Magyarországot, a szürke vonalak pedig a többi EU-s országot. A becslések bizonytalanságát a halvány piros terület és a sávok tükrözik (95%-os konfidencia-intervallumok). 0-39 évesek: A és B panel; 40-59 évesek: C és D panel; 60-79 évesek: E és F panel; 80 évesek vagy idősebbek: G és H panel. Saját számítás az Eurostat adatai alapján.

Az egymillió főre vetített heti szintű többlethalalozási mutatók és a különböző életkori csoportok létszámának ismeretében könnyen kiszámítható, hogy hány fővel volt magasabb a koronavírus-járvány alatti halálozás a vártnál. Magyarországon a pandémia egészét tekintve összességében nagyjából 40 000 fővel többen haltak meg, mint az a 2015–2019-es időszak halálozási adatai alapján várható volt (1.1. táblázat). Az elhunytak többsége a 60–79 éves korosztályból került ki (21 542 fő), közel harminc százalékuk pedig 80 éves vagy idősebb volt (11 405 fő). A vártnál 6169-cel több 40–59 éves és 762-vel több 0–39 éves személy hunyt el a pandémia alatt Magyarországon. (A többlethalalozási ráták érzékenységeinek vizsgálatát az online függelék D része tartalmazza.)

1.1. táblázat: A magyarországi többlethalalozás és a koronavírusban elhunytak száma (fő)

Korcsoport	Többlethalalozás	Koronavírusban elhunytak
0–39 évesek	762 (587–956)	550
40–59 évesek	6169 (5527–6776)	4753
60–79 évesek	21 542 (19 216–23 950)	20 909
80 évesek és idősebbek	11 405 (8792–14 093)	14 609
Összesen	39 879 (34 856–45 048)	40 821

Megjegyzés: 2020. tizedik hét és 2022. második hét közötti időszak. Zárójelben a becslések 95 százalékos konfidenciasávja. Saját számítás az Eurostat és a koronavirus.gov.hu adatai alapján.

A többlethalalozási és a hivatalos koronavírus-halalozási adatok összevetése

A következőkben a hivatalos koronavírus-halalozási adatokat összevetettük az általunk számolt többlethalalozási adatokkal. Bár nem várható, hogy a két adatsor megegyezzen egymással, mivel némiképp eltérő dolgokat mérnek, az összevetés mégis információval szolgálhat a koronavírus-halalozásokkal kapcsolatos mérési problémákról, illetve a járvány és a hozzá kapcsolódó közpolitikai intézkedések által közvetett módon előidézett vagy megelőzött halalozásokról.

A többlethalalozás összességében nem különbözik jelentősen az elhunytak hivatalos adatok szerinti számától (1.1. táblázat), a járvány különböző időszakait vizsgálva azonban a két statisztika markánsan eltér egymástól (1.5. ábra). A 2020 őszi kezdődő második hullámban a koronavírus-halalozás hivatalos számadata elmaradt a többlethalalozástól: a halalozások hivatalos számának emelkedése csak hetekkel később kezdődött, és nagysága is elmaradt a többlethalalozástól. Magyarországon 2020 őszi volt a járvány első sok áldozatot követelő hulláma, így a késlekedésben feltehetően szerepet játszhattak az esetek felismerésében és adminisztrálásában bekövetkező elmaradások, a gyakorlat egységesítéséhez szükséges idő.⁶

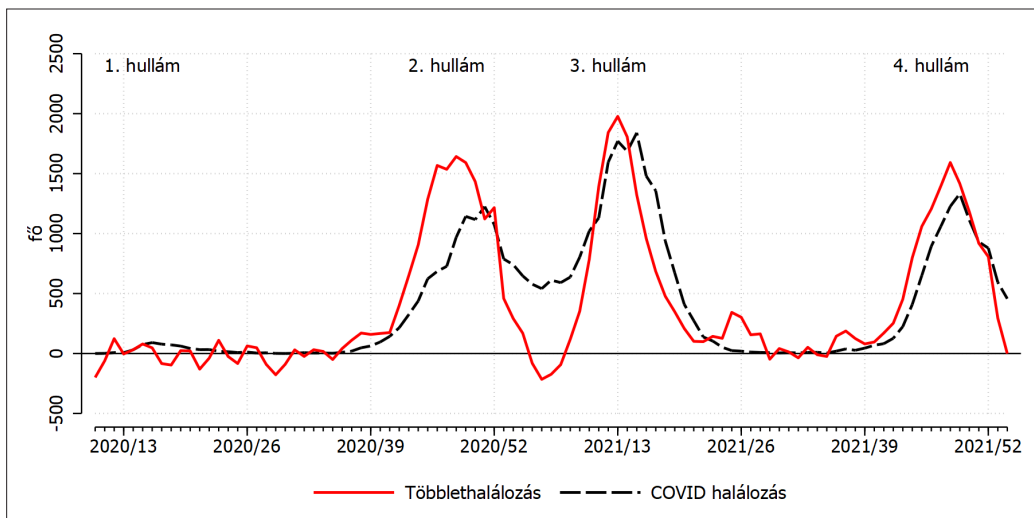
⁶ Némi késést indokol az a tény, hogy a koronavírusban elhunytak számát nem a halalozások időpontjára rögzítik, hanem az adatok jelentésének napjára.

A második hullámot követően a hivatalos számok összességében meghaladták a több-lethalálózást, döntő részben a 2021-es év első két és fél hónapja, nagyjából a második és a harmadik hullám közötti időszak eredményeként. A kétféle halálozási adat eltéréseinek legvalószínűbb magyarázata, hogy a távolságtartási szabályoknak, a maszkhasználatnak és az influenzaoltások iránti nagyobb keresletnek köszönhetően elmaradt az influenzajárvány, ami jellemzően az évnek ebben a szakaszában szedi áldozatait (Adlhoch és mtsai., 2021; Tóth, 2022; Zipfel és mtsai., 2021).

Más országok koronavírus-halálozási és többlethalázási adatait összevetve szintén azt látjuk, hogy az influenzajárvány elmaradása is szerepet játszhatott a kétféle statisztika közötti eltérésben, illetve az első jelentősebb halálozási hullám alkalmával (elsősorban, de nem kizárólagosan) Kelet-Közép-Európában nem példa nélküli a koronavírus okozta halálozások számának alulmérése (F1.5. ábra, online függelék).

A többlethalázási és a hivatalosan jelentett koronavírus-halálozási adatok korcsoportonként történő összevetése azt mutatja, hogy míg a 0–39, illetve a 40–59 éves korosztályban a többlethalázás nagyjából 35, illetve 30 százalékkal meghaladja a hivatalos halálozási számot, a 80 év felettiekénél fordított a helyzet: a többlethalázás 20 százalékkal elmarad az adminisztrált koronavírus-halálozástól (1.1. táblázat). A két statisztika korcsoportonkénti eltéréseinek időbeli összevetése jól mutatja, hogy az influenzajárvány elmaradása a várakozásoknak megfelelően az idősebb korosztályokat érintette (F1.6. ábra, online függelék).

1.5. ábra: Hivatalos koronavírus-halálozási és számított többlethalázási adatok Magyarországon



Megjegyzés: Saját számítás az Eurostat és a koronavirus.gov.hu adatai alapján.

A többlethalálozás területi egyenlőtlenségei Magyarországon

A többlethalálozás (2022 elejéig megfigyelhető) területi egyenlőtlenségeit finomabb bontású adatok hiányában csak a megyék szintjén tudtuk vizsgálni.⁷ Ezek alapján elmondható, hogy mind a járvány különböző hullámaiban, mind pedig az egyes életkori csoportokon belül nagymértékű különbségek figyelhetők meg a magyarországi megyék között (F1.7. és F1.8. ábra, online függelék). Az első hullámban nem mutatkozott érdemi többlethalálozás egyetlen megyében sem, sőt, voltak olyan megyék, ahol a vártnál kevesebben hunytak el. A második hullámtól kezdve ugyanakkor jelentős mértékű többlethalálozás volt megfigyelhető, ami nem elhanyagolható földrajzi különbségekkel párosult. A legalacsonyabb és legmagasabb többlethalálozási rátával jellemezhető megyék között jellemzően két – két és félszeres különbséget látunk. Összességében a járvány egész időszaka alatt a legtöbb megyében az egymillió főre jutó többlethalálozás 4000-4500 fő körüli volt. Ezzel szemben Pest és Fejér megyében a többlethalálozási ráta 2200-2500 fő között alakult, míg például Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében meghaladta az 5500 főt.

A járványutatók területi egyenlőtlenségeit a 2021 márciusáig tartó időszakra vonatkozóan települési, illetve járási szinten többen is vizsgálták (Elek és mtsai., 2021; Oroszi és mtsai., 2021; Uzzoli, Kovács, Fábíán és mtsai., 2021; Uzzoli, Kovács, Páger és mtsai., 2021). Az első hullámban a fejlett nyugati megyékben, valamint a fővárosban és a környező településeken volt a legmagasabb az esetszám, és a fertőzések jelentős része intézményekhez kötődött, a második hullámot kiterjedtebb fertőzési láncok jellemezték (Uzzoli, Kovács, Fábíán és mtsai., 2021; Uzzoli, Kovács, Páger és mtsai., 2021). A legmagasabb mortalitási adatok viszont nem a legfertőzöttebb területekhez, hanem a gazdaságilag elmaradottabb térségekhez köthetők, amelyeket alacsonyabb várható élettartam és rosszabb átlagos egészségügyi állapot jellemez. Oroszi és mtsai. (2021), valamint Elek és mtsai. (2021) szintén arra a következtetésre jutottak, hogy míg a fertőzésszámok magasabbak a gazdaságilag fejlettebb területeken, a halálozási mutatók ezzel szemben rosszabbak az elmaradottabb, alacsonyabb jövedelmű településeken.

Összegzés

A koronavírus-járvány csaknem kétéves időszakát tekintve Magyarország az Európai Unión belül a kevés koronavírusos esetet azonosító országok közé tartozik, ami összefüggésben áll az alacsony tesztelési intenzitással. A kórházi kezelésre szoruló és a koronavírus okozta halálozások egymillió főre vetített magyarországi értékei a második legmagasabbak az EU-n belül. A járvány közvetett és közvetlen hatásainak országok közötti torzításmentes összehasonlítását a többlethalálozás mutatója teszi lehetővé. A legidősebb (80 éves vagy idősebb) korosztály kivételével Magyarország a legnagyobb mértékű többlethalálozási mutatókkal rendelkező uniós országok közé tartozik. Összes-

⁷ A Nemzeti Népegészségügyi Központtól 2021 októberéig tartó településszintű adatokat is igényeltünk, ezeket sajnos a kézirat lezárásáig nem kaptuk meg.

ségében a járvány alatt (2022 elejéig) közel 40 ezerrel többen hunytak el, mint azt a korábbi évek halálozási trendje alapján vártuk volna. Hazánkban a többlethalálozás földrajzi különbségei is számottevőek. A legalacsonyabb és legmagasabb többlethalálozási rátájú megyék között két – két és félszeres különbség mutatható ki.

Következtetések

A hazai halálozási és többlethalálozási adatok kedvezőtlen képet festenek a járvány hatásáról: bár a 80 évesek és idősebbek többlethalálozása alapján Magyarország az EU-rangsor közepén helyezkedik el, a fiatalabb korcsoportokat tekintve az „élmezőnyben” található, vagyis a járvány által leginkább sújtott, legmagasabb többlethalálozási mutatókat produkáló országok közé tartozik. A magas hazai többlethalálozás okainak részletes feltárása túlmutat tanulmányunk keretein. A nemzetközi irodalom alapján a koronavírus-járvány halálozási mutatóit befolyásolja a lakosság általános egészségi állapota (Bollyky és mtsai., 2022; Stokes és mtsai., 2021), a lakosság jövedelmi helyzete (Bollyky és mtsai., 2022; Elek és mtsai., 2021; Oroszi és mtsai., 2021; Stokes és mtsai., 2021), a korlátozó intézkedések (Davies és mtsai., 2021; Kraemer és mtsai., 2020; Summers és mtsai., 2020), az egészségügyi ellátórendszer kapacitásai és minősége (Kapitsinis, 2021; Liang és mtsai., 2020), a közintézményekbe vetett bizalom és a kormányzati korrupció (Adamecz-Völgyi & Szabó-Morvai, 2021; Bollyky és mtsai., 2022) és számos egyéb tényező, amelyeket a jövőbeli elemzések tárhatnak fel. A mélyebb összefüggések feltárását segítené a járvánnyal kapcsolatos részletes adatok – például települések és intézmények szerinti halálozási adatok, egyéb kórházi, például az intenzív ellátásokra vonatkozó adatok – nyilvánossá tétele.

Az elemzésben bemutattuk, hogy az EU-n belül Magyarországon a második legalacsonyabb az egymillió főre vetített elvégzett tesztek száma, ezzel összefüggésben magas a pozitivitási ráta, és rendkívül magas a halálozásoknak az igazolt esetekhez viszonyított száma (F1.9. ábra, online függelék). Az is figyelemre méltó, hogy azokban az országokban, ahol magasabb az egymillió főre vetített tesztek száma, kisebb a többlethalálozás (F1.10. ábra, online függelék). A tesztek száma és az igazolt fertőzésszám között ugyanakkor gyengén pozitív kapcsolatot látunk.

Bár oksági következtetések levonására a fenti korrelációk nem alkalmasak, nemzetközi adatokon alapuló empirikus vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy a kiterjedt és célzott tesztelési gyakorlat (TTI: test, trace, isolate) csökkenti a mortalitást és magas a társadalmi megtérülési rátája (Kapitsinis, 2021; López Seguí és mtsai., 2021; Summers és mtsai., 2020). A jól célzott tesztelések ugyanis lehetővé teszik az enyhe és tünetmentes esetek azonosítását és a fertőzési láncok megszakítását.

1.2. A COVID-19-járvány hatásai az egészségügyi ellátórendszerre és az egészségi állapotra

BÁRDITS ANNA, ELEK PÉTER, MAYER BALÁZS

A COVID-19-járvány világszerte példátlan nyomást helyezett az egészségügyi ellátórendszerre. A koronavírus-betegség miatt kezelésre szorulóknak számának hullámonkénti ugrásszerű növekedése miatt más típusú ellátások visszaszorultak vagy akár szüneteltek. A járvány és a hozzá kapcsolódó szakpolitikai intézkedések hatására az emberek viselkedése és életkörülményei is megváltoztak, ami szintén kihathatott az egészségi állapotra és az egészségügyi ellátórendszer igénybevételére.

A következőkben bemutatjuk a hazai járó- és fekvőbeteg-ellátás teljesítményének, illetve a gyógyszerfogyasztásnak az alakulását. Ezután három kiemelt betegségtípusra (daganatos betegségek, szív- és érrendszeri betegségek, mentális betegségek) összpontosítva a lakosság egészségi állapotának változásáról is képet adunk, amennyire ez a járvány kezdete óta eltelt idő és a rendelkezésre álló adatok fényében lehetséges.

(A felhasznált adatokat és módszertant az online függelék mutatja be.)

Az egészségügyi ellátórendszert befolyásoló keresleti és kínálati tényezők

A COVID-19-járvány az egészségügyi ellátási rendszert nemcsak közvetlenül, a betegségben szenvedők számának emelkedése miatt terhelte meg, hanem közvetve is, az emberek életkörülményének és viselkedésének megváltozásán keresztül. Egyes tényezők az egészségi állapot romlásához és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének növekedéséhez vezethettek. Ilyen a COVID-19-járvánnyal járó gazdasági visszaesés, amely különösen a társadalom sérülékeny csoportjaiban az anyagi körülmények romlásán keresztül az egészségi állapotra is negatív hatással lehetett. Emellett jól dokumentált tény, hogy a járvány alatt jelentősen növekedett a mentális betegségek kockázata, ami szintén növelhette az egészségügyi ellátások használatának igényét (OECD, 2021). Más tényezők viszont, például a távolságtartási intézkedések és az influenzaoltások iránti nagyobb kereslet következtében elmaradt influenzajárvány vagy a balesetek számának csökkenése az egészségi állapot javulásához és így az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének csökkenéséhez vezethettek. Egészségi állapottól függetlenül a járvány alatt a megfertőződéstől való félelem arra ösztönözhetette az embereket, hogy megbetegedés esetén kevésbé forduljanak orvoshoz.

A keresleti oldal mellett a járvány időszakában az egészségügyi ellátórendszer kínálati oldalán is jelentős változások történtek.

Az egészségügyi ellátórendszert a koronavírus-járvány hullámai alatt a COVID-19 okozta tünetek ellátásához közvetlenül nem kapcsolódó beavatkozások visszafogásával, illetve szüneteltetésével tehermentesítették. Az első hullám során 2020 márciusában felfüggesztették a halasztható műtéteket és beavatkozásokat, így az egynapos sebészetet

és a népegészségügyi célú, szervezett onkológiai szűrővizsgálatokat is. Az elektív (előre tervezett, de halasztható) ellátások és egynapos műtétek 2020 májusában, a szűrővizsgálatok pedig júniusban indultak újra. A második és harmadik hullám alatt – amelyek az elsőnél jóval nagyobb esetszámmal és sokkal több halálos áldozattal jártak – a halasztható ellátások 2020 novembere és 2021 májusa között szüneteltek, és az egynapos műtéteket két szakaszban (2020. november 10. és 2021. február 3. között, valamint 2021. március 5. és május 3. között) függesztették fel összesen csaknem öt hónapra. A szűrővizsgálatokat 2021. április 9. és 29. között állították le újra három hétre (lásd. Elek és mtsai., 2021b).

Ezenkívül további szakpolitikai intézkedések – a kórházi ágyak felszabadítása, valamint a teljesítményalapú finanszírozásról az átlagfinanszírozásra való áttérés – is csökkenthették az egészségügyi szolgáltatások kínálatát. A 2021. március 1-jén életbe lépett új egészségügyi szolgálati jogviszony is számos változást hozott, például a hálapénzzel kapcsolatos szabályozás szigorítását, a fizetések egyszeri megemelését és a közalkalmazotti jogviszony mellett magánpraxisban történő foglalkoztatás szabályozását.⁸

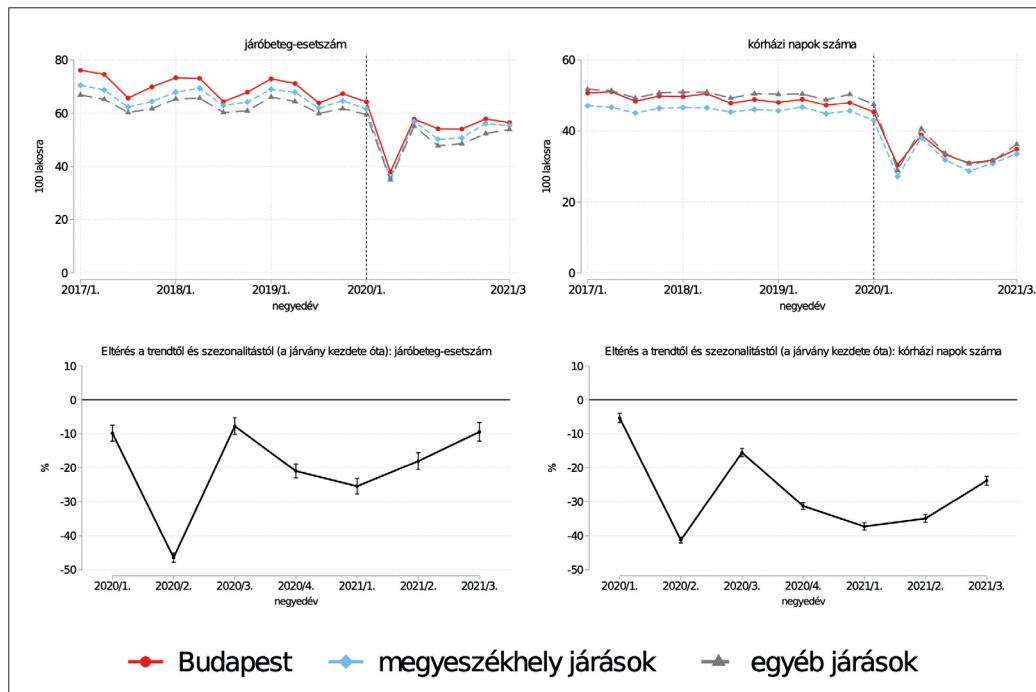
Az egészségügyi ellátórendszer változásai a járvány alatt

Járó- és fekvőbeteg-ellátás

A keresleti és kínálati tényezőket együtt figyelembe véve tehát előzetesen nem egyértelmű, hogy az egészségügyi ellátórendszer teljesítménye milyen irányban változik. Moynihan és mtsai. (2021) főként fejlett országok adatain nyugvó tanulmányokat feldolgozó szakirodalmi áttekintése azonban azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátások igénybevétele nemzetközi szinten 21–50 százalékkal esett vissza a járvány hatására. A magyarországi adatok is összhangban vannak ezzel, ahogyan azt az 1.6. ábra mutatja. Az ábrán látható, hogy a járóbeteg-esetszám és a kórházi napok száma a járvány kitörésekor bezuhant, hirtelen több mint 30 százalékos esést láthatunk mindkét mutatónál. Ez a bezuhanás egyaránt tapasztalható volt Budapesten, a megyeszékhelyek járásában és az egyéb járásokban is. Járástípustól függetlenül a járóbeteg-esetszám és a kórházi napok száma a kezdeti csökkenéshez képest növekedett, de a korábbi évekhez mérten alacsonyabb szinten maradt 2021 harmadik negyedévéig. Látható tehát, hogy bár a járvány második és harmadik hulláma súlyosabban érintette Magyarországot (lásd az előző fejezetet), az egészségügy teljesítménye leginkább az első, enyhébb hullám alatt csökkent. Ez azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátórendszer, illetve a lakosság a járvány későbbi szakaszaiban már jobban tudott alkalmazkodni a megváltozott helyzethez. Ehhez hozzájárulhatott a távkonzultáció elterjedése: felmérési adatok alapján a járvány kezdete és 2021. február–március között Magyarországon a lakosság 45 százaléka igénybe vett egészségügyi távkonzultációt (online vagy telefonon) (OECD, 2021, 60. o.).

⁸ 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszonyról <https://magyarkozlony.hu/dokumentumok/2ca6035e88a9bfc072ca2ee0dceb6d5b5f22794c/letoltes> (megtekintve: 2022.02.28.)

1.6. ábra: A járóbeteg-esetszám és a kórházi napok számának alakulása



Forrás: saját számítás az OKFŐ Pulvita adatbázisa alapján. Az alsó panel a trendtől és szezonálitástól megtisztított százalékos eltérést jelzi a járvány időszakában (2020. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév), 95%-os konfidencia-intervallummal. Becslési időszak: 2017. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév.

Az esetek súlyosságát mutató esetösszetételei (case mix) index 2021 júliusát és augusztusát leszámítva a járvány teljes időszakában jelentősen magasabb volt a korábbi évekhez képest (NEAK, 2021). Ez a nemzetközi tapasztalatokkal összhangban (Moynihan és mtsai., 2021) azt jelzi, hogy inkább az enyhébb esetek ellátása szorult vissza (Elek és mtsai., 2021b).

Az adatokat további bontásban vizsgálva elmondható, hogy az ágykihasználtság is tartósan csökkent 2019-hez képest. Az aktív kórházi ágyak (amelyek rövidebb időtartamú, megelőző-gyógyító célú ellátásra szolgálnak) tényleges kihasználtsága a 2019. decemberi 65 százalékról 2020 decemberére 53 százalékra esett, majd 2021 decemberében is csak 59 százalékra emelkedett. A krónikus ágyak (amelyek a hosszabb időtartamú, az egészségi állapot stabilizálására, fenntartására, illetve helyreállítására irányuló kezelést szolgálják) kihasználtságát tekintve még drámaibb mértékű visszaesés látható: a 2019. decemberi 79 százalékról 2020 decemberére 35 százalékra esett, 2021 végén pedig 39 százalékon állt. A krónikus ágyakon belül a rehabilitációs (az egészségi állapot helyreállítását szolgáló) ágyak kihasználtsága esett vissza leginkább: 31 százalék volt 2021 decemberében, ami 47 százalékpontos csökkenést jelent 2019 azonos időszakához képest (NEAK, 2021). Figyelembe véve azt is, hogy 2019-ről 2020-ra az otthoni szakápolási ellátás teljesítménye is

csökkent (a KSH adatai alapján 12 százalékkal),⁹ valószínűsíthető, hogy a rehabilitációra szoruló betegek egy része ellátatlan maradt a járvány időszakában.

Az egészségügy teljesítményének csökkenését az is jelzi, hogy 2019-ről 2020-ra a várakozási idő – más országok tapasztalataival összhangban – számos műtét esetén megnövekedett (szürkehályogműtétnél 33 napról 83 napra, csípőprotézis-műtétnél 105-ről 162 napra, térdprotézisműtétnél pedig 131-ről 267 napra (OECD, 2021, 149. o.).

Összességében a magyar válaszolók 35 százaléka nyilatkozott úgy 2021-ben, hogy a pandémia első 12 hónapjában valamilyen egészségügyi szükséglete ellátatlan maradt, amely a legmagasabb arány az erre vonatkozó adatokkal rendelkező 22 OECD-tagország között (OECD, 2021, 129. o.).

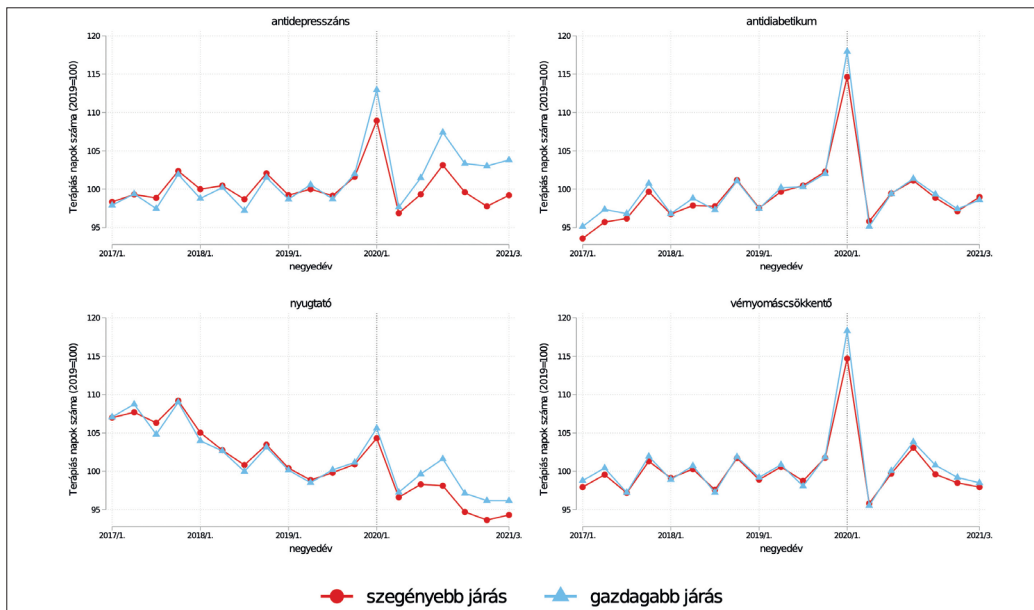
Gyógyszerfogyasztás

Az egészségügyi ellátórendszer másik fontos mutatója a gyógyszerfogyasztás, amire szintén együttesen hatnak keresleti (például az egészségi állapot és orvoshoz fordulás valószínűségének megváltozása) és kínálati oldali tényezők (elakadások a globális ellátási láncokban a járványügyi korlátozások miatt). Az 1.7. ábrán a gyógyszerforgalmi adatokat négy kiemelt gyógyszer típusnál – antidepresszánsok, nyugtatók, a cukorbetegség kezelésére használt antidiabetikumok, illetve vérnyomáscsökkentők – mutatjuk külön a mediánnál gazdagabb és külön a mediánnál szegényebb járásokra. Jól látszik a járvány kitörésekor a pánikvásárlás miatti kiugrás (havi adatok alapján 2020 márciusában 25-40 százalék, lásd Elek és mtsai., 2021a), majd az enyhébb visszaesés, amely más országokban is megfigyelhető volt (Kostev és Lauterbach, 2020). A pánikvásárlás a gazdagabb járásokban nagyobb mértékű volt, mint a szegényebbekben, így az esetleges gyógyszerhiányok inkább az egyébként is sérülékeny csoportokat érinthették súlyosabban (Elek és mtsai., 2021a). A kezdeti sokk után a legtöbb gyógyszer típus esetében a fogyasztás a járvány előtti szinten stabilizálódott. Kivételt az antidiabetikumok képeznek, amelyeknél a fogyasztás tartósan a korábbinál kicsit alacsonyabb szintre állt be a járási jövedelmi helyzettől függetlenül, illetve a gazdagabb járásokban az antidepresszánsok fogyasztása kissé megemelkedett. (Ezek a hatások statisztikailag szignifikánsan kimutathatók az Elek és mtsai. (2021a) tanulmányban alkalmazott járási szintű panelregressziós elemzés továbbvezetésével.)

A gyógyszerek nagyobb (egyjegyű ATC-kategória szerinti) csoportjait vizsgálva középtávon érdemi visszaesést csak a fertőző betegségek elleni szereknél láthatunk (1.8. ábra). Ez a nemzetközi adatokkal egybecseng, az EU országaiban átlagosan 15 százalékkal kevesebb antibiotikum fogyott 2020-ban, mint 2019-ben (ECDC, 2021).

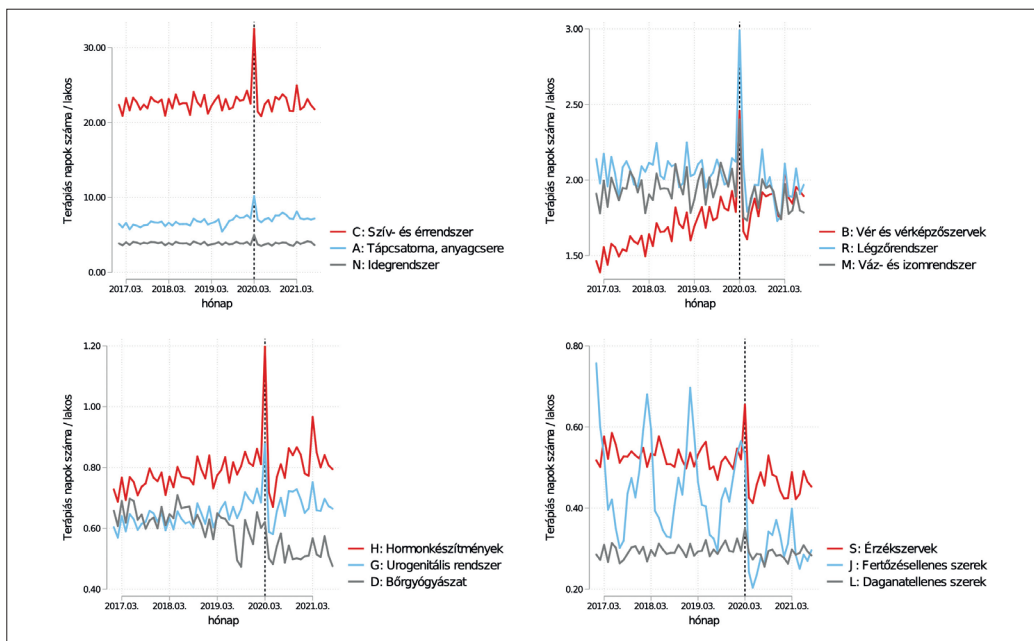
⁹ Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0010.html (megtekintve: 2022.02.16)

1.7. ábra: Négy fő gyógyszercsoport fogyasztásának alakulása a járás gazdasági helyzete szerint



Forrás: Saját számítás a NEAK-tól kapott járási szintű adatok alapján. 2019-es DOT (terápiás napok száma) = 100. Gyógyszercsoportok: antidepresszánsok (ATC N06A), anxiolitikumok (ATC N05B), anti-diabetikumok (ATC A10), vérnyomáscsökkentők (ATC C02-09).

1.8. ábra: Gyógyszercsoportok fogyasztásának alakulása



Forrás: Saját számítás a NEAK-tól kapott járási szintű adatok alapján. DOT (terápiás napok száma) / lakos mértékegységben. Gyógyszercsoportok: egyjegyű ATC-kategóriák szerint

A járvány hatása a lakosság egészségi állapotára három főbb betegségcsoport tükrében

Daganatos betegségek

Az ellátórendszer tehermentesítése érdekében hozott kínálati oldali intézkedések (a szűrőprogramok felfüggesztése) és a korábban ismertetett keresleti hatások (a lakosság csökkenő részvétele a szűrőprogramokban és egyébként is az orvoshoz fordulás késedelme tünetek esetén) következtében a felismert daganatos betegségek száma világszerte visszaesett a járvány elején (OECD, 2021, 61. o.). Magyarországon is csökkent az újonnan felismert daganatos betegségek száma: míg 2019-ben és az azt megelőző években százezer lakosra körülbelül 800 új megbetegedés jutott, a KSH előzetes adatai szerint 2020-ban ez a szám csak 702 volt.¹⁰

Elek és mtsai. (2022a) későbbi időpontig terjedő negyedéves adatok alapján megmutatták, hogy 2020 második negyedéve és 2021 második negyedéve között a három leggyakoribb daganattípus (emlőrák, tüdőrák, vastag- és végbélrák) incidenciája 10–20 százalékkal csökkent a korábbi trendhez és szezonálitáshoz képest. A visszaesés különösen nagy (25–30 százalékos) volt a népegészségügyi szűrőprogramok első felfüggesztésének negyedévében (2020q2) az emlőrák, illetve a vastag- és végbélrák esetében. Később volt olyan negyedév (2020q4), amikor az emlőrák incidenciája visszaállt a szokásos szintre, de 2021 első két negyedévében mindkét daganattípus incidenciája 20–25 százalékkal a historikus érték alatt maradt. A tüdőrák esetében, amelyet jellemzően későbbi stádiumban és nem szűrés keretében fedeznek fel, a járvány hullámaintól függetlenül egyenletesebb, 10–15 százalék körüli visszaesést látunk.

Azt, hogy a felismert rákbetegségek számának csökkenésében külön-külön milyen szerepe van az egyes tényezőknek, túl komplex feladat volna megállapítani. Az emlőrák esetében azonban a magyarországi szűrőprogram egy sajátosságát kihasználva Elek és mtsai. (2022b) meg tudták vizsgálni a csökkent szűrési aktivitás hatását az emlőrák diagnózisára és korai kezelésére. A szervezett emlőrák-szűrőprogram csak a 45 és 65 év közöttieket érinti, és a szerzők megmutatták, hogy ebben a korosztályban esett vissza legjelentősebben a mammográfiai vizsgálatok száma. Hogy képet kapjanak az egészségügyi hatásokról, a részleges emlőeltávolítások számát külön vizsgálták, hiszen az e típusú kezelés összefüggésben van azzal, hogy a rákot korai stádiumban sikerült diagnosztizálni. A 61–65 év közöttiek esetében a részleges emlőeltávolítások száma 36, illetve 24 százalékkal csökkent 2020 második, illetve harmadik negyedévében, míg a 66–70 évesek esetében lényegében változatlan maradt, majd némi ellentétes irányú visszarendeződés történt 2021 első negyedévében. Ebből arra lehet következtetni, hogy a népegészségügyi szűrésnek fontos szerepe volt az emlőrákok korai diagnózisában, és a program felfüggesztése miatt egy részüket későbbi stádiumban diagnosztizáltak.

Mayer és mtsai. (2022) a fenti két, elsősorban az incidenciára vonatkozó vizsgálatot kiegészítették a daganatellátás (műtét, kemoterápia, sugárterápia) elemzésével. Összeségében a járvány általuk vizsgált időszakában a kemoterápiás kezelések száma egyik fő

¹⁰ Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0025.html (megtekintve: 2022.02.17)

daganattípus esetében sem csökkent szignifikáns mértékben, a sugárterápiás kezelések számának csökkenése 8–22 százalék közötti volt, a legerősebben (12–32 százalék közötti mértékben) pedig a műtétek száma esett vissza (1.2. táblázat).

1.2. táblázat: A daganatok incidenciájának és terápiájának alakulása a járvány alatt

	tüdőrák		emlőrák		vastag- és végbélrák	
	együttható	standard hiba	együttható	standard hiba	együttható	standard hiba
kemoterápia	-4,3%**	(2,3%)	-4,1%**	(1,6%)	-3,8%	(3,5%)
sugárterápia	-22,3%***	(5,1%)	-15,8%***	(3,4%)	-28,3%***	(3,2%)
műtét	-39,6%***	(5,3%)	-12,0%***	(2,8%)	-20,5%***	(2,3%)
incidencia	-14,4%***	(1,6%)	-15,5%**	(5,6%)	-19,9%***	(3,4%)

*Forrás: Elek és mtsai. (2022a), Mayer és mtsai. (2022). *** $p < 0.01$, ** $p < 0.05$, * $p < 0.1$. Zárójelben a standard hibák. A becslések a trendtől és szezonalitástól megtisztított százalékos eltérést jelzik az incidencia esetében a 2020. 2. negyedév – 2021. 2. negyedév, a terápiák esetében a 2020. 2. negyedév – 2021. 3. negyedév időszakban. Becslési időszak: az incidencia esetében 2017. 1. negyedév – 2021. 2. negyedév, a terápiák esetében 2015. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév. A terápiák esetében a lekérdezés BNO- és HBCs-kódok alapján esetszámokra történt, az incidenciát az olyan betegek számaként definiáltuk, akik az elmúlt öt éven belül először kerültek felvételre az adott daganatos BNO-kóddal.*

Elek és mtsai. (2020a), valamint Mayer és mtsai. (2022) is vizsgálták a járási jövedelem szerinti eltéréseket. Az emlőrák incidenciája – a korábbi magasabb szintről – erősebben csökkent a gazdagabb, mint a szegényebb járásokban, a tüdőrák esetében viszont éppen fordított összefüggés volt megfigyelhető, tehát mindkét daganattípus esetében a korábbi – pozitív, illetve negatív – jövedelmi rés szűkült. (A vastag- és végbélrák esetében nem voltak szignifikánsak a járás jövedelmi helyzete szerinti változások.)

Szív- és érrendszeri betegségek

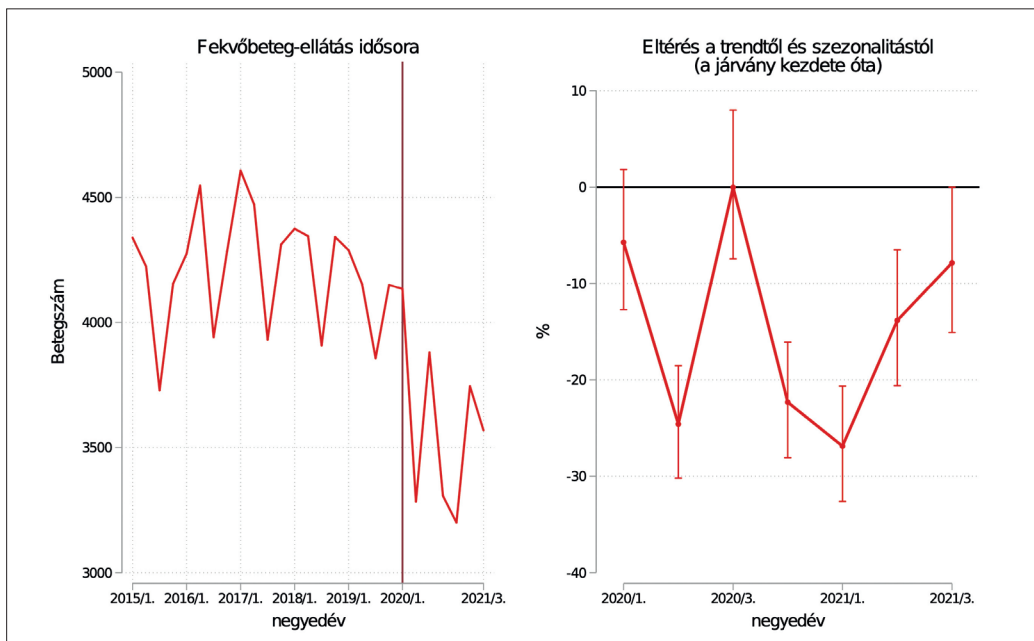
A COVID-19-fertőzés növeli a szív- és érrendszeri megbetegedések (cerebrovaszkuláris események, szívinfarktus, iszkémiás szívbetegség, szívritmuszavarok stb.) kockázatát (Xie és mtsai., 2022). Ennek ellenére a szív- és érrendszeri betegségekkel kórházi kezelésben részesülők száma világszerte jelentősen visszaesett a járvány elején, számos országban legalább 40 százalékkal (OECD, 2021, 64. o.). Ugyanakkor valószínűnek látszik, hogy a betegek tényleges száma érdemben nem csökkent, ezért a kórházi felvételek számának csökkenése mögött inkább az állhat, hogy enyhébb tünetek esetén a betegek kisebb valószínűséggel fordulnak orvoshoz. Erre utal, hogy a kórházban kezelt szívinfarktusok esetén a halálozási kockázat jelentősen megnőtt (OECD, 2021, 64. o.). Egy másik fontos csatorna lehet, hogy egyes betegségek (pl. stroke) esetében jellemzően egy családtag vagy barát észleli a tüneteket, viszont a társadalmi távolságtartás miatt az ilyen észlelések esélye lecsökkent, ezért a betegek egy része már nem jutott el a kórházba (Dula és mtsai., 2020).

Ezzel összhangban vannak Böjti és mtsai. (2020) egy magyarországi egyetemi stroke-centrum adatait használó eredményei. A járvány első két hónapjában a stroke-ok

(akut agyi érkatasztrófák) több mint 80 százalékát kitevő iszkémiás stroke (agyérelzáródás) esetszáma 11 százalékkal lecsökkent, míg a stroke-os eseteken belül a stroke-ot követő 24 órán túl érkező (így a vérellátás helyreállítását elősegítő reperfúziós kezeléssel nem kezelhető) betegek száma jelentősen megnőtt. A stroke-eseménytől a kezelés megkezdéséig tartó idő jelentősen (bár statisztikailag nem szignifikáns mértékben), 20 perccel növekedett. Böjti és mtsai. (2021) a teljes magyarországi ellátórendszert tartalmazó, 2020 egészére vonatkozó adatokon is megerősítik, hogy az iszkémiás stroke esetek száma csökkent, a reperfúziós kezelésben részesülők számában viszont nem találnak ilyen mértékű csökkenést.

Az 1.9. ábrán a szívinfarktussal kezelt kórházi betegszámát mutatjuk be (a bal oldalon a nyers betegszám, a jobb oldalon a trendtől és szezonalitástól megtisztított százalékos eltérés látható). A betegek száma 2020 második negyedéve és 2021 harmadik negyedéve között a legtöbb negyedévben (kivéve a „nyugalmas” 2020/3. negyedévben) 10–25 százalékkal a korábbi évek szintje alatt volt. A KSH halálügyi statisztikáit vizsgálva azonban elmondható, hogy 2020-ban nem csökkent a szív- és érrendszeri betegségekben elhunytak száma.¹¹ Tehát Magyarországon is az a kép rajzolódik ki, hogy az ilyen megbetegedések tényleges incidenciája nem csökkent, hanem azért látunk csökkenést a betegek számában, mert egyes esetek ellátatlanok maradtak.

1.9. ábra: Kórházban szívinfarktussal kezelt betegek számának alakulása



Forrás: saját számítás az OKFŐ Pulvita adatbázisa alapján. A jobb oldali panel a trendtől és szezonalitástól megtisztított százalékos eltérést jelzi a járvány időszakában (2020. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév), 95%-os konfidencia-intervallummal. Becslési időszak: 2015. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév. A szívinfarktussal kezelt betegek számának meghatározása HBCs-kódok alapján történt (HBCs 2070, 2081, 2082).

¹¹ Forrás: https://www.ksh.hu/stadat_files/nep/hu/nep0010.html (megtekintve: 2022.02.16)

Mentális betegségek

A COVID-19-járvány mentális betegségekre gyakorolt hatása világszerte hatalmas volt. Egyrészt maga a koronavírus-betegség is negatívan befolyásolhatja a mentális egészséget: például poszttraumás stressz-zavart okozhat, illetve ronthatja a meglévő pszichiátriai alapbetegséget (Wernigg, 2021). Másrészt a járványhelyzetből adódó közvetett okok is fontos szerepet játszottak a lakosság mentális egészségének romlásában. Ilyen például a COVID-19-fertőzéstől való szorongás, a szerettekért való aggódás, a távolságtartási intézkedések következtében fellépő fizikai és szociális elszigeteltség és a gazdasági visszaesés (pl. munkanélküliség, anyagi nehézségek) (Osváth és mtsai., 2021). Az OECD jelentése szerint számos fejlett országban 2020 elején duplájára nőtt a szorongásos és depressziós betegek száma (OECD, 2021, 55. o.).

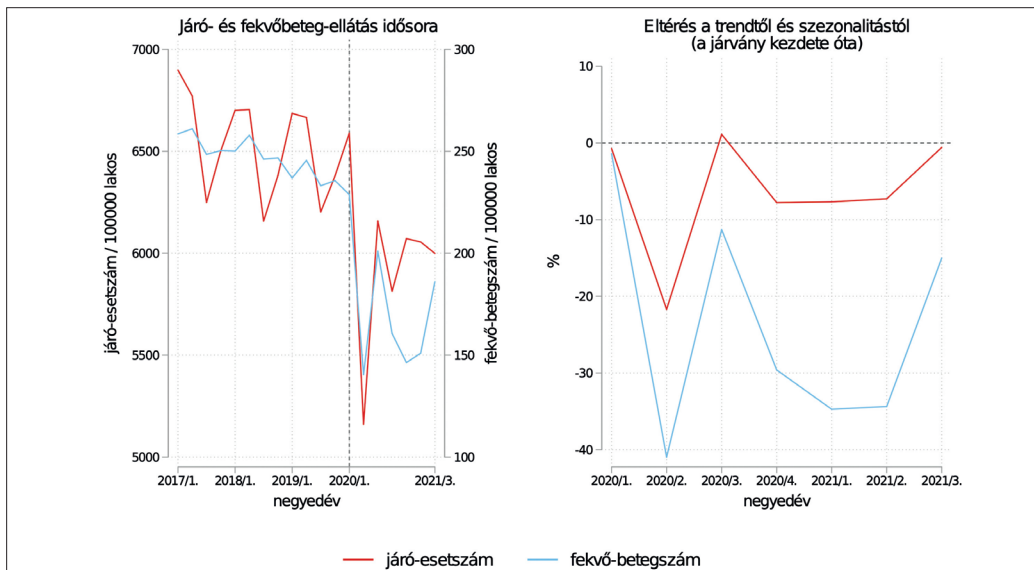
Magyarországon ezzel egy irányba mutat az öngyilkosság miatti halálozások számának növekedése. Osváth és mtsai. (2021) megmutatták, hogy a COVID-19-járvány első és második hulláma alatt (2020 márciusa és decembere között) a férfiak által elkövetett öngyilkosságok száma szignifikánsan, 18 százalékkal nőtt ahhoz a trendhez képest, amely a járvány hiányában állt volna elő 2010 és 2020 között. A teljes magyarországi népesség esetében szintén szignifikáns, 16 százalékos növekedést figyeltek meg, azonban a nők által elkövetett öngyilkosságok száma nem tért el szignifikánsan a korábbi trendek alapján várt értéktől. A mentális problémák – főként, ha kezeletlenül maradnak – az öngyilkosság kockázatát is növelik, ezért az öngyilkosság megelőzésében kulcsszerepe van a pszichiátriai ellátásnak.

Magyarországon az eddig is hiányszakmaként működő pszichiátriai ellátórendszert különösen súlyosan érintette a járvány hatása mind keresleti, mind kínálati oldalon. A korlátozások miatt a pszichiátriai intézményeket – és szakorvosokat – jelentős részben a COVID-19-ellátásba szervezték át – mindez egyidejűleg történt a mentális problémák növekvő prevalenciájával. Távkonzultációra álltak át a pszichiátriai járóbeteg-ellátásban, azonban ebben főként az enyhébben érintett betegek képesek együttműködni.

Ezért ugyan Magyarországon az első hullám korlátozásai mindkét ellátástípust érintették, de a fekvőbeteg-ellátást korlátozták elsősorban, így a járóbeteg-ellátás kevésbé esett vissza. A pszichiátriai fekvőbetegek száma 40 százalékkal esett 2020 második negyedében. A járvány későbbi időszakában ugyan valamelyest javult a helyzet, de 2021 harmadik negyedévéig az ellátás tartósan és jelentősen a korábbi szint alatt maradt (1.10. ábra). Míg a járóbeteg-esetszám több mint 20 százalékkal esett vissza az első hullám alatt (2020 második negyedéve), a vizsgált időszak végére ismét elérhette a historikus trendet. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy az itt közölt adatok nem tartalmazzák a magánegészségügyi ellátást.

Mint azt a gyógyszerfogyasztásról szóló részben láttuk, az antidepresszáns-fogyasztás csak a gazdagabb járásokban látszik növekedni, ami – tekintve, hogy a mentális egészség valószínűleg romlott a járvány alatt – a hozzáférés romlására utal a szegényebb járásokban.

1.10. ábra: A pszichiátriai járóbeteg-esetszám és fekvőbetegszám alakulása



Forrás: saját számítás az OKFŐ Pulvita adatbázisa alapján. A jobb oldali panel a trendtől és szezonálitástól megtisztított százalékos eltérést jelzi a járvány időszakában (2020. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév). Becslési időszak: 2017. 1. negyedév – 2021. 3. negyedév. A pszichiátriai eset- és betegszám meghatározása BNO-kódok alapján történt (BNO F0000-F9999).

Összegzés

Azt látjuk tehát, hogy a koronavírus-járvány következtében – a világszinten tapasztalható tendenciákkal összhangban – Magyarországon is jelentős mértékben visszaesett az egészségügyi ellátásban részesülők száma. A gyógyszerfogyasztás összességében nem csökkent, a járvány elején megfigyelhető pánikvásárlás erősebb volt a gazdagabb járásokban. Három főbb betegségtípust vizsgáltuk meg részletesebben: a daganatos, a szív- és érrendszeri, valamint a mentális betegségeket. Mindhárom betegségtípus esetében csökkent a felismert és az ellátott betegek száma. Bár általánosan elmondható, hogy valószínűleg az enyhébb esetek maradtak távol a rendszertől, az elmaradt kezelések még hosszú éveken át kihathatnak a lakosság egészségi állapotára.

Következtetések

Mivel a járvány világszerte fennakadásokat okozott az egészségügyi ellátórendszerekben, a szakpolitikának érdemes monitoroznia a nemzetközi megküzdési stratégiákat és jó gyakorlatokat. Kiemelt szakpolitikai cél az elmaradt rákszűrések pótlása annak érdekében, hogy a pandémia alatt rejtve maradt daganatos megbetegedéseket minél hamarabb felismerjék, és megkezdődhessen a kezelésük. Fontos a pszichiátriai ellátórendszer felkészítése a megnövekedett betegszámra. Érdemes kiemelt figyelmet fordítani a rosszabb gazdasági helyzetben lévő járásokban élő lakosságra, mert őket súlyosabban érinthették a pandémiával összefüggő mentális zavarok.

1.3. A COVID-19 elleni védőoltással kapcsolatos attitűdök a magyar társadalomban

LIGETI ANNA SÁRA, KARSAI MÁRTON, KOLTAI JÚLIA, RÖST GERGELY

Az adatfelvételtől

Jelen fejezet egy országos reprezentatív mintás adatfelvétel-sorozat adatainak elemzésén alapul. Az adatfelvétel célja az volt, hogy a Járványmatematikai Modellező és Epidemiológiai Elemző Munkacsoport munkáját támogassa azzal, hogy a modellezéshez szükséges kontaktusszám-mintázatokat és egyéb, a vírussal és az oltással kapcsolatos attitűdöket havonta felméri a magyar lakosság körében. Az első kérdőíves adatfelvétel 2020 áprilisában zajlott, és azóta havonta készül CATI (Computer Assisted Telephone Interviewing) módszerrel, többlépcsős, arányosan rétegzett, valószínűségi mintavételi eljárással. Az adatbázisban mind vezetőkes, mind mobiltelefonszámok szerepelnek. A populációs arányoktól való kisebb eltéréseket az adatfelvétel után súlyozás segítségével korrigáltuk. A minta reprezentatív a 18 éves vagy idősebb magyarországi lakosságra nem, kor, iskolai végzettség és településtípus szerint.

Mivel az oltások hazánkban 2021 januárja óta elérhetők, az alábbi számítások többsége a 2021 januárja és decembere közötti összesen tizenkét adatfelvételi hullám kvantitatív elemzésén alapul.

Az oltások elutasítása

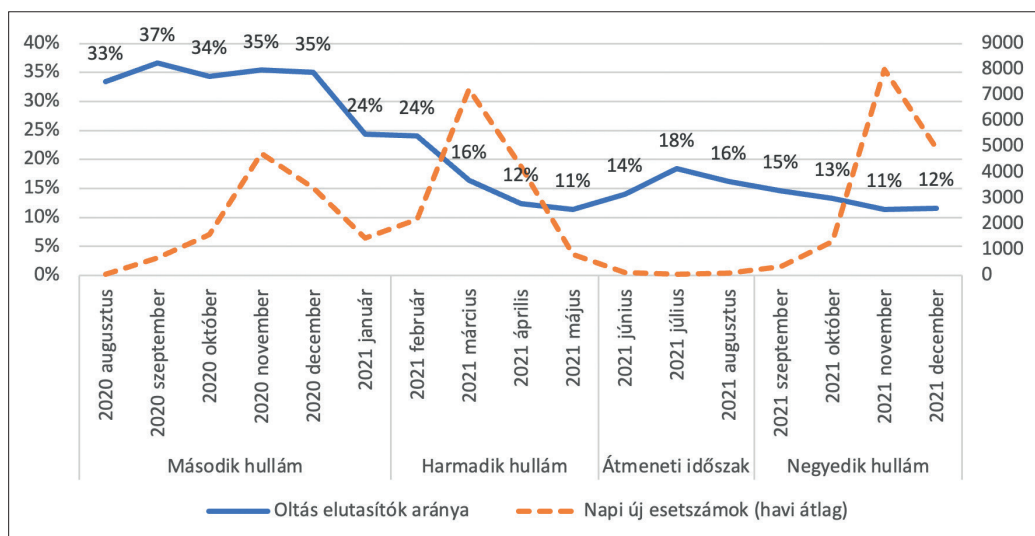
Az oltások elérhetővé válása óta az oltatlanok aránya Magyarországon is folyamatosan csökken, azonban 2021 decemberében a felnőtt lakosság több mint negyede (28 százalék) még nem vette fel a védőoltás egyetlen dózisát sem (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2022). Az általunk felhasznált adatforrás azonos időszakban az oltatlanok arányát ennél alacsonyabbra, 16 százalékra becsülte, ami a kérdőíves adatfelvételekre jellemző torzításokból fakad. Egyrészt valószínűleg jelen van egy szelekciós torzítás, amely szerint azok, akiket jobban foglalkoztat a világjárvány alakulása – így feltehetőleg az oltási hajlandóságuk is magasabb – szívesebben vesznek részt a témához kapcsolódó felmérésekben. Másrészt pedig előfordulhat az is, hogy a kérdezettek egy része a társadalmi elvárásoknak való megfelelés érdekében nem vallja be, hogy nincs beoltva (Kutasi és mtsai., 2021).

A járvány negyedik hullámában már csak az oltatlanok kisebb része (29%) volt nyitott az oltás jövőbeli felvételére. Ezen csoport – amely a negyedik hullámban a lakosság körülbelül 5 százalékát tette ki – körében magasabb a 18–29 éves fiatalok, a középiskolai érettségivel rendelkezők, valamint a megyeszékhelyeken és az alföldi régiókban élők aránya.

Az oltatlanok csoportjának nagyobb része (71%) azonban nem volt nyitott egyik vakcinatípus felvételére sem – ők 2021 végén a lakosság körülbelül 12 százalékát jelentették,

arányuk azonban jelentősen csökkent az előző évhez képest. Az oltások megjelenése előtt közvetlenül, 2020 végén a felnőtt lakosság harmada nyilatkozott úgy, hogy egyik vakcinatípust sem fogadná el, amennyiben azok elérhetővé válnának. Ez az arány azonban az oltások megjelenésével, majd a harmadik hullám elején emelkedésnek induló esetszámokkal párhuzamosan csökkenni kezdett: 2021 májusában már csak a felnőtt lakosság 11 százalékaról volt elmondható, hogy nem kapott még és nem is szeretné megkapni az első oltását. A vakcinákat elutasítók aránya 2021 nyarán, a harmadik és negyedik hullám közötti átmeneti időszakban kismértékben emelkedett, a negyedik hullámban azonban ismét a korábbi szintre csökkent (1.11. ábra).

1.11. ábra: Az oltásokat elutasítók aránya a felnőtt lakosságban és a napi új regisztrált COVID-19-esetek száma, 2020. augusztus – 2021. december

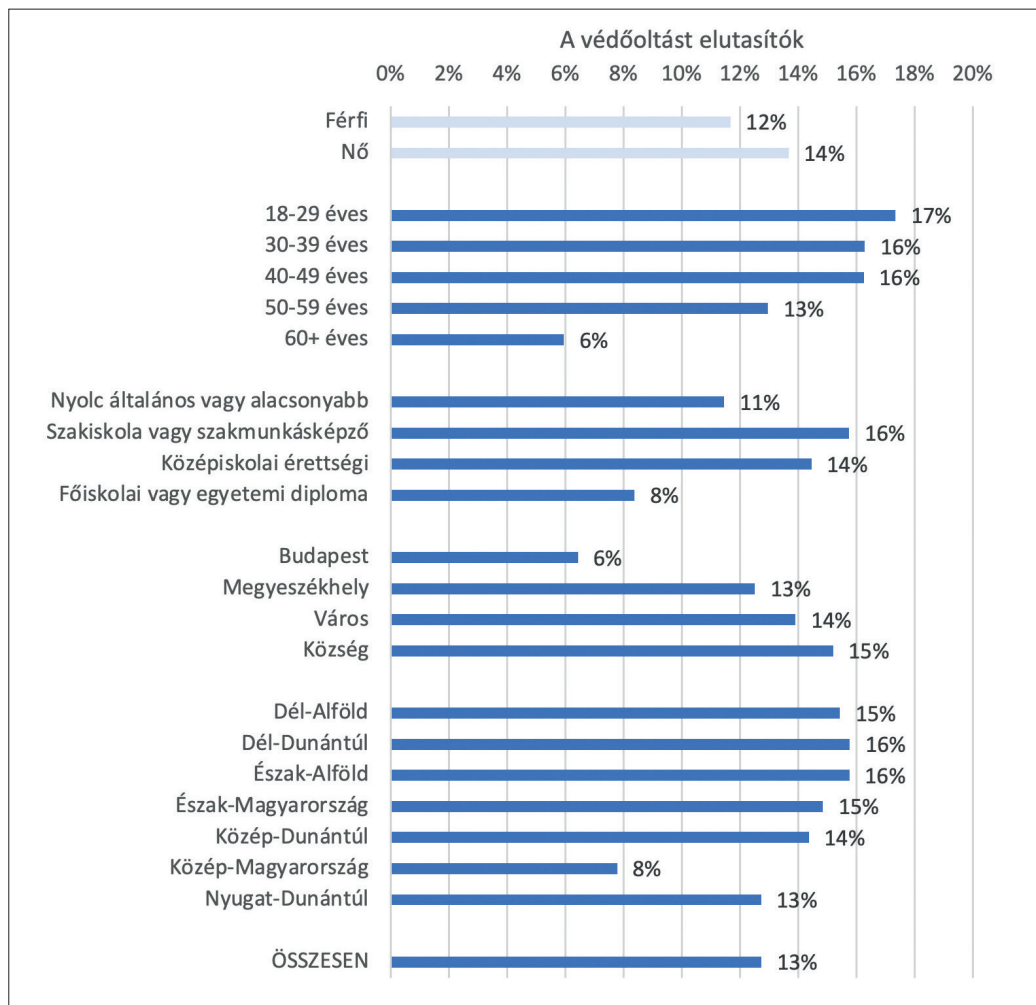


Napi új esetszámok forrása: COVID-19 Data Repository by the Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University. Kérdőíves adatok: teljes minta, 4–20. adatfelvételi hullám (2020. augusztus – 2021. december), N=18 501.

Az első oltást elutasítók aránya minden korcsoportban csökkent 2020. augusztus és 2021. december között, azonban az elutasítás összességében minden hullámban a fiatalabb korcsoportokra volt jellemzőbb. A járvány negyedik hullámában az 50 év alattiak 16-17 százaléka, az 50–59 évesek 13 százaléka utasította el az oltást, míg a legalább 60 éveseknek csupán 6 százaléka (1.12. ábra). Míg a legtöbb korcsoportban az oltásokat visszautasítók aránya fokozatosan csökkent, a legidősebbek esetében hirtelen, 29-ről 8 százalékra esett vissza 2021 elején, a vakcinák bevezetésekor. Korábbi kutatások szintén rávilágítottak az életkor és az oltások elfogadottságának kapcsolatára, ami összefüggésben állhat azzal is, hogy az idősebb korcsoportok számára magasabb kockázatot jelent a koronavírus (Allington et al., 2021; Lazarus et al., 2021; Lindholt et al., 2021).

Bár a korábbi hullámokban a nőkre jellemzőbb volt a vakcinák elutasítása, a negyedik hullámban már nem volt szignifikáns különbség a nemek között. Látható az is, hogy az oltásokat elutasítók jellemzően középfokú végzettségűek és a közép-magyarországi régió kívül élnek.

1.12. ábra: Az oltásokat elutasítók aránya a felnőtt lakosságban demográfiai csoportok szerint, a negyedik hullámban (2021. szeptember–december)

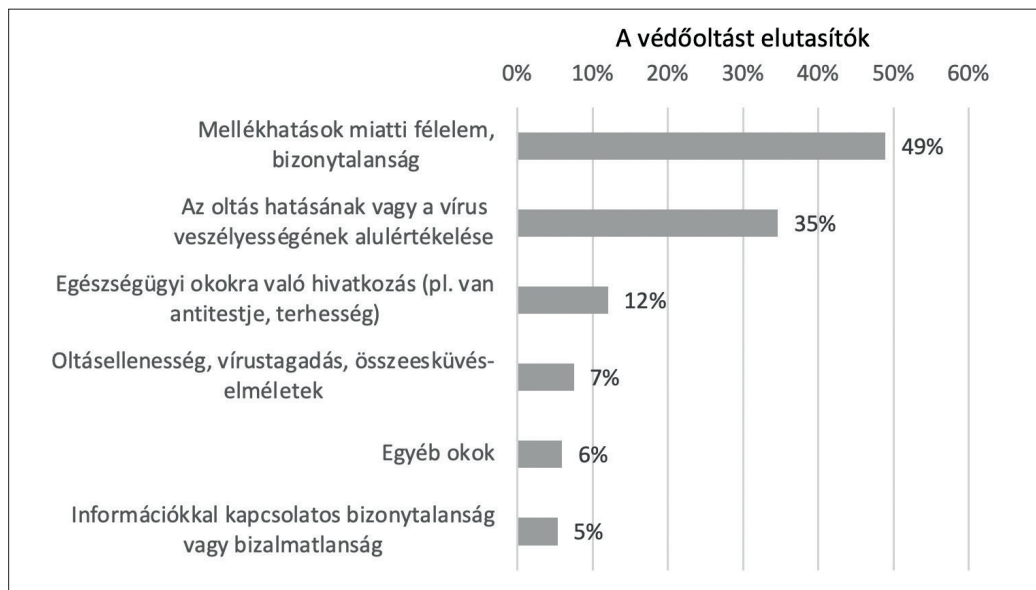


Kérdőíves adatok: teljes minta, 17–20. adatfelvételi hullám (2021. szeptember–december), $N=4000$, $p<0,05$. A világosabb színnel jelölt összefüggések nem szignifikánsak.

Az oltás elutasításának legfőbb oka a negyedik hullám időszakában a mellékhatások miatti félelem és bizonytalanság volt, amit a válaszadók fele említett. Emellett az oltást elutasítók harmadára volt jellemző, hogy alulértékelték az oltás hatását vagy a vírus veszélyességét, további 12 százalék pedig egészségügyi okokra vagy átesettségre (is) hivatkozott. Az oltást elutasítók kisebb csoportjára (7%) volt csupán jellemző a kifejezett

oltásellenesség, a vírus létezésének tagadása vagy valamilyen összeesküvés-elméletre való hivatkozás. Emellett az oltást elutasítók 5 százaléka említette, hogy problémát jelentenek számára az oltással kapcsolatos ellentmondásos információk, esetleg bizalmatlan a rendelkezésre álló információkkal vagy azok forrásaival kapcsolatban, és 6 százalék említett valamilyen más okot (is) (1.13. ábra).

1.13. ábra: A védőoltás elutasításának okai: az egyes okokat említők aránya az oltást elutasítók körében, a járvány negyedik hullámában (2021. szeptember–december)



Kérdőíves adatok: az oltást elutasítók a 17–20. adatfelvételi hullámban (2021. szeptember–december), N=509. Mivel egy válaszadó több okot is említhetett, az okok arányainak összege meghaladja a 100%-ot.

Habár az előzőekben láthattuk, hogy a járvány negyedik hullámában a nőkre és a férfiakra hasonló arányban volt jellemző az oltások visszautasítása, a jelenség mögött meghúzódó okok tekintetében már jelentős eltérések tapasztalhatók a nemek között: míg a nők magasabb arányban hivatkoztak a mellékhatások veszélyeire vagy valamilyen egészségügyi okra, a férfiakra jellemzőbb volt az oltás hatásának vagy a vírus veszélyességének lekicsinylése.

Az oltások visszautasítása mögött meghúzódó okok kevésbé változtak a járvány harmadik és negyedik hulláma között, azok egyes elemei¹² azonban hangsúlyosabbá váltak az idő előrehaladtával. A harmadik hullámot követően 12-ről 17 százalékra növekedett azoknak az aránya az oltást elutasítók körében, akik úgy vélték, hogy a vakcinákat túl gyorsan fejlesztették ki, vagy beadásuk a kísérleti fázisban kezdődött el. Egyre jelentősebb lett azoknak az aránya is, akik amiatt utasították el az oltást, mert nem tartják azt

¹² A válaszadók által elmondott okokat a feldolgozás során különböző részletességű kategóriákba rendeztük, így készült 27, 12, illetve 6 kategóriás csoportosítás is a válaszokból.

hatékonyak a vírussal szemben: a járvány harmadik hullámában 7 százalék, a negyedik hullámban azonban már 12 százalék említette ezt az okot.

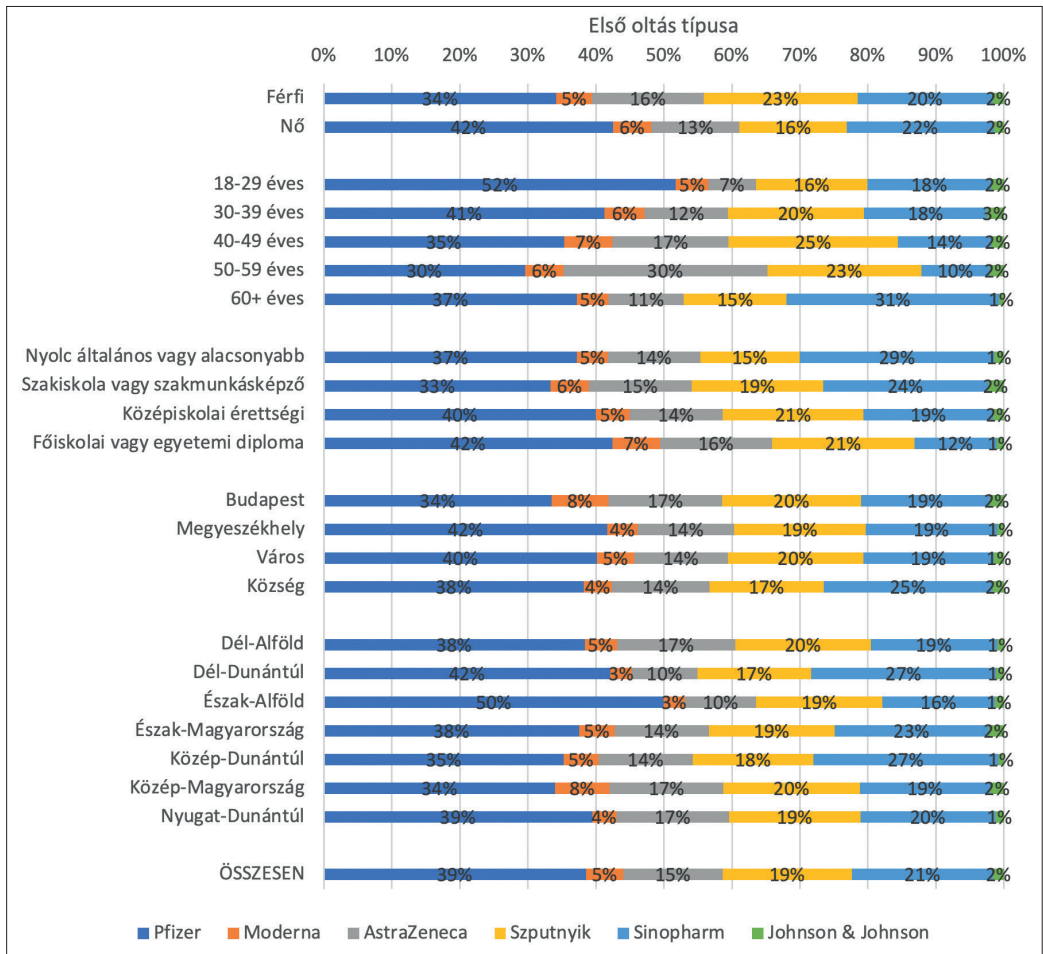
Vaksinaválasztások

Bár az mRNA típusú vakcinák – elsősorban a Pfizer – szinte egyeduralkodóvá váltak a harmadik oltások idejére (a kérdezettek 83 százalékát Pfizer, 8 százalékát pedig Moderna típusú vakcinával oltották a harmadik oltás alkalmával), az első és második oltás típusa jóval változatosabb volt. A legtöbben Pfizer (39%), Sinopharm (21%), Szputnyik (19%) és AstraZeneca (15%) típusú vakcinát kaptak első oltásként, míg a Modernával és a Johnson & Johnson vakcinájával oltottak aránya ennél jóval alacsonyabb volt (5, illetve 2%) felmérésünk szerint.

Az első és második oltás típusát jelentős mértékben a demográfiai hovatartozás határozta meg (1.14. ábra). Míg a Pfizer vakcináját magasabb arányban vették fel a nők, a legfiatalabb, 18–29 éves korcsoport tagjai, valamint a diplomások, a Moderna a budapestiek, az AstraZeneca oltóanyaga pedig az 50–59 éves korcsoport esetében volt gyakoribb. Szputnyik vakcinát magasabb arányban kaptak a férfiak, valamint a 40–49 és az 50–59 éves korcsoportok, míg a Sinopharm oltóanyaga elsősorban a legidősebb, legalább 60 éves korcsoporthoz, a legalacsonyabb végzettségűekhez és a községekben élőkhez jutott el.

A fenti különbségeket több tényező együttes hatása eredményezte. Egyrészt az egyre szélesebb körű tapasztalatok és kutatási eredmények által folyamatosan változtak az oltásokkal kapcsolatos ajánlások, melyek főként az életkori csoportok és a nemek között okoztak eltéréseket (ez is közrejátszhatott abban, hogy egy idő után az AstraZeneca vakcináját kisebb arányban vették fel a nők és a fiatalabb korcsoportok). Láthatóak azonban a vakcinák elosztásával kapcsolatos olyan társadalmi különbségek is, melyek sokkal inkább az egyes oltóanyagok elérhetőségével függenek össze, például az oltások kezdetekor nagyobb számban elérhető vakcinatípusokat, elsősorban a Sinopharm vakcináját magasabb arányban kapták meg az oltási sorrend elejére sorolt idősebb korcsoportok tagjai. Az idő előrehaladtával az egyes oltóanyagok egyre inkább hozzáférhetővé váltak, ami azt is eredményezte, hogy az oltás előtt állóknak egyre inkább módjukban állt eldönteni, hogy mely vakcinát veszik fel, és melyeket utasítják vissza.

1.14. ábra: Vakcinatípusok megoszlása az első oltás esetében demográfiai csoportok szerint, 2021. július–december



Kérdőíves adatok: oltottak a 15–20. adatfelvételi hullámban (2021. július–december), N=4737.

Míndeközben jelentősen változott az egyes vakcinák elfogadottsága az első oltásuk előtt állók körében. A járvány harmadik hullámában, amikor az oltatlanok aránya körülbelül 60 százalékos volt a felnőtt lakosság körében, az egyes vakcinák elfogadottsága között kisebbek voltak a különbségek: az oltatlanok közel háromnegyede (73%) nyilatkozott úgy, hogy ha lehetősége volna, felvenné a Pfizer oltását, 60 százalék pedig a Moderna vakcináját (is) elfogadta volna, míg a Szputnyikot 54 százalék, az AstraZeneca, illetve a Sinopharm oltóanyagát 49–49 százalék fogadta el. Ezt követően azonban – mivel az oltatlanok jelentős részét ekkortól már azok tették ki, akik kifejezetten elzárkóztak az oltás felvételétől – nőtt az egyes vakcinák elutasítása is. A járvány negyedik hullámában az oltás előtt állók (akik ekkor a lakosság 18 százalékát tették ki) jelentős része a Pfizer oltóanyagát preferálta, melyet az oltatlanok 45 százaléka fogadott el. A Pfizerhez képest a többi oltóanyag elfogadottsága jelentősen elmaradt, a Johnson & Johnson vakcináját

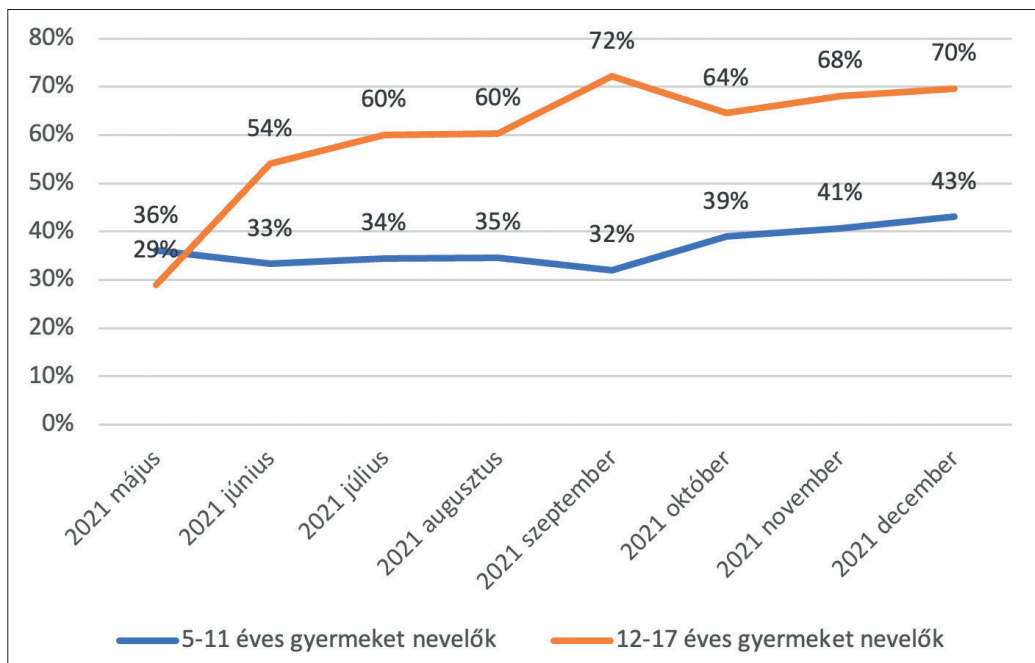
az oltatlanok 18 százaléka, a Szputnyik és a Sinopharm vakcináit 15-15 százalék, míg a Modernát 13 százalék, az AstraZenecát pedig csupán 7 százalék fogadta volna el.

Attitűdök a gyermekek oltásával kapcsolatban

A 12–17 éves gyermekeket nevelő szülők (gyermekre vonatkozó) oltási hajlandósága 2021 májusa és júniusa között 29-ről 54 százalékra nőtt, feltehetőleg annak köszönhetően, hogy május 10-én a 16–17 évesek, majd egy hónappal később, június 10-én a 12–15 évesek oltása is megkezdődött. A 12–17 éves gyermekeket nevelő szülők oltási hajlandósága a szeptemberi iskolakezdetkor érte el a csúcst: ekkorra a szülők 60 százaléka már beoltatta, további 12 százalék pedig regisztrálta vagy tervezte regisztrálni gyermekét az oltásra.

Ezzel szemben az 5–11 éves gyermekeket nevelő szülők bizonytalanabbak voltak a gyermekeik oltásával kapcsolatban, és oltási hajlandóságuk csak kisebb mértékben növekedett május és december között – ehhez azonban hozzájárult az is, hogy az 5–11 éves korcsoport oltására csak december 15-étől nyílt lehetőség. A szülők oltási hajlandósága azonban 2021 szeptemberétől folyamatosan növekedett, és decemberben már 43 százaléku nyilatkozott úgy, hogy beoltatná 5–11 éves gyermekét, ha elérhetővé válna számára az oltás (1.15. ábra).

1.15. ábra: A gyermekekre vonatkozó oltási hajlandóság aránya az adott korcsoportba tartozó gyermekeket nevelők körében, 2021. május–december



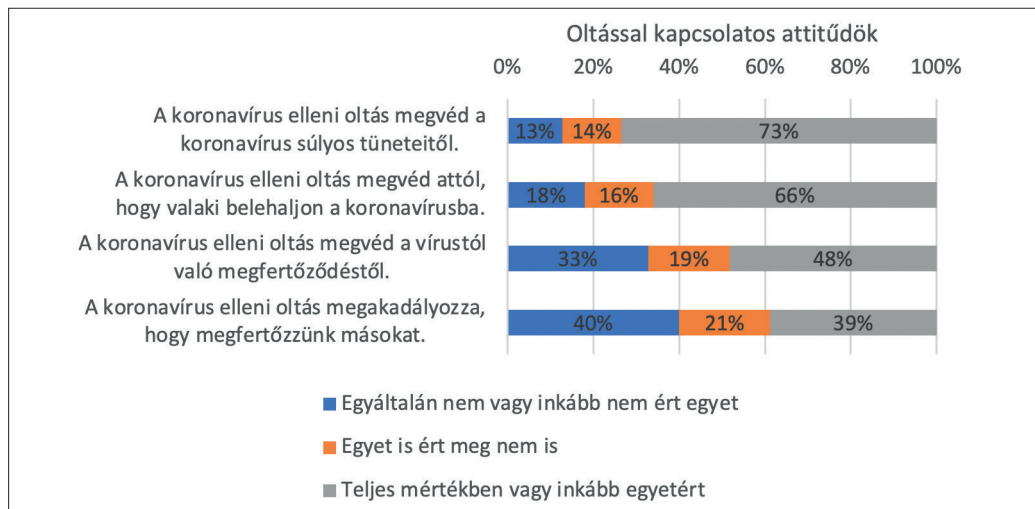
Kérdőíves adatok: gyermeket nevelők a 13–20. adatfelvételi hullámban (2021. május–december), 5–11 éves gyermeket nevelők: N=1111; 12–17 éves gyermeket nevelők: N=1051.

A gyermekek oltásával kapcsolatos vélemények jelentős mértékben eltérnek a különböző demográfiai csoportokba tartozó szülők esetében. A járvány negyedik hullámában mind az 5–11 éves, mind a 12–17 éves gyermekeket nevelő szülők esetében az apák oltási hajlandósága magasabb volt az anyáknál, valamint a fiatalabb szülők körében magasabb volt azoknak az aránya, akik elutasították gyermekük beoltását. Megfigyelhető az is, hogy az alapfokú és középfokú iskolai végzettségű szülőkhöz képest a diplomások körében jóval magasabb az oltási hajlandóság: az 5–11 éves korú gyermekeket nevelők esetében 57 százalék (amely arány az alacsonyabb végzettségűek esetében 23–34 százalék között mozog), míg az ennél idősebb gyermekeket nevelők körében 82 százalék (az alapfokú és középfokú végzettségűek esetében 63–65 százalék).

Az oltással kapcsolatos vélemények

A koronavírus-járvány negyedik hullámában, 2021. szeptember–december között az oltások elfogadottsága viszonylag magas volt: a válaszadók közel háromnegyede (73%) egyetértett azzal, hogy az oltás megvéd a vírus súlyos tüneteitől, kétharmaduk (66%) pedig azzal (is), hogy a COVID-19 elleni vakcina megvéd attól, hogy valaki belehaljon a koronavírus-betegségbe.¹³ Azzal kapcsolatban azonban megosztottabbak voltak a kérdezettek, hogy az oltás megvéd-e a vírustól való megfertőződéstől, valamint attól, hogy megfertőzzünk másokat (ezekkel az állításokkal a válaszadók 48, illetve 39 százaléka értett egyet) (1.16. ábra).

1.16. ábra: Az oltással kapcsolatos attitűdök a negyedik hullámban (2021. szeptember–december)



Kérdőíves adatok: teljes minta, 17–20. adatfelvételi hullám (2021. szeptember–december), N=4000.

¹³ Azok csoportja, akik inkább egyetértenek azzal, hogy az oltás megvéd a súlyos tünetektől, de csak közepesen vagy inkább nem értenek egyet azzal, hogy megvéd a koronavírus által okozott haláltól, a minta 11 százalékát teszi ki. Az inkonzisztens válaszok utalhatnak arra, hogy az emberek nem biztosak abban, hogy pontosan mi ellen mennyire védenek az oltások, és hogy a súlyos tüneteket és a halált két különböző, egymást nem átfedő halmazként értelmezik.

Míg a legalacsonyabb iskolai végzettségűekre és a legidősebb, legalább 60 éves korcsoportba tartozókra volt a leginkább igaz az állításokkal való teljes egyetértés, a diplomások jóval árnyaltabban látták a védőoltás szerepét: az átlagnál nagyobb arányban értettek egyet azzal, hogy az oltás megvéd a súlyos tünetektől és a haláltól, azonban az átlagnál kisebb arányban azzal, hogy az oltás megvéd a megfertőződéstől és attól, hogy megfertőzzünk másokat. A védőoltás hatásosságának tagadása főként a középfokú végzettségűekre és a legfiatalabbakra volt jellemző – ahogyan korábban láthattuk, a többi demográfiai csoporthoz viszonyítva ők az oltásokat is magasabb arányban utasították vissza.

Az oltási akcióhét hatása

2021. november végétől lehetőség nyílt az oltások regisztráció nélküli felvételére is – elsőként a november 22–28. között rendezett, majd december 12-éig meghosszabbított oltási akcióhét keretében. A hivatalos statisztikai adatok alapján az oltási akcióhét az első oltások számát kisebb mértékben, a harmadik oltások számát azonban jelentősen növelte: az első oltást felvettek aránya az előző héthez képest egy százalékponttal, 70-ről 71 százalékra nőtt (bár az azt megelőző időszakban, július eleje óta csupán heti 0,1–0,3 százalékpontos növekedés volt jellemző), a harmadik oltással rendelkezők aránya pedig az akcióhét eredményeként 7 százalékponttal nőtt: 23-ról 30 százalékra ugrott (míg az ezt megelőző hetekben átlagosan 3 százalékpontos volt a heti növekedés mértéke) (ECDC, 2022). Amellett, hogy elsőként ekkor nyílt lehetőség az oltások előzetes regisztráció nélküli felvételére, az oltások számát az akcióhéthez kapcsolódó információs kampány is növelhette.

A kérdőíves adatfelvétel decemberi hullámában a harmadik oltással rendelkezőket a harmadik oltás felvételének módjáról is kérdeztük. Decemberben a harmadik oltással rendelkezők negyede (26%) nyilatkozott úgy, hogy az akcióhét keretében, előzetes regisztráció nélkül vette fel a harmadik oltását, a legtöbben azonban úgy jutottak hozzá, hogy az EESZT oldalán keresztül regisztráltak vagy a házi orvosuknak jelezték igényüket (33-33%).

A harmadik oltásra való jelentkezés módja azonban jelentősen eltért a különböző demográfiai csoportok esetében. A legidősebb, legalább 60 éves korcsoportba tartozók, az érettségivel nem rendelkezők, valamint a községekben élők elsősorban a házi orvosukon keresztül jelezték igényüket a harmadik oltásra, az internetes regisztrációt pedig főként a magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők, a 40–49 évesek, valamint a nagyobb településtípusokon – elsősorban a fővárosban – élők vették igénybe. Az oltási akcióhét leginkább a 18–29 éves korcsoport, az érettségivel rendelkezők, valamint a megyeszékhelyeken élők átoltottságára volt hatással.

Összegzés

2021 végén az oltatlanok többsége kifejezetten visszautasította az első oltást: a felnőtt lakosság 12 százaléka egyik vakcinatípust sem fogadta el, 5 százalék azonban nyitott volt arra, hogy a jövőben felvegye az első oltást. Az oltás elutasításának legfőbb oka a

mellékhatások miatti félelem és bizonytalanság (melyet a vizsgált csoport fele említett), valamint az oltás hatásának vagy a vírus veszélyességének alulértékelése, amely az oltásokat visszautasítók harmadára volt jellemző. Míg utóbbi okot magasabb arányban említették a férfiak, a mellékhatások miatti félelem jellemzőbb volt a nőkre.

2021 májusa óta növekedett a szülők gyermekeikre vonatkozó oltási hajlandósága, bár összességében a szülők magasabb arányban támogatták az idősebb, 12–17 éves korcsoport oltását, mint az 5–11 évesekét. A gyermekek oltását jobban támogatták a férfiak, az idősebb szülők, valamint a diplomások.

A harmadik oltással rendelkezők negyede az oltási akcióhét vagy az azt követő hasonló programok keretében kérte a harmadik oltását. Az akció főként a legfiatalabb, 18–29 éves korcsoport, az érettségivel rendelkezők, valamint a megyeszékhelyeken élők átoltottságára volt hatással. Míg az első és második oltás típusát jelentős mértékben a demográfiai hovatartozás határozta meg, harmadik oltásként a felnőtt lakosság nagy többsége a Pfizer oltóanyagát vette fel, és az első oltásuk előtt állók többsége is ezt az oltóanyagot fogadná el a leginkább.

Következtetések

A fenti eredmények alapján az átoltottság az oltatlan népeiséget célzó információs kampányok segítségével, valamint az előzetes regisztráció nélküli oltási programok kiterjesztésével növelhető. Érdemes kiemelt figyelmet fordítani arra a (lakosság körülbelül 5 százalékát jelentő) csoportra, amely a kérdőíves felmérés alapján nyitott az első oltás jövőbeli felvételére, mivel körükben az átoltottság könnyebben növelhető. Ők főként fiatalok, középiskolai érettségivel rendelkezők, akik magasabb arányban élnek a megyeszékhelyeken és az ország alföldi régióiban. Habár az oltatlanok másik csoportja, az oltást visszautasítók egy viszonylag heterogén csoportot jelentenek, a felmérés tapasztalatai alapján érdemes lehet a mellékhatások témakörét állítani az őket célzó programok és információs kampányok fókuszába. Emellett egy ilyen információs kampány tervezésénél fontos lenne megérteni mindkét csoport esetében a hezitálás vagy az elutasítás mögötti motivációt, értékeket és attitűdöket is, hogy kifejezetten ezekre reflektáló, célzott üzenetekkel szólítsák meg őket. A kérdőíves felmérés tapasztalatai alapján az előzetes regisztráció nélküli oltási akciók is növelhetik a lakosság átoltottságát.

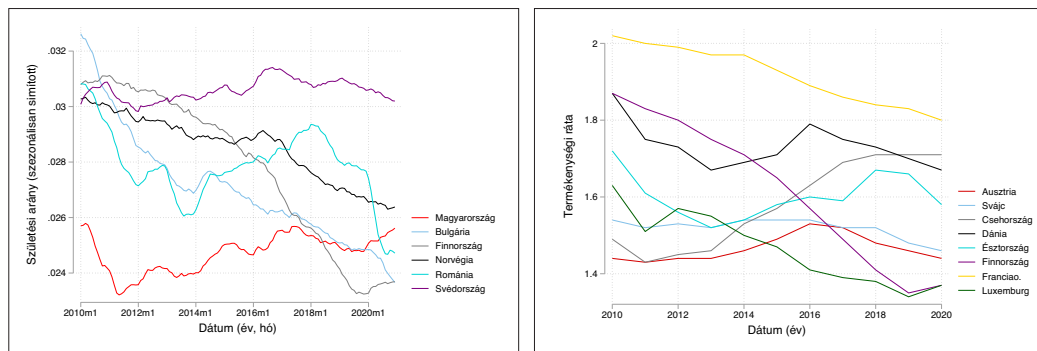
1.4. A COVID-19 fertilitásra és szülési eseményekre gyakorolt hatása

SZABÓ-MORVAI ÁGNES

Nemzetközi kitekintés

A koronavírus-járvány egyes országokban (dél-európai országok, Ausztria, Belgium) csökkentette, más országokban (skandináv országok, Franciaország, Németország) nem érintette a születésszámot (Arpino és mtsai., 2021). Az USA-ban 15 százalékkal kevesebb gyermeket terveznek a járvány következtében, ami leginkább olyan okokra vezethető vissza, mint az anyagi problémák, az általános bizonytalanság vagy az egészséggel kapcsolatos aggodalmak (Lindberg és mtsai., 2021). Az 1.17. ábra mutatja, hogyan alakult a fertilitás az elmúlt 10 évben Európa országaiban. Az Eurostat adatai a szülések számát tartalmazzák a szülőképes (15–44 éves) korú nők számához viszonyítva. Az OECD adatai a teljes termékenységi rátára vonatkoznak, ami azt mutatja meg, hogy az adott évben a szülőképes korú nők életkori eloszlását, illetve adott életkorban a szülési valószínűséget figyelembe véve összesen mennyi gyermeket szülne egy nő az élete során. Míg ezek a számok a legtöbb országban enyhén estek vagy stagnáltak, addig a magyarországi születésszámok emelkedtek a lezárások alatt.

1.17. ábra: Az élveszületési arány (a szülőképes korú nők számához viszonyítva) és a teljes termékenységi ráta alakulása Európa országaiban a 2010–2020 közötti években



Adatok forrása: Eurostat (https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fmmonth/default/?table?lang=en) Adatok forrása: OECD (https://data.oecd.org/pop/eurostat/databrowser/view/demo_fmmonth/default/?table?lang=en)

A koronavírus-járvány növelte a társadalmi egyenlőtlenségeket a fogamzásgátláshoz és a reprodukcióhoz kapcsolódó egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben (Lindberg és mtsai., 2021). Ugyanakkor az online és telefonos egészségügyi szolgáltatások nagymértékben segítettek az egyenlőtlenségek enyhítésében, mivel ezeket a szolgáltatásokat érintésmentesen, a fertőzés kockázatának minimalizálása mellett volt lehetőség igénybe venni. Ide tartoztak az orvossal folytatott telefonos és videohívásos konzultációk, a fogamzásgátlással kapcsolatos weboldalak és appok használata (Lind-

berg és mtsai., 2021). Európában a művi terhességmegszakításhoz való hozzáférést is jelentősen elősegítette a telefonos szolgáltatások bevonása az ellátásba. A nem kívánt terhességgel kapcsolatos konzultációk esetében ennek igen nagy jelentősége volt, mivel az esetleges művi terhességmegszakítás esetén nagy kockázattal jár néhány héttel későbbre halasztani a beavatkozást (Bojovic és mtsai., 2021).

Magyarországi adatforrások

A koronavírus-válság előtt, 2018-ban az összes megfigyelt terhességi esemény a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) adatai szerint körülbelül 133 ezer volt. Ezeknek körülbelül 12 százaléka végződött korai, középidős vagy késői magzati halállal, és körülbelül 20 százaléka terhességmegszakítással. Az összes fogantatás 67,5 százaléka végződött élveszületéssel, ebből 8,5 százalék alacsony (2500 gramm alatti) súlyú újszülött volt. Ebben az évben a gyermekek 49 százaléka császármetszéssel született meg. Az Eurostat adatai szerint a császármetszések aránya Magyarországon (néhány másik kelet-európai országgal együtt) kiugróan magas az Európai Unió átlagához képest (Eurostat, 2019). Magyarországon a császármetszések 82 százalékát alacsony kockázatú szülések esetén hajtják végre (ÁEEK, 2016), ami arra utal, hogy a nagyszámú hazai császármetszés egy része mellőzhető volna.

Az itt bemutatott elemzés elsősorban az Országos Kórházi Főigazgatóság (OKFŐ) Pulvita Egészségügyi Adattárházának adatait használja fel, mivel ez – a többi hasonló tartalmú hazai adatbázishoz képest – nagyon hamar, egy negyedéves késéssel közli az adatokat. A Pulvita adatbázist összevetettük a KSH élveszületési és terhességmegszakítási adataival, amelyek teljeskörűen tartalmazzák a hazai fertilitással kapcsolatos eseményeket, ugyanakkor csak jelentős, többéves késéssel érhetők el. A két adatforrás összevetését az 1.3. táblázat és az online függelék F1.12. ábrája mutatja be. A szülések 86–91 százalékát, a terhességmegszakítások 85–91 százalékát figyeljük meg a Pulvita adatbázisban a 2010–19 közötti évekre vonatkozóan. Az adatok jó használhatóságára utal, hogy a KSH- és a Pulvita-adatok alapján megfigyelt időbeli mintázatok kellőképpen hasonlóan alakulnak.

1.3. táblázat: Fertilitási események 2018-ban

	Pulvita	KSH
Születések száma	77 530	89 807
Ebből császármetszés	48,9%	
Ebből 2500 gramm alatti súlyú újszülött		8,5%
Korai, középidős és késői magzati halálozás	16 225	16 220
Terhességmegszakítás	25 612	26 941
Összes megfigyelt terhesség	119 368	132 968

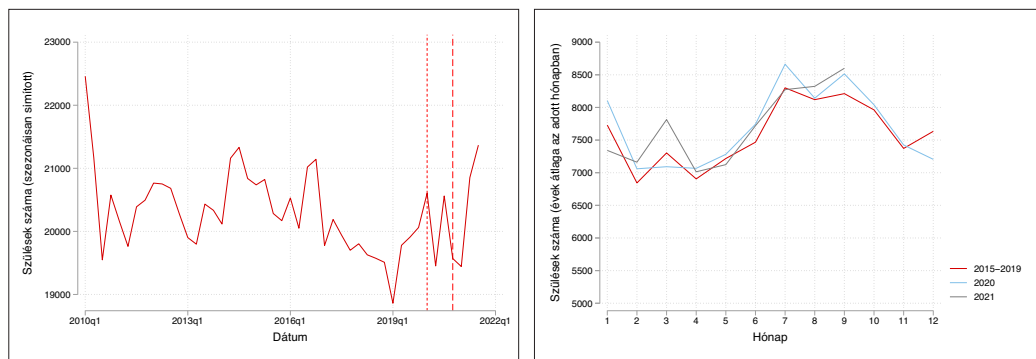
Adatok forrása: Pulvita, KSH

Születésszám

A hazai születek száma a koronavírus-járvány kezdeti időszakában – értelemszerűen – nem változott jelentősen. A pandémia hazai megjelenését követő kilencedik hónapban azonban visszaesett, majd 2021 februárjától visszaállt a járványt megelőző pályára (Spéder & Kapitány, 2021). A 2020 4. negyedévéől 2021 1. negyedévéig terjedő időszakban az előző év azonos időszakához képest a legnagyobb csökkenés (9,5 százalékpont) Budapesten volt, míg a legnagyobb születésszám-növekedést Nógrád, Fejér és Komárom-Esztergom megyében tapasztalták (Tóth, 2021; Spéder & Kapitány, 2021). A születésszámokból visszavezetett adatok alapján a koronavírus-járvány megjelenését követő hónapokban erősen, több mint 10 százalékkal csökkent a fogantatások száma, ugyanakkor 2020 nyári hónapjaiban hasonló mértékű fogantatási többlet jelent meg (Tóth, 2022). 2021 tavaszán viszont egy még nagyobb csökkenést látunk a fogantatások számában.

Az 1.18. ábrán a pontozott és a szaggatott vonal közötti időszakban született gyermekek még a járvány kitörése előtt fogantak. A szaggatott vonallal jelölt időpont után született gyermekek esetében már a fogantatás is a járvány alatt történt, itt az időszak eleji (2021. márciusi) beesést követően növekedést látunk a születésszámokban. A jobb oldali ábrán havi születésszámokat láthatunk a járvány előtti öt év átlagában, illetve a járvány első két évében.

1.18. ábra: Születek száma a 2010–2021 és a 2015–2021 közötti időszakban Magyarországon

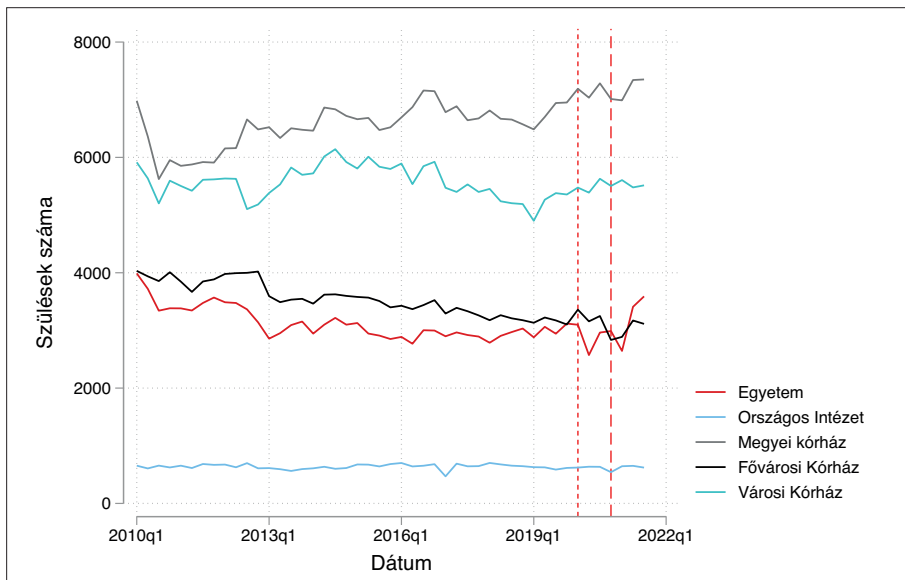


Adatok forrása: Pulvita

Adatok forrása: Human Fertility Database

Az elmúlt 10 évben a születek legnagyobb része a megyei, illetve a városi kórházakban zajlott. A járvány kitörését követően az egyetemi kórházakban figyelhető meg némi növekedés, a többi intézménytípus esetében nem látszik a járvány hatása (1.19. ábra). Ugyanakkor régiós bontásban megfigyelve (online függelék, F1.13. ábra) a 2021 márciusát követően látható születésszám-növekedés legnagyobb részét az észak-alföldi és az észak-magyarországi születésszámok növekedése okozza.

1.19. ábra: Születések száma az ellátó intézmény típusa szerinti bontásban



Adatok forrása: Pulvita

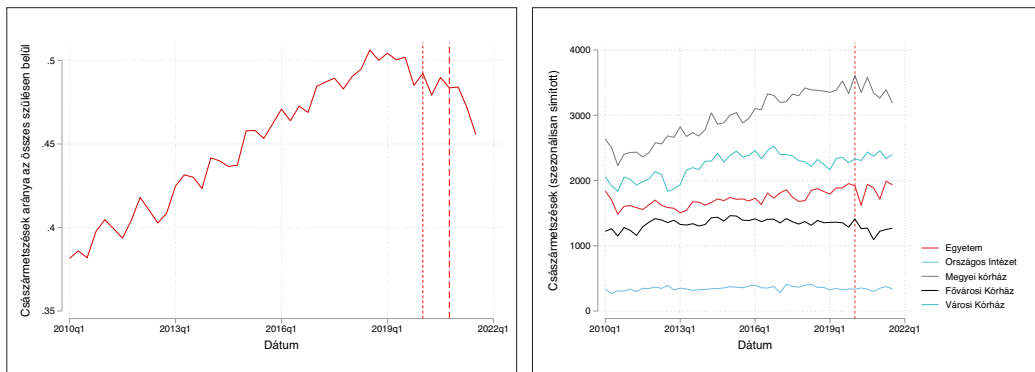
Császármetszések

Magyarországon az elmúlt évtizedben a császármetszések összes elveszületésen belüli aránya folyamatos emelkedést mutatott. Ez a trend a koronavírus-járvány kitörése körüli időszakban megtört, és a császármetszések aránya jelentős csökkenésnek indult (1.20. ábra). Azt, hogy a trendtörés a koronavírus-járvány hatása volt-e, ilyen rövid időszoron nem tudjuk megállapítani. Azonban a járvány nagy valószínűséggel ráerősített erre a törésre, aminek valószínűleg az az oka, hogy a járvány kitörésekor az ellátó intézmények minden műtéti beavatkozást igyekeztek halasztani vagy elkerülni, így azokban az esetekben, amikor a császármetszést nem indokolta egészségügyi ok, valószínűleg inkább a hüvelyi szülés mellett döntöttek.

Manyeh és mtsai. (2018) alátámasztják, hogy a magasabb társadalmi osztályokban a szülések nagyobb hányada történik császármetszéssel. Afiaz és mtsai. (2021) azt találják, hogy az elektív császármetszések nagyobb arányban fordulnak elő a gazdagabb háztartásokban. A hazai adatokat régió és kórház típus alapján megbontva azt látjuk, hogy a legmagasabb átlagjövedelmű budapesti lakosokhoz köthető (Közép-Magyarország és fővárosi kórház) kategóriákban volt leginkább látványos a császármetszések számának csökkenése (1.20. ábra és online függelék F1.14. és F1.15. ábra).

A pontozott és a szaggatott vonal közötti időszakban született gyermekek még a járvány kitörése előtt fogantak, de már a járvány alatt születtek. Az igazán nagy zuhanás azonban azoknál a szüléseknél következett be, amelyeknél a fogantatás már a járvány időszakában történt. Arra vonatkozóan nincs adatunk, hogy a csökkenés leginkább az alacsony vagy a magas kockázatú terhességek esetében végzett császármetszések esetében következett be, ez további kutatás témája lehet a jövőben.

1.20. ábra: Császármetszések aránya az összes születésen belül (2010–2021, szezonális simítással)

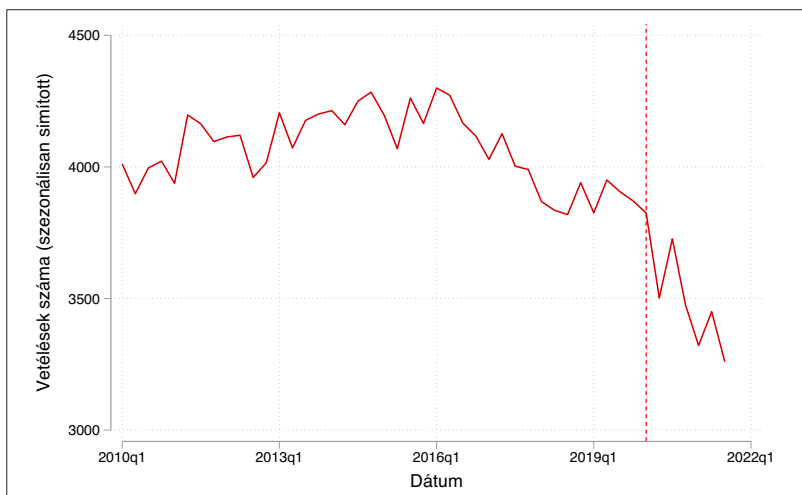


Adatok forrása: Pulvita

Magzati halálozás és abortuszok

A megfigyelt korai, középidős és késői magzati halálozások száma a koronavírus-járvány kitörését követően jelentősen, körülbelül 18 százalékkal csökkent a járvány előtti évek átlagához képest (1.21. ábra). A magzati halálozások elemzését ideális esetben az összes fogantatáshoz viszonyítva kellene elvégezni, de erre nem áll rendelkezésünkre adat. Az adatok alapján nem állapítható meg egyértelműen, hogy mi az oka a magzati halálozás csökkenésének. Egyrészt elképzelhető, hogy a járvány ideje alatt az általános kórházi és betegellátási hozzáférés nehézségei miatt a nők egy része nem vett igénybe orvosi ellátást egy esetleges magzati veszteség alkalmával, így ezek az események nem kerültek regisztrálásra a betegellátó rendszerben. Másrészt az is elképzelhető, hogy a karantén időszakában a terhes nők kedvezőbb körülmények között éltek az életüket, így ténylegesen kevesebb magzati halálozás történt ebben az időszakban.

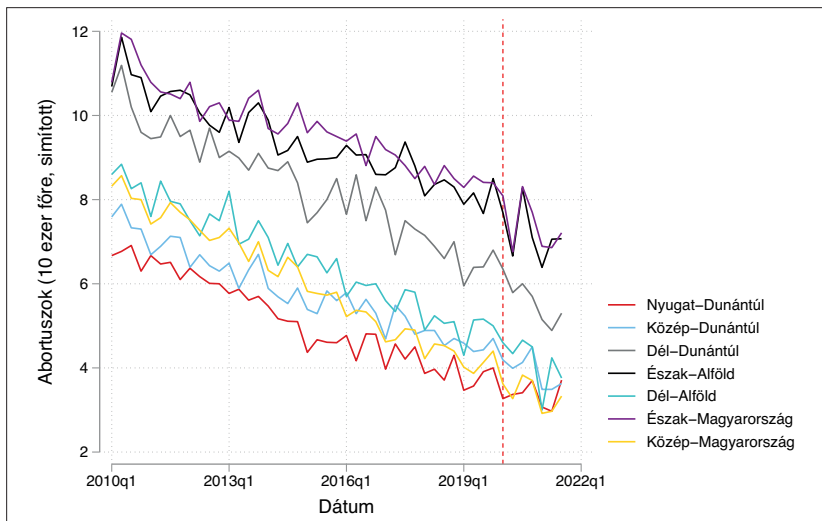
1.21. ábra: Korai, középidős és késői magzati halálozások száma (2010–2021)



Adatok forrása: Pulvita

Az abortuszok számának trendjében nem látunk lényeges változást a járvány következtében (1.22. ábra). Az adatok a járvány kitörését követően is minden régióban követték a 10 éve csökkenő trendet.

1.22. ábra: Az abortuszok száma a hazai régiókban, 10 ezer főre vetítve, szezonális igazítással



Adatok forrása: Pulvita

Összegzés

A koronavírus-járvány magyarországi megjelenését követő kilencedik hónapban a születések száma jelentősen csökkent, majd a következő negyedévben hasonló mértékű növekedést mutatott, és összességében visszaállt a járvány előtti pályára. A szülési eseményeken belül a császármetszések arányában tapasztalható, évek óta töretlen növekvő trend a járványt megelőzően megtört, majd az arány a járvány kitörését követően tovább csökkent. Ebben jelentős szerepet játszhatott az, hogy a járvány alatt az elektív császármetszések száma csökkenhetett. A megfigyelt magzati halálozások száma a járvány időszakában jelentősen csökkent, aminek a kórházi ellátáshoz való hozzáférési nehézségek miatt a kórházba nem került esetek számának növekedése lehetett a legvalószínűbb oka. Az abortuszok számában és területi megoszlásában tovább folytatódott a járvány előtt csökkenő trend.

2. A COVID-19-JÁRVÁNY EGYÉNI ÉS KÖZÖSSÉGI VONATKOZÁSAI

FEJEZETSZERKESZTŐ: BARTAL ANNA MÁRIA

Vezetői összefoglaló

A fejezet első tanulmánya az *egyéni pszichés változókat vizsgálja a COVID-19-járvány idején*. A vizsgálatok alapján fontos eredménynek tartjuk, hogy a lélektani tartalékok, melyek az első hullámban még mérhetőek voltak, a pandémia tartós pszichés hatásának következtében az adatfelvétel (2021 decembere) idejére már megfogyatkoztak és a lélektani kimerülés veszélyének fenyegetettsége állt fenn. A kimerülésre vészjelzéseként érdemes tekinteni, mert a kimerülő erőforrások kiegészhez vezetnek. Ennek kezelése a megelőzés. A járvány és a korlátozások okozta stressz negatív hatásaival szemben a nők kitettebbnek mutatkoztak, mint a férfiak.

A protektív faktorok közül a férfiak inkább a reziliens megoldásokat, míg a nők a társas támogatást alkalmazták. Mindkét támogató faktor jól alkalmazható a stressz negatív hatásaival szemben. A reziliencia szempontjából a társas támogatás csökkenti a stressz negatív hatását, azonban a reziliens személyek kevesebb stresszt élnek át. A rezilienciapotenciál növelése hozzájárul a mentális egészség helyreállításához és megőrzéséhez a COVID-19-járvány időszakában, valamint utána is.

Míndezekek alapján az alábbi közpolitikai következtetések vonhatók le:

- Szükséges megfogalmazni a nőkre vonatkozó intervenciókat, támogatást, és azokat érvényesíteni. Érzelmi kifáradásuk a személyes szint mellett jelentősen befolyásolja a családok életét, beleértve a párkapcsolatok minőségét, és veszélyezteti a gyermekneveléshez szükséges érzelmi biztonságot is. A nők lelki kimerülése az egész család érzelmi életét alapjaiban érinti, a probléma nem egy, hanem két vagy három (akár több) személy lelki stabilitását, jóllétét befolyásolja.
- Technikai és életvitelszinten a stresszkezelést rendszeres tömegsporttal, relaxációs és meditatív technikákkal lehet támogatni. Komplex szervezett programok kidolgozása javasolt hétköznapi és problémás helyzetek kezelésére. Míndezekek megvalósulásában felismerhető lenne, hogy társadalmi, döntéshozói szinten is reziliens válaszreakciókat tudunk adni a COVID-19-járvány okozta helyzetre, beépítve az járvány alatt tanultakat (például hibrid jelenlét, eszközhasználat, gyors reagálás a problémákra megfelelően szervezett támogatórendszer segítségével).
- A pszichés megterhelés kezelésére a pszichiátriai és pszichológiai ellátóhelyek számának növelése szükséges. A segítő kapcsolatokat és protektív tényezőket nélkülöző személyek esetében pszichés és szociális támogatórendszert kell biztosítani. A közösségi élet facilitálása társszakkmák együttműködésével fejleszthető.

- A rezilienciapotenciál növelése hozzájárul a mentális egészség megtartásához, ezért javasolt rezilienciafókuszú többlépcsős program kidolgozása: első lépésben a téma edukációja, második lépésben programok kidolgozása, melyek érzékenyítenek a reziliencia témájára, harmadik lépésben konkrét instrukciók. Fontos megjegyezni, hogy a COVID-19-járvány olyan sokkhatást okozott, mely teher, de egyben lehetőséget is nyújt a reziliens működést támogató szemlélet és program kidolgozására.

A fejezet második tanulmánya a *COVID-19-járvány hatását a közösségi reziliencia vonatkozásában* vizsgálja. Az eredmények szerint amíg a foglalkoztatási és a szubjektív anyagi helyzet megítélését elemezve – a magyar társadalom reprezentatív mintája alapján – egy kétharmad versus egyharmados, addig a társadalmi tőke normáját jelentő segítségnyújtási kapcsolatok terén egy majdnem arányosan megosztott (aktív és nem aktív), duális szerkezetű kép rajzolódott ki.

A COVID-19-járvány hatásaira a magyar társadalom valamivel több mint a fele reziliensen, a segítő kapcsolatok aktivizálásával reagált, de a helyreállítás folyamatának sajátossága, a visszapattanás (bounce back) ebből a helyzetből egy erőforrásszegény állapotba történt.

Az adaptív rezilienciafolyamat egyik fő társadalmi kérdése, hogy a rezilienciastratégia a „társadalmi-gazdasági lejtő” minden szintjén érvényesül-e. E tekintetben a feltárt eredmények azt mutatták, hogy a legsérülékenyebb csoportot a recipiens (segítségét csak kapó) és a kiilleszkedett (a segítő kapcsolataikat elvesztettek) típusba tartozó személyek jelenítették meg.

Végezetül, a rezilienciafolyamat komplexitására utalt, hogy különböző rezilienciastratégiákat lehetett azonosítani nem csak a segítő kapcsolati típusok, hanem a kapcsolati erőforrásoktól kapott és nekik adott támogatások alapján.

Mindezek mentén az alábbi közpolitikai következtetések vonhatók le:

- A COVID-19-járvány előtti helyzethez képest a 2021 decemberében felmért állapot – a reziliencia tekintetében – „új minőséget” jelentett a kapcsolati és anyagi erőforrások kimerülése tekintetében. Ez szükségessé teszi a társadalmi beavatkozást a közösségi kapcsolatok, a mentálhigiénés támogatások erősítése terén, ugyanis azt találtuk, hogy a meglévő és mozgósítható közösségi kapcsolatok (elsősorban családi és baráti rendszer) – még a főként elégtelen anyagi helyzet ellenére is – csökkentették a járvány okozta sérülékenységet.
- Sérülékeny társadalmi csoportként azokat tudtuk azonosítani, akik „egyébként” is a szociálpolitikai támogatások közvetlen célcsoportjai. Így megküzdési stratégiáik során – melyek már eleve egy sérülékeny helyzetre és az abból eredő hátrányokra épültek – nem tudtak a járvány hatásaira reziliens válaszokat adni, és ebben nagy szerepet játszott elégtelen vagy gyöngye társadalmi beágyazottságuk, ami a kapcsolati hiányaikban vagy segítő kapcsolataik elvesztésében nyilvánult meg. A járványhelyzet arra is rámutatott, hogy a szociálpolitikai támogatások nem érik el hatékonyságukat, ha a „szociálpolitika alanya” a családi, közösségi támogatórendszerből „kiilleszkedett”.

- Mindezen eredmények azt erősítik, hogy a pilot (kísérleti) programként megvalósult közösségfejlesztési, szomszédsági programokat – különösen az „elidegenedett” megyeszékhelyeken és az egyes „kiüresedett” községi településeken – széles körűvé kellene fejleszteni a kisközösségek, szomszédságok erősítésével, alulról szerveződő civil és egyházi közösségek bevonásával. Ugyanis a többszereplős támogatórendszer az életet veszélyeztető helyzetekben segíti a minél előbbi helyreállást, vagyis a reziliens megoldásokat rendszer- és egyéni szinten egyaránt.
- Ugyanakkor az eredmények arra is felhívják a figyelmet, hogy az erőforrás-kimerülés minden, aktív támogatási kapcsolattal rendelkező csoportnál is megjelent, ami a mentálhigiénés támogatási rendszer kiépítését teszi/tenné szükségessé, mivel a COVID-19-járvány sokkal inkább érintette ezen a területen a magyar társadalom jó részét, mint az anyagi veszteségek terén. A mentális kimerülés hatása közép- és hosszú távon meghatározza a munkaképességet, a mentális egészség problémáit. A preventív, edukatív és támogató beavatkozások időszerűségét alátámasztják eredményeink, illetve az a tény, hogy a megelőzés költségei szerényebbek, mint a gyógyítási tevékenység költségei (például munkaerő-kiesés, betegállomány, gyógyítási költségek).

2.1. Egyéni pszichés változók vizsgálata a COVID-19-járvány idején

KÖVESDI ANDREA, HADHÁZI ÉVA, TÖRŐ KRISZTINA

Elméleti áttekintés az egyéni reziliencia főbb kutatási irányairól és vizsgálatáról a COVID-19-járvány idején

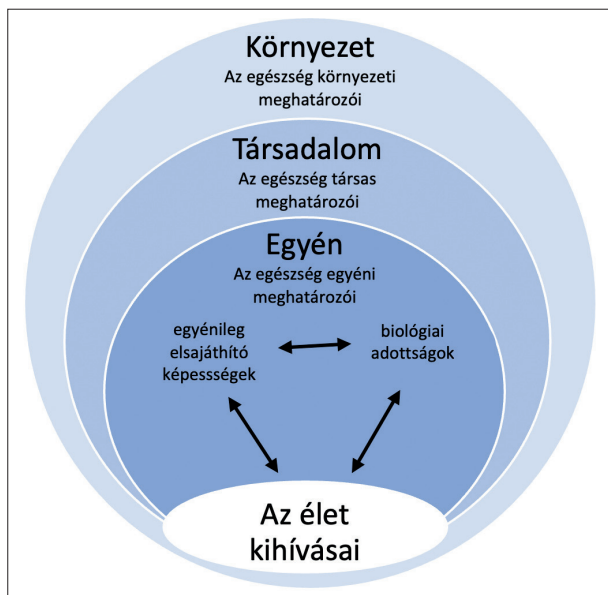
Személyes pszichés erőforrások a COVID-19-járvány idején

A tanulmány első részében az egyéni reziliencia és a pandémia okozta stressz szintjét és változását mutatjuk be a COVID-19-járvány idején. Az egészségesség egyéni és társadalmi szintű vizsgálata évek óta fontos témája a szakmapolitikának. Nemzetközi szinten az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már 1979-ben globális egészségügyi stratégiát fogadott el: Global strategy for health for all by the year 2000 (WHO, 1981), melyben a lehető legmagasabb szintű egészséget („the attainment by all peoples of the highest possible level of health” – WHO, 1981, 31. o.) mint elérendő célt definiálták globális és regionális szinten. Az egészségességet úgy határozták meg, mint olyan képességet, miszerint minden ember képes produktívan dolgozni és aktívan részt venni annak a közösségnek a társadalmi életében, amelyben él.

Úgy tűnik, a COVID-19-járvány megjelenése ezt az alapvető egészségességet kérdőjelezte meg, hiszen a feltartóztathatatlanul terjedő járvány, az óvintézkedésként alkalmazott karantén és egyéb megszorítások csorbították vagy egyenesen ellehetetlenítették a produktivitást a munkában és az aktivitást a szociális életben. Az egészséget leíró modellek közül (lásd részletes bemutatásukat Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor 2021-es tanulmányában) a Meikirch-modellre, az egészség és a jóllét összefüggésének dinamikus leképzésére szeretnénk hivatkozni, mikor a pandémia okozta hatásokra reflektálunk. E modell szerint (2.1. ábra) az egészség és jóllét állapota az egyéni képességek, az életút során megjelenő élettani, társadalmi és környezeti kihívások dinamikus egymásra hatásának függvénye (Bircher és Kuruvilla, 2014).

Ebben a gondolkodási keretben a COVID-19-járvány olyan külső környezeti kihívás, mely a makro- és mikroszociális következmények által fiziológiai és pszichológiai szinten egyaránt érinti az egyént, és jóllétének meghatározó tényezőjévé válik. A pszichológiai jóllét és a szubjektív jóllét metszéspontjában az egyén áll, aki aktívan részt vállal a jóléte formálásában (Ryff, 1989; Diner, 1984). Az emberek elégedettebbek az életükkel, ha személyes célokat tűznek ki és bevonódnak azok megvalósításába (Nagy, Oláh, 2013).

2.1. ábra: A Meikirch-féle egészségmodell



Az egészség Meikirch-féle modellje: Az egészség akkor következik be, amikor az egyének biológiailag adott és személyesen megszerzett képességeiket arra használják fel, hogy az élet szükségleteit a jóllétet elősegítő módon kezeljék. Ez a folyamat az egész életen át folytatódik, és beágyazódik az egészséget érintő, ahhoz kapcsolódó társadalmi és környezeti tényezők közé. Az egészséget mindhárom dimenzió alkotja – az egészség egyéni, társadalmi és környezeti meghatározói. (Forrás: Bircher és Kuruvilla, 2014, 369. o. Fordítás: Hadházi)

A pandémia időszakában éppen a személyes célok elérése, a jóllét megvalósításának aktivitása korlátozódott, megnőtt az egészségért való aggodalom, valamint az élet féltése, ami erős stresszhatás minden ember számára. A kutatók a szubjektív jóllétet stabil személyiségvonásnak tartják, és megállapították, hogy az életesemények rövid távon befolyásolják (Brickman, Coates, Janoff-Bulman, 1978). Szubjektív jóllétünket a társas kapcsolatok minősége is befolyásolja, boldogabbnak találták azokat a személyeket, akik önmagukat háttérbe tudták adni adott esetben helyezni egy cél elérése érdekében. Ehhez fejlettebb önismeretre, önfogadásra és az örömeik megosztására van szükség (Bányai, 2013). A szubjektív jóllét szempontjából lényegesebb az, ahogy az ember észleli a világot, mint az objektív valóság (Diner, Lucas, Oishi, 2002; Nagy, Oláh, 2013). A korábbi kutatási eredményeket szem előtt tartva fogalmaztuk meg kutatási tervünket, abban a reményben, hogy az eredményeink hozzájárulnak a COVID-19-járvány negatív pszichés hatásainak enyhítéséhez, kezeléséhez és a szubjektív jóllét helyreállításához.

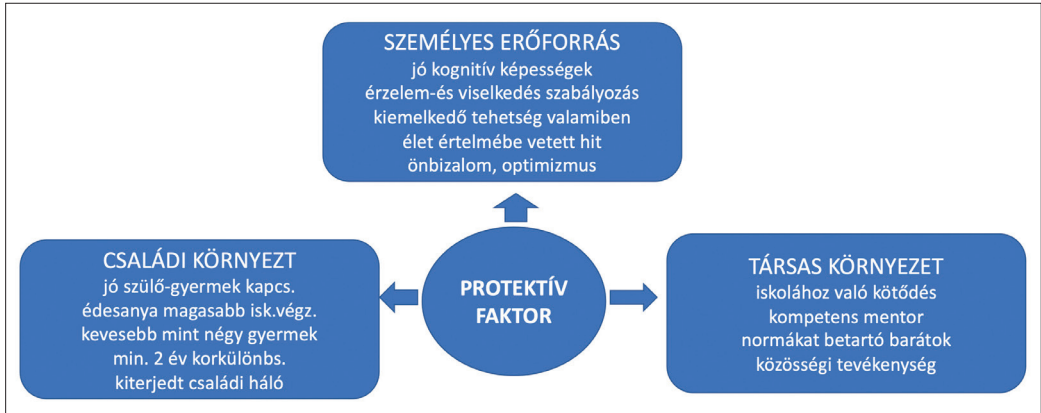
A COVID-19-járvány lehetséges pszichés hatásairól

A világjárvány megjelenésével az élet nem várt kihívásokat támaszt. A COVID-19-vírus korábban elképzelhetetlen helyzetet indukált, ami bolygónk teljes lakosságát érintette, az egészség veszélyeztetettsége, a karanténnal járó izoláció, valamint az egészségügyi intézmények ellátóképességeinek végeessége, a sorozatos veszteségek hosszan tartó egzisztenciális bizonytalanságot okoznak.

A COVID-19-járvány miatt kialakult megterhelő életkörülmények megértésében és kezelésében a támogató és veszélyeztető faktorok hatásait mérlegelve a rezilienciát és a társas támogatást vizsgáljuk mint protektív faktorokat, valamint az észlelt stresszt

mint veszélyeztető tényezőt. A személyiség támogató tényezőit protektív faktoroknak (személyes, családi, társas) nevezzük, melyek a nehéz életkörülményekkel, a stresszel való megküzdést és az adekvát megoldások megvalósítását segítik (Werner, Smith, 2001).

2.2. ábra: Protektív tényezők csoportosítása Werner és Smith nyomán

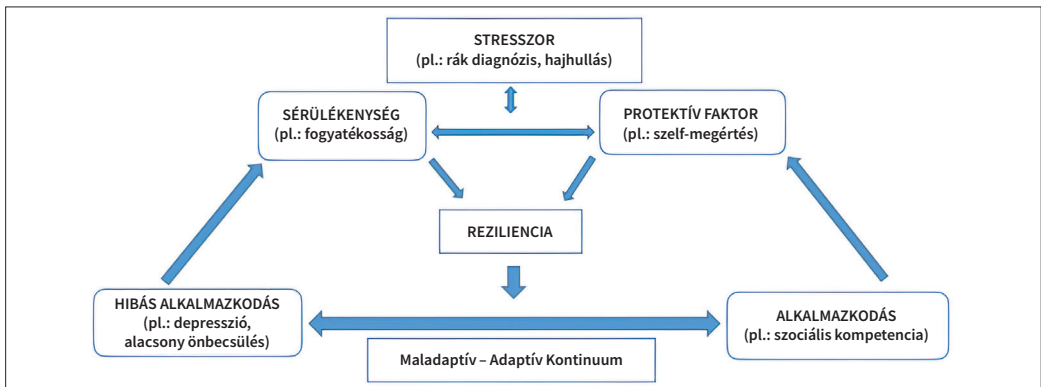


Forrás: Werner és Smith, 2001; Kiss, 2015 id. Kövesdi, 2018.

Protektív faktorok – reziliencia és jóllét

A protektív faktorok több dimenzió kölcsönhatásában érvényesülnek (2.3. ábra). A *reziliencia* a veszélyeztetett életkörülmények ellenére történő sikeres alkalmazkodás (Werner és Smith, 1992). Olyan személyiségműködés, mely szorosan összefügg az adaptációs képességekkel, jellemző rá többek között a *belső kontroll*, az *empátia*, az *optimizmus*, a *pozitív énkép*, a *változások pozitív kezelése* és az *énhatékony viselkedés* (Masten, 2001). Számontartunk személyes, családi és társadalmi rezilienciát, részletesen a személyes reziliencia összefüggéseit tárgyaljuk. A személyes reziliencia és a jóllét pozitív együttjárást mutat. Az egészség szempontjából pedig hozzájárul a betegséggel való megküzdéshez és a rugalmas alkalmazkodás támogatja a betegségből való felépülést.

2.3. ábra: Woodgate rezilienciamodellje



Forrás: Woodgate, 1999, pp:38., id. Kövesdi, 2018

Azok a személyek, akik képesek megbirkózni a jelentős stresszel vagy nehézségekkel, alacsonyabb szintű pszichológiai problémákat mutattak a korábbi katasztrófákkal szemben (Blackmon és mtsai., 2017; Galea és mtsai., 2020; Salguero és mtsai., 2011), ahogy ez a COVID-19-járvány idején is tapasztalható (Bonanno és mtsai., 2008; Killgore és mtsai., 2020; Liu és mtsai., 2020). Kutatások igazolják a reziliencia védő szerepét a szorongásos és depresszív állapotokkal szemben (Aspinwall, Tedeschi, 2010; Colaianna és mtsai., 2013, De Wazières, Vuitton, Dupond, 1999; Kövesdi, 2018). A reziliencia előrejelző tényezői karantén idején: a heti több alkalommal levegőn töltött idő, a napi rendszerességgel végzett mozgás (10 perc/nap), a jelentősebbnek észlelt családi támogatás, a nagyobb észlelt társas támogatás (barátok), a megfelelő alvási idő és a gyakori ima (Killgore et al., 2020). A személy rezilienciapotenciálja komplex és dinamikus folyamat eredménye, melynek részletezése jelen tanulmánynak nem célja (Kövesdi, 2021).

A *társas támogatás* legáltalánosabb definíciója szerint a „jelentős mások” által biztosított pszichoszociális erőforrások meglétét vagy hiányát jelzi (Kaplan, Cassel, Gore, 1977). A „jelentős mások” elsődleges csoportja a család, a partner vagy házastárs és a baráti kapcsolatok (Kállai, 2007). Lényeges azonban megjegyezni, hogy a társas támogatás többnyire azt a szociális környezetből érkező segítséget, illetve azokat az előnyöket jelzi, melyeket az egyén észlel. A társas támogatás pozitív hatását az egészség összefüggésében kutatók igazolták, a társas támogatás magas szintje segít hozzá a nehéz helyzetekben az adaptív megoldáshoz, ezáltal megakadályozza, hogy mentális jóllétünk szintje csökkenjen (Cohen & Wills, 1985), valamint a betegségmegelőzésben is szerepet játszhat (Trull, Phares, 2004). Traumatikus élményt átélt személyek testi tüneteinek száma és intenzitása szignifikáns negatív kapcsolatban áll a társas támogatással (Pfeifer, 2011). A természeti katasztrófát, földrengést túlélőknél a társas támasz moderátor tényezőnek bizonyult a depresszió és a szorongás esetében (Xu, Wei, 2013). A vallásosság, a család megléte, a gyermekek száma, az érintetlen családi állapot és a közösségi támogatás is csökkentette a traumát átélő anyák depressziós tüneteit (Wickrama, Wickrama, 2008).

A társas támasz hatását a mentális egészség összefüggésében számos kutatás támasztja alá. Johnson és munkatársai (1997), valamint Koenen és munkatársai (2003) kimutatták, milyen kritikus fontosságú, hogy a családok és közösségek támogassák a veterán katonákat, akik számára a problémás hazatérés nagy kockázati tényező a PTSD (post-traumatic stress disorder; poszttraumás stressz-zavar) szempontjából. Kaufman és mtsai. (2006) tanulmányukban leírják, hogy a szociális támogatás ellenállóképességet adhat a stresszel szemben azáltal, hogy mérsékli a depresszió genetikai kockázatát abban az esetben, ha rosszul bánnak a gyermekekkel. A társas támogatás szomatikus összefüggéseit is igazolták, ami mérsékelheti a genetikai és környezeti sebezhetőséget, és rezilienciát biztosít a stresszel szemben, valószínűleg a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg (HPA) rendszerre, a noradrenerg rendszerre és a központi oxitocinpályákra gyakorolt hatása révén. A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy az egyén környezete módosítható annak érdekében, hogy csökkentse a mentális betegségek kialakulásának genetikai kockázatát még környezeti stresszorok jelenlétében is (Ozby és mtsai., 2007).

A COVID-19-járvánnyal összefüggő korlátozások a személyek izolációját idézték elő, amiben jelentős eltérések lehetnek egyéni adottságoiktól függően. Egyetemista fiatalok

körében az izolációban eltöltött időben a társas támogatás csökkentette a járvány okozta aggodást a pszichológiai egészség szempontjából (Szkody és mtsai., 2020). A magány, ingerlékenység és depresszió nagyobb arányban jellemezte azokat a személyeket, akik izolálódtak a pandémia idején. 63 százalékkal kevesebben mutattak depressziós tüneteket azok közül, akiknek magasabb szintű volt a társas támogatása. Az alvás minőségében is jelentős eltérés mutatkozott – 52 százalékkal volt kevesebb a rossz minőségű alvás – a magasabb szintű társas támogatásban részesülők körében (Grey és mtsai., 2020).

Reziliencia és társas támasz együttes védő szerepe – protektív tényezők

Krónikus betegséggel élők (hemodializáltak) körében erős kapcsolatot írtak le a reziliencia és a társas támogatás között, ami befolyásolta a betegek pszichológiai rugalmasságát (Karadag és mtsai., 2019). A szomatikus összefüggések mellett a psziché vonatkozásában is igazolták a reziliencia és a társas támasz kapcsolatát. Kínai idős embereket vizsgálva a magány és a depresszió között a reziliencia közvetítő szerepe és a társas támogatás mérséklő hatása igazolódott. A társas támogatottság magasabb szintje a magánynak a reziliencián keresztül a depressziós tünetekre gyakorolt közvetett hatását gyengítette (Zhao és mtsai., 2018). A reziliencia és a szociális támogatás javítása segíthetnek enyhíteni a magány és a depressziós tünetek közötti kapcsolatot az idősek körében.

Sippel és mtsai. (2015) kétirányú kapcsolatot feltételeznek a rendszerszintű (romantikus, családi, szomszédsági, baráti és tágabb társadalmi kontextusban) és az egyéni reziliencia között. Nézetük szerint az egyén rugalmassága nagymértékben függ azoktól a társadalmi rendszerektől, amelyek pozitív támogatást nyújtanak, és ezek a rendszerek különféle pszichoszociális és neurobiológiai mechanizmusokon keresztül fokozzák a rezilienciát. Megállapították, hogy a pszichológiai rugalmasság és a társas támogatás közötti kapcsolat faji/etnikai hovatartozás szerint szignifikánsan különbözik. A társas támogatás pozitív kapcsolatban állt a rezilienciával a nem spanyol ajkú fehér veteránok körében, azonban más faji/etnikai csoportokban ezt az összefüggést nem igazolták. Míg a reziliencia negatív kapcsolatot mutat a PTSD-tünetekkel a faji/etnikai csoportok között, a társas támogatás csak a nem spanyol ajkú fehér veteránok körében volt negatív kapcsolatban a PTSD-tünetekkel. A kutatók a kulturális különbségekkel magyarázzák az eredményt, hogy az egyén milyen módon és miért veszi igénybe a szociális támogatást (Matthew és mtsai., 2018).

Az észlelt stressz veszélyeztető hatása, vulnerábilis tényező

Az elhúzódó súlyos válsághelyzet jelentős mentális terheléssel is járhat, funkcióromlással, melynek fő tünetei a szédülés, az alvászavarok, az izomfeszülés, az étvágycsökkenés, a hányinger és a hasi diszkomfort; a tünetegyüttest „koronafóbiá”-nak nevezik (Asmundson és Taylor, 2020).

Nemzetközi kutatási tapasztalatok szerint pszichológiai szempontból a poszttraumás stressz tünetei, a zavarodottság, a düh a leggyakoribb reakciók, a stresszorok közül kiemelkedett a karantén időtartama, a fertőzéstől való félelem, a frusztráció, az unalom, a

nem megfelelő ellátás, a nem megfelelő információ, az anyagi veszteség és a megbélyegzés (Brooks és mtsai., 2020), a pszichológiai distressz, a depressziós és szorongásos tünetek, valamint az addiktív viselkedésformák gyakoriságának növekedése (Osváth, 2021). Kanadában egy 1803 fő részvételével zajló online vizsgálat szerint a COVID-19-járvány idején a szorongás a négyszeresére (5 százalékról 20 százalékra), a depresszió több mint duplájára (4%-ról 10%-ra) nőtt a populációban az önbecslések alapján (Dozois, 2020). Ren és mtsai. (2020) metaanalízisükben (27 475 fő) szintén a szorongás és a depresszió arányának megnövekedéséről számolnak be, de tekintve a vizsgálatok heterogenitását, az eredmények óvatos értelmezésére hívják fel a figyelmet. Kínai kutatók metaanalízise szerint a főiskolai hallgatók (706 415 fő) körében a depresszió 39 százalékos, a szorongás 36 százalékos előfordulási gyakoriságot mutatott 2019. december és 2020. október között, ami nagymértékben függött attól, melyik nemzetről van szó, és mikor zajlott a felmérés, hiszen 2020. március 1. után az értékek megemelkedtek (Li, Wang, Wu, Han & Huang, 2021). Pszichológiai értelemben a krízis és a trauma voltak a leggyakrabban emlegetett hatások. Például a karantén okozta jellegzetes tüneteket Perczel-Forintos (2020) a következőkben összegezte: intenzív szorongás, elkerülő magatartás, a hangulati élet megváltozása, magatartás-változás, a kognitív funkciók károsodása.

Jelen tanulmányban a veszélyeztető pszichológiai változók közül az észlelt stresszre kívánunk fókuszálni, hiszen a kihívások stresszként való megélése és a megküzdés szoros összefüggést mutat az egészséggel (Ursin és Eriksen, 2004).

De mi is az észlelt stressz?

A stresszt Selye János (1950, 1955) meghatározása óta – mely szerint nem egy adott betegséghez kapcsolódó specifikus válasz, hanem a szervezet nem specifikus válasza az igénybevételre – számtalan kutatás, elméleti megközelítés vizsgálta. Mára a helyzet és az egyén közötti kölcsönhatásként értelmezik (Hobfoll, 2004; Lazarus, 1993; Lazarus és Folkman, 1984). Selye (1976) leírta, hogy a stressz a mindennapi tapasztalataink része, nagyon sokféle élményhez kapcsolódhat, és a stresszorok diverzitása ellenére a stresszt átélő személyek nagyon hasonló mintázatú biokémiai, funkcionális és strukturális változásokkal reagálnak rá. Tehát a stresszt kiváltó helyzetekben közös, hogy számos szomatikus és pszichés tünet járhat együtt az észlelt stressz szintjével (Hamvai és mtsai., 2021).

Az egészségkutatók már korábban arra a megegyezésre jutottak, hogy az objektíven stresszesnek tekintett események következményei bizonyos mértékben mindig azon is múlnak, hogy az adott egyén mennyire észleli stressztelínek őket (Cohen, Kamarck és Mermelstein, 1983.) Az észlelt stressz a személy által meghatározott szubjektív stressz-szintet jelenti, amelynél nem a kiváltó okokra, hanem az egyéni megélésekre, különbségekre fókuszálunk (Stauder, Konkoly és Thege, 2006). Jelentős egyéni különbségeket tapasztalhatunk a stressz észlelése és megélése kapcsán (Cohen és mtsai., 1995). A stresszes helyzetek felismerése, észlelése és kezelése függ az egyén személyiségétől, kognitív értékelésétől, motívumaitól, hiedelmeitől (Lazarus, 1993), hiszen egy adott helyzet megélhető distresszként, de akár eustresszként is. Az eustressz egészséges, pozitív, adaptív válasz a stresszhelyzetre (Selye, 1974). Lazarus (1993) szerint az eustressz pozitív kognitív válasz egy stresszorra, pozitív érzésekkel és egészséges fizikai állapottal társul,

a distressz pedig komoly stressz, mely negatív érzésekkel és testi károsodásokkal jár. A distressznek észlelt stressz rombolja az immunitást (Martínez de Toda és mtsai., 2019), gasztrointesztinális (gyomor- és bélrendszeri) problémákkal, depresszióval, alvászavarral és alacsonyabb életminőséggel jár együtt (Edman és mtsai., 2017), de az enyhébb, krónikus stressz is nagy szerepet játszik a testi és lelki zavarok kialakulásában (Boone és Christensen, 1998; Kopp és Réthelyi, 2004).

Fontos látni, hogy milyen tényezők befolyásolják a stressz észlelését, illetve milyen hatása van az észlelt stressznek, hiszen Cohen és mtsai. (1983) szerint az észlelt stressz jobban prognosztizálja a mentális problémákat, depressziót, testi tüneteket stb., mint a stressz.

Stressz a pandémia alatt

A COVID-19-járvány meghatározó részévé vált mindannyiunk mindennapi életének, jelentős stresszorként fenyegeti az egészségünket, biztonságunkat és jóllétünket (Brown és mtsai., 2020). Így nem meglepő, hogy számos vizsgálat mért megemelkedett stresszt a pandémia alatt, bár ennek a mértéke, összefüggése az életkorral, nemmel, egyéb szocio-demográfiai változókkal meglehetősen változatos képet mutat. Vinkers és mtsai. (2020) hangsúlyozzák, hogy a koncentráció megváltozása, az ingerlékenység, a szorongás, az álmatlanság, a csökkent termelékenység és a személyközi konfliktusok stresszválaszként értelmezhetők, és teljesen normális reakciók egy olyan kiszámíthatatlan és fenyegető helyzetre, mint a világjárvány.

Morvay-Sey és mtsai. (2020) magyar reprezentatív mintán a kijárási korlátozások alatt olyan magas észlelt stresszt mértek ($32,35 \pm 4,22$), amit korábban betegcsoporton ($30,3 \pm 8,1 - 34,7 \pm 8,0$). Az alapfokú és szakmunkás végzettségű vizsgálati személyeknél volt a legalacsonyabb az észlelt stressz pontértéke. Az életminőségben viszont a középfokú végzettségtől fölfelé mutattak magasabb értékeket.

Csikós, Mokos, Fenyvesi és Törő (2021) vizsgálatában hazai mintán a férfiak stressz-szintje szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult, mint a nőké, külföldi vizsgálatoknál meg pont fordított az összefüggés (Liang, 2020). Úgy tűnik, hogy az életkorok közül a serdülőkor egy kritikus időszaknak tekinthető; a stressz nagyobb mértékű az idősebb serdülőknél, mint a szülői generációban, illetve a legalacsonyabb a fiatalabb korosztályban (Ellis et al., 2020; Csikós, Mokos, Fenyvesi és Törő, 2021; Zhou et al. 2020; Kövesdi és mtsai., 2020, 2021).

A stressz és a jóllét közötti negatív összefüggés minden korcsoportot és nemet tekintve igazolt. Csikós, Mokos, Fenyvesi és Törő (2021) eredményei szerint a fiatal serdülők jólléte a legmagasabb, a szülőké a legalacsonyabb szintű, de magyar mintán ez a tendencia a pandémia előtt is megfigyelhető volt (Susánszky et al., 2006). A lányoknál erősebb korrelációt mértek a stressz és a jóllét között (Csikós, Mokos, Fenyvesi és Törő, 2021), ami nem meglepő, hiszen a lányok érzékenysége a stresszhatásra külföldön is alátámasztott (Zhou et al., 2020).

Korábbi kutatások igazolták, hogy természeti katasztrófák következtében a nők sebezhetőbbek (Alam és Rahman, 2014; Azad, Hossain, Nasreen, 2013; Rahman, 2013),

életkilátásaik rosszabbak, többen és korábban halnak meg, mint a férfiak (Neumayer & Plümper, 2007). A földrengések, cunamik, terrorista támadások vagy atomreaktor okozta katasztrófák az anyák fizikai és érzelmi-pszichológiai sérülékenységét fokozzák (Riyad Fatema, Islam, East, Usher, 2019). A sebezhetőség az egészségügyi problémák, ártalmak és elhanyagolás iránti fogékonyságot jelenti (Aday, 2002). Jelen kutatásban a pszichológiai sebezhetőség vizsgálatára van lehetőségünk az észlelt stressz megragadásával, bár a paletta jóval szélesebb, például sokk, szorongás és alvászavar, melyek hosszú távon érzelmi rendellenességekhez, folyamatos distresszhez és PTSD-hez vezetnek a természeti katasztrófák következtében (Jacobs & Harville, 2015; Yokoyama, Otsuka, Kawakami et al., 2014; Zhang, Ho S.M.Y., 2011; Alderman, Turner, Tong, 2012; Xiong, Harville, Mattison, et al. 2010).

Kövesdi és mtsai. (2021) tapasztalatai szerint az észlelt stressz – a szülő-gyermek párosok longitudinális vizsgálatánál, a COVID-19-járvány első és második hullámában – szignifikáns pozitív együttjárást mutatott az egészségszorongással és mediátor tényezője volt a rezilienciának, indirekt módon csökkentve azt. Említésre méltó, hogy akinél magas volt az észlelt stressz az első hullámban, annál magasabban maradt a másodikban is, illetve akinél alacsonyabb volt az első hullámban, annál a másodikban megnövekedett értéket mutatott, amit a pszichés fáradtságnak tulajdonítanak a szerzők. Nemi különbségek a gyermekek esetében voltak feltárhatóak; mivel a szülőknél a mintában kevés apa vett részt, a lányoknál az idő előrehaladtával romlott az életminőség és a reziliencia szintje. Mindkét nemnél csökkent az egészségszorongás, valószínűsíthető, hogy a gyermekek figyelme idővel elterelődött az egészséget veszélyeztető vírushelyzetről, más dolgok kötötték le, például a barátok, az iskola és a régi életük hiánya. Az énhatékonyság protektív faktornak bizonyult, egyrészt az észlelt stressz és egészségszorongás rezilienciacsökkentő hatását illetően, másrészt a szülői énhatékonyság a gyermek által észlelt stressz rezilienciacsökkentő hatásának kivédésében töltött be fontos szerepet. Az észlelt stressz és az alacsony reziliencia szempontjából a 11–13 éves gyermeket nevelő családok bizonyultak a legveszélyeztetettebbeknek, az otthoni munkavégzés, az online tanulás és a prepubertáskori konfliktusok a gyermekek problémáival összeadódva nagyon megterhelték a szülőket (Kövesdi, Csikós, Törő, Hadházi, Takács, Rózsa és F. Földi, 2021).

Vietnámi 563 fős egyetemista populációt vizsgálva arra a következtetésre jutottak, hogy bár a megkérdezettek meglehetősen jó tudással, adaptív megküzdési stratégiákkal rendelkeztek, a COVID-19-járvány hatására mégis több mint 80 százalékuknál emelkedett volt az észlelt stressz értéke, és minél magasabb volt a stressz szintje, annál inkább az elkerülő megküzdési stratégiákat preferálták. Az elkerülő megküzdési stratégiák preferenciáját a szociális távolságtartással magyarázták a szerzők (Thai és mtsai., 2021).

Mi segít? Vizsgálatok szerint a fizikai aktivitás kedvezően befolyásolja a mentális egészséget (Abu-Omar, Rütten és Lehtinen, 2004; Paluska és Schwenk, 2000; Fox, 1999; Cooney és mtsai., 2013; Zeibig és mtsai., 2021), csökkenti a distresszt (Park és mtsai., 2022; Panshikar és Mullen, 2022; Mouissi, Torki és Bouabdellah, 2015), a depressziót (Khoubaeva és mtsai., 2022), a szorongásos tüneteket és az észlelt stresszt (Jewett és mtsai., 2014; Kim és mtsai., 2012), valamint növeli az élettel való elégedettséget (Guddal és mtsai., 2019) és a szubjektív jóllétet (Maugeri és mtsai., 2020). A sport pozitívan hat az

önértékelésre, önbecsülésre, javítja a tanulási képességet, a memóriát, a koncentrációképességet, a munkakedvet, a kreativitást, és pihentetőbbé teszi az alvást (Keczeli, 2019). A napirend fenntartása (Lee, 2000), a testmozgás, a sport segíti a szorongás oldását, a stressz levezetését, csökkenti a depressziót. A WHO (2020) szerint az egyszerű testgyakorlatok rendszeres beiktatása a napi rutinba segíti a mentális egészség megőrzését. Kutatók javasolták a napirend fenntartását (Lee 2020), a megfelelő mennyiségű alvást, a fizikai aktivitást, stresszcsökkentő technikák elsajátítását, az informálódást, valamint a családtagokkal való kommunikációt (Király et al., 2020).

A helyzettel való megküzdés érdekében a pozitív pszichológia eszköztára segíthet a pszichés állapot javításában, a szorongás normalizálásában, a katasztrófizáló gondolkodás mérséklésében. Strukturált napirend kialakítása, hála és önegyüttérzés, relaxáció, mindfulness-technikák, a szabad levegőn végzett testmozgás segíthetnek. A személyiségtényezőknek, leginkább a személyes erőforrásoknak és a rezilienciának hatalmas szerepe van a pandémia és a karantén hatásainak elviselésében (Perczel-Forintos, 2020).

A társas támogatás védő szerepe stresszhatásban

A mentális egészség negatív összefüggést mutat a stresszel, és pozitív kapcsolatot a belső erőforrásokkal, valamint együtt jár a szociális támogatással. A belső erőforrások pozitívan kapcsolódnak a mentális egészséghöz, és pufferelik a stressz mentális egészségre gyakorolt negatív hatását. A mentális egészség védőfaktora az önbecsülés (Bovier, Chamt, Perneger, 2002). A társas támogatás és a megküzdési stratégiák csökkentik a neuroticizmus és az észlelt stressz fokozódó hatásait. Az adaptív megküzdési stratégiák és a szociális támogatás megerősítése mérséklik a negatív személyiségjegyek érvényesülését (Roohafza és mtsai., 2016). A COVID-19-járvány első hullámában a kollektív önbecsülés csökkentette az észlelt stresszt azáltal, hogy növelte az észlelt társas támogatottságot és csökkentette a szorongást (Chen és mtsai., 2021).

Kutatási eredmények szerint a társas támogatás amellet, hogy csökkenti a stresszsfaktorok egyénre gyakorolt negatív hatását (Kovács, Pikó, 2007), hozzájárul a pozitívabb énkép és a magasabb önértékelés kialakulásához (Salovey és mtsai., 2000). Kopp, Skrabski és Szedmák (1998) vizsgálata szerint pozitívan befolyásolja az észlelt énképet és a hatékonyságot. A kedvezőtlen gyermekkori tapasztalatok esetén pufferként működik a szorongással kapcsolatban, az önegyüttérzést ösztönözve. A szociális támogatás konkrétan alacsonyabb szorongással járt együtt, különösen a kevesebb kedvezőtlen gyermekkori tapasztalattal vagy az alacsonyabb szintű önegyüttérzéssel rendelkező kamaszok körében (Chi és mtsai., 2022).

Betegpopuláción végzett vizsgálatok is rendre bizonyították a társas támasz jótékony hatását, például a reumatoid artritisszel küzdők napi fájdalmának enyhülésében közvetetten a társas támasz hatását azonosították, mert a támasszal való elégedettség adaptív megküzdési stratégiák használatát bátorította, míg az elégedetlenség maladaptív megküzdést eredményezett (Holtzman és mtsai., 2004). Uchino és mtsai. (1996) a fiziológiai folyamatok és a társas támasz közötti összefüggéseket vizsgáló tanulmányokat tekintettek át, és bizonyították a társas támogatás kardiovaszkuláris, endokrin és

immunrendszerre gyakorolt jótékony hatását. 81 tanulmány alapján feltárták azokat a lehetséges mechanizmusokat, melyek felelősek lehetnek a kapcsolatért. Így nem találtak összefüggést a fiziológiai állapot és az egészséggel kapcsolatos potenciális viselkedések között, de bizonyos tanulmányokban megjelentek a stresszpuffer hatások, fontosnak bizonyultak a családi támogatási források és az érzelmi támogatás mint a társas támasz egyik dimenziója.

A pandémia miatt bevezetett korlátozások kihatottak olyan társas támogatási forrásokra is, mint amit a szomszédsági kapcsolatok jelenthetnek. Rassa és mtsai. (2021) deprivációról beszélnek, és megvizsgálják, hogy a szomszédoktól való elhatárolódás hogyan hatott. Eredményeik szerint a nagyobb depriváció szignifikánsan gyengébb fizikai (a fájdalom súlyossága, fájdalom-interferencia, fizikai működések), mentális (depresszió, szorongás) és szociális egészségi állapottal járt együtt a pandémia idején. A fájdalommal való megküzdésben bekövetkezett változások a járvány alatt aránytalanul rosszabbul érinthetik a deprivált, hátrányos helyzetű területeken lakókat. Az észlelt stressz negatív hatását bizonyították Ammánban (Jordánia) és Berlinben élő szíriai menekültekkel végzett vizsgálatokkal. Mindkét helyszínen az észlelt stressz szignifikánsan jósolta be a klinikai állapotokat (szorongás, depresszió, PTSD), míg az észlelt társas támasz mentén különbözött a két csoport. Berlinben a „jelentős másik”-tól kapott támogatás enyhítette a depressziót, Ammánban az észlelt „családi” támogatás jelentett védőfaktort a PTSD-vel, azaz a traumához kapcsolódó tünetekkel szemben. A szerzők szerint a családi kapcsolatok kiterjedtsége és fontossága a szíriai kultúrában jól magyarázza az eredményeket, hiszen Ammánban a menekültek családtagjaikkal együtt éltek, míg Berlinben főként egyedülálló férfiak voltak a mintában, így ott a családot kvázi a „jelentős másik” helyettesíthette (Böge és mtsai., 2020).

A járvány alatt a magasabb urbanizációs szint és a nagyobb környékbeli depriváció (alacsonyabb szomszédsági szintű társadalmi-gazdasági státusz) súlyos pszichés szorongással és újonnan fellépő öngyilkossági gondolatokkal jártak együtt (Okubo és mtsai., 2021).

Szintén a COVID-19-járvány kapcsán végzett kutatások tárták fel, hogy a pszichológiai adaptációban a társas támogatás bizonyult az egyik leghatékonyabb eszköznek: a szorongás csökkentésére, a stressz patológiás hatásainak kivédésére és a szorongással való megküzdésben egyaránt (Xiao et al., 2020). Yağcı és Akfırat (2020) a pandémia alatt az átlagosnál magasabb szintű észlelt társas támogatást mértek török populáción, a traumatikus stressz-szint átlag alattinak bizonyult, de függött az életkortól. Ugyancsak török mintán szignifikáns együttjárást tapasztaltak a társas támasz és a jóllét között a COVID-19-járvány idején (Koçak Özet, 2020). Ye és mtsai. (2020) 7800 főiskolai hallgatón vizsgálták az akut stressz-zavar (acute stress disorder, ASD) és a COVID-19-járvány stresszteli eseményei közötti kapcsolatot a reziliencia, a társas támasz és a megküzdés figyelembevételével. Eredményeik szerint a stresszélmények és az akut stressz-zavar között szignifikáns mediátor tényezőnek bizonyult a reziliencia, a társas támasz és az adaptív megküzdés, míg nem volt szignifikáns összefüggés a maladaptív megküzdési stratégiákkal.

Amerikai vizsgálati eredmények szerint a COVID-19-járvány idején a stresszel való megküzdésben a figyelemelterelés, az aktív megküzdés és az érzelmi társas támasz keresése voltak a kiemelkedő stratégiák (Park és mtsai., 2020).

Célkitűzések

A vizsgálat célja a COVID-19-járvány pszichológiai hatásainak felmérése a személyiség szintjén a felnőtt lakosság körében rezilienciafókusszal, továbbá a protektív és vulnérabilis tényezők összefüggésének feltárása. A téma aktuális, a reziliencia (lelki ellenállóképesség) támogató hatását vészhelyzetben, trauma következtében kialakuló stressz negatív hatásával szemben korábban igazolták (Werner, Schmith, 1992; Masten, 2001). Továbbá a reziliens működés hozzájárul a nehéz, traumatikus élethelyzetből való helyreálláshoz. Vizsgálatunkban szeretnénk reprezentatív mintavétellel igazolni magyar mintán a fenti összefüggéseket. Jelen kutatás fókuszában tehát a reziliencia, a stressz és a társas támogatás áll. Célkitűzésünkkel összefüggésben a kutatás fő kérdései a következők: (1) Regisztrálható-e változás az észlelt stressz szintje kapcsán a COVID-19-járvány első és negyedik hullámában? (2) Milyen demográfiai tényezők és egyéni jellemzők (például segítségnyújtás) befolyásolták az egyes pszichológiai változók alakulását? (3) Az észlelt stressz-szint, társas támogatás és reziliencia milyen összefüggéseket mutat?

A vizsgálati eljárás, a minta, a pszichometriai eszközök, valamint a statisztikai eljárások bemutatása az online mellékletben olvasható.

Az egyéni reziliencia vizsgálati eredményeinek bemutatása

A kérdőívek leíró statisztikája

A teljes mintán minden skála esetében teljesülnek a reliabilitáshoz szükséges minimális elvárások, minden Cronbach-alfa-érték 0,7 felett van, tehát a skálák reliabilisek, használhatóak. Az egyes kérdőívek teljes mintára vetített pontszámainak különböző értékei a 2.1. táblázatban láthatóak.

2.1. táblázat: Az egyes kérdőívek eredményei a teljes mintát tekintve / leíró statisztika

Változó	Minimum érték	Maximum érték	Átlag-pontszám	Standard hiba	Szórás	Standard eltérés
Reziliencia	1000	0	40	28,42	0,253	8,001
Társas támogatás	1000	0	40	34,06	0,236	7,453
Észlelt stressz (1. időszak)	1000	0	37	17,26	0,200	6,335
Észlelt stressz (2. időszak)	1000	0	40	16,34	0,215	6,793
Stressz változásmértéke	1000	-27,00	23,00	-0,9253	0,15991	5,05726

A demográfiai és egyéni jellemzők mint változók hatása az egyes pszichés jellemzőkre

Korosztályok közötti különbségek

Az egyes korosztályok kapott értékeit vizsgálva kiemeljük a következőket. Szignifikáns különbségeket a korcsoportok között nem találtunk egyik pszichés jellemző tekintetében sem. A rezilienciaérték az átlagos övezetben mérhető a minta minden vizsgált korosztályában (2.2. táblázat). A legmagasabb pontérték az 50–59 éves korcsoportban mérhető, a legalacsonyabb pedig a 60 éves és idősebb korcsoportban. A stressz pontértéke a fiatal korosztály (18–29 évesek) esetében a legmagasabb a vizsgált korosztályok között mindkét időszakban: 17,97 és 16,87 pont. Az 50–59 éves korosztály stresszértéke a legalacsonyabb a járvány első időszakában a többi korcsoportéhoz képest. A negyedik hullám időszakában az észlelt stressz szintje a 40–49 éves korosztály esetében a legalacsonyabb. A stressz értéke a járvány első hullámában meghaladja a negyedik (jelenlegi) hullám idején mértet. Bár ezen a téren van különbség a korcsoportok között, az eltérés nem érdemi. A legnagyobb különbség (csökkenés) a két vizsgált időszak között a 30–39 éves korosztályban mérhető (-1,28 pont). A két időszak közötti legkisebb különbség pedig a 60 éves és idősebb korosztályban volt. A társas támogatás pontértéke a 40–49 éves korcsoportban a legmagasabb, és az 50–59 éves korcsoportban a legalacsonyabb.

2.2. táblázat: A vizsgálati személyek stressz-szintjének, társas támogatásának és rezilienciájának átlaga és szórása korosztályonként

	Reziliencia		Társas támasz		Stressz 1. (1. hullám)		Stressz 2. (4. hullám)		Stressz változása	
	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás	átlag	szórás
1. korosztály 18-29 éves	28,36	7,23	34,48	7,17	17,97	6,258	16,87	6,445	-1,103	5,18
2. korosztály 30-39 éves	28,84	6,81	34,21	6,54	17,71	5,831	16,44	6,42	-1,28	4,74
3. korosztály 40-49 éves	28,24	8,68	34,60	7,147	17,19	6,788	16,00	6,42	-1,19	5,22
4. korosztály 50-59 éves	29,31	7,38	33,37	8,46	16,80	6,283	16,08	6,62	-0,73	4,87
5. korosztály 60 év felettiek	27,91	8,82	33,75	7,74	16,89	6,376	16,32	7,23	-0,57	5,16
Összesen	28,42	8,00	34,06	7,453	17,26	6,335	16,34	6,79	-0,93	5,056

Nemi különbségek

A nemi tényezőket tekintve arra mutat rá vizsgálatunk, hogy a nők kitettebbek a stressz negatív hatásának (szignifikánsan magasabb az észlelt stressz pontértéke), mind a COVID-19-járvány első hullámában, mind a negyedik hullámban, mint a férfiak. Mindkét nemről elmondható, hogy a járvány első hullámában magasabb volt a stresszértéke, mint a

negyedik hullámban, azonban nem haladta meg az átlagértéket. Összehasonlítva a férfiak és a nők stressz-szintjének pontértékeit a normál időszakokkal, az átlaghoz közelítő érték azonosítható. Az alacsonyabban iskolázott nők stressz-szintje a legmagasabb. A reziliencia pontértéke a férfiaknál szignifikánsan magasabb, mint a nőknél. A társas támogatás mértéke viszont a nők körében magasabb, mint a férfiak körében (2.3.a-b táblázat).

2.3.a táblázat: A pszichés jellemzők átlagos pontértéke nemenként és a nemenkénti különbségek a COVID-19-járvány két hullámában és a normál időszakban

	Nemek	N	Átlag	Szórás	Standard hiba	p
Reziliencia	Férfi	470	29,02	7,64	0,50	0,03*
	Nő	530	27,89	8,27		
Társas támogatás	Férfi	470	33,82	7,64	0,47	0,35
	Nő	530	34,27	7,28		
Észlelt stressz (1. időszak)	Férfi	470	16,39	6,59	0,40	<0,001**
	Nő	530	18,04	6,00		
Észlelt stressz (2. időszak)	Férfi	470	15,67	7,00	0,43	0,003**
	Nő	530	16,93	6,55		
Stressz változásmértéke	Férfi	470	-0,72	4,44	0,32	0,22
	Nő	530	-1,11	5,54		

** A szignifikancia szintje: $p \leq 0.01$

* A szignifikancia szintje: $p \leq 0.05$

2.3.b táblázat: Az egyes pszichés jellemzők nemi különbségének vizsgálata

	t	df	p	Különbség átlag	Standard hiba
Reziliencia	2,23	998	0,02*	1,13	0,51
Társas támasz	-0,94	998	0,34	-0,44	0,47
Stressz 1. (1. hullám)	-4,13	954,15	0,00**	-1,65	0,40
Stressz 2. (4. hullám)	-2,95	998	0,00**	-1,27	0,43
Stresszváltozás	1,22	988,37	0,22	0,39	0,32

** A szignifikancia szintje: $p \leq 0.01$

* A szignifikancia szintje: $p \leq 0.05$

Iskolai végzettség

A végzettség is fontos tényező volt vizsgálatunk során: kiemeljük az eredmények közül, hogy a magasabb iskolai végzettség együttjárást mutat a reziliencia és társas támogatás magasabb szintjével, nemtől függetlenül. Az észlelt stressz a járvány első és negyedik hulláma idején is a nyolc vagy kevesebb általános iskolai osztályt végzettek körében volt a legmagasabb, a legalacsonyabb pedig az érettségi nélküli középfokú végzettségűek körében. A reziliencia az érettségivel rendelkezők körében volt a legmagasabb, és az általános iskola nyolc osztályát el nem végzők körében a legalacsonyabb. A társas támasz pontértéke a BA végzettségűek körében volt a legmagasabb, és az általános iskola nyolc

osztályát el nem végzők körében a legalacsonyabb. A járvány első és negyedik hulláma közötti stressz-szint-különbség, vagyis a változás mértéke a nyolc osztályt végzettek körében volt a legalacsonyabb, és a nyolcnál kevesebb osztályt végzettek körében a legmagasabb (a változás jelen esetben csökkenést jelent).

2.4. táblázat: Az egyes változók átlagos pontértékei végzettségek szerint

	Nyolc osztályos általános iskolánál alacsonyabb	Alapfokú (nyolc osztály elvégzésével)	Középfokú, érettségi nélkül	Középfokú, érettségivel	Főiskolai vagy egyetemi alapképzés (BA, BSc)	Felsőfokú vagy magasabb (MA, MSc, osztatlan)
Reziliencia	26,45	27,64	28,90	29,24	28,98	25,89
Társas támasz	31,32	34,33	33,68	35,26	35,30	29,54
Stressz 1. (1. hullám)	18,38	17,80	16,56	17,15	17,00	18,06
Stressz 2. (4. hullám)	16,96	17,24	15,20	16,48	16,14	16,88
Stresszváltozás	-1,42	-0,55	-1,36	-0,67	-0,86	-1,18

A protektív és a vulnerábilis tényezők kölcsönhatása

A társas támasz pozitív, az észlelt stressz negatív együttjárást mutat a rezilienciával. Tehát minél magasabb a reziliencia, annál magasabb a társas támogatás értéke ($r=0,36$, $p<0,001$). Valamint minél alacsonyabb a reziliencia pontszáma, annál magasabb az észlelt stressz szintje ($r=-0,46$, $p<0,001$). A Pearson-féle korreláció értékei a 2.5. táblázatban láthatók. Az egyes változók egymásra hatásának összefüggései és kapcsolódó értékei a 2.4. ábrán láthatóak. Az egyes változók egymásra hatása szignifikáns ($p\leq 0,01$).

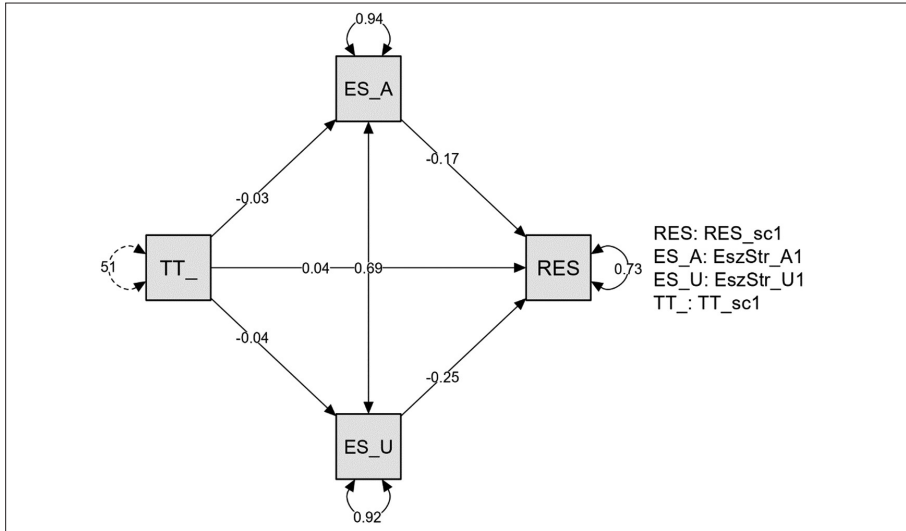
2.5. táblázat: Az egyes pszichés változók kapcsolata (korreláció értékei)

		Reziliencia	Társas támogatás	Észlelt stressz (1. időszak)	Észlelt stressz (2. időszak)
Reziliencia	Pearson Correlation	1	,364**	-,418**	-,451**
	Sig. (2-tailed)		<0,001	<0,001	<0,001
	N	1000	1000	1000	1000
Társas támogatás	Pearson Correlation	,364**	1	-,229**	-,291**
	Sig. (2-tailed)	<0,001		<0,001	<0,001
	N	1000	1000	1000	1000
Észlelt stressz (1. időszak)	Pearson Correlation	-,418**	-,229**	1	,705**
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001		<0,001
	N	1000	1000	1000	1000
Észlelt stressz (2. időszak)	Pearson Correlation	-,451**	-,291**	,705**	1
	Sig. (2-tailed)	<0,001	<0,001	<0,001	
	N	1000	1000	1000	1000

** A korreláció szignifikanciaszintje: 0.01 level (2-tailed).

A protektív és vulnerábilis tényezők mediációs modellbe helyezésével a társas támogatás – direkt útvonalon – támogató hatását igazoltuk a rezilienciára (2.4. ábra).

2.4. ábra: Az egyes változók – a társas támasz, a reziliencia, a stressz (1. és 4. hullám) – összefüggései, egymásra hatása



Jegyzet: TT: társas támogatás, RES: reziliencia, ES_A: stressz (1. hullám), ES_U: stressz (4. hullám). A nyilak a hatást, a számok pedig a szignifikáns kapcsolat erősségét jelölik. Érdemi kapcsolatot a TT és RES között érvényesül.

A vizsgálat főbb megállapításai és azok értelmezése

Vizsgálatunk célja a COVID-19-járvány pszichológiai hatásainak felmérése a felnőtt lakosság körében, rezilienciafókusszal, a stressz és a társas támasz összefüggésében.

- A járvány okozta stressz negatív lélektani hatása az első hullámtól érvényesül nemtől, kortól és iskolai végzettségtől függetlenül. Az idő előrehaladtával a mentális erőforrások kifáradásának lehetőségével is számolni kell, és fel kell készülni a negatív hatások kezelésére. Vizsgálati eredményeink alapján javaslatot teszünk a beavatkozás formájára és a probléma kezelésre.
- A pszichológiai változók (reziliencia, társas támasz, észlelt stressz) a korosztályokat összehasonlítva nem mutatnak jelentős eltérést. A pandémia hatása globálisan érvényesül, hasonló mértékben érinti a teljes lakosságot. A protektív tényezők (reziliencia, társas támasz) minden korosztályban az átlagos övezetben maradtak, vagyis a lakoságnak a mérés időszakában, a negyedik hullám elején még van erőforrása.
- A stressz összpontszáma az átlagérték körül mozog mindkét mérési időszakban, kivéve a kiilleszkedőket, ahol meghaladja azt. Azonban az első hullámban ez az érték magasabb minden korosztályban, és csökken a negyedik hullám időszakára. Az első időszakra vonatkozó adatok retrospektív adatgyűjtésből származnak, így leginkább arra utalnak, milyen erős stresszt éltek át a személyek a világjárvány kitérőesekor,

milyen mély nyomot hagyott bennük az időszak. A legalacsonyabb iskolai végzettségűek élték át a nagyobb stresszt mindkét mérési időszakban. Az eredményt jól magyarázza, hogy a koronavírus-járvány kitörése és az ezzel járó korlátozások 2020 márciusában sokként hatottak az emberekre, családokra kortól és nemtől függetlenül; a mindennapi életre kiható hirtelen és jelentős változások miatt a teljes lakosság érintett.

- A nemek között találtunk eltérést, a nők kitettebbek a pandémia okozta stressz negatív hatásának. Hasonló eredményeket igazoltak kutatók pandémiás időszakban (Kövesdi és mtsai., 2020, 2021) és járványtól mentes időszakban katasztrófák következtében (Alam és Rahman, 2014; Azad, Hossain, Nasreen, 2013; Rahman, 2013). Az eredményeket a nőkre inkább jellemző érzelemfókuszú megküzdési stratégiáival magyarázzuk, a COVID-19-járvány időszaka az élet számos területén megkövetelte a változáshoz való alkalmazkodást, a legátfogóbb összehangoló munkát napi szinten a különböző intézmények (iskola, óvoda, munkahely, család) között.
- Az alacsonyabb iskolai végzettségűek érték el a legmagasabb pontszámot. Az alacsony iskolázottság korlátozottan teszi lehetővé a megváltozott helyzet átlátását, növelve a kiszolgáltatottság érzését, amit stresszel teli állapotok kísérnek. Vélhetően a legalacsonyabb iskolai végzettségű nőket érintette leginkább az állásuk elvesztése. A nők családban betöltött szerepe az érzelmi élet harmonizálása, az érzelmi terhek viselése, mely terhek szintén megnöttek a négyzetméterre jutó családtagok számának növekedésével és az összezártság következtében.
- Azt is megállapítottuk, hogy a stressz értékének legnagyobb mértékű csökkenése szintén a nők körében mérhető. Az első járványhullám idején egy időben több feladatkör – home office, online tanítással járó segítségnyújtás, rendszeres háztartási munkák (például főzés) – ellátásában rutint alakítottak ki, így a negyedik hullám idején már kevesebb stresszel járt a járvány okozta korlátozás és a változásokhoz szükséges alkalmazkodás, és ezt rugalmasan oldották meg, amit a rezilienciaérték is alátámaszt.
- Az iskolai végzettség tekintetében a társas támogatás eltéréseket mutat, a magasabb iskolai végzettségű személyekre inkább jellemző a társas támogatás, míg a legalacsonyabb iskolai végzettségűekre a legkevésbé. A COVID-19-járvány időszakában a társas támasz pufferszerepet tölt be a reziliencia szempontjából, a mentális jóllétet negatívan érintő hatással szemben (Li és mtsai., 2021). Eredményünk összhangban van a pandémiát megelőző vizsgálatokkal (Papp-Zipernovszky és mtsai., 2017).
- A társas támogatás direkt mediáló hatásával növeli a rezilienciapotenciált, csökkentve a stressz negatív hatását a COVID-19-járvány idején. A magas szintű társas támogatással élők számára a személyes erőforrások mellett a társas kapcsolatok új nézőpontok megtalálásában is segítséget nyújtanak, megteremtve a lehetőséget a rugalmas adaptációra a járványhelyzetben. Protektív (védő) faktor tekintetében a 18–29 éves korosztály van a legalacsonyabb szinten, illetve a 60 év feletti korosztály a leginkább rugalmatlan a változásokkal szemben.

2.2. A COVID-19-járvány hatása a közösségi rezilienciára

BARTAL ANNA MÁRIA, LUKÁCS J. ÁGNES, LÁSZLÓ TAMÁS

Bevezetés

A válságok, katasztrófák olyan erőforrásokat fenyegetnek és károsítanak meg, amelyek az emberek fizikai és mentális egészségét, anyagi, tárgyi, személyes és társadalmi biztonságát jelentik. Az egyik legsúlyosabb társadalmi következményük az egyéni, közösségi kapcsolatok – különösen pedig a támogató, segítő kapcsolatok – zavara, vagy még inkább elvesztése. A COVID-19-járvány a fizikai és mentális egészség veszélyeztetésén túl éppen ezeket az egyéni és közösségi kapcsolatokat korlátozta.

Közismert, hogy a stressz- és traumahelyzetekkel való megküzdésben az egyéni és társas támogatások szerepe mennyire felértékelődik. A közösségi reziliencia – a rugalmas ellenállóképesség – vizsgálata azt mutatja meg, hogy egy közösség mennyire képes adaptív módon megküzdni egy stresszor (katasztrófa, válság, trauma, stressz) hatásaival. A közösségi reziliencia „sikere” egyrészt az olyan erőforrások előzetesen (is) meglévő jelenlététől függ, amelyek aktiválhatók vészhelyzet esetén, másrészt attól függ, hogy a közösség mennyire „sikeres” tagjai szükségleteinek kielégítésében, harmadrészt pedig az egyének milyen mértékben érzik, hogy szűkebb-tágabb közösségük támogatja őket a megküzdési folyamatban.

Mindezekből kiindulva kutatásunk fő célja azt volt, hogy – ezerfős reprezentatív minta vizsgálata alapján – megmutassuk, a magyar társadalom mennyire volt képes és tudott reziliensen válaszolni arra a COVID-19-járvány által kiváltott stresszhelyzetre, ami a társadalmi támogató kapcsolatokat érintette. A vizsgálat során a társadalmi tőke normáját megjelenítő segítő kapcsolatokra koncentráltunk, az adott és kapott segítő kapcsolatok típusainak, aktivitásának, formáinak feltérképezésével. Noha a konkrét vizsgálat időpontjában a COVID-19-járvány nem ért véget, sőt a negyedik hullám kezdete is erre az időszakra esett, úgy véltük, eredményeink jó indikátorok lehetnek arra, hogy jelezzék, milyen állapotban van a magyar társadalom a közösségi reziliencia tekintetében. Ugyanakkor még időben ahhoz, hogy a súlyosabb negatív következmények hatásait kompenzálni lehessen a megfogalmazott policy-javaslatok figyelembevételével.

Tanulmányunkban először áttekintjük a kutatásunk szempontjából releváns és a COVID-19-járvánnyal kapcsolatos társadalomtudományi kutatások fő irányait és eredményeit. Ezt követően röviden vázoljuk a közösségi rezilienciával kapcsolatos elméleti alapvetéseket, majd pedig bemutatjuk kutatásunk konceptualizálását, célkitűzéseit és módszereit. Eredményeink ismertetését a segítő kapcsolatok típusainak és a segítségnyújtási aktivitás – COVID-19-járvány előtti, a járvány első három hulláma alatti és 2021. decemberi – jellemzőinek bemutatásával kezdjük. Majd a segítségnyújtási aktivitást meghatározó, különböző segítő kapcsolati típusok háttérében álló szociodemográfiai változókat mutatjuk be. Végezetül pedig elemezzük az erős és a gyenge kapcsolati erő-

források szerepét a kapott és adott támogatások, valamint a támogatási formák tükrében, mind a három vizsgált időszakra vonatkozóan. A tanulmányt kutatásunk főbb megállapításainak összegzésével zárjuk.

Tematikus áttekintés az elmúlt két év – COVID-19-járvánnyal kapcsolatos – társadalomtudományi kutatásainak fő irányairól és eredményeiről

Az elmúlt két évben a nemzetközi és a hazai társadalomtudomány „versenyt futott” az idővel, hogy minél hamarabb, részletes elemzésekben adjon számot a COVID-19-járvány tapasztalható és még várható társadalmi hatásairól. A kutatások egyik fő témája a *társadalmi szolidaritás* vizsgálata volt, hiszen a második világháború óta a szolidaritás nemcsak az európai államok fejlődésének, hanem az azóta kialakult társadalmi és gazdasági válságok megoldásának is egyik kulcsfogalmává vált. Így a COVID-19-járvány kitörésekor is alapvető kérdésként merült fel, hogy miként dinamizálódik a társadalmi szolidaritás a válsághelyzettel való megküzdésben. A pandémia első hulláma (2020 március–május) után végzett – Spanyolországra, Magyarországra és Romániára kiterjedő – összehasonlító vizsgálat azt jelezte, hogy országspecifikus különbségek alakultak ki a társadalmi szolidaritás mértékében (Voicu et al., 2020). A magyarországi eredmények összhangban voltak Koos és Seibel (2019) azon megállapításával, miszerint társadalmi válsághelyzetben a szolidaritás emelkedik, azaz az első hullám alatt a járvány hatásainak személyes megtapasztalása, ha rövid távon is, de növelte a másokkal való törődést (Voicu et al., 2020). A célzott magyarországi kutatások a szolidaritást mint a járványra adott választ vizsgálták (Sik & Zakariás, 2021a; 2021b). Egyrészt úgy találták, hogy a járvány első hulláma beindította a rászorultsági és szolidaritási dinamikákat, de ez alapjaiban nem rendezte át a járvány előtti rászorultsági helyzetet és szolidaritási mezőt (Sik & Zakariás, 2021a:16), mivel a válaszadók kétharmada korábban is kiszolgáltatottan rászoruló, illetve a segítségnyújtásban kívülálló volt. Másrészt azt állapították meg, hogy a COVID-19-járvány első hulláma sokak számára olyan többdimenziós kihívást is jelentett, amiben egyszerre kellett egészségügyi, mentális, materiális és gondozási feladatokat ellátni (Sik & Zakariás, 2021b:31).

A főként nemzetközi kutatások másik nagy csoportja a *személyközi, intézményi és a politikai bizalommal* foglalkozott, hiszen ezek mértéke erősen befolyásolhatja a segítségnyújtásban megnyilvánuló szolidaritást, illetve a járvány okozta restriktív el fogadását és betartását. Egy 2020 márciusa és májusa között felvett, tíz országra kiterjedő felmérés szerint a COVID-19-járvány egészségügyi (betegekkel való kapcsolat) és gazdasági (munkanélküliség) hatásai csökkentették mind a személyes, mind pedig az intézményi bizalmat (Brück et al., 2020). Ezek háttérben leginkább a fokozott stresszt és az aggodalmat vélték magyarázó tényezőnek. Ez utóbbit erősítette meg az Ahrendt és munkatársai által 2021 májusában – az Európai Unió 27 tagállamára kiterjedő vizsgálat alapján – készített jelentés, amely a mentális egészség általános romlásáról adott számot, különösen és kiemelten a munkanélküli fiatalok körében (Ahrendt et al., 2021). Az egyes, politikai bizalommal foglalkozó kutatások eredményei pedig arra mutattak rá, hogy a kormányokba, illetve a COVID-19-járvánnyal kapcsolatos intézkedésekbe vetett

nagyobb bizalom növelte annak valószínűségét, hogy az emberek pozitívan reagálnak a hosszabb lezárással járó megbirkózásra (Devine et al., 2020; Fernandez-Prados et al., 2021). Ahrendt és munkatársainak tanulmánya azonban már arról számolt be, hogy 2021 májusára nagyot zuhant az intézményekbe, különösen a nemzeti kormányokba vetett bizalom, de csökkent az Európai Unióba vetett bizalom is (Ahrendt et al., 2021).

A harmadik nagy vizsgálati témát, amely a COVID-19-járvány hatásainak feltérképezésére irányult, a *társadalmitőke-kutatások* jelentették. A társadalmi tőke általános értelemben olyan erőforrás, amely az emberi kapcsolatokban ölt testet és ez az erőforrás elősegítheti az egyén boldogulását, hozzájárulhat a kollektív cselekvéshez és végső soron egy egészségesen működő társadalom fenntartásához. Az európai összehasonlító vizsgálatok (Bartscher et al., 2020; Borgonovi & Andrieu, 2020) azt állapították meg, hogy a magas társadalmi tőkés térségekben egyharmadával kevesebb volt a megbetegedés az első hullám idején, míg az európai és amerikai területi társadalmitőke-kutatások szerint a magas társadalmi tőkével rendelkező térségekben alacsonyabb volt a halálozás és csökkent a földrajzi mobilitás (Fraser, Aldrich, & Page-Tan, 2020; Pitas & Ehmer, 2020). A társadalmi tőke fontos szerepet játszik a közösségek mentális egészségi állapotának, jóllétének megőrzésében is. Az erős társadalmi hálózatok védőfaktorok az emberek, közösségek számára, hogy jól alkalmazkodjanak a válságok, katasztrófák okozta hatásokhoz. Rodela et al. (2020) vizsgálatukban arra jutottak, hogy a társadalmi, gazdasági kihívásokból való gyorsabb kilábalást erősíthetik a társadalmi tőkével kapcsolatos beavatkozások (például offline és online közösségek támogatásai). Ezek a beavatkozások hozzájárulhatnak a mentális egészség megőrzéséhez is, és képessé tehetik a közösségeket a világjárvány pszichoszociális következményeivel való megküzdésre. Az országokénti vagy különböző társadalmi csoportonkénti társadalmitőke-kutatások középpontjában az „erős” (szülők, gyermekek, rokonok) és „gyenge” (barátok, szomszédok, ismerősök) kötések pandémia alatti változásainak vizsgálata állt (lásd Vincenzo & Salvatore, 2020; Wong & Kohler, 2020; Wu, 2021).

Főként a pandémia második évében jelent meg az a kutatási irány, amelynek keretében a tanulmányok a *(közösségi) rezilienciával (rugalmas ellenállóképességgel) foglalkoztak* abból az alapvetésből kiindulva, hogy a reziliens társadalom a rugalmasan ellenállóképes egyének vállán nyugszik. Azokén, akik képesek megbirkózni a válságok, katasztrófák okozta sokkhatásokkal és a strukturális változásokkal anélkül, hogy saját vagy közösségük jóllétét veszélyeztetnék (Giovannini et al., 2020). A prediktív tanulmányok két kérdéssel feltevés mentén foglalkoztak a COVID-19-járvány (közösségi) rezilienciát érintő hatásaival:

a) A különböző kapacitású közösségek hogyan reagáltak a COVID-19-járvány okozta kihívásokra, és miként alkalmazkodtak ahhoz.

Az első kutatási eredmények azt mutatják, hogy a COVID-19-világjárványra számtalan közösségi válasz született a családi, rokoni, baráti támogatásoktól, a szomszédsági önszerveződésektől kezdve az étel- és gyógyszerkiszállításig, a veszélyeztetett személyek jóllétének ellenőrzéséig (Rippon et al., 2021). Ezeknek a közösségi válaszoknak egy része egyfajta adaptív válasz volt, mivel a sokkhatáshoz/stresszhez való alkalmazkodási

képességet hívták elő. Másik részüket már úgynevezett abszorpciós válaszok alkották, mert megmutatkozott bennük a kedvezőtlen körülmények kezelésének és a rendelkezésre álló erőforrásoknak/eszközöknek a helyreállítási képességhez való felhasználása. Ugyanakkor még nem egyértelműen válaszolható meg az a kérdés, hogy ezek az adaptív és abszorpciós válaszok a társadalmi-gazdasági lejtőn mindenhol érvényesültek-e. A kutatások ugyanis azt is kimutatták, hogy az alacsony jövedelmű és társadalmi tőkés (elszigetelődő) csoportok – sérülékenységből adódóan – jobban ki vannak téve a világvilágjárvány okozta kockázatoknak (Bento & Couto, 2021).

b) Noha a COVID-19-világvilágjárvány nem ért véget, de számos országban a gazdasági és társadalmi tevékenységek újraindultak, hogy visszatérjenek a normális állapot látszatához. Azonban a (társadalmi, egészségügyi, szociálpolitikai stb.) célkitűzések (policyk) szintjén az még nem tisztázódott, nem látható világosan, hogy milyen legyen az „új normalitás” (Penkler et al., 2021).

A COVID-19-járvány utáni társadalmi, egészségügyi, szociálpolitikai közpolitikák kialakításával foglalkozó tanulmányokban alapkérdésként fogalmazódik meg – amire majd a továbbiakban részletesen is kitérünk –, hogy mit tekintenek a felelős aktorok kiindulási alapnak: a járvány előtti helyzetbe való visszapattanást (bounce back), vagy egy előreugrást (bounce forward)? Azaz a COVID-19-járvány előtti állapotokhoz való visszatéréssel, vagy egy új, megváltozott helyzettel számolnak-e, amelyben a célkitűzés a változásokhoz, új körülményekhez jobban alkalmazkodó rendszerek kialakítása (Giovannini et al., 2020; Bento & Couto, 2021; Penkler et al., 2021; Rippon et al., 2021).

A COVID-19-járvány közösségi rezilienciára gyakorolt hatásait vizsgáló kutatásunk a társadalomtudományi kutatások ezen negyedik irányához tartozik, de az elemzés során reflektálni kívánunk a társadalmi integrációs és társadalmitörke-kutatások eredményeire is.

A reziliencia mint metafora, folyamat, stratégia és ideológia

A reziliencia (*a rugalmas ellenállóképesség*) az elmúlt másfél évtizedben az egyik legtöbbet használt tudományos fogalomként vált, és ez idő alatt értelmezése és tartalma igen kibővült, sokrétűvé vált. Ezért szükségesnek tartjuk a következőkben bemutatni a négy fő rezilienciaértelmezést, majd pedig azt a közösségi rezilienciátartalmat, amely vizsgálatunk alapjául is szolgált.

A rezilienciát azért tekintik metaforának (Norris et al., 2008:127), mert egy fizikából átvett fogalmat adaptált Holling (1973 cit. Norris et al., 2008) az ökológiai ellenállóképességre, majd pedig az egyének traumák, stressz által kiváltott alkalmazkodóképességének leírására. A kutatások bővülésével a reziliencia kontextus-szenzitív fogalomként is vált (Lucini, 2014), hiszen alapvetően különböző értelmezési keretet ad az, hogy a pszichológiai, egészségtudományi rezilienciavizsgálatok az egyének, illetve a kiscsoportok szintjén értelmezik, míg a társadalomtudományi kutatások középpontjában a közösségek reflektív dimenziója áll. Ebben az értelemben a reziliencia a közösség(ek) képességét

jelenti a túlélésre, valamint a saját erőforrásaival és eszközeivel való újratermelődésre (Mileti, 1999 cit. Estêvão et al., 2017).

A rezilienciát folyamatként is értelmezik, amely nem lineárisan megy végbe (Norris et al., 2008). Vizsgálata azt mutatja meg, hogy egy adott közösség/egyén milyen (sikeres) alkalmazkodóképességi stratégiákat és kompetens magatartásformákat alakít ki egy válság vagy krízishelyzet során. A különböző tudományágak között jelentős eltérés van abban, hogy miként határozzák meg a reziliencia fogalmát (lásd Norris et al., 2008:129), illetve miként vélekednek meghatározó jellemzőiről, mutatóiról és mértékéről. Ugyanakkor az eltérő értelmezésekben az a közös pont, hogy a reziliencia a legkülönbélebb veszélyek, fenyegetések, kihívások – legyenek ezek ökológiai, környezeti, gazdasági, társadalmi, pszichológiai, szervezeti, infrastrukturális vagy közösségi, családi, egyéni problémák – észlelésekor kerül a figyelem középpontjába. Így olyan más fogalmakhoz és folyamatokhoz kapcsolódik, mint a sebezhetőség, a kockázat, a válság, a katasztrófa, a stressz, a trauma, az átalakulás, illetve a fenntarthatóság (Lorenz, 2013 cit. Endreß & Maurer, 2015).

A rezilienciavizsgálatok egyik központi kérdéseként – azért, hogy a zavaró vagy káros behatással érintett entitás helyreállási képességét világosan lássuk – tisztázni kell, hogy mi a kiinduló állapot, mi a „normalitás”, és ehhez képest hova és milyen hatásfokkal történik a visszatérés (Székely, 2015:11), azaz mi a rezilienciafolyamat „stratégiai” jelentősége. E tekintetben a reziliencia-szakirodalomban korábban két, mondhatni, ellentétes nézet uralkodott. A főként ökológiai, illetve pszichológiai, szociálpszichológiai rezilienciamegközelítések azt vallották, hogy a rugalmas ellenállóképesség egy sikeres adaptív képesség, folyamat és stratégia, aminek révén az adott entitás „visszapattan” (bounce back) az eredeti állapotába (Norris et al., 2008). Olsson et al. (2015) ugyanakkor óva intenek attól, hogy a rugalmasságot normatív fogalomként értelmezzük, azaz a reziliencia csak „jó” lehet, hiszen számos vizsgálat (Quarantelli, 1989; Wisner, 2001; Cutter et al., 2003; Aldrich, 2011) utal arra, hogy az eredeti helyzetbe való visszapattanás, például szegénység, hajléktalanság stb. esetében egyenesen nem kívánatos. A társadalomtudományi eredményeket integráló kutatások hatására a rezilienciafolyamat értelmezése is egyre komplexebbé vált. Általánossá vált az a nézet, hogy a rugalmassággal egy „új normalitás” is létrejöhet (Folke, 2006; Berkes & Ross, 2013). Az „új normalitás” kialakulása azonban egy többdimenziós folyamat összjátékaként valósul(hat) meg, ezért létrejött sok esetlegességet is rejt magában (Gotham & Powers, 2015).

Végezetül, a reziliencia az elmúlt években bekerült a politikai gondolkodásba is, amit mi sem mutat jobban, hogy az Európai helyreállítási terv¹ a legnagyobb összeget a *Kohézió, reziliencia és értékek* fejezetre különítette el, ösztönözve a gazdasági helyreállítást és a társadalmi rezilienciát. Érdemes azonban megjegyezni, hogy Béné et al. már egy 2013-ban írt tanulmányukban – amelyben a reziliencia előnyeit és hátrányait vizsgálták – azt a kérdést tették fel, hogy vajon a politikai döntéshozók számára a reziliencia egy új utópia vagy egy új zsarnok-e. Mindez jól jelzi azt, hogy a rezilienciát nem lehet statikus célkitűzésként kezelni, hiszen maga a folyamat is rendkívül változékony,

¹ https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_hu

számtalan tényező befolyása alatt áll, és ez megköveteli a rugalmas és reflektív gondolkodást, beavatkozási stratégiákat.

A közösségi rezilienciafolyamat jelentősége, erőforrásai és eredménye

A leggyakrabban használt értelmezés (Norris et al., 2008:130) szerint a közösségi reziliencia egy olyan, hálózatba kötött „alkalmazkodási képesség” vagy erőforrások előzetesen (is) meglévő jelenlététől függ, amelyek aktiválhatók vészhelyzet esetén. Bonnano et al. (2015) ezt kiegészítve azt hangsúlyozzák: a közösségi reziliencia kifejezi az egyének és közösségek közötti kölcsönhatást a tekintetben, hogy a közösség mennyire sikeres tagjai szükségleteinek kielégítésében, és az egyének milyen mértékben érzik, hogy közösségük támogatja őket.

A közösségi reziliencia folyamata akkor lép működésbe, amikor egy stresszor (válság, katasztrófa, trauma, stressz) megjelenik. Az, hogy a stresszor átmeneti vagy tartós diszfunkciókat okoz-e, három változótól – a súlyosságtól, az időtartamtól és a meglepetéstől (concept of surprise – Longstaff, 2005) – függ.

Ahogy már fentebb bemutattuk, a közösségi reziliencia folyamatának vizsgálatakor alapvető kérdés, hogy mi a kiinduló állapot, mi a „normalitás”, és ehhez képest hova és milyen hatásokkal történik a visszatérés. Azaz a rugalmas ellenállóképesség mennyiben egy sikeres és adaptív visszapattanás (bounce back) az eredeti állapotba (Norris, 2008). Ezzel kapcsolatban a közösségi reziliencia irodalma alapján három vitatott kérdésre kell felhívni a figyelmet:

- a visszapattanás (bounce back) esetében nem mindig ismert az eredeti állapot, valamint
- kíváncs-e, hogy a visszapattanás az eredeti állapotba történjen meg, illetve
- a rugalmas ellenállóképesség eredményeként egy „új normalitás” jön létre, ami magában foglalja a megújulás és az újrászerveződés képességét (Folke, 2006; Berkes & Ross, 2013; Aldrich & Meyer, 2015; Gotham & Powers, 2015; Radu, 2018).

A közösségi reziliencia vizsgálatára legelterjedtebb modellt Norris és munkatársai dolgozták ki. Ebben a modellben a szerzők négy adaptív kapacitást/erőforrást azonosítottak, amelyekhez különböző dinamikus ismertetőjegyeket (attribútumokat) rendeltek (Norris et al., 2008:136): *gazdasági helyzet/fejlődés* (a kockázat méltányossága/veszélyeztetettség, a gazdasági források szintje és diverzitása, a forráselosztás egyenlősége); *információ és kommunikáció* (narratívák, felelős média, készségek, infrastruktúra, biztos információforrások); *közösségi kompetenciák* (közösségi akciók, kritikai reflexiók és problémamegoldó készségek, flexibilitás és kreativitás, kollektív hatékonyságnövelés, politikai partnerség); *társadalmi tőke* (az elvárt és kapott társadalmi támogatás, a közösségérzés és kötődés a (lakó)helyhez mint társadalmi beágyazottság (informális kötések), az (állam)

polgári részvétel, vezetőség, szerep (formális kötés).² Ezeknek az adaptív erőforrásoknak és ismertetőjegyeiknek az egyenkénti és együttes vizsgálata alapján beszélhetünk a közösségi reziliencia különböző szintjeiről és megvalósulási formáiról.

Mi a rezilienciafolyamat végeredménye? A Norris et al. (2008) által kidolgozott közösségi reziliencia modellben az adaptáció – a válság, katasztrófa által kiváltott alkalmazkodóképesség – „elméleti” eredmény, a jóérzéssel párosuló testi-lelki harmónia (wellness) megőrzése pedig annak „gyakorlati” megnyilvánulása. A modell szerint a wellness folytonosság, és nem normatív kritérium, mivel mind az egyéneknél, mind pedig a közösségekben változó mértékben mutatkozik meg, akár a válság/katasztrófa előtti, akár az az utáni állapotukat vizsgáljuk.

Kutatási koncepció és célok

A válságok, katasztrófák anyagi (pénz), tárgyi (lakhatás), személyes (biztonság, egészség) és társadalmi (közösség, társaság, kapcsolatok) erőforrásokat fenyegetnek, illetve károsítanak meg. Kutatásunkban részben ebből az alapvetésből, részben pedig az elméleti kiindulásnak tekintett rezilienciamodellel (Norris et al., 2008) „tesztelésére” elvégzett vizsgálatok (lásd Kirmayer et al., 2009; Sherrieb et al., 2010; Maclean et al., 2013; Radu, 2018) eredményeiből indultunk ki. Ezek a tanulmányok egyfelől azt állapították meg, hogy erős és pozitív kapcsolat van a társadalmi tőke és a közösségi reziliencia között, másfelől a kidolgozott attribútumkészletek érvényességét leginkább a társadalmi tőke vonatkozásában igazolták vissza (Murphy, 2007:300).

A közösségi reziliencia szempontjából a válságok, katasztrófák egyik legsúlyosabb következménye a társadalmi támogató (social support) kapcsolatok zavara, vagy ami még ennél is súlyosabb, azok elvesztése. Ezért kutatásunkban a reziliencia összefüggésében gyakran vizsgált társadalmi tőke (Norris et al., 2008:136) egyik elemére, a segítő kapcsolatokra mint erőforrásokra koncentrálnak. A segítő kapcsolatok a társadalmitőke-normák indikátoraként is értelmezhetőek (Sik & Giczi, 2009:69; Sik, 2006), mivel ezek reciprok és altruista megnyilvánulásokat, valamint kapcsolattartási hajlandóságokat feltételeznek. A Bartal és Kmetty által kidolgozott modell (Bartal & Ferencz, 2015; Bartal & Kmetty, 2022) szerint – az adott és kapott segítő kapcsolatok alapján – különböző segítségnyújtási típusokat állítunk fel. Továbbá a segítségnyújtási típusokat differenciáljuk a kapcsolati erőforrások jellege (erős és gyenge kötések), valamint a támogatások típusa (immateriális, tranzakcionális és materiális) szerint, hiszen ezek mutatják meg a társadalmitőke-normák kapcsolati és támogatási realizálódását.

A közösségi reziliencia vizsgálatokor nagyon fontos tényező az idői dimenzió. A kutatásban kiindulási helyzetnek tekintettük a COVID-19-járvány előtti időszakot (2020 januárját megjelölve). A pandémia hatásait az első három hullám (2020 márciusától 2021 szeptemberéig) alatti időszakokkal mértük. Fontos hangsúlyozni – és ez a kutatás egyik korlátja –, hogy az ezekre az időszakokra vonatkozó válaszokat rekonstruált vá-

² Figyelemre méltó azonban, hogy a modellben a bizalom nem szerepel a társadalmi tőke attribútumai között.

laszoknak tekintettük, és a válaszadókat az általuk legjellemzőbb segítségnyújtási kapcsolatok, kapcsolati erőforrások és támogatási típusok kiválasztására kértük. Végezetül a „jelen időszak” 2021 decemberét jelentette, amikor a kérdőíves felvétel készült. Noha ekkor még a COVID-19-járvány nem ért véget, sőt a negyedik hullám kezdete is erre az időszakra esett, mégis úgy véltük, eredményeink jó indikátorok lehetnek arra, hogy jelezzék, a közösségi reziliencia tekintetében milyen állapotban van a magyar társadalom, és még időben közel ahhoz, hogy a súlyosabb negatív következmények hatásait kompenzálni lehessen.

Mindezek alapján a kutatás négy fő célt tűzött ki:

- A társadalmitőke-normák mérőszámának tekintett segítő kapcsolatokon – mint erőforrásokon – keresztül megvizsgálja a COVID-19-járvány okozta válság- és/vagy katasztrófahelyzet leküzdésében megmutatkozó közösségi rezilienciát a magyar társadalom 1000 fős, reprezentatív mintáján.
- A segítő kapcsolatok tipizálása alapján elemezze, hogy mely társadalmi csoportoknál mutatható ki a (kívánatos/nem kívánatos) adaptív visszapattnás, illetve új „minőség” létrejötte a COVID-19-járvány okozta válsághelyzettel való megküzdésben. Ugyanis mindezek alapján regisztrálható, hogy a társadalom mely rétegeinél milyen rezilienciastratégiák alakultak ki – különösképpen a legsérülékenyebb társadalmi csoportok helyzetét, segítő kapcsolati erőforráshiányait illetően –, amelyek közpolitikai beavatkozásokat indukálhatnak.
- Feltárja, hogy a kapcsolati erőforrások (gyenge és erős kötések) szerepét vizsgálva milyen szociodemográfiai jellemzőkkel leírható csoportok milyen formában éltek ezekkel az erőforrásokkal, mivel ezekre alapozva célzottan megmutathatók a közösségi kapcsolatok állapotának változásai és konkrét – immateriális és materiális – megnyilvánulásai.
- Végezetül, a kutatás eredményei alapján közpolitikai javaslatokat fogalmazzon meg a reziliens közösségi magatartások erősítésére, illetve a támogatási kapcsolataikban veszélyeztetett társadalmi csoportok helyzetének javítására.

A kutatás módszertana

Jelen kutatásunkban kétféle empirikus adatforrásra támaszkodtunk. A vizsgálat gerincét adó kvantitatív pillér esetében a legfontosabb szociodemográfiai változók (nem, életkori csoportok, legmagasabb befejezett iskolai végzettség és a lakhely szerinti településtípus) mentén országos reprezentatív felmérést végeztünk a magyarországi felnőtt lakosság körében. A mintegy 40 perc időtartamú kérdéssor végleges formáját két próbakérdézési napot követően nyerte el, az adatfelvétel során pedig személyes kérdéssel (úgynevezett CAPI-módszerrel³) gyűjtöttünk adatokat. A terepmunka 2021 decemberében zajlott. Az adattisztítás és a kisebb eltérések korrigálása érdekében történt súlyozást követően egy

³ Computer Assisted Personal Interviewing.

1000 esetet magában foglaló minta alakult ki, amely elemzésünk elsődleges adatforrását képezte.⁴

A kutatás másik empirikus adatforrásául egy kvalitatív felmérés szolgált, ami három, egyenként nyolc-nyolc fő részvételével megtartott személyes fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatból állt. A csoportos interjúk közül kettő a közösségi, egy pedig az egyéni reziliencia kérdésköréit járta körül.⁵ Az adatfelvételre 2021. november 29-én és 30-án került sor, a beszélgetésekről videofelvétel és szó szerinti átirat készült.⁶

A segítő kapcsolatok típusai, a segítségnyújtási aktivitás jellemzői a COVID-19-járvány előtt, a járvány első három hulláma alatt és 2021 decemberében

A társadalmi tőkével foglalkozó kutatások a támogatási, segítő kapcsolatok elemzésénél főként a

- *reciprok kapcsolatokkal* foglalkoznak, hiszen a kölcsönös segítség oda-vissza ható kapcsolatokon alapul.
- Ugyanakkor a támogatási, segítő kapcsolatoknak vannak nem viszonyossági típusú (egyoldalú) formái is, mint például a *donor (az erőforrásokat csak adó) és a recipiens (az erőforrásokat csak kapó) kapcsolatok*.
- Negyedikként egy olyan *nem aktív típus* is azonosítható, melynek esetében semmilyen támogatási, segítő kapcsolat nem jön létre.

Ez a segítő kapcsolati modell⁷ a 2010-es vörösiszap-katasztrófa hosszú távú társadalmi hatásainak vizsgálata során került először kialakításra és tesztelésre (lásd Bartal & Ferencz, 2015; Bartal & Kmetty, 2022). Ezért a COVID-19-járvány okozta válság-/katasztrófa helyzet hatásaival való megküzdés vizsgálatakor is kiemelkedően fontosnak

⁴ A kvantitatív minta összetételének részletesebb bemutatását és a kérdőív felépítését lásd az online mellékletben.

⁵ Mivel a kvalitatív pillér jelen kutatásunk szempontjából elsősorban kiegészítő jellegű volt, a csoportok alacsony száma miatt mindhárom interjút a fővárosban vettük fel. A csoportösszetétel tekintetében szempont volt, hogy ne csak Budapesten, de a környező, Pest megyei településeken élők is képviseltesék magukat, valamint a szervezés során a nem, az életkor és a lakástípus ismerve mentén minél heterogénebb csoportok kialakítására törekedtünk.

⁶ A tanulmányban – a terjedelmi korlátok adta lehetőségekhez mérten – az adott megállapítások illusztrálására, illetve árnyalására szövegrészleteket közlünk a fókuszcsoporthoz tartozó elhangzottakból.

⁷ A fő kérdések: „A COVID-19-járvány előtt/alatt kapott-e, illetve adott-e segítséget?”, „Jelenleg, a kérdezést megelőző egy hónapban kapott-e/adott-e segítséget?” Ezen adatforrások felhasználásával elemzésünk a segítségnyújtási változókból képzett tipológiára épül. A „kap-e segítséget” és „ad-e segítséget” változók interakciójából képzett tipológia négy értéket vett fel:

- segítséget ad és kap: reciproktípusú segítségnyújtás,
- segítséget csak ad, de nem kap: donortípusú segítségnyújtás,
- segítséget csak kap, de nem ad: recipiense típusú segítségnyújtás,
- segítséget se nem ad, se nem kap: hiányos/kiilleszkedő típusú segítségnyújtás.

A kapott és adott segítések esetében a további kérdések a kapcsolati erőforrásokra (a szülőkre, gyermekekre, rokonokra, barátokra és szomszédokra), valamint a támogatási formákra (immateriális és materiális) vonatkoztak.

tartottuk egyrészt azon kapcsolatok vizsgálatát, amelyek megmutatják a kölcsönös és az egyoldalú erőforrás-áramlást, másrészt az olyan helyzetek feltárását is, amelyekben hiányosak a támogatási, segítő kapcsolatok. Ugyanis a nem aktív típus kapcsolathánya, kapcsolatvesztése jelezheti azokat a veszélyeztetett csoportokat, amelyeknél a rezilienciaképesség is sérül.

A támogatási, segítő kapcsolatok négy típusba rendezése differenciáltan mutatja meg az egyes közösségek rezilienciaállapotát, illetve azokat a kritikus tényezőket (kapcsolati erőforrások, támogatásfajták), amelyeket erősíteni kell egy várható (további) válság- vagy katasztrófa helyzetben.

Kutatásunkban is mind a kiindulási helyzetnek tekintett COVID-19-járvány előtti, mind a járvány alatti időszakra rekonstruálni tudtuk a reciprok (adó és kapó), a donor (csak adó), a recipiens (csak kapó) és a nem aktív típusú segítő kapcsolatokat a válaszadói mintában. A csoportmegoszlások szignifikánsan különböznek a három vizsgált időszakban.⁸

A *segítő kapcsolatok* típusait bemutató 2.6. táblázat adatai alapján jól látható, hogy a mintában részt vevők közel egyharmadának a COVID-19-járvány előtt kölcsönös segítő kapcsolatai voltak, és így a reciprok segítségnyújtási típus volt jellemző rájuk. Azok, akik másokat csak támogattak – a donor típusú segítségnyújtók –, valamivel több mint kétszer annyian (16 százalék) voltak, mint akik csak támogatást kaptak (7 százalék), azaz a recipiens segítő kapcsolat jellemezte őket. Ugyanakkor a megkérdezettek 47 százaléka vallotta azt, hogy nem volt semmilyen segítő kapcsolata, és így a nem aktív (kapcsolathányos vagy kapcsolatvesztett) típusba tartozott.

2.6. táblázat: A segítő kapcsolatok típusai és a segítségnyújtási aktivitás a COVID-19-járvány előtt, az első három hullám alatt és 2021 decemberében

		COVID-19-járvány előtt (2020. január) rekonstruált		COVID-19-járvány három hulláma alatt (2020. márc. - 2021. szept.) rekonstruált		„Jelenleg” (2021. december)	
Aktív kapcsolatok	Reciprok	30%	53%	32%	56%	28%	49%
	Donor	16%		14%		14%	
	Recipiens	7%		10%		7%	
Nem aktív kapcsolatok		47%		44%		inaktív 36%	51%
						kiilleszkedő 15%	

Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” című kutatás adatbázisa alapján.

Míndezek alapján az *aktív* (reciprok, donor, recipiens) és a *nem aktív* segítségnyújtási kapcsolatok felől nézve megállapítható, hogy a COVID-19-járvány egy duális helyzetben érte a magyar társadalmat. Alig több mint a felének voltak olyan erőforrásai, amelyeket a segítő kapcsolatokból nyerhetett. A másik fele (47%) önmagára utaltan élte életét, és a

⁸ COVID-19-járvány előtt → COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=998)=1431,316, p<0,001, V=0,691$
 COVID-19-járvány alatt → 2021 decemberében: $X^2(12, N=1000)=1336,121, p<0,001, V=0,667$

járvány – a segítő kapcsolatok hiánya szempontjából – egy sérülékeny helyzetben érte vagy azért, mert ezen kapcsolatai hiányosak, vagy pedig azért, mert nem voltak. Ez a társadalmi-törvényszerűségi normák tekintetében is jelentkező megosztottság tovább erősíti Skrabski (2003), valamint Kopp és Skrabski (2007) korábban feltárt kapcsolathianyos (anómiás) magyar társadalom tételét.

Ugyanakkor a *COVID-19-járvány első három hulláma alatti* rekonstruált, segítő kapcsolati típusok megoszlása már azt jelezte, hogy a járvány mozgósította az aktív segítő kapcsolatokat. Ez főként a kölcsönös, reciprok (32 százalék) és a recipiens (csak kapó) kapcsolatok aránynövekedésének (10 százalék) volt betudható, míg a donor (csak adó) jellegű kapcsolatok aránya csökkent (14 százalék) a járvány előttihez képest.⁹ Mindezzel összefüggésben – a járvány előttihez képest – csökkent (44 százalékra) a nem aktív kapcsolatokkal rendelkezők aránya. Ezek az eredmények hasonló tendenciákat mutatnak, mint amelyeket Sik és Zakariás (2021b:40) leírtak a járvány első hullámában végzett online adatfelvétel eredményei alapján.

A *COVID-19-járvány alatt* az aktív segítségnyújtási kapcsolatok arányának megemelkedése azt mutatja, hogy a magyar társadalom jóval több mint a fele reziliensen, a segítségnyújtási kapcsolatok aktivizálásával válaszolt a COVID-19-járvány okozta válsághelyzetre. Ezeknek az aktív segítő kapcsolatoknak három jellegzetessége vált kimutathatóvá: egyfelől egy kapcsolati összezárás a kölcsönös típusú segítségekben; másfelől egy kapcsolati ráutaltság (a recipiens típusú kapcsolatok arányának emelkedésében); valamint egy kapcsolati erőforrás-vesztés (a donor típusú kapcsolatok arányának csökkenésében).

Ugyanakkor érdemes megjegyezni, hogy ez az emelkedés alig 3 százalékpontos volt, ami arra utalhat, hogy a megkérdezettek – a válság és/vagy katasztrófa narratívák tekintetében – inkább „átmeneti” válságként és nem katasztrófaként élték meg a járvány első három hullámát.

A 2021 decemberére (a „jelenlegi helyzetre”) vonatkozó adatok jelentősebb átrendeződésről adnak számot mind a COVID-19-járvány előtti, mind pedig a járvány alatti helyzethez képest: csökkent a kölcsönös (reciprok) kapcsolatokkal rendelkezők aránya (28 százalék), valamint a támogatásra szorulóké is visszaesett a járvány előtti szintre (7 százalék), míg a donor típusú segítők a járvány alatti szinten maradt (14 százalék). Sőt, a válaszadóknak már több mint a fele (51 százalék) nyilatkozott arról, hogy nem volt semmilyen segítő kapcsolata, tehát az aktív–nem aktív segítségnyújtási kapcsolatok 49–51 százalékos aránya a járvány előttihez képest teljesen megfordult, hiszen többségbe kerültek azok, akiknek nem voltak aktív segítő kapcsolataik.

A kutatás fontos eredményének tartjuk, hogy differenciálni tudtuk ezen nem aktív kapcsolatokkal rendelkező csoporton belül az inaktív (segítő kapcsolataikban hiányosok) (36 százalék) és kiilleszkedők (segítő kapcsolataikat veszítették) arányait (15

⁹ Ezek az arányok közel megegyeznek azzal, amit Tóth és Hudácskó (2020:556) említenek a TÁRKI 2020 áprilisában és májusában készült adatfelvételének eredményei alapján, melyek szerint a válaszadók közel fele (49%) részesült bevásárlási segítségben (családtaguktól vagy külön háztartásban élő rokonuktól, ismerősüktől vagy esetleg egy számukra korábban ismeretlen személytől).

százalék) és altípusait.¹⁰ Ezek az eredmények egyrészt arra utalnak, hogy a válaszadók valamivel több mint egyharmadánál objektív és perszonális tényezők játszhatnak közre abban, hogy „nincsen szükségük” másokkal való (segítségnyújtási) kapcsolatokra. Másrészt arra, hogy körülbelül egyhatodik az, akik segítő kapcsolataik elvesztésével a szociálisan veszélyeztetettek közé kerültek 2021 decemberére. Ezek alkotják azt a csoportot, akiknél a rezilienciaképesség is sérült.

Összességében a segítségnyújtási aktivitás 2021 decemberére kialakult csökkenése azt mutatja, hogy a magyar társadalom – a segítő kapcsolatok tekintetében – visszatért a járvány előtti, a társadalmi tőke-normák tekintetében megnyilvánuló megosztottság állapotába. Ez a „visszapattanás” véleményünk szerint azonban már egy új és erőforrásszegény állapotba történt.

A segítségnyújtási aktivitást és a segítő kapcsolatok típusait jellemző szociodemográfiai változók a három vizsgált időszakban

A közösségi reziliencia eredménye szempontjából (is) alapvető kérdés, hogy mi tesz valakit aktív vagy nem aktív segítségnyújtóvá egy válság- vagy katasztrófahelyzetben. Milyen szociodemográfiai és kontextuális változók befolyásolhatják a segítségnyújtás aktivizálódását, illetve az egyes segítő kapcsolati típusokba tartozást, aminek alapján következtethetünk különleges sajátosságokra? Mindezen kérdések megválaszolásához először regisztrálnunk kell a járvány előtti helyzetet mint kiindulópontot, hiszen a rezilienciát vizsgálva meghatározó szempont, hogy honnan történt az „elrugaszkodás” az adaptációs folyamatban. Ezzel összevetve tudjuk felmérni a járványhelyzet okozta változásokat, de azt is, hogy a „visszatérés” mennyiben és hogyan alakította át a segítségnyújtási aktivitásokat és a segítő kapcsolati típusokba tartozás jellemzőit a különböző társadalmi csoportokban.

A segítségnyújtási aktivitást meghatározó szociodemográfiai változók

Az aktív segítő kapcsolatok (reciprok, donor, recipiens) által reprezentált *segítségnyújtási aktivitás* hol erősebben, hol gyengébben, de mindhárom vizsgált időszakban három változóval: a nemmel, a családi állapottal, valamint a településtípussal mutatott összefüggést (2.7. táblázat).

¹⁰ Hangsúlyozni kell, hogy ez a segítő kapcsolatokra vonatkoztatható, de nem jelenti azt, hogy más kapcsolataikat illetően is ez jellemző ezekre a csoportokra, ahogy majd a közösségi és egyéni reziliencia összefüggéseit vizsgáló fejezetben bemutatjuk.

2.7. táblázat: Az aktív (reciprok, donor, recipiens) segítségnyújtási kapcsolatokkal összefüggő szociodemográfiai változók a vizsgált három időszakban

	COVID-19-járvány előtt (2020. január) rekonstruált	COVID-19-járvány három hulláma alatt (2020. márc. - 2021. szept.) rekonstruált	„Jelenleg” (2021. december)
Nem	** V=0,093	** V=0,100	** V=0,071
Életkori csoport	-	-	-
Iskolai végzettség	-	-	** V=0,100
Családi állapot	*** V=0,137	* V=0,097	* V=0,089
Gyermekes/ gyermektelen	-	-	-
Településtípus	*** V=0,227	*** V=0,192	*** V=0,171
Munkaerőpiaci státusz	-	-	-
Anyagi helyzet szubjektív megítélése	-	-	-

Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” c. kutatás adatbázisa alapján ($p < 0,1$, ** $p < 0,05$, *** $p < 0,001$)*

Az adatfelvétel idejére (2021 decemberére) egy negyedik változó, az iskolai végzettség is releváns tényezőnek mutatkozott a segítségnyújtási aktivitás kialakulásában. Ez a viszonylag szűk és „általános” változókészlet azt sugallja, hogy a közösségi szinten megnyilvánuló segítő kapcsolati aktivitás mögött alapvető strukturális tényezők állnak, amelyeket az egyéni pszichés tényezők befolyásolnak.

Más kép rajzolódott ki a szociodemográfiai változókat tekintve, ha a segítségnyújtási aktivitást leszűkítettük csak a reciprok és a donor típusú segítő kapcsolatok együttes vizsgálatára, egyrészt abból a megfontolásból, hogy főként az adott segítségnyújtással összefüggő tényezőket világosabban lássuk, másrészt azért, mert reflektálni kívántunk a hasonló témájú magyar kutatásokra (Sik & Zakariás, 2021a; 2021b), amelyek csak a kapott támogatások vizsgálatára tették a hangsúlyt. Ennek alapján egy kevésbé determinisztikus, de differenciáltabbnak is tűnő segítségnyújtási aktivitást meghatározó változókészletet kaptunk: a nem, az iskolai végzettség, a településtípus változó erősséggel, de mind a három vizsgált időszakban, míg az életkor és az anyagi helyzet szubjektív megítélése két-két különböző vizsgált időszakban mutatott összefüggést (online melléklet 3. táblázat). Az anyagi helyzet szubjektív megítélése a járvány előtti és alatti időszakban mutatott szignifikáns kapcsolatot a segítségnyújtási aktivitással. Gyengén ugyan, de a járvány időszakától kezdődően az életkori csoport is differenciálta a dominánsan segítséget adók és kapók körét.

A segítő kapcsolati típusok mögött álló szociodemográfiai jellemzők

A reciprok (kölcsonös) segítő kapcsolatokkal rendelkezők jellemzői a három vizsgált időszakban

A reciprok típusú segítő kapcsolatokban részt vevők általában a társadalmi támogató kapcsolatok „arany szabálya”, a kölcsonosság elve szerint járnak el, bízva abban, hogy az adott támogatást visszakapják.

Már előljáróban ki kell emelni az ebbe a segítő kapcsolati típusba bekerült válaszadók legfontosabb általános jellemzőjét: a viszonylagos szociodemográfiai stabilitást. Ez azt jelenti, hogy a három vizsgált időszakban a reciprok típusba tartozók szociodemográfiai jellemzői alig változtak a kiindulási helyzethez képest (2.8. táblázat). Stabilitásuk főként három változó esetében volt megragadható:

- A nők részvétele mindhárom időszakban magasan felülreprezentáltak mutatkozott.¹¹
- Noha az életkor nem függött össze szignifikánsan a reciprok segítő kapcsolatok kialakulásával, de több mint egynegyedüket az 50–64 éves korosztály tette ki, akik a szüleikkel/barátaikkal/gyerekeikkel segítettek egymást.
- A családi állapot tekintetében mindhárom vizsgált időszakban a házások tették ki a reciprok segítőik harmadát (azonban az átlaghoz képest magasabb arányban szerepeltek az egyedülállók, valamint az özvegyek.)¹²

A reciprok segítő csoportjának összetételét ugyanakkor színesítette, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkezők átlag feletti arányban jelentek meg körükben.¹³ Településtípus alapján a fővárosiak felülreprezentáltak voltak körükben.¹⁴ Anyagi helyzetüket jónak ítélték meg, kétharmaduk beosztással jól kijött a jövedelméből. A járvány alatti időszakban a gazdasági helyzetük jobb megítélésének aránya már szignifikánsan magasabb volt a többi csoporthoz képest.¹⁵

A reciprok segítő kapcsolatokkal rendelkezők profilját tehát alapvetően – más kutatásokhoz (Sik & Zakariás, 2021b) hasonlóan – a fővárosi, magasan képzett, főképp egyedül élők csoportja adta. A reciprok csoport mind közül a legrobustusabb csoportnak mutatkozott. Összetételük viszonylagos stabilitása arra utal, hogy az ebbe a segítségnyújtási típusba tartozók rendelkeztek olyan erőforrásokkal, melyek előmozdították a reziliens segítő kapcsolatok kialakítását.

¹¹ COVID-19-járvány előtt: $X^2(3, N=1001)=12,966, p=0,005, V=0,114$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(3, N=1000)=13,590, p=0,004, V=0,117$; 2021 decemberében: $X^2(4, N=1000)=12,550, p=0,014, V=0,112$

¹² COVID-19-járvány előtt: $X^2(12, N=1001)=56,507, p<0,001, V=0,137$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1001)=42,664, p<0,001, V=0,119$; 2021 decemberében: $X^2(16, N=1000)=55,268, p<0,001, V=0,118$

¹³ COVID-19-járvány előtt: $X^2(9, N=999)=20,280, p=0,016, V=0,082$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=999)=26,700, p=0,002, V=0,094$; 2021 decemberében: $X^2(12, N=1001)=32,525, p=0,001, V=0,104$

¹⁴ COVID-19-járvány előtt: $X^2(9, N=1000)=76,534, p<0,001, V=0,160$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=998)=67,731, p<0,001, V=0,150$; 2021 decemberében: $X^2(12, N=1000)=52,960, p<0,001, V=0,133$

¹⁵ COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=1000)=26,160, p=0,002, V=0,093$

A donor (segítségét kizárólag adó) segítő kapcsolatokkal rendelkezők sajátosságai a három vizsgált időszakban

A nem viszonyossági segítő kapcsolatok legjellemzőbb formája az az altruisztikus magatartás, amikor önzetlenül, viszonzást nem várva segítünk valakit. Az általunk definiált segítő kapcsolati típusok közül a donor (csak adó) segítségnyújtókra volt ez jellemző. Az ebbe a típusba tartozó válaszadók szociodemográfiai összetételét a változékonyság jellemezte, ami jól szemléletes a járvány dinamikája nyomán kialakult társadalmi változásokat. Ezt támasztja alá az is, hogy csak két szociodemográfiai változó tekintetében mutatott stabilitást ez a segítségnyújtási típus. Egyfelől a családi állapot vonatkozásában, ugyanis a házasságban élők mindhárom időszakban felülreprezentáltak voltak a mintaátlaghoz képest.¹⁶ Másfelől a foglalkoztatási helyzetet illetően, mivel a vállalkozók ugyancsak mindhárom időszakban átlagon felüli arányban jelentek meg körükben.¹⁷

A kiindulási, a COVID-19-járvány előtti helyzetet nézve alapvetően a nők többsége, a gyermekeiket támogató 50–64 éves korcsoport és az érettségizettek határozták meg a csoport szociodemográfiai jellegét, továbbá a gyermekek szignifikáns felülreprezentáltsága¹⁸ volt jellemző ebben az időszakban. Többségük anyagi viszonyai jók voltak, hiszen szubjektív megítélésük szerint beosztással jól kijöttek (2.8. táblázat).

A COVID-19-járvány kiszélesítette a donorok körét, és a gyermekeiket támogató 50–64 éves korcsoport mellett mobilizálódott a 30–39 éves, szüleit, nagyszüleit, idős rokonait támogató korcsoport, amely mintabeli átlagához képest szignifikánsan magasabb arányban képviseltette magát,¹⁹ bár ez a szerepvállalás az adatfelvétel idejére elhalványult. Végül ki kell emelni, hogy a járvány idején az átlagnál magasabb arányban voltak jelen közöttük az anyagi gondok nélkül élők.²⁰

2021 decemberére, ha nem is számottevően, de ismét átalakult a donor segítőik csoportjának szociodemográfiai összetétele. Először is – bár szignifikánsan nem igazolható módon – már gyöngye férfitöbbséggel voltak leírhatók. A 30–39 évesek helyett a 40–49 éves korosztály került hangsúlyosabb helyzetbe körükben. Feltételezzük, hogy a járványhelyzet dinamikájából eredően az idősebb korosztály már kevesebb segítséget igényelt, így visszaszorult a fiatalabbak segítői szerepe. Jól illusztrálja ezt a fókuszcsoportos vizsgálaton feltárt eset: „Hát inkább én segitettem a szüleimnek, meg a megmaradt nagymamának. És hát a járvány közben is. Főleg az elején, amikor elindult, akkor meg segitettem nekik vásárolni, meg ilyesmi, de aztán így lazábbra vették a dolgot, és akkor utána már elkezdtek ők is járkalni mindenfele.” (52 éves, budapesti nő)

Eredményeink szerint tehát azt, hogy kik váltak donor segítővé a három vizsgált időszakban, leginkább az életkor és ezzel összefüggésben a családi élethelyzet határozta meg.

¹⁶ COVID-19-járvány előtt: $X^2(12, N=1001)=56,507, p<0,001, V=0,137$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1001)=42,664, p<0,001, V=0,119$; 2021 decemberében: $X^2(16, N=1000)=55,268, p<0,001, V=0,118$

¹⁷ COVID-19-járvány előtt: $X^2(24, N=997)=45,732, p=0,005, V=0,124$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(27, N=1001)=46,129, p=0,012, V=0,124$; 2021 decemberében: $X^2(9, N=1000)=26,160, p=0,002, V=0,093$

¹⁸ COVID-19-járvány előtt: $X^2(3, N=996)=12,748, p=0,005, V=0,113$

¹⁹ COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1000)=26,995, p=0,008, V=0,095$

²⁰ COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=1000)=26,160, p=0,002, V=0,093$

2.8. táblázat: A segítségnyújtási típusok szociodemográfiai jellemzői a három időszakban (a csoportok közötti szignifikáns eltérések (p<0,05) kurzíval jelölve)

Reciprok	Donor	Recipients	Inaktív/killeszkedő	COVID-19-járvány előtt (2020. január) rekonstruált	COVID-19-járvány három hulláma alatt (2020. márc. - 2021. szept.) rekonstruált	„Jelenleg” (2021. december)
N=296 nő (60%) 50-64 éves (24%), 40-49 éves (20%), érettségizett (33%), felsőfokú (28%) egyedülálló (28%) , házas (34%), özvegy (12%) , gyermekes (57%) fővárosi (33%) KM (50%) alkalmazott (67%), nyugdíjas (20%), beosztással jól kijönnek (61%)	N=157 nő (59%) 50-64 éves (30%) érettségizett (36%), házas (56%) , gyermekes (68%) városi (34%), községi (32%) KM (35%), DD (14%), NYD (12%) alkalmazott (64%), nyugdíjas (19%), vállalkozó (10%) beosztással jól kijönnek (57%)	N=76 férfi (54%) 18-29 éves (41%) legfeljebb alapfokú (35%) , érettségizett (31%), egyedülálló (45%) , nincs gyermeke (57%) , városi (41%), községi (28%), KM (26%), EA (23%), alkalmazott (50%), nyugdíjas (31%), tanuló (12%) , álláskereső (4%) éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (50%)	N=472 férfi (52%) 50-64 éves (28%) házas (53%) , gyermekes (60%), városi (39%) , községi (33%) KM (24%), DA (18%) , EM (15%) alkalmazott (63%), nyugdíjas (23%) beosztással jól kijönnek (58%), éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (26%)		N=443 férfi (53%) 50-64 éves (27%) érettségizett (34%) házas (51%) gyermekes (61%) városi (40%) , községi (31%) KM (25%), DA (18%) , EM (15%), KD (11%) alkalmazott (63%), nyugdíjas (25%) beosztással jól kijönnek (55%), éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (31%)	N=150 férfi (54%) 50-64 éves (26%) alapfokú (31%) , érettségizett (31%) házas (43%) gyermekes (62%) városi (39%), községi (31%) KM (47%) , EM (18%) alkalmazott (69%), nyugdíjas (22%) beosztással jól kijönnek (53%), éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (30%), hónapról hónapra gondjaik vannak (11%)
N=323 nő (60%) 50-64 éves (24%), 18-29 éves (20%), érettségizett (31%), felsőfokú (28%) egyedülálló (29%) , házas (35%), özvegy (12%) , gyermekes (57%) fővárosi (32%) KM (48%) alkalmazott (64%), nyugdíjas (20%), beosztással jól kijönnek (59%)	N=139 nő (61%) 50-64 éves (28%), 30-39 éves (24%) érettségizett (38%) házas (57%) gyermekes (61%) városi (38%), községi (32%), KM (31%), EM (15%), NYD (13%) alkalmazott (61%), nyugdíjas (20%), vállalkozó (13%) beosztással jól kijönnek (49%), gondok nélkül élnek (17%)	N=95 nő (59%) 65+ (28%) , 18-29 éves (24%) alapfokú (38%), érettségizett (30%), házas (41%), egyedülálló (27%), özvegy (13%), gyermekes (57%), városi (28%), községi (38%) , alkalmazott (51%), tanuló (7%) , álláskereső (5%) , beosztással jól kijönnek (44%), kijönnek a jövedelmükből (40%) , hónapról hónapra anyagi gondjaik vannak (12%)	N=365 nő (51%) 50-64 éves (31%) érettségizett (35%) házas (52%) , gyermekes (57%) városi (37%), községi (34%) , megyeszékhelyi (21%) DA (21%) , KM (17%), KD (15%) alkalmazott (63%), nyugdíjas (24%) beosztással jól kijönnek (55%), éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (30%), gondok nélkül élnek (12%)		N=72 nő (56%) 50-64 éves (26%), 18-29 éves (23%), 65+ (22%) alapfokú (36%) , érettségizett (34%), házas (42%), egyedülálló (32%), özvegy (11%), gyermekes (58%) városi (40%), községi (27%), KM (30%), EA (18%), KD (15%) alkalmazott (52%), nyugdíjas (30%), tanuló (10%) beosztással jól kijönnek (56%), éppen hogy kijönnek a jövedelmükből (33%)	
N=283 nő (61%) 65+ (22%), 50-64 éves (22%), érettségizett (31%), felsőfokú (28%) házas (34%), egyedülálló (28%) , özvegy (14%) gyermekes (57%), városi (31%), fővárosi (30%) KM (48%) alkalmazott (62%), nyugdíjas (23%), beosztással jól kijönnek (61%)	a=134 férfi (52%) 40-49 évesek (28%) érettségizett (35%), szankiskola (28%) , házas (59%) , gyermekes (66%) városi (34%), községi (29%) KM (32%), EM (15%) alkalmazott (61%), nyugdíjas (25%), vállalkozó (11%), beosztással jól kijönnek (58%)					

A recipiens (kizárólag segítséget kapó) segítő kapcsolatokkal rendelkezők jellemzői a három vizsgált időszakban

A nem viszonyossági segítő kapcsolatok másik típusa az, amikor az egyén csak fogadója a segítő kapcsolatoknak, mert anyagi, fizikális vagy más egyéb okok miatt nem tudja vagy nem képes azt viszonyozni. A kutatásban definiált segítő kapcsolati típusok közül ez a recipiens (csak kapó) segítő kapcsolatokkal rendelkezőkre volt jellemző. Hasonlóan a donor segítségnyújtókhoz – csoportjuk szociodemográfiai összetételét illetően – ezt a típust is változékonyság és heterogenitás jellemezte a három vizsgált időszakot összevetve. Két olyan szociodemográfiai sajátosság emelhető ki, amely állandóságot mutatott mind a három vizsgált időszakban: egyfelől a mintaátlaghoz képest magasabb arányban szerepeltek a 18–29 éves korcsoportba tartozók, másfelől (a legfeljebb) alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya felülreprezentált volt körükben (2.8. táblázat).

A járvány előtt, noha nem szignifikáns módon, a férfiak, a 18–29 évesek, az egyedülálló²¹ és a gyermektelenek²² dominálták a recipiens segítő kapcsolatokkal rendelkezők körét. Foglalkoztatási helyzetüket jól jellemezte, hogy az aktív–inaktív foglalkoztatotti arány fele-fele volt körükben. Városi lakosok számottevően (41 százalék) voltak köztük. Külön ki kell emelni az anyagi helyzetüket rosszabbnak ítézők magasabb arányát,²³ akik támogatását tehát főként megélhetési gondjaik indokolták.

A járvány alatt jelentősebb átrendeződések zajlottak le a segítettek (recipiensek) szociodemográfiai jellemzőiben. Egyfelől a férfiak dominanciáját a járvány női többségre „cserélte”, a 18–29 évesek aránya a negyedére esett vissza, és megjelent a 65 évesek vagy idősebbek korcsoportjának felülreprezentáltsága. Másfelől az egyedülálló aránya csökkent, de az özvegyeké a minta átlagához képest megnőtt.²⁴ A csoport csaknem felét a házások tették ki, ebből következően nőtt a gyermekesek aránya is. A járvány előtti városi többséget a községben élők felülreprezentáltsága váltotta fel.²⁵ Noha az aktív–inaktív foglalkoztatotti arány nem változott, a recipiensek többségének anyagi helyzete romlott, és felülreprezentált lett körükben a hónapról hónapra élők csoportja. A járványhelyzet tehát növelte ennek a csoportnak a támogatási igényét és támogatásának indokoltágát.

Az adatfelvétel idejére ismét változott a recipiens segítő kapcsolatokkal rendelkezők körének szociodemográfiai összetétele, leginkább az életkori csoportok, a települési illetőség és az anyagi helyzet vonatkozásában. A járvány első három hulláma utáni időben megmaradt a nők többsége körükben, és nem változott az iskolai végzettség szerinti megoszlásuk, de az alapfokú végzettségűek továbbra is felülreprezentáltak mutatkoztak. Újabb életkori csoport került be a segítséget kapók körébe: a 65 év felettieké, méghozzá a mintabeli átlaguknál magasabb arányban. Két változó esetében volt látható még visz-

²¹ COVID-19-járvány előtt: $X^2(12, N=1001)=56,507, p<0,001, V=0,137$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1001)=42,664, p<0,001, V=0,119$; 2021 decemberében: $X^2(16, N=1000)=55,268, p<0,001, V=0,118$

²² COVID-19-járvány előtt: $X^2(3, N=996)=12,748, p=0,005, V=0,113$

²³ COVID-19-járvány előtt: $X^2(9, N=1003)=29,045, p<0,001, V=0,098$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=1000)=26,160, p=0,002, V=0,093$; 2021 decemberében: $X^2(12, N=1000)=21,037, p=0,050, V=0,084$

²⁴ COVID-19-járvány előtt: $X^2(12, N=1001)=56,507, p<0,001, V=0,137$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1001)=42,664, p<0,001, V=0,119$; 2021 decemberében: $X^2(16, N=1000)=55,268, p<0,001, V=0,118$

²⁵ COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=998)=67,731, p<0,001, V=0,150$

szarendeződés a járvány előtti helyzethez: ismét megnőtt a városiak aránya, és már csak harmaduk mondta azt, hogy kijönnek jövedelmükből, illetve hónapról hónapra élnek. Anyagi helyzetükben tehát a járvány előtti rászorultsági viszonyaik közé kerültek vissza.

Összességében a segítő kapcsolatok kedvezményezettjei (recipiensek) között mind a járvány előtt, mind a járvány alatt felülreprezentáltak voltak a még jellemzően tanuló, egyedülálló fiatalok, valamint a munkaerőpiaci vagy szociális szempontból hátrányos helyzetűek, akiknek főként anyagi rászorultsága indokolta a segítő kapcsolatokban megnyilvánuló támogatásukat. A járvány alatt nagyobb figyelmet kaptak a 65 évnél idősebbek, a jellemzően vidéken élő, idős szülők, nagyszülők, rokonok. 2021 decembere-re visszarendeződés figyelhető meg a pandémia előtti állapotokhoz: az idős szülők támogatása kevésbé hangsúlyos módon jelenik meg a járvány alatti időszakhoz képest, és a még tanuló fiatalok támogatása sem tér vissza a járvány előtti intenzitáshoz. Valamelyest javul a recipiensek körébe tartozók anyagi helyzete, de többségük a járvány előtti szűkös megélhetés szintjére tud csak visszakapaszkodni.

Kiknek nem voltak segítő kapcsolataik? – a nem aktív típus jellemzői a három vizsgált időszakban

Ahogy a kutatás konceptualizálásánál már említettük, a közösségi reziliencia szempontjából legalább olyan fontos, hogy kik maradnak kívül a segítő kapcsolatok hálózatán, mint az, hogy kik tudtak és akartak ebben benne maradni.

A *járvány előtt a nem aktív típusban*, ha nem is számottevő mértékben, de szignifikánsan a férfiak voltak többségben.²⁶ Jellemző volt, hogy harmaduk az 50–64 éves korcsoportba tartozott. Az iskolai végzettség szerinti megoszlásukat tekintve ki kell emelni, hogy a legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya felülreprezentáltak mutatkozott.²⁷ Ugyancsak szignifikánsan magasabb volt közöttük a házások aránya,²⁸ és 60 százalékuk legalább két gyermeket nevelt. Közel 40 százalékuk városban, harmaduk pedig községben lakott.²⁹ A csoport többsége jó anyagi helyzetben élt, de negyedük-harmaduk éppen hogy kijött a jövedelméből (2.8. táblázat).

A *járvány alatt a nem aktív* segítő kapcsolatokkal rendelkezők megtartották járvány előtti szociodemográfiai jellemzőiket a nemi, az életkori, a családi állapottal kapcsolatos, a foglalkoztatási és a települési változók tekintetében. Egyetlen változóban mutattak eltérést a korábbiakhoz képest, ez pedig az anyagi helyzet volt, ugyanis csökkent körükben a jobb megélhetési körülmények között élők, és nőtt a szűkösebb anyagi helyzetben élők aránya.

²⁶ COVID-19-járvány előtt: $X^2(3, N=1001)=12,966, p=0,005, V=0,114$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(3, N=1000)=13,590, p=0,004, V=0,117$

²⁷ COVID-19-járvány előtt: $X^2(9, N=999)=20,280, p=0,016, V=0,082$

²⁸ COVID-19-járvány előtt: $X^2(12, N=1001)=56,507, p<0,001, V=0,137$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(12, N=1001)=42,664, p<0,001, V=0,119$

²⁹ COVID-19-járvány előtt: $X^2(9, N=1000)=76,534, p<0,001, V=0,160$; COVID-19-járvány alatt: $X^2(9, N=998)=67,731, p<0,001, V=0,150$

A legnagyobb létszámú, nem aktív típust – mint fentebb látható – mind a járvány előtti, mind a járvány alatti időszakra vonatkozólag egységes halmazként vizsgáltuk. Ugyanakkor éppen a szociodemográfiai elemzés mutatott rá, hogy ez nem egy homogén csoport, ezért szükségesnek láttuk differenciálásukat. Így további változókat elemeztünk az adatházisban, amelyek alapján megállapítható volt, hogy a segítségnyújtás szempontjából nem aktívak halmazán belül kik azok, akiknek azért nem voltak segítő kapcsolataik, mert e tekintetben izolálódtak, és így a segítő kapcsolatok terén inaktívak voltak. Továbbá az is feltárult, kik azok, akik elvesztették segítő kapcsolataikat, azaz – anyagi, szociális és társas helyzetük miatt – „kiilleszkedtek” a segítő kapcsolatok hálózatából. A harmadik vizsgált időszakra alkalmazott Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás (MSPSS, Zimet et al. 1988; Papp-Zipernovszky, Kékesi & Jámbori, 2017) kérdőívének 10 iteme alapján sikerült differenciálni a két csoportot.³⁰ Ennek eredményeként az adatfelvétel idejére vonatkozó szociodemográfiai jellemzést már egy segítő kapcsolataiban hiányos (*inaktív*) és egy azokat elvesztett (*kiilleszkedő*) csoport figyelembevételével tesszük meg. Ugyan a két csoport egyike sem rendelkezett aktív segítő kapcsolatokkal a vizsgált időszakban, az észlelt társas támogatás szempontjából jelentősen különböztek egymástól. Amíg az inaktív csoport a látszólagos izoláltság ellenére elégedett volt a társas támogatással, addig a kiilleszkedő csoport észlelt társas támogatása a legalacsonyabb volt az összes vizsgált típus közül.³¹

Az adatfelvétel idején, 2021 decemberében az *inaktív típus* szociodemográfiai sajátosságai alig tértek el a minta átlagától (bár a házások és a községben, illetve megyeszékhelyen élők felülreprezentáltak körükben). Az inaktívak szociodemográfiai jellemzőik alapján leginkább a donor segítő kapcsolatokkal rendelkezőkhöz álltak közel, azzal a különbséggel, hogy míg a donorok körében többségben voltak a 40–49 éves házások, addig a kapcsolathányosak között magasabb volt a 18–29 éves egyedülállók, illetve az 50–64 éves házások aránya (2.8. táblázat). Noha nem szignifikáns az eltérés, adataink arra utalnak, hogy a donorokhoz képest az inaktív típusban alacsonyabbnak mutatkozott a gyermekesek, illetve az eltartottakkal együtt élők aránya. Kétharmaduk jónak ítélte meg az anyagi helyzetét, sőt az átlagnál magasabb arányban voltak közöttük anyagi gondok nélkül élők.³² Feltevésünk szerint részben ez utóbbi tényezők állnak az inaktív típus „izoláltsága” mögött, hiszen nincsenek ráutalva a segítő kapcsolatokra, és ezért nem is „érezik” annak szükségét, hogy segítséget nyújtsanak. Szemléletes megfogalmazást adott erről az egyik fókuszcsoport résztvevője: „*Itt az a menő, hogy nincs kapcsolat.*”

³⁰ Első lépésként főkomponens-elemzést végeztünk, amely két látens dimenziót eredményezett (egyikbe a közelebbi támogató kapcsolatok, jellemzően a családtagok jelentette társas közeg; a másikba pedig a távolabbinak tekinthető, például baráti jellegű kapcsolatok sorolódtak). Ezt követően hierarchikus klaszterelemzést alkalmaztunk, a dendrogram alapján pedig az ideális klaszterszámot kettőben határoztuk meg. Így jött létre az eredeti, segítségnyújtás szempontjából nem aktív csoport két alcsoportja; egyrészt az inaktívak (akik a társas támogatás szempontjából kevésbé kiszolgáltatók), másrészt pedig a kiilleszkedők csoportja. Utóbbiak azok, akik a harmadik vizsgált időszakban (2021 decemberében) nemcsak nem adtak és nem kaptak segítséget, de a társas támogatás kérdéssorára adott válaszaik alapján aktiválható kapcsolati erőforrások terén is sérülékenyebbek, legalábbis szűkebbek azok a lehetőségek, amelyeket szubjektíve érzékelnek.

³¹ Lásd Az *egyéni és a közösségi reziliencia összefüggései* c. fejezetet.

³² $\chi^2(3, N=510)=13,147$ $p=0,004$, $V=0,161$

Pont azt hiszem, hogy itt ez a lényeg. Ez nem egy lakóközösség, ennek az a lényege, hogy automata kapuba jönnek, és kinyitódik az automata akkor, és beszipantja az embereket, és onnantól nem is tudom elmondani, hogy meg tudnám-e ismerni az arcokat. Nagyon privát életet élnek az emberek. Úgyhogy ez nem az a tér, ez nem az a közönség. Ez nem az a kerület, ahol ilyen szomszédok..., kialakult szomszédok között bármilyen kapcsolódás. Sőt, ez a békében hagyni a másikat.” (47 éves, budapesti nő)

Ugyanakkor ennek a csoportnak nem csak a gazdasági helyzete magyarázza a segítő kapcsolatok hiányát, hiszen a csoportba tartozók között a – szubjektív megítélés szerint – jobb anyagi helyzetben lévők aránya alig tér el a reciprok, illetve donor csoportétól. Eredményeink tehát nem igazolják, hogy a jobb anyagi helyzet egyúttal többféle segítséget, nagyobb társadalmi-tőke-konverziót eredményez (Sik & Zakariás, 2021a). Inkább úgy látjuk, hogy élethelyzetükből (egyéni jellemzőikből) adódóan vonódnak be kevésbé a segítségnyújtás helyzeteibe (Sik & Zakariás, 2021b). Ők azok, akik úgy vélik, hogy „csak magukra” számíthatnak, bármilyen helyzetben. Erre mutatott rá a fókuszcsoport egyik résztvevője is: *„Azt kellett megtanulni, hogy egy emberre sem számíthatsz, csak saját magadra. Igazából akkor is, ha ilyen családi, baráti szövetségről van szó, akkor is, hogyha a mélyen megbecsült államról, mert egyszerűen tényleg csak saját magadra, és ez így elég szomorú szerintem, de így volt.” (53 éves, Pest megyei nő)*

2021 decemberében a kiilleszkedő³³ típust a szociálpolitikai szempontból klasszikusnak mondható változók definiálták. A csoportban a mintaátlaghoz képest felülreprezentált a férfiak aránya.³⁴ Negyedük az 50–64 éves korcsoportból került ki, harmaduk pedig csak legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkezik (2.8. táblázat). A házások aránya 43 százalék, és valamivel kevesebb mint kétharmaduk gyermeket szül. Az egy-, illetve háromfős háztartások a mintaátlaghoz képest magasabb arányban szerepelnek a csoportban.³⁵ Legnagyobb többségük városi, de harmaduk községben él. A kiilleszkedők fele beosztással jól kijön jövedelméből, harmaduk azonban csak éppen hogy megél a jövedelméből, 11 százalékuk pedig hónapról hónapra anyagi gondokkal küzd, és nélkülözések között él³⁶ (ez utóbbi arány háromszorosa a mintaátlagnak).

A kiilleszkedő, kapcsolatvesztett típus összességében a férfiak, a legfeljebb alapfokú iskolai végzettségűek és a rosszabb anyagi helyzetűek magasabb arányával tért el a mintaátlagtól. A magyar társadalom szolidaritási jellemzőit vizsgáló, közelmúltban végzett kutatás ugyanezen változók mentén azonosította a leginkább *rászoruló csoportot* (Sik & Zakariás, 2021b). A kiilleszkedők tehát kulturális és gazdasági tőke szempontjából is a legkiszolgáltatottabb csoportból kerültek ki. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a kiilleszkedők szociodemográfiai háttere nem különbözött statisztikailag igazolható módon a recipiens segítő kapcsolatokkal rendelkezőkétől. Mi több, a munkaerőpiaci státuszt tekintve a kiilleszkedők nagyobb hányada állt alkalmazásban, mint a segítséget

³³ A *kiilleszkedés* kifejezés alatt Robert Castel (1998) nyomán a „társadalmi kötelek fellazulásának egy sajátos módját” értjük, amikor „a társadalmi kötelek elpattannak és sebezhetővé válnak”.

³⁴ $\chi^2(4, N=1000)=12,550, p=0,014, V=0,112$

³⁵ $\chi^2(12, N=1002)=57,827, p<0,001, V=0,139$

³⁶ $\chi^2(12, N=1000)=21,037, p=0,050, V=0,084$

kapóké.³⁷ Eredményeink tehát azt mutatják, hogy a segítséget kapók köre nem pusztán a rászorultság mentén alakul ki, hanem a segítő kapcsolatokban megmutatkozó társadalmi beágyazottság legalább annyira determinálja, hogy kit segít a környezete.

A részletesebb elemzés alapján a kiilleszkedők között további két alcsoport is azonosítható lett: az egyedül élő idősek, valamint a rossz anyagi helyzetben lévő családok. Véleményünk szerint e két alcsoport rezilienciája sérült, hiszen hátrányos helyzetüket nem kompenzálták a kapcsolataikon keresztül elérhető erőforrások.

Az egyes segítő kapcsolati típusba tartozók rezilienciastratégiái, valamint a „változó” csoportok jellemzése

A rezilienciával foglalkozó szakirodalom egyik alapvetése, hogy a rezilienciát nem lehet és nem is szabad lineáris folyamatként értelmezni, hiszen a stresszorok hatásainak „rugalmasan ellenálló” egyének helyzetében, erőforrásaiban számos változás állhat be magának a folyamatnak a következményeként is.

A teljes minta vonatkozásában – a szociodemográfiai jellemzők tekintetében – a vártnál elenyészőbb változásukat tudtunk regisztrálni (ami eredhet a rekonstruált „emlékek” alapján megvalósuló válaszadásból is). Ezzel együtt a legmagasabb arányú változást egyrészt a szubjektív anyagi jóllét megítélésében tudtuk kimutatni: a válaszadók 11 százaléka 2021. decemberi helyzetét rosszabbnak, 5 százaléka pedig jobbnak ítélte a COVID-19-járvány előttihez képest. A másik jelentősebb (7,4 százalékpontos) változást a válaszadók munkaerőpiaci helyzetében találtuk. A járvány alatt hozott munkaerőpiaci intézkedéseknek tudtuk be, hogy a foglalkoztatás jellegének (teljes vagy részmunkaidős) változása jellemzőbb volt, mint a munkanélkülivé válás (ez alig 2 százalékot tett ki).

Fontos és nem figyelmen kívül hagyható kérdés, hogy a COVID-fertőzöttség mennyire érintette a vizsgált mintát. A válaszadók bevallása szerint 22 százalékuk az adatfelvétel időpontjáig (2021. december) volt már fertőzött, ahogy a minta 20 százalékának valamely közeli hozzátartozója is.³⁸ Érdekes eredménye a kutatásunknak, hogy a teljes mintában megfigyelhető arányokhoz képest a megfertőződött csoportjában 5,8 százalékponttal kisebb a kiilleszkedők, 5,3-mal a reciprokok és 2,7-tel a donorok aránya. Ezzel szemben az inaktívak hányada 14,6 százalékponttal nagyobb volt.³⁹ Ebből az összefüggésből felvethető, hogy a koronavírussal való megfertőződés önmagában eredményezhet segítő kapcsolati inaktivitást, de legalábbis hozzájárulhat az inaktív magatartás választásához.⁴⁰

Rátérve a segítő kapcsolati típusok rezilienciastratégiájára, először is azt találtuk, hogy az aktív segítségnyújtási kapcsolatokkal rendelkezők nagy csoportján belül – a kiindu-

³⁷ $\chi^2(7, N=224)=13,968, p=0,052, V=0,250$

³⁸ Ezen a körön belül a válaszadók nagyjából fele-fele arányban mondták, hogy kezelték (47,3 százalék), illetve nem kezelték (52,7%) őket „COVID-megbetegedéssel”.

³⁹ A recipiensek arányainak különbsége nem éri el az 1 százalékot.

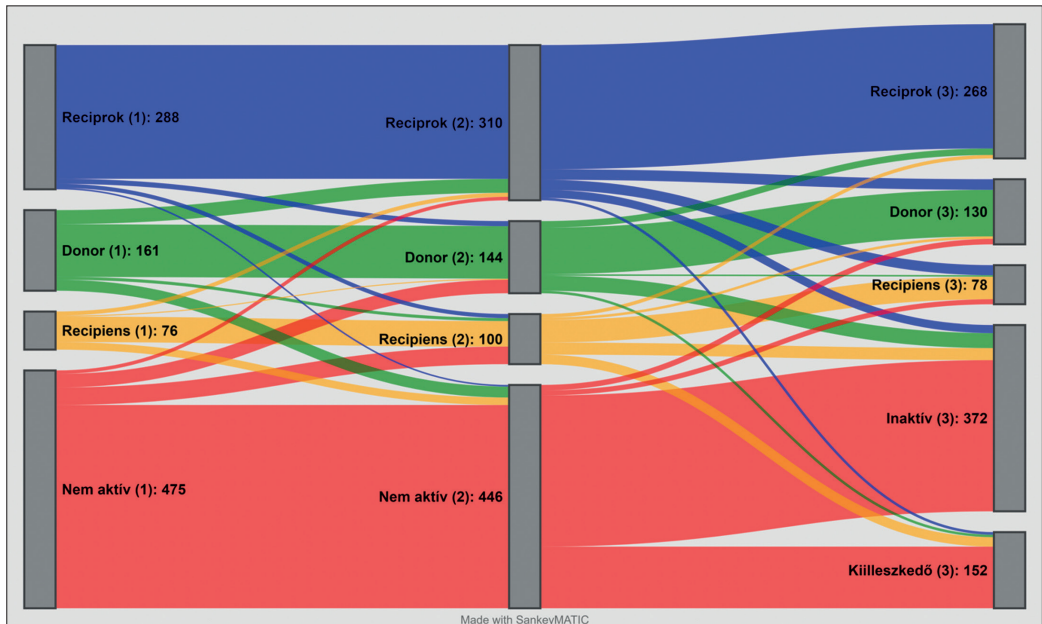
⁴⁰ A koronavírussal való fertőzöttség – legalábbis egyes kutatási eredmények, illetve értelmezések szerint – egyfajta „stigmatizáltságot” is jelenthet(ett) (különösen a világjárvány kezdeti időszakában, amikor még viszonylag kevesen fertőződtek meg), ami abba az irányba befolyásolhatta az érintetteket, hogy ne kérjenek segítséget, illetve hagyjanak fel korábbi segítő kapcsolataik fenntartásával (vö. Asril et al., 2021).

lási helyzetben, 2020 januárjában – *reciprok segítő kapcsolatai* a minta 30 százalékának voltak. Már említettük, hogy az ebbe a segítségnyújtási típusba tartozók alkották a vizsgálati minta legrobosztusabb csoportját, hiszen a COVID-19-járvány három hulláma alatt 93 százalékuk, míg 2021 decemberére 84 százalékuk őrizte meg kölcsönös segítő kapcsolatait. Véleményünk szerint ennek a segítségnyújtási típusnak a magas arányú változatlansága arra utal, hogy a kölcsönös segítségben lévő erőforrások hozzájárultak adaptálódásukhoz, és visszatérésük (2021 decemberére) magas „hatásfokkal” történt (2.5. ábra).

A járvány előtti helyzethez képest a *donor segítő kapcsolatokkal* rendelkezőknek csak 62 százaléka tartotta meg altruista magatartását, míg ez az arány 2021 decemberére már 57 százalék volt. Ennek a csökkenésnek a jelentősebb mértékű átrendeződési iránya a reciprok típusba csak a járvány alatt, míg a kapcsolatvesztett típusba mindkét időszakban jellemző volt. Így rezilienciastratégiájuk kettős volt: vagy megőrizték segítő kapcsolataikat, illetve nyertek hozzá erőforrásokat a kölcsönös kapcsolatok révén; vagy pedig kiüresedtek kapcsolataik, mert erőforrásaik veszttek el, illetve a támogatási kapcsolatok váltak „okafoyottá” (például az adatfelvétel időpontjára).

A *recipiens segítségnyújtási típusba* tartozók alapvető stratégiája az, hogy ezt a támogatotti helyzetüket meg tudják tartani. A 2.5. ábrán jól látható, hogy egyrészt ez a típus szenvedte el a legnagyobb (35–54 százalékos) veszteségeket a segítő kapcsolatok terén, noha a kiindulási helyzet idején (2020 januárjában) csak 7 százalékot tett ki az ide tartozók aránya. Másrészt egy nagyon reflexív típusról van szó, ezért a csoportba tartozók bizonytalan és kiszolgáltatott helyzetűnek mutatkoztak.

2.5. ábra: Az egyes segítő kapcsolati típusokba tartozók változása a három vizsgált időszakban



Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” c. kutatás adatbázisa alapján

Végezetül, a másik legstabilabb, legrobusztusabb csoportnak a *nem aktív típus* mutatkozott. A kiindulási helyzethez képest a járvány 15 százalékkuk helyzetében okozott változást, míg az adatfelvétel időpontjára (az előző időszakhoz képest) 92 százalékkuk visszatért ebbe a típusba. Esetükben egy „kényszer szülte” stratégiáról beszélhetünk, hiszen a járvány lekorlátozta, hogy kapcsolatnélküliségükből esetleg kilépjenek, és szükség esetén segítő kapcsolatokat építsenek ki.

Adataink alapján négy nagyobb arányú (20 százalék feletti) „mozgékony” csoportot tudunk azonosítani, amelyek közül kettő a kiindulási helyzethez képest a járványhelyzet alatti, míg a másik kettő a járványhelyzet és 2021 decembere közötti mozgásokat reprezentálja.

- **Változás: a járvány előtti donor segítő kapcsolati típusból a járványhelyzet alatti reciprok segítő kapcsolati típusba**

A segítségnyújtási típust váltók egyik csoportját azok alkották, akik korábban donor segítő kapcsolati típusba tartoztak (21 százalék, 33 eset). Ennek a csoportnak az egyik főbb szociodemográfiai jellegzetessége, hogy kétharmada a nők közül és az 50 feletti korosztályból (akik itt a minta átlagához képest másfélszeresen voltak felülreprezentálva) került ki. A donor típusúak váltása reciprok típusú kapcsolatokra valószínűsíthetően azzal magyarázható, hogy a járványhelyzet alatt változtak kapcsolati viszonyaik, hiszen jellemzően egyedülállóak alkották a csoportot (akik között az özvegyek aránya jóval magasabb volt a minta átlagánál), és közel kétötödük együtt élő családtag volt (nem mellékesen 35 százalékkuk átesett a COVID-fertőzésen).

- **Változás: a járványhelyzet alatti donor segítő kapcsolati típusból az adatfelvétel idején kiilleszkedő és inaktív típusokba**

A járvány előtti helyzethez képest a donor segítő kapcsolatokkal rendelkezők jelentősebb arányú átrendeződése mindkét időszakban a nem aktív csoport felé történt. Ezek közül számottevőbb az a mozgás (23 százalék, 31 eset), ami a járvány alatti helyzetből a „jelenlegi” helyzetbe történt elmozdulást mutatja. A donor típusban a nők aránya 58, a férfiaké 42 százalék volt. Minden más szociodemográfiai jellemzőben két jól elkülöníthető csoport látható körükben. Az egyik az 50 év feletti, középfokú vagy alacsony iskolai végzettségű, városokban vagy községekben élők, akiknek kétötöde jó, míg közel egyharmada kevésbé jó anyagi körülmények között élt. Az ő esetükben azt feltételezhetjük, hogy 2021 decemberére elfogytak szűkös erőforrásaik, amivel támogatni tudtak, és ezért illeszkedtek ki a segítő kapcsolatokból. A másik a 30–39 éves, többségükben nőtlenek, illetve hajadonok csoportja, akik főként budapestiek voltak, és bevallásuk szerint nagy többségük gondok nélkül élt. Ebben a csoportban a támogató kapcsolatok inaktivitásáról beszélhetünk, mivel már nem volt szükség segítő magatartásukra 2021 decemberében.

- **Változás: a járvány előtti recipiens segítő kapcsolati típusból a járványhelyzet alatti nem aktív típusba**

A recipiens típusú segítő kapcsolatokkal rendelkezők esetében az első nagyobb arányú mozgás (24%, 18 eset) a járvány alatt a nem aktív típus felé történt, egy olyan csoport

körében, amelynek 84 százalékát férfiak alkották, és tagjai életkorilag főként a 18–29 évesek és a 65 év felettek közül kerültek ki. További jellegzetességük, hogy 77 százalékuk egyedülálló (nőtlen, illetve elvált vagy özvegy), és valamivel több mint felük az „éppen hogy kijött” szubjektív jövedelmi kategóriába sorolta önmagát. Támogatási kapcsolataik elvesztése és a kiilleszkedő csoportba kerülésük leginkább a gyenge társas támogatási kapcsolataikkal magyarázható.

• **Változás: a járványhelyzet alatti recipiens segítő kapcsolati típusból az adatfelvétel idején kiilleszkedők közé**

2021 decemberére – a járvány alatti – recipiens segítő kapcsolatoknak már csak a 46 százaléka maradt meg. Erre az időszakra esik, hogy a recipiens csoportba tartozók 35 százaléka (40 eset) átkerült a nem aktívak, kiilleszkedők közé. Ez a csoport 59 százalékban nőkből állt. További szociodemográfiai jellemzőiket tekintve sokban hasonlítanak az előbbi csoporthoz, azzal a különbséggel, hogy itt nagyobb az 50 év felettek aránya (52 százalék), és némileg kisebb a 18–29 éveseké (30 százalék). A csoport egyik fele házas/élettársi kapcsolatban él, a másik fele egyedül élő. Többségük (40 százalék) községi lakos, és közel azonos arányban vannak köztük jó (42 százalék) és rosszabb (41 százalék) anyagi helyzetben lévők. Az ő társas támogatási kapcsolataik is gyengébbek, és különleges jellegzetességük, hogy 50 százalékuk átesett a COVID-fertőzésen.

Kapcsolati erőforrások az adott és kapott támogatások tükrében a három vizsgált időszakban

A kapcsolati viszonyok közelségük szerint erős (szülők, gyerekek) és gyenge (barátok, rokonok szomszédok) kötésekre oszthatók. Ezek azt tárják fel a társadalmi támogató, segítő kapcsolatok viszonylatában, hogy mennyire (össze)zártak vagy tágak a segítő kapcsolatok, aminek jelentősége különösen felértékelődik egy válság- vagy katasztrófavelyzetben. Más kutatásokkal (Sik & Zakariás, 2021a; 2021b) ellentétben fontosnak tartottuk, hogy ne csak a kapott, hanem az adott támogatások⁴¹ kapcsolati viszonyait is feltárjuk, mert véleményünk szerint e kettő együttes elemzése mutatja meg a társadalmi támogatások, illetve a segítő kapcsolatok erejét a COVID-19-járvány hatásaival való megküzdés folyamatában.⁴²

Előzetesen meg kell jegyezni, hogy kutatásunk érdekes eredményének tartjuk, hogy a válaszadók nagyobb arányban számoltak be adott segítségekről, mint kapotról. Ez alátámasztja azt a már ismert tényt, hogy az emberek inkább számontartják az általuk adott segítségeket, mint a kapottakat (online melléklet 1. ábra). A következőkben azt elemezzük, hogy a COVID-19-járvány okozta válság-, illetve katasztrófavelyzetben melyek voltak azok a társadalmi csoportok, amelyeknek segítő kapcsolataik csak az erős

⁴¹ Az adatfelvétel során bináris kérdés irányult minden kapcsolatra, mind a kapott, mind pedig az adott támogatások vonatkozásában.

⁴² A civil, karitatív, önkormányzati szervezetektől kapott támogatásokat az alacsony említések miatt nem elemeztük. A civil, karitatív szervezetek említése a kapott támogatások körében 3-5%-os, az önkormányzatoké pedig 6-8%-os volt, míg az adott támogatások aránya alig érte el az 1%-ot.

kapcsolatok felé irányultak, és kik voltak azok, akik segítő kapcsolati viszonyaikat szélesítették, erősítve ezzel a társadalmi szolidaritás érzését.

• **Az adott és kapott támogatások a szülők viszonylatában a három vizsgált időszakban**

Az erős kapcsolatok körében az első, hogy kik kaptak a szüleiktől és kik adtak a szüleiknek támogatást (azzal a megszorítással kezelve a kérdés elemzését, hogy az életkori jellemzők leszűkítik a kapcsolati lehetőségeket).

A *COVID-19-járvány előtt* szüleiktől – a mintabeli arányukhoz képest jóval nagyobb arányban – *kaptak segítséget* a férfiak (50 százalék), a 18–29 évesek (40 százalék), az egyedül élők (53 százalék) és a fővárosiak (32 százalék), míg a 30–49 éves korosztály mintabeli átlagánál csak valamivel nagyobb arányban (24 százalék) szerepelt a kapott támogatásokban részesülők között. A *COVID-19-járvány alatt* azonban leginkább már a nők váltak a szülői támogatások kedvezményezettjeivé. Az életkori csoportok közül ekkor is a legfiatalabbak emelkedtek ki, a többi korosztály és az egyedül élők támogatottsága a korábbi szinten maradt. *2021 decemberére* a nők támogatottsága tovább emelkedett, míg az egyedül élőké valamelyest csökkent. A korcsoportok tekintetében annyi változás történt, hogy néhány százalékkal visszaesett a fiatalok támogatása, de még mindig ők maradtak a szülői támogatások kiemelt célcsoportja.

Figyelemre méltó, hogy adataink szerint a *járvány előtt szüleiknek* a mintabeli részesedésüknél nagyobb arányban *adtak támogatást* a férfiak, mint a nők. A korcsoportos eredmények erős reciprocitásra utalnak mind a három vizsgált időszakban. Azaz a 18–49 éves korosztályhoz tartozók, akik – bár eltérő arányban – a szülői támogatásokat kapták, viszonyozták is azokat. Hasonló, erős reciprocitásra utaló eredményeket találtunk a fővárosiak körében, amit sem a városokban, sem a községekben élők körében nem lehetett kimutatni egyik időszakban sem. Ezt illusztrálta egy fókuszcsoportos megszólalás is: „*Rám is nagyobb szüksége volt a családomnak és a barátaimnak. Úgyhogy ez nálunk eléggé kölcsönösen, hogy is mondjam, harmonikusan működött és alakult. Tehát valahogy sikerült jól adaptálni a kapcsolatainkat az új helyzethez. Úgyhogy ilyen szempontból én szerencsés vagyok.*” (24 éves, budapesti nő)

A szülőknek adott támogatásokban a házasságban, élettársi viszonyban élők a dominánsabbak, mind a három vizsgált időszakban. Kiemelendő, hogy szüleiket azok támogatták inkább, akik jó anyagi helyzetűnek vallották magukat. Ez a támogatási kép szerkezetében nem változott sem a járvány alatt, sem 2021 decemberében, de intenzitásában némi csökkenés tapasztalható.

• **Az adott és kapott támogatások a gyermekek viszonylatában a három vizsgált időszakban**

A gyermekektől kapott és nekik adott támogatásokat tekintve jóval mintabeli átlagukat meghaladóan látjuk a nők arányát, míg a férfiak alig egyharmada vett részt az ilyen típusú támogatási kapcsolatokban. A *gyermekektől kapott támogatások* kitüntetett címzettjei mind a három vizsgált időszakban a 65 év feletti, az egyedül élők, míg a járvány első három hulláma alatt a községi lakosok voltak. Az 50 év feletti korosztály mintabeli

átlagánál jóval nagyobb arányban *támogatta gyermekeit*. Azt találtuk, hogy az 50–64 évesek inkább donorok, míg az idősebb korosztályhoz tartozóknak fele-fele arányban reciprok és recipiens típusú volt a gyerekeikkel való segítő kapcsolata. Az adott támogatásokat tekintve – különösen a járványhelyzet idején és utána is – a városiak, a jobb gazdasági helyzetben lévők voltak nagyobb arányban.

Összességében elmondható, hogy a magyar társadalmat – a szülők és gyerekeik viszonylatában megmutató – szoros intergenerációs segítő kapcsolatok kötik össze, amelyek erősebben reciprok és viszonylag gyengébben donor, illetve recipiens típusúak. Külön ki kell emelni, hogy a támogatásokat olyan szülői, gyermeki csoportok kapták, akik sérülékenységüknél fogva jobban ki voltak téve a járvány hatásainak, illetve ezek a támogatások segítették őket a járvány hatásaival való megküzdésben.

• **Az adott és kapott támogatások a rokonok viszonylatában a három vizsgált időszakban**

A rokonoktól kapott és a nekik adott támogatási kapcsolatok érdekes jellegzetessége mutatkozott meg a vizsgálat során: a COVID-19-járvány idején többen számoltak be adott, mint kapott támogatásokról, ami a minta egészére nem volt jellemző. A rokonon kívüli segítő kapcsolatokat – ha nem is olyan erősen, mint a gyermek felé irányulókat – alapvetően a nők szervezték (különösen az adott támogatások terén). A *kapott rokonon kívüli támogatások* két fő kedvezményezettje mindhárom vizsgálati időszakban a 18–29 évesek és a 65 év felettiek köre volt. Ez utóbbiak az adott támogatások terén is felülreprezentáltak mutatkoztak, tehát esetükben reciprok segítő kapcsolatról volt szó, míg a 18–29 évesek inkább csak recipiensei voltak a rokonon kívüli támogatásoknak. Rokonoktól leginkább az egyedül élők (különösen az özvegyek), a gyerekek, illetve a fővárosiak kaptak támogatást. A kutatás nem várt eredménye, hogy adataink szerint mind a kapott, mind pedig – és különösen – az *adott rokonon kívüli támogatások* aránya messze nagyobb volt a városiak körében, mintha ez „tipikus” városi támogatási forma lenne. A jobb anyagi helyzetűek rokonon kívüli támogatásai reciprok jelleget mutattak mind a három vizsgált időszakban. Ezzel szemben a legjobb anyagi helyzetben lévők felülreprezentáltak mutatkoztak a kapott rokonon kívüli támogatásokat tekintve a járvány előtti és alatti időszakban.

• **Az adott és kapott támogatások a barátok viszonylatában a három vizsgált időszakban**

A baráti támogatások egyik fontos jellegzetessége, hogy mindhárom időszakban a nők a kapott támogatásokban, míg a férfiak az adott támogatásokban mutatkoztak felülreprezentáltak csoportnak. A *kapott baráti támogatások* a 18–29 évesek körében – a járvány előtt – az összes korcsoporthoz képest messze nagyobb arányt mutattak. Mellettük a járvány első három hulláma alatt, illetve 2021 decemberében a baráti támogatások kiemelt kedvezményezettjeivé a 30–39 évesek váltak. A kapott baráti támogatás az egyedül élők és a fővárosiak körében ugyancsak magas arányt mutatott mindhárom vizsgálati időszakban. Érdekes eredmény, hogy a nagyon jó anyagi helyzetűek ebben a támogatási kapcsolatban voltak egyedül felülreprezentáltak. Kapott baráti támogatásaik aránya azonban jóval magasabb volt a járvány előtt, mint a járvány alatt (azaz jellemző

volt körükben a segítő kapcsolatok inaktívvá válása). 2021 decemberében azonban a barátaik által nyújtott támogatások aránya még nem érte el a járvány előtti szintet.

Az *adott baráti támogatásokat* megvizsgálva az látható, hogy a 18–39 évesek – különösen a járvány első három hulláma alatt és utána – segítő kapcsolatainak jó része reciprok jellegű volt. A 40–49 évesek az adott baráti támogatások terén mutattak felülreprezentáltságot, tehát ők inkább donorok voltak az ilyen jellegű kapcsolatokban. Szinten tartott reciprok segítő kapcsolatok jellemezték az egyedül élőket és a fővárosiakat, mindhárom időszakban. A nagyon jó helyzetben lévők pedig jóval nagyobb arányban számoltak be barátaiknak adott támogatásokról, mint amennyit visszakaptak, tehát ennek a csoportnak egy szűk rétege donorként is megjelent a támogatási kapcsolatokban. Összegezve: a baráti támogatás a fiatalok és a fiatal felnőttek, az egyedül élők, a fővárosiak és a nagyon jó anyagi helyzetben élők körében jelentősebb volt, mint más társadalmi csoportokban, minthogy a jellemzően fiatalabb, képzettebb, munkaerőpiaci szempontból aktív csoportokhoz tartozóknak van több barátjuk (Albert, Dávid & Tóth, 2020).

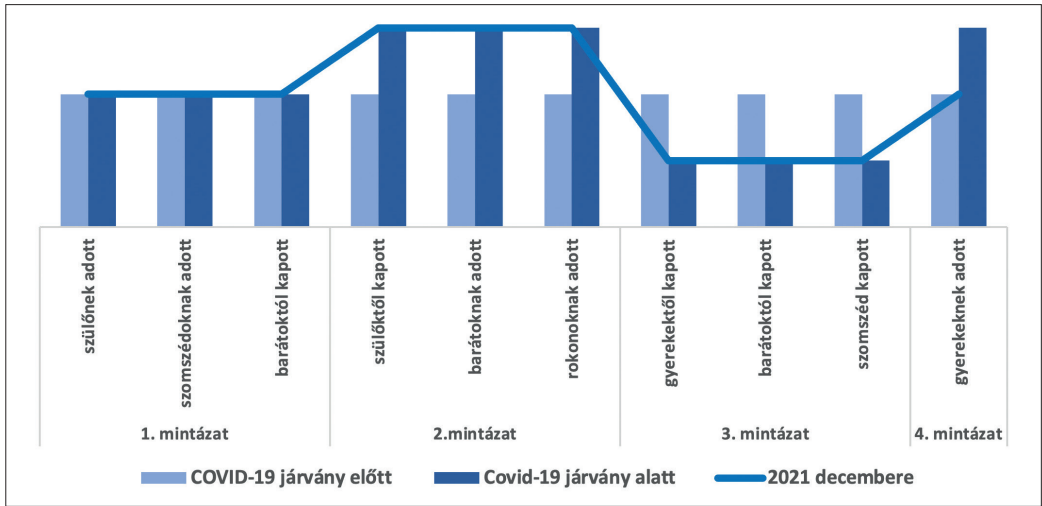
• Az adott és kapott támogatások a szomszédok viszonylatában a három vizsgált időszakban

A jószomszédi magatartás egyik megnyilvánulása a *segítőkétség*, amit a szomszédsági kapcsolatok alapelvének tartanak. Kusenbach (2006) ezen túlmenően hangsúlyozza a szomszédság „proaktív beavatkozás” jellemzőjét, miszerint a szomszédok nem egyszerűen válaszolnak a segélykérésre vagy fellépnek vészhelyzet esetén, hanem ezt önként teszi meg. A szomszédsági segítő kapcsolatok vizsgálatára különösen a városi közösségek rezilienciáját feltáró kutatásokban (Cheshire, 2015; Blokland, 2003) került sor. Adataink visszaigazolják ezen kutatások eredményeit, mert a szomszédoktól kapott támogatások tekintetében mind a három vizsgált időszakban jelentősen felülreprezentáltak voltak a városiak, míg az adott támogatásokban a minta átlagának megfelelő volt részvételük. Külön kiemelandó, hogy a lakótelepeken élők felülreprezentáltak mutatkoztak a kapott és az adott támogatások terén, tehát ezek a szomszédsági segítő kapcsolatok reciprok jellegűek voltak. Ezt erősítette meg a fókuszcsoport egyik résztvevője is: *„Mondjuk egy jó szomszéd aranyat ér. Tehát nekem például jó szomszédjaim vannak, oda-vissza tudunk segíteni.”* (56 éves, budapesti férfi)

Mind a kapott, mind pedig az adott szomszédsági támogatásokat – különösen a járvány első hulláma idején – a nők szervezték a kölcsönös segítség formájában. A szomszédsági segítő kapcsolatok a kapott és az adott támogatások terén ugyancsak kölcsönösök voltak az 50 év feletti korosztályban, akik mind a három vizsgált időszakban mintabeli részesedésüknél jóval magasabb arányban vettek részt ezekben a kapcsolatokban. Az, hogy több szociodemográfiai jellemző mentén csak kölcsönös segítségnyújtási kapcsolatokat találtunk a szomszédok között, alátámasztja Kusenbach (2006) megállapításait, hogy a szomszédsági segítő magatartásokat jól kidolgozott normák befolyásolják, a kötelezettségek és a kölcsönösség szabályai alakítják.

Összegezve a fentieket, a kapcsolati erőforrások támogatói szerepét, négyfajta segítségnyújtási mintázatot tudunk azonosítani (2.6. ábra).

2.6. ábra: A segítő kapcsolatok mintázatai a kapcsolati erőforrásoktól kapott és nekik adott támogatások alapján a három vizsgált időszakban



Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” c. kutatás adatbázisa alapján

Az első mintázat szerint a segítő kapcsolatok intenzitása mindhárom vizsgálati időszakban közel ugyanolyan erős volt, azaz szinten maradt. Ennek példái a szülőknak, szomszédoknak adott, illetve a barátoktól kapott támogatások. A második mintázat jellemzője, hogy a járvány alatti időszakban – a kiindulási helyzethez képest – megnőtt a segítő kapcsolatok intenzitása, és ez a „jelenlegi” (2021. decemberi) helyzetben is ezen a szinten marad, például a szülőktől kapott, valamint a barátoknak, rokonoknak adott segítség esetében. A harmadik eset az, amikor a járvány alatt – a kiindulási helyzethez képest – lecsökkent a segítő kapcsolatok intenzitása, és a „jelenlegi” helyzetben is ezen a csökkent szinten marad. Ez főként a gyerekektől, a rokonoktól és a szomszédoktól kapott támogatásokra volt jellemző, a járványhelyzet előtt. Végezetül egyetlen eset volt, amikor a segítő kapcsolatok intenzitása a járvány alatti növekedés után visszaállt a járvány előtti szintre, ez pedig a gyerekeknek adott támogatások esetében fordult elő.

Mindezek alapján elmondható, hogy a járvány hatásaival való megküzdésben a kapcsolati erőforrások szerepe nagyon differenciáltan alakult. Tágabban ennek alapján a rezilienciafolyamat komplexitására következtethetünk, és arra, hogy az a szociodemográfiai és kapcsolati erőforrások által differenciált részfolyamatokból áll össze.

Az immateriális és materiális segítségfajták a kapott és adott támogatások, valamint a kapcsolati erőforrások viszonylatában a három vizsgált időszakban

A beavatkozási célkitűzések megfogalmazása szempontjából fontos látni azt is, hogy milyen segítségfajtákkal támogatják egymást az emberek általában és egy válsághelyzet idején, illetve ez hogyan differenciálódik az adott és kapott támogatások, valamint

erős és gyenge kapcsolataik mentén. Az immateriális támogatások körében a kapott és adott érzelmi-lelki támogatásokra kérdeztünk rá, amelyek alatt a beszélgetésekben, telefonhívásokban, látogatásokban, vigasztalásban megnyilvánuló segítségeket értettük. A materiális támogatások körén belül egyfelől a tranzakcionális segítségeket soroltuk fel, úgymint házi-, ház körüli munka, bevásárlás, tárgyi kölcsönök, betegápolás, gyermekvigyázás, gyógyszerkiváltás, ügyintézés, kutyasétáltatás. Másfelől, a támogatások harmadik fajtájaként, az anyagi támogatásokat, a konkrét pénzbeli és egyéb érték jellegű materiális támogatásokat vizsgáltuk.

Az érzelmi támogatások fő jellemzőjeként azt találtuk, hogy ezek legnagyobb arányban a baráti kapcsolatokban realizálódtak mind a három vizsgált időszakban. Mind a rokonoktól, mind pedig a szomszédoktól kapott és a nekik adott érzelmi támogatások aránya magasabb volt, mint amit szülő-gyermek viszonylatban mérni tudtunk (online melléklet 4–6. táblázat). Folyamatában nézve a járvány idejére a szülőktől, gyerekektől kapott, valamint a barátoknak és rokonoknak adott érzelmi támogatások intenzitása nőtt meg (nem változott a szülőknél, gyerekeknek adott, míg a szomszédok esetében mindkét támogatási irányban csökkent). Érdemes megfigyelni, hogy az adatfelvétel idejére az érzelmi támogatások intenzitása tovább nőtt minden kapcsolat viszonylatában. Külön ki kell emelni e tekintetben a szomszédoktól kapott érzelmi támogatások magas arányát, ami vetekedett a baráti támogatásokéval.

A tranzakcionális támogatási formák közül a szülő-gyermek kapcsolatok esetében a házi-, házkörüli munkák, a bevásárlás és az ügyintézés voltak a legjellemzőbb segítségnyújtások, mind a három vizsgálati időszakban. A bevásárlás, a gyógyszerkiváltás intenzitásában alacsonyabb szinten, de ugyancsak meghatározó segítségnyújtási forma volt a rokon, baráti és szomszédi kapcsolatokban is.

A tranzakcionális támogatási formák egyik kiemelkedő jellemzője, hogy alapvetően a szülők és gyerekeik közötti – azaz intergenerációs – viszonylatban működtek a legintenzívebb formában, és ahogy nőtt a kapcsolati távolság, úgy csökkent jelentőségük. A másik jellemzőjük az, hogy a járvány három hulláma alatt intenzívebbé váltak szinte minden kapcsolat viszonylatában, ugyanakkor 2021 decemberére erősen lecsökkent az arányuk, mégpedig oly mértékben, hogy nem érte el a járvány előtti szintet. Ez alól csak a szülők és gyerekek közötti tranzakcionális támogatási formák a kivételek, melyek 2021 decemberében is megtartották járvány előtti szintjüket.

Ahogy várható volt, a legalacsonyabb arányban az anyagi támogatások játszottak szerepet a járvány hatásaival való megküzdési folyamatban. Leginkább a szülőktől kapott és a gyerekeknek adott anyagi támogatások emelhetők ki, míg a többi kapcsolat esetében az egyébként is alacsony intenzitású támogatási típus aránya a járvány alatt lecsökkent, 2021 decemberére pedig alig közelítette meg a járvány előtti szintet.

Összességében úgy látjuk, hogy 2021 decemberére, a materiális (tranzakcionális és anyagi) támogatások kimerülésével, az érzelmi támogatások vették át a domináns támogatási forma szerepét, illetve „már csak” ez maradt, amivel az emberek segíteni tudták egymást a megküzdési folyamatban.

A tanulmány főbb megállapításai

A következőkben összefoglaljuk a tanulmány főbb megállapításait, amelyekre alapozva megfogalmaztuk közpolitikai javaslatainkat a vezetői összefoglalóban.

- Amíg a magyar társadalom reprezentatív mintája alapján – a foglalkoztatási és a szubjektív anyagi helyzet megítélését vizsgálva – egy kétharmados versus egyharmados társadalom képe rajzolódik ki, addig a társadalmi tőke normáját mérő segítségnyújtási kapcsolati aktivitás terén egy majdnem arányosan megosztott, duális szerkezetű kép látszik. A járványhelyzet előtt még a megkérdezettek kevesebb mint felének, 2021 decemberére azonban már több mint a felüknek nem voltak aktív segítségnyújtási kapcsolatai. Mindezek alapján úgy látjuk, hogy a COVID-19-járvány hatásaira a segítségnyújtási kapcsolatok aktivizálásával reziliensen reagáltak, de a visszapattanás (bounce back) ebből a helyzetből egy kapcsolat- és egy erőforrásszegény állapotba történt. Ez pedig egy új „minőséget” jelent a járvány előtti helyzethez képest, ami szükségessé teszi a társadalmi, közösségi beavatkozást – különösképpen – a sérülékeny társadalmi csoportok helyzetének javítása, valamint a közösségi kapcsolatok erősítése terén, amire szakirodalmi adatok (Penkler et al., 2020; Rippon et al., 2020; South et al., 2020) is utalnak. Ez utóbbit támasztja alá, hogy a járvány alatt megjelent adaptív magatartások leginkább a reciprok és a donor segítségnyújtási kapcsolatokkal rendelkezők körében voltak kimutathatók.
- Az adaptív rezilienciafolyamat egyik fő társadalmi kérdése, hogy a rezilienciastratégia a társadalmi-gazdasági lejtő minden szintjén érvényesül-e. E tekintetben eredményeink azt mutatják, hogy a legsérülékenyebb csoportot a recipiens (segítséget csak kapó) és a kiilleszkedett (kapcsolatvesztett) típusba tartozók jelenítették meg, akik szociodemográfiai jellemzőikben alig különböztek egymástól. Amivel azonban a recipiens csoport „túl tudta élni” a járványt, illetve meg tudott küzdeni a pandémia okozta – különösen anyagi helyzetét érintő – nehézségekkel, az a segítő kapcsolatokban megmutatkozó társadalmi beágyazottság volt. Ezekkel a lehetőségekkel a kapcsolatvesztett típusba tartozók, akik szociodemográfiai jellemzőik tekintetében a szociálpolitikai támogatások direkt célcsoportjait jelenítették meg, nem rendelkeztek. Így megküzdési stratégiáik során, már eleve sérülékeny helyzetükből eredő hátrányokkal indulva, nem tudtak a járvány hatásaira reziliens válaszokat adni. Ebben nagy szerepet játszott elégtelen vagy gyöngye társadalmi beágyazottságuk, ami kapcsolataik hiányában vagy elvesztésében nyilvánult meg.

A szociodemográfiai elemzés egyik indirekt eredményére kell még felhívni a figyelmet, amely több „mítoszt” is lerombolni látszik. A mintában a községi lakosok a válaszadók egyharmadát tették ki. Sem a segítségnyújtási aktivitások, sem a kapcsolati erőforrásokkal (rokonság, barátok, szomszédok) való „gazdálkodás”, sem pedig a segítségnyújtási formák terén nem találtunk körükben pozitív megküzdési stratégiákra utaló jeleket. Sokkal inkább kapcsolatvesztett, kiszolgáltatott közösségek képe rajzolódik ki körükben, ami kitettségüket hatványozottan növeli bármely válság vagy katasztrófa idején.

- Közösségi aktivitás, társadalmi részvétel szempontjából kifejezetten érdekes a kapcsolathianyos (inaktív) csoport, amely 2021 decemberére a teljes minta valamivel több mint egyharmadát tette ki. „Izolációjuk” a segítő kapcsolatok terén részben szociodemográfiai sajátosságaikkal magyarázható, de úgy véljük, ebben személyiség- és pszichés jellemzők is szerepet játszhattak.⁴³ A jobb anyagi helyzet eredményeink szerint nem jelentett többféle segítséget, nagyobb társadalmitőke-konverziót. Inkább úgy látjuk, hogy a kapcsolathianyos típusba tartozók élethelyzetükből (egyéni jellemzőikből) adódóan vonódtak be kevésbé a segítségnyújtás helyzeteibe. Esetükben ráadásul egy „kényszer szülte” stratégiáról is beszélhetünk, hiszen a járvány lekorlátozta annak lehetőségét, hogy kapcsolat nélküliségükből esetleg kilépjének, és szükség esetén segítő kapcsolatokat építsenek ki.
- A rezilienciafolyamat komplexitására utal, hogy négy különböző rezilienciastratégiát tudtunk azonosítani nem csak a segítő kapcsolati típusok, hanem a kapcsolati erőforrásoktól kapott és nekik adott támogatások alapján. Először is ki kell emelni, hogy az aktív segítő kapcsolatokkal rendelkezők körében nagyon erős – intergenerációs – családi összezárást figyelhettünk meg, különösen a járvány idején, amely főként reciprok, kisebb arányban donor és recipiens kapcsolatokban, és inkább tranzakcionális, mint érzelmi segítségnyújtási formákban realizálódott. Úgy találtuk, hogy a baráti segítségnyújtás leginkább a budapesti, fiatal középkorúak, a jobb anyagi helyzetben lévők sajátossága, ami kiemelkedően az érzelmi támogatásban nyilvánult meg mind a három vizsgálati időszakban, míg a rokoni kapcsolatokon keresztül megnyilvánuló támogatások kifejezetten városi jelenségeknek látszanak. Noha a válaszadók alacsony arányban jelölték meg aktív szomszédsági kapcsolatokat, akik erről beszámoltak, azok esetében nagyon intenzívek voltak ezek, különösen a segítségnyújtási formákat illetően, amelyek leginkább a lakótelepeken élők és az 50 év felettiek körében volt kiemelkedők.

⁴³ Lásd *Az egyéni és a közösségi reziliencia összefüggései* c. fejezetet.

2.3. Az egyéni és a közösségi reziliencia összefüggései

KÖVESDI ANDREA, BARTAL ANNA MÁRIA,
LUKÁCS J. ÁGNES, LÁSZLÓ TAMÁS

A segítségnyújtás típusait a pszichés jellemzőkkel összefüggésben vizsgálva a következő megállapításokat tettük, az adatfelvétel időpontjára (2021 decemberére) vonatkozólag: az inaktív (segítőkapcsolat-hiányos) és donor (jellemzően adó) személyek rezilienciaértéke a legmagasabb, a legalacsonyabb pedig a recipiens és a kiilleszkedő személyeké. A különböző segítő típusú csoportokba sorolt személyek protektív tényezőinek mértéke szintén szignifikáns eltérést mutat, miként az észlelt stressz is, mindkét időszakban: a kiilleszkedő és a reciprok személyek észlelt stressz-szintje a legmagasabb mindkét járványhullámban (bár a recipiens személyek sem maradnak el tőlük jelentős mértékben). A legalacsonyabb pedig a donorok stressz-szintje az első hullámban, az inaktív személyeké pedig a második hullámban. A reciprok, a recipiens és a donor személyeket hasonlóan jellemzi a társas támasz, az inaktívak pontértéke a legmagasabb, és jelentős eltérést mutat a negatív irányba a kiilleszkedő személyek pontértéke. A legnagyobb változás (csökkenés) a stressz mértékében a két hullámot összevetve az inaktív és a reciprok személyek esetén volt mérhető. A kiilleszkedők stressz-pontértéke meghaladja az átlagos szintet (2.9. táblázat). A segítségnyújtás szempontjából inaktív (segítőkapcsolat-hiányos) személyek társas támogatási pontértéke a legmagasabb. Ez a csoport a társas támogatás más módját gyakorolja (például a gondoskodást).

2.9. táblázat: Az egyes pszichés jellemzők pontértékei és a stressz változásmértéke a segítés függvényében és az egyes kategóriák közötti különbség értékei

	Reziliencia	Társas támogatás	Észlelt stressz 1. hullám	Észlelt stressz 4. hullám (adatfelvétel ideje, 2021. december)	Stressz változásmértéke
Reciprok	28,41	34,84	18,54	17,29	-1,26
Donor	30,01	34,95	16,06	15,25	-0,66
Recipiens	25,56	34,79	18,38	17,26	-0,47
Nem aktív	-	-	16,47	-	-
Inaktív	30,35	37,69	-	14,72	-
Kiilleszkedő	24,00	23,62	-	19,18	-
Összes	28,48	34,26	17,26	16,35	-0,94
Kategóriák közti különbség szignifikancia-értékei és F értékei (anova)	F= 25,587; p<0,001, parc. eta-négyzet= 0,08	F= 191,385; p<0,001, parc. eta-négyzet= 0,395	F= 9,606; p<0,001, parc. eta-négyzet= 0,028	F= 17,576; p<0,001, parc. eta-négyzet= 0,057	F= 2,92; p<0,001, parc. eta-négyzet= 0,01

Megjegyzés: A táblázatban az egyes pszichés jellemzők pontértékeinek átlagai láthatók, valamint a szignifikancia szintje (anova)

Hosszan elhúzódó megterhelő életkörülmény – mint a pandémia – hatására az emberek egymás iránti empátiája, nyitottsága, segítségre való hajlama felerősödik. A megszokott kapcsolatok (például családi, rokoni) mellett az addig inaktív vagy nem is létező kapcsolódások aktiválódnak vagy kialakulnak, például a szomszédokkal, a barátokkal, a kollégákkal. Vagyis a kapcsolatok támogató jellege mind érzelmi, mind fizikai, illetve anyagi erőforrásként megjelenik. A segítségnyújtás formáiról bővebben a 2010-es vörösiszap-katasztrófa idején végzett vizsgálat beszámolójában olvashatunk (Bartal–Ferencz, 2015). A segítő kapcsolatok típusait (donor, recipiens, reciprok és inaktív/kiilleszkedő) az említett vizsgálat alapján alakítottuk ki kutatásunkban, és elemeztük az erőforrások és a veszélyeztető tényezők szerint.

Egyéni és közösségi reziliencia a segítségnyújtás aspektusából

A magas rezilienciaszinttel rendelkező *inaktív* (segítőkapcsolat-hiányos) és *donor* (csak adó) segítségnyújtási típusba tartozó személyekről elmondható, hogy a legkevésbé éltek át a járványhelyzet okozta stressz negatív hatását, és képesek voltak rugalmasan alkalmazkodni a COVID-19-járvány hatásaihoz, optimális (átlagos) stressz-szint mellett. Ebbe a pandémia hatásaival szemben legvédettebb két típusba jellemzően családostok tartoznak, akik anyagi szempontból heterogén csoportot alkotnak. Az inaktívok magas társas támogatási értéke a kapcsolódás egyéb formáival magyarázható, melyeket a kutatásban nem kontrolláltunk (például gondoskodás, üzleti kapcsolat). *Az adás képessége és a társas támogatás együtt jár a rezilienciapotenciállal és az alacsony stressz-szinttel, a mentális egészség megőrzésével.*

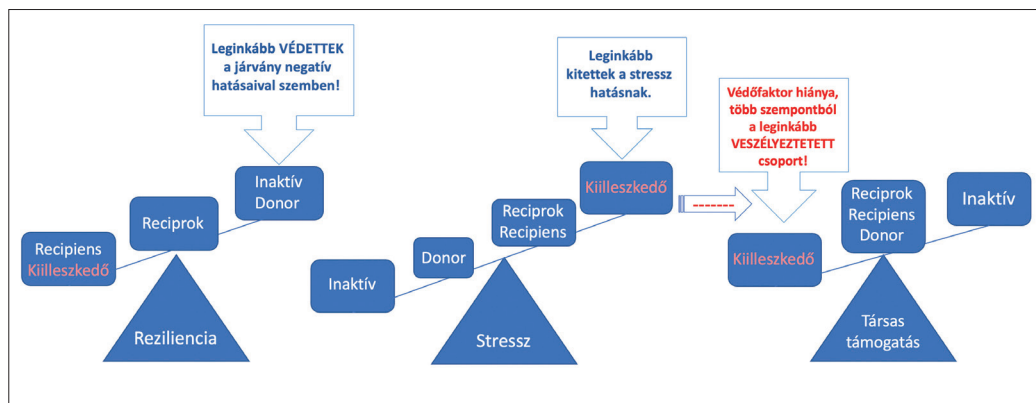
A *reciprok* személyekre (az adás és a kapás is jellemezi a segítségnyújtási viselkedést) leginkább jellemző a társas támasz magasabb szintje a magasabb stresszértékek mellett. Ők sok interperszonális helyzetben vesznek részt, a kapcsolatokkal járó aktív lelki élettel, és nagyobb stresszt élnek át. A csoportot jellemzően nők (50–64, illetve 65 évesek és idősebbek) alkotják, felsőfokú végzettségűek, házasok, azonban felülreprezentáltak voltak körükben az egyedülállók és a fővárosiak aránya. Az első hullám magas stressz-szintje után a negyedik hullámban a legnagyobb mértékű stresszcsökkenés volt mérhető ebben a csoportban. A reciprok típusú személyek erőforrásukat jellemzően a társas támogatásból is merítik, azonban a magasabb stresszérték azt jelzi, hogy lélektani értelemben leterheltek, a társas támogatás a stressz okozta feszültséget nem tudja teljes mértékben ellensúlyozni, sőt egy idő után megterhelő is lehet. A kifáradás, kimerülés veszélye áll fenn körükben. A járvány okozta negatív hatáshoz hozzáadódik a fejlődést kísérő változás stresszhatása. Érdemes figyelembe venni a csoportba tartozók idősebb korát és az életkörülményeiket. Olyan tényezőket, mint a kiürülő családi fészkek jelensége, a fiatalok instabil érzelmi és egzisztenciális állapota, melyek a normatív krízis velejáráói. A kapcsolati leterheltség mellett a rugalmas alkalmazkodási tendencia kevésbé jellemzi őket, ami védő és/vagy támogató faktorként szolgálna. *Ez a kimerülés által leginkább veszélyeztetett, a pszichés problémák megjelenésének leginkább kitett csoport.*

A jellemzően *recipiens* (segítségnyújtást csak kapó) személyek rezilienciája a legalacsonyabb, magas stresszérték mellett. A protektív faktorok alacsony értéke, az észlelt

stressz magas szintje mellett elmondható, hogy az adatfelvétel idejére a csoport tagjainak nincs hatékony védelmi eszközük a COVID-19-járvány hatásával szemben. A csoport elemszáma a legalacsonyabb (72 fő), jellemzően nők, heterogén életkori megoszlásban (50–64 évesek és kisebb mértékben 18–29 évesek, valamint 65 évesek és idősebbek), házások és egyedülállók közel azonos arányában, többségben gyermekekesek, alkalmazottak vagy nyugdíjasok, anyagi körülményeik szegényesek. Az életkori megoszlást tekintve vélhetően kiszolgáltatottak, ez magyarázza a magas stresszértéket. *Lélektani értelemben veszélyeztetettebb csoport* a pandémia idején; támogatásuk több irányból (biopszicho-szociális-spirituális) szükséges, hogy mentális egészségük ne sérüljön. *Helyzetük komplex kezelést igényel.*

A *kiülleszkedők* csoportjára (sem nem ad, sem nem kap segítséget) a legmagasabb stresszérték mellett a legalacsonyabb szintű reziliencia és társas támasz jellemző, ebben a csoportban a mentális egészség problémája is felmerül. Az izolált állapot megértéséhez további részleteket feltáró kutatásra van szükség. *Egzisztenciális, szociális és pszichés szempontból a legveszélyeztetettebb csoport*, célzott segítségre szorul. A pszichés tényezők jellemzőit a segítségnyújtó viselkedés aspektusából az alábbi ábrán szemléltetjük (2.7. ábra).

2.7. ábra: Pszichés tényezők a segítségnyújtás formái szerint a negyedik hullámban (2021. december)



Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” c. kutatás adatbázisa alapján

Következtetések és intervenció javaslatok

A COVID-19-járvány globális hatása sokként hatott az emberekre, a stressz emelkedett és hosszú időn keresztül fennáll. Pszichológiai értelemben a COVID-19-járvány pszichés hatásának következtében a lélektani tartalékok, melyek az első hullámban még mérhetőek voltak (Csikós és mtsai., 2020; Törő és mtsai., 2020; Kövesdi és mtsai., 2020), fogytán vannak, és a *kimerülés veszélye fenyeget*. A nők kitettebbek a járvány és a korlátozások okozta stressz negatív hatásaival szemben.

- A nőkre vonatkozó intervenciókat szükséges megfogalmazni és érvényesíteni, érzelmi kifáradásuk a személyes szint mellett jelentősen befolyásolja a családok életét, beleértve a párkapcsolatok minőségét, és a gyermekneveléshez szükséges érzelmi biztonságot szintén veszélyezteti. A nők lelki kimerülése az egész család érzelmi életét

2.8. ábra: A COVID-19-járvány hatásai kezelésének dimenziói



Forrás: saját szerkesztés „A közösségi reziliencia vizsgálata a COVID-19-járvány idején” c. kutatás adatbázisa alapján

alapjaiban érinti, a probléma nem egy, hanem két vagy három (akár több) személy lelki stabilitására, jóllétére is kihat.

- Technikai és életviteli szinten a stresszkezelést rendszeres tömegsporttal, relaxációs és meditatív technikákkal lehet támogatni. A „mókuskerék” jellegű munkavégzés megtörése kisebb szünetekkel, rugalmas munkaidővel szintén hozzájárulhat a napközbeni kisebb feltöltődéshez vagy az elfáradás megelőzéséhez. Egy szervezett, kiszámítható rendszer, mely segít megoldani a gyermekek napközbeni ellátását, szintén csökkenti az aktuális stresszt. Komplex szervezett programok kidolgozása javasolt hétköznapi és problémás helyzetek kezelésére.
- A *protektív faktorok* közül a férfiak inkább a reziliens megoldásokat, míg a nők a társas támogatást alkalmazzák. Mindkét támogató faktor jól alkalmazható a stressz negatív hatásaival szemben. Ugyanakkor pszichológiai szempontból a társas támogatás – a rezilienciával összefüggésben – csökkenti a stressz negatív hatását, míg a reziliens személyek kevesebb stresszt élnek át. Mentális egészség szempontjából kisebb a lelki igénybevétel a jelentősebb rezilienciapotenciállal élő személyek esetében.
- A rezilienciapotenciál növelése hozzájárul a mentális egészség megtartásához, ezért javasolt rezilienciafókuszú többlépcsős program kidolgozása. Első lépésben a téma edukációja, második lépésben programok kidolgozása, melyek érzékenyítenek a reziliencia témájára, harmadik lépésben konkrét instrukciók. Fontos megjegyezni, hogy a COVID-19-járvány olyan sokkhatást okozott, mely teher, de egyben lehetőséget is nyújt a reziliens működést támogató szemlélet és program kidolgozására.
- A donor és inaktív segítségnyújtással jellemzett személyek rezilienciapotenciálja a legmagasabb. Helyzettől függően ők valósítják meg leginkább a lelki ellenállást, illetve a rugalmas alkalmazkodást. A donor személyek jellemzően családi kapcsolatban élnek.

Ez önmagában védőfaktor krízisben vagy katasztrófa helyzetben, hiszen a terhet nem egy személy viseli, hanem a családi rendszer, mely hozzájárul a reziliens működéshez. A donor csoporton belüli elmozdulás az inaktív segítő viselkedés felé azzal magyarázható, hogy felismerték és megértették, hogy a vírusfenyegetettség nem fog rövid időn belül megszűnni, vagyis hosszú távú terhelésre kell számítani. Adaptívnak tekinthető személyes szempontból, hogy tartalékolják az energiákat, csak a legszükségesebb tevékenységeket, kapcsolatokat tartják fent ezek a személyek, családok. Az összefüggés pontosabb megértéséhez további vizsgálatra van szükség. Ez az említett két csoport a leginkább védett a pandémia okozta stressz hatásaival szemben. A védettség azonban két eltérő segítő viselkedésből adódik: míg a donorok az adási viselkedéssel érik el ezt az állapotot, az inaktívak a segítő kapcsolatokból visszahúzódva, mégis társas támogatással (például gondoskodás, üzleti kapcsolatok stb.). Az ember jólléte és az adás, adakozás összefüggése már a cedákákban is olvasható.

- *A segítségnyújtás, az adás viselkedésének facilitálása beépíthető a rezilienciapotenciál növelését célzó beavatkozásokba. Pandémiás időszakban a segítség hozzájárul a reziliens válaszreakciók kidolgozásához, az adaptív működéshez.* A családi rendszer megerősítése a stressz kezelésében megtartó erő, a családok több szempontú támogatása, a közösségi élet lehetőségeinek megteremtése és facilitálása javasolt. A családi rendszert megtartó szélesebb támogatórendszer felépítése szükséges. A segítség típusának elemzése új szempontokat hozott a reziliencia kutatásába.
- A recipiensen viselkedő személyek a legveszélyeztetettebbek abból a szempontból, hogy ők tudnak legkevésbé adaptívan viszonyulni a változásokhoz. A reciprok segítőik számos oda-vissza ható interperszonális kapcsolatban aktívak, azonban rugalmasságuk átlagos szintű. Esetükben ki kell dolgozni a kimerülés és a kiegészítését!
- A kiilleszkedőknél számolni kell a mentális sérülékenységgel, ami a pszichiátriai és pszichológiai ellátórendszert terheli.
- *A recipiens és kiilleszkedő módon segítő személyek komplex (pszichoszociális) segítése szükséges. A reciprok módon segítő személyeknek elsősorban pszichés segítség javasolt (például relaxáció, autogén tréning stb.).*

Mentálhigiénés rendszer kiépítése a gyermek és serdülő, valamint felnőtt korosztály részére (fókuszban a rezilienciapotenciál növelése):

- az általánosan megemelkedett stressz-szint kezelésére a rendszeres sportolás lehetőségét biztosítani (edzőhelyek, rugalmas munkaidő, szakemberek, finanszírozás stb.), ezzel megelőzve a kiegészítést,
- fiatal felnőttek és egyedülállók (recipiensek) számára megtartó közösség építése,
- a családi rendszer megerősítő és rezilienciafókuszú támogatása,
- a közösségépítésben, a többszintű támogatórendszer kialakításában nagy segítséget nyújthatnak az egyházak és a civil szervezetek,
- Az adás-oda fordulás, a segítői attitűd és viselkedés facilitálása egyéni, családi és társadalmi szinten (paradigmaváltás!),
- A munkáltatók és munkavállalók edukálása a mentális egészség témában (érzékenyítő alkalmak).

3. A COVID-19-JÁRVÁNY HATÁSA AZ OKTATÁSRA

FEJEZETSZERKESZTŐ: VARGA JÚLIA

Vezetői összefoglaló

A COVID-19-járvány kitörését követően az iskolákat Magyarországon is, ahogy az egész világon, hosszabb időre, ismétlődően bezárták, és a tanulók nem jelenléti oktatás keretében, hanem egyéb módokon, elsősorban online oktatás keretében vettek részt az oktatásban. A hosszú iskolabezárások komoly aggodalmakat vetnek fel, mivel korábbi nemzetközi kutatások, melyek részben háború miatt (Ichino és Winter-Ebmer, 2004), vagy más, helyi természeti katasztrófák, vagy egyéb ok miatt bekövetkezett helyi iskolabezárások hosszú távú hatását vizsgálták (például Marcotte és Hemelt, 2008; Baker, 2013; Andrabi és szerzőtársai, 2020), azt mutatták, hogy nagy és tartós tanulási veszteségeket okozhatnak, melyek még évtizedek múlva is hatással lehetnek a bezárásokat elszenvedők életpályájára.

A távolléti oktatásra való átállásnak számos olyan következménye lehetett, melyek tanulási veszteségeket okozhattak a tantermi oktatással összehasonlítva. A tanulókat vagy a pedagógusokat akadályozhatta a távolléti oktatásba kapcsolódás tárgyi feltételeinek vagy a távolléti oktatáshoz szükséges készségek hiánya, a tanulók kevesebb időt tölthettek tanulással, vagy ugyanannyi időráfordítás mellett is kevésbé hatékonyan tudták elsajátítani a tananyagot, esetleg a pedagógusok sem a korábbi, jelenléti oktatásban megszokott minőségben tudtak tanítani stb.

Ebben a fejezetben a COVID-19-járvány miatt elrendelt magyarországi iskolabezárások, a távolléti oktatásra átállás és általában a pandémia hatásait vizsgáljuk, több új, saját adatfelvétel adataira támaszkodva. Az első alfejezet egy iskolai kérdőíves adatfelvétel adatait használja annak elemzéséhez, hogy mennyi ideig tartott a távolléti oktatás, milyen különbségek voltak megfigyelhetőek a lezárások időtartamában az iskolák különböző jellemzői mentén, hogy az iskolák mennyire voltak felkészülve a távolléti oktatásra, hogy a tanárok, az iskolák megítélése szerint kialakult-e, és ha igen, milyen mértékű a tanulási lemaradás. A második alfejezet a mért tanulói teljesítményekben mutatkozó tanulási veszteségeket vizsgálja a Szegedi Tudományegyetem (SZTE) Oktatásméleti Kutatócsoportja által fejlesztett és működtetett eDia diagnosztikus rendszer adatait felhasználva. A tanulási veszteségek mellett a járvány további negatív hatása lehet a lemorzsolódás, a korai iskolaelhagyás arányának növekedése, illetve a tanulásból a munkába történő átmenet megnehezülése. Ezt vizsgálja a harmadik alfejezet. Az utolsó két alfejezet pedig a távolléti oktatás eredményességét és a COVID-19-járvány

miatti tanulási veszteségek pótlására, a felzárkóztatásra használt hazai jó gyakorlatokat (negyedik alfejezet) és a külföldi tapasztalatokat mutatja be (ötödik alfejezet).

Tanulmányaink alapján az alábbi következtetéseket vonjuk le:

- A járvány kezdete óta eltelt négy iskolai félévben nagyon jelentős volt a jelenléti oktatásból kiesett tanítási idő. Az iskolák a hosszú ideig tartó kötelező lezárásokon kívül is, saját hatáskörükben, nagy arányban rendeltek el ideiglenes tanítási szüneteket és egy-egy osztályra vagy az iskola egészére – a kötelezőn túl, további távolléti oktatási időszakokat.
- A távolléti oktatás idején az iskolák jelentős része nem tudott minden tanórát megtartani, tehát a tényleges tanítási idő rövidebb volt, mint a jelenléti oktatás esetében. A tanulók gyakrabban hiányoztak, gyakrabban nem készítették el a házi feladatukat. A szakképző intézményekben és az olyan általános iskolákban, ahol magas a halmozottan hátrányos helyzetű (HHH) tanulók aránya, ezek a gondok még nagyobb mértékben jelentkeztek.
- Az iskolák a járvány előrehaladtával jobban meg tudták teremteni a távolléti oktatás tárgyi és személyi feltételeit, de a hátrányos helyzetű diákokat nagy arányban tanító iskolák nem tudták ezt megfelelően biztosítani, és a távoktatás minősége is rendszerint nem érte el a jelenléti oktatását.
- Ennek következtében az igazgatók és a tanárok is úgy látják, hogy a tanulók egy része jelentős mértékű lemaradást halmozott fel a tantervhez képest. A járvány előtti időszakokkal összevetve az általános iskolában és a szakképzésben számoltak be a legnagyobb mértékű lemaradásról, a nagy HHH-arányú iskolákban különösen nagy a lemaradás.
- Ezeket az értékeléseket megerősítették azok a mérési eredmények, melyek tanulói teljesítménymérési eredmények felhasználásával vizsgálták a járvány hatását a 2020/21-es és a 2021/22-es tanévben. Már a 2020/21-es eredmények is komoly teljesítményromlást mutattak az első évfolyamos diákok iskolakészültségi szintjében és a 2–8. évfolyamos diákok matematikai, olvasási és természettudományi eredményeiben. A lemaradás még nagyobbnak mutatkozott a 2021/22-es tanévben. A hátrányos helyzetű diákokat magas arányban tanító iskolákban a diákok óriási lemaradást halmoztak fel. A veszteségek pótlásának hiánya végzetes következményekkel járhat a diákok iskolai és életpályájára.
- A járvány növelte az iskolából való lemorzsolódás valószínűségét. A fiatal álláskereső aránya is nőtt a járvány kezdetét követően, különösen a nők között. A nem dolgozó és nem tanuló fiatalok aránya már a járvány előtt is növekvő trendet követett, amit a járvány tovább emelt. A járvány bekövetkezte tovább rontotta a fiatalok munkaerőpiaci esélyeit.
- A COVID-19-járvány következtében kialakult tanulási veszteségeket csökkenteni kell, a normál tanítás keretében ezek a veszteségek nem hozhatók be. A felzárkóztatás egyik módja lehet a célzott, megfelelő ideig tartó, személyre szabott technológia alapú fejlesztés, ahogy a hazai jó gyakorlatokról szóló alfejezetben bemutatjuk.

- A tanulási veszteségek kezelésének első lépése a veszteségek felmérése és a megfelelő felzárkóztatási intézkedések kialakítása, megtervezése. Hatékony módszer lehet, ahogy a külföldi tapasztalatok között bemutatjuk, a tanterven belül prioritások kijelölése, a mikrotanítás, a tutorálás, a tanítási idő meghosszabbítása, a személyre szabott tanulási tervek alkalmazása. Szükségesnek látszik a tanárok digitális oktatásra felkészítő továbbképzése. Az intézkedések megvalósításához szükséges többletforrásokat biztosítani kell, és hatékony felhasználásuk érdekében fontos az intézkedések célzottsága.
- Célzott beavatkozások nélkül további munkakínálati hatásokkal is számolni kell a jövőben. Ezek részben abból adódnak, hogy azok a fiatalok, akiket az iskolában ért a válság, ha nem is morzsolódtak le, kisebb humán tőkével, rosszabb készségekkel lépnek ki a munkaerőpiacra, mint a megelőző korosztályok. Ez önmagában elég ahhoz, hogy megnehezítse az elhelyezkedést. Mivel úgy tűnik, hogy a járvány ezenfelül növelte a lemorzsolódást is, a fiatalok nagyobb hányada lép középfokú végzettség nélkül a munkaerőpiacra, ami tovább rontja a munkapiaci esélyeiket. Végezetül, a munkapiaci kudarcok tartósak lehetnek: azok a fiatalok, akik munkanélküliségben vagy inaktivitásban kezdik a munkaerőpiaci pályájukat, később is nehezebben találnak munkát. Egyfelől mert a kényszerszünet alatt a készségeik romlanak, másfelől a munkáltatók előnyben részesítik azokat a fiatalokat, akiknek vagy van munkatapasztalatuk, vagy egyből az iskolából jönnek. A munkanélküliségben vagy inaktivitásban töltött idő azt sugallja a munkáltató számára, hogy a potenciális munkavállaló „nem jó munkaerő”.

3.1. A távolléti oktatás időtartama, az iskolák, pedagógusok és diákok felkészültsége, tanulási elmaradás a pedagógusok véleménye szerint

HOLB ÉVA, KHAYOUTI SÁRA, KISFALUSI DOROTTYA,
MESSING VERA, VARGA KINGA, VARGA JÚLIA

A következő alfejezet az iskolák és pedagógusok körében végzett kérdőíves adatfelvétel eredményeire támaszkodva mutat be leíró elemzést a távolléti oktatás időtartamáról, az iskolák felkészültségéről és arról, hogy az iskolák, tanárok véleménye szerint milyen eredménye volt a távolléti oktatásnak.

A felhasznált adatok – a COVID-19-járvány hatását vizsgáló iskolai adatfelvétel

Az elemzés egy saját, több részből álló iskolai kérdőíves adatfelvétel adatain alapul. Olyan kérdésekről gyűjtöttünk információt, amelyekről nem állnak rendelkezésre más adatforrások. Háromféle kérdőívet készítettünk.¹ Az iskolavezetői ténykérdőívben az iskolavezetést kérdeztük az iskolabezárásokra, a tanári munkaerő-forgalomra és a végzettséget szerző tanulókra vonatkozó adatokról. Az iskola vezetése vagy az iskolatitkár online, önkitöltős kérdőív formájában válaszolhatott a kérdésekre. A második kérdőívet az intézményvezetők számára állítottuk össze, ebben az iskola távolléti oktatásra való felkészültségét és a járvány miatt bevezetett iskolapolitikákat érintettük. Az igazgatókat kérdezőbiztosok segítségével egy-egy online strukturált interjú keretében kérdeztük meg. A harmadik kérdőív a tanárok, pedagógusok tapasztalatainak feltérképezésére szolgált. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a járvány idején milyen tanítási módszereket használtak, biztosítottak voltak-e számukra és diákjaik számára a távolléti oktatás tárgyi feltételei, hogyan érték el a tanulókat, illetve mennyire tudtak velük haladni a tananyagban a korábbi évekhez képest. A pedagógusok szintén online, önkitöltős kérdőív formájában válaszolhatták meg a kérdéseket.

Az adatfelvétel *mintája* a magyarországi közoktatási intézmények képzéstípus (általános iskola, gimnázium, szakképzés), fenntartó (állam, egyház, magán) és az általános iskolák esetében településtípus (Budapest, város, falu) szerinti reprezentatív mintája. A mintába 300 iskola került, válaszadás hiányában az adott iskola helyett hasonló jellemzőkkel rendelkező másik intézményt kerestünk fel a pótmintából. A minta rétegek szerinti megoszlását az I. Függelék F1. táblázata (online melléklet) mutatja be. Az adat-

¹ A kérdőívek mellé egy-egy tájékoztatót is küldtünk a kutatás céljáról és az adatkezelés módjáról az iskolavezetésnek és a pedagógusoknak. A kérdezett szakképző iskoláknak csatoltuk a fenntartójuktól, az Innovációs és Technológiai Minisztériumtól kapott levelet is, amelyben támogatják az iskolák kutatásban való részvételét. A Klebelsberg Központtól nem kaptunk támogatást, ami tapasztalataink szerint jelentősen visszavetette az állami fenntartású általános iskolák és gimnáziumok válaszadási hajlandóságát.

felvétel még nem fejeződött be, jelen tanulmányban a 2022. január 31-ig beérkezett válaszokat elemezzük. Eddig az időpontig a 300-as mintából összesen 223 igazgatói kérdőívet sikerült lekérdezni, 113 iskolából kaptuk meg az iskolavezetői ténykérdőívet, és 904-en válaszoltak a pedagógusoknak szánt kérdőívre.

Mivel a válaszadási hajlandóság eltérő volt az iskolák egyes csoportjaiban, a 2022. január 31-ig beérkezett válaszok képzéstípus, fenntartó és településtípus szerinti megoszlása némileg eltér az alappopulációban található megoszlásoktól. A válaszok reprezentativitását ezért súlyozással biztosítottuk. Az igazgatói kérdőívek és a ténykérdőívek esetén a súlyokat az iskolák egyes rétegek szerinti megoszlása alapján számoltuk ki, míg a tanári kérdőívek esetén az egyes rétegekhez tartozó átlagos iskolánkénti pedagóguslétszámot vettük figyelembe. A pedagógusi kérdőívek esetében azonban bizonyos rétegekben olyan alacsony volt a válaszadási hajlandóság, hogy csak képzéstípus és fenntartó szerint (állami, nem állami) volt lehetséges a súlyozás és így a reprezentativitás biztosítása. Az egyes rétegekhez tartozó súlyokat az I. Függelék F2–4. táblázatai tartalmazzák.²

Intézménybezárások: a távolléti oktatás mennyiségi különbségei

Kötelező lezárások és jelenléti oktatás

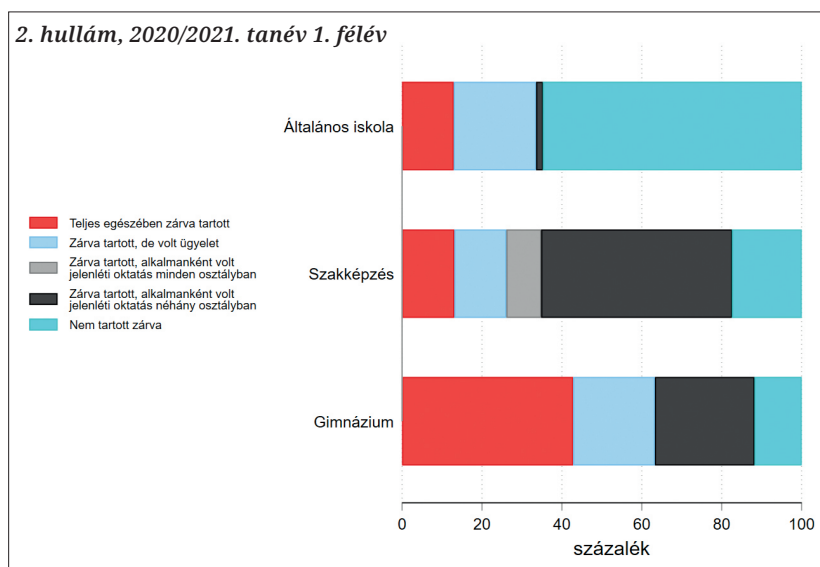
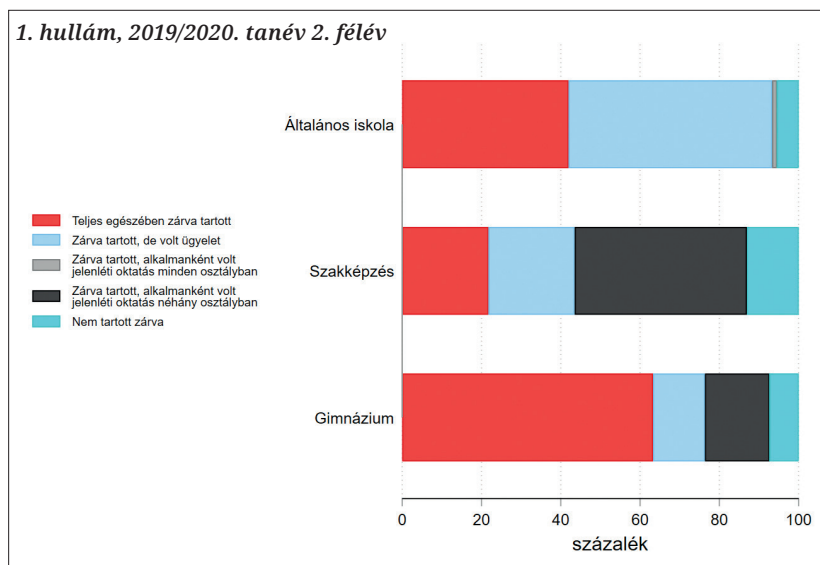
A COVID-19-járvány első négy hulláma három tanévet érintett. A kötelező lezárások időtartama oktatási szintek és programtípusok szerint különbözött az egyes hullámok alatt (I. Függelék F5. táblázat). Az első hullám idején minden oktatási szintre és képzéstípusra kiterjedően megtörtént a lezárás, a távolléti oktatás a tanév vége előtt egy héttel ért véget, és ezt követően is csak a szakképzést folytató intézményekben tartottak oktatást. A következő hullámok alatti lezárásokról összefoglalóan elmondható, hogy a jelenléti oktatást szabályzó rendeletek törekedtek az általános iskolai diákok tantermi oktatásának lehetséges leghosszabb idejű megtartására. Ennek egyrészt az lehet a magyarázata, hogy az iskolázás korábbi szakaszaiban sokkal nagyobb lemaradást okozhat a jelenléti oktatás hiánya, másrészt az első hullám idején elrendelt lezárást követően az is nyilvánvalóvá vált, hogy ha az alsó tagozaton az intézményeket teljesen bezárják, akkor a gyermek felügyelete vagy annak megszervezése átterhelődik a szülőkre, és ez a szülői munkavégzést jelentős mértékben korlátozhatja. Összességében a vizsgált négy félév alatt (2019/2020. tanév 2. félév; 2020/2021. tanév 1. és 2. félév; 2021/2022. tanév 1. félév) *kötelező jelleggel* az általános iskolák alsó tagozata 9 hétre, az általános iskolák felső tagozata 12 hétre; a középiskolák pedig 19 hétre voltak lezárva.

A kötelező teljes lezárások idején az intézmények ügyeletet szervezhetnek, továbbá heti néhány alkalommal jelenléti oktatást is tarthattak az osztályoknak, ami valamilyen nyit enyhíthetett a jelenléti oktatás hiányán. Az intézményvezetők válaszaik alapján az iskolák eltérő mértékben éltek ezekkel a megoldásokkal (3.1. ábra). A kötelező lezárások minden időszakában a szakképzést nyújtó iskolák éltek a legnagyobb arányban a rész-

² A kérdezést a Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft. végzi. Az adatfelvétel 2022. január 7-én kezdődött, és a Fehér Könyv elkészülésekor még folyamatban van, így az itt bemutatott eredményeink előzetesek.

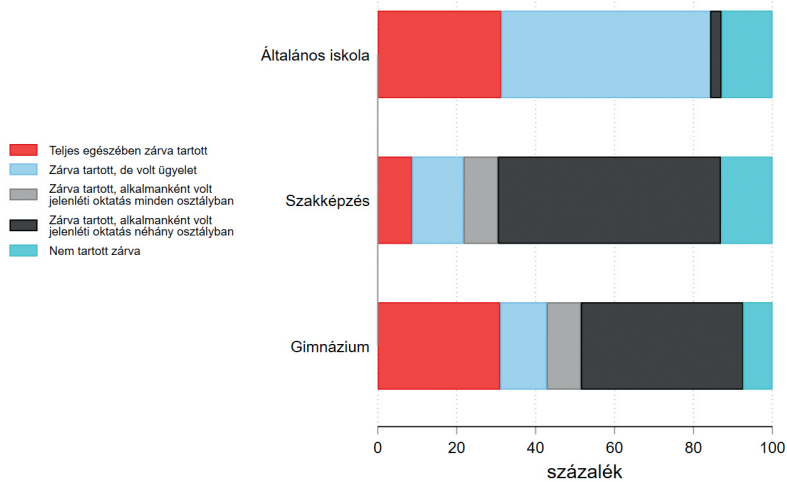
leges vagy alkalmoszerű jelenléti oktatás eszközével, amit valószínűleg az magyaráz, hogy a gyakorlati képzést nehéz nem helyszíni oktatás keretében hatékonyan folytatni. Az általános iskolai képzésben a távolléti oktatás idején jellemzően ügyeletet tartottak az intézményen belül.³

3.1. ábra: A kötelező lezárások alatt alkalmazott jelenléti megoldások aránya programtípus szerint az intézményvezetők válaszáin alapján (%)



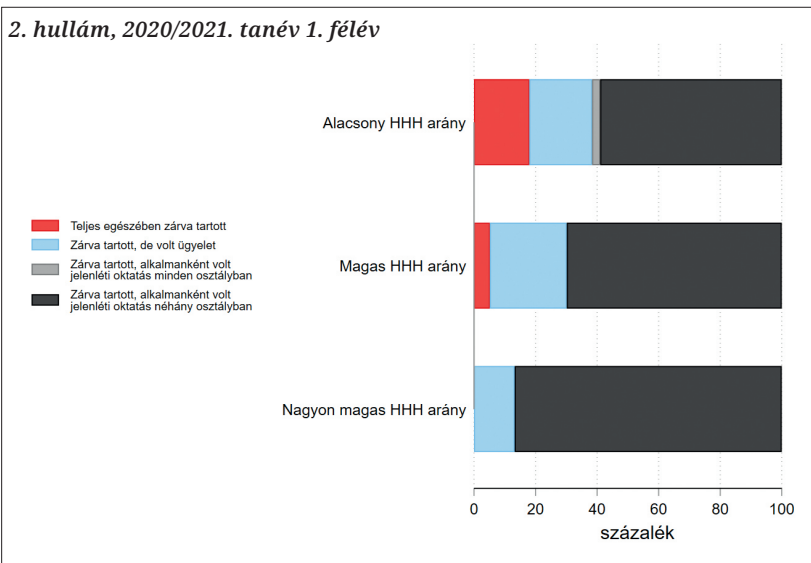
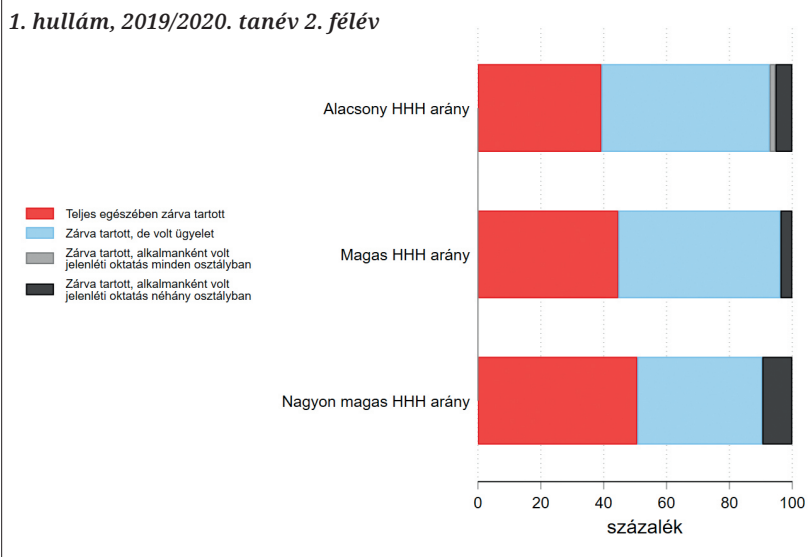
³ Intézményen belüli ügyeletet a rászoruló gyerekeknek tarthattak: például a kulcságzatokban, egészségügyben, kiskereskedelemben stb. dolgozó szülők gyerekeinek, vagy más okból rászoruló gyerekeknek.

3. hullám, 2020/2021. tanév 2. félév

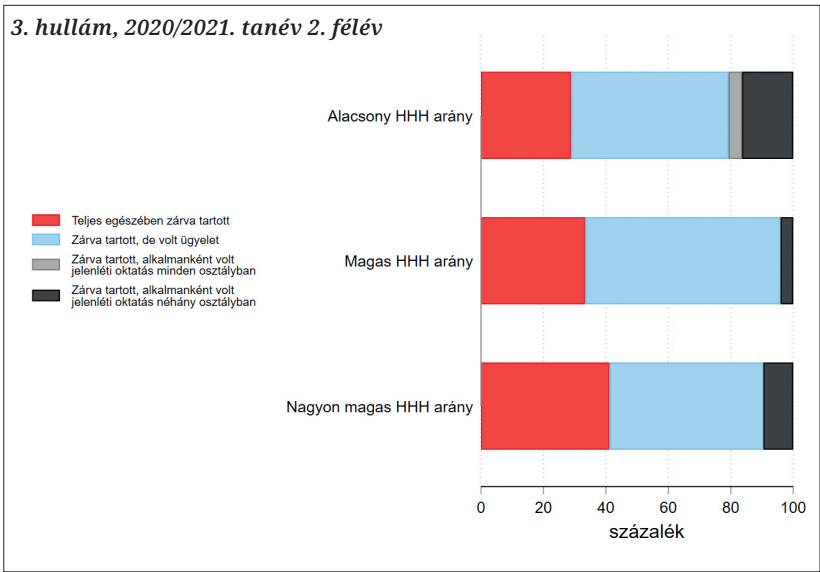


Az általános iskolák esetében azt is megvizsgáltuk, hogy megfigyelhetők voltak-e különbségek a lezárások során alkalmazott megoldásokban a tanulók szociális helyzete szerint. Az iskolákat – a KIR-STAT statisztikai adatgyűjtésekben szereplő 2020. évi adataik alapján – a halmozottan hátrányos helyzetű (HHH) tanulók aránya szerinti három csoportba rendeztük. Az alacsony HHH-arányú intézmények csoportjába azokat az iskolákat soroltuk, ahol a halmozottan hátrányos helyzetűek aránya az országos átlagnál kisebb, a magas HHH-arányú intézmények csoportjába azokat, ahol az arány az országos átlag 1–4-szerese, a nagyon magas HHH-arányú intézmények csoportjába pedig azokat, ahol a HHH tanulók aránya nagyobb az országos átlag négyszeresénél. Az első és harmadik hullám alatt a nagyon magas HHH-arányú iskolákban volt a legnagyobb arányban teljes lezárás, úgy, hogy más eszközzel nem éltek az intézmények, és ezekben az iskolákban biztosítottak mindhárom hullám alatt a legkisebb arányban ügyeletet (3.2. ábra).

3.2. ábra: A kötelező lezárások alatt alkalmazott jelenléti megoldások aránya az általános iskolákban a HHH tanulók aránya szerint (%)

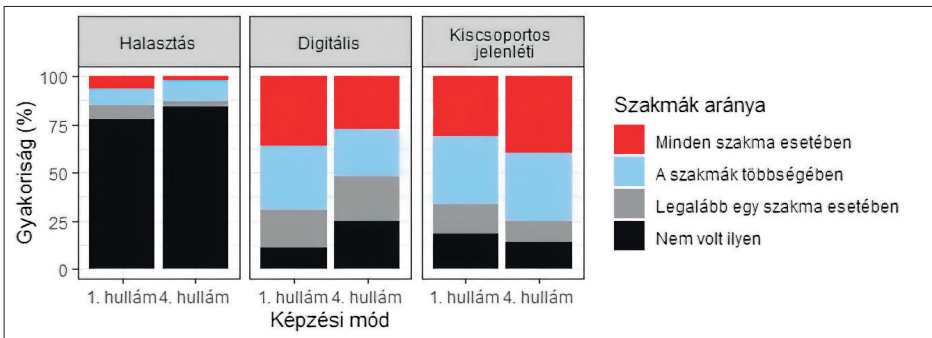


3. hullám, 2020/2021. tanév 2. félév



A szakképzést nyújtó középiskolákban a digitális tanrend gyakorlati oktatásra gyakorolt hatását külön is felmértük: az első járványhullám során bevezetett első digitális tanrend,⁴ illetve a (kérdézeskor) utolsó digitális tanrend idejére⁵ vonatkozóan. A gyakorlati oktatás szervezésének három fajtáját figyeltük meg: a gyakorlati képzés elhalasztását, a gyakorlati képzés digitális formában való megtartását, és amikor a járványügyi szabályokat betartva kisebb csoportokban felváltva személyesen tartották meg az órákat. Az első hullám alatt a gyakorlati órák leggyakrabban digitálisan zajlottak, míg a negyedik hullámban a személyes kiscsoportos oktatás enyhén dominánsabbá vált (3.3. ábra). Az órák elhalasztásával valamilyen formában mindkét hullámban az intézmények kevesebb mint negyede élt, míg a digitális és személyes kiscsoportos oktatást mindkét hullámban az iskolák több mint háromnegyede alkalmazta.

3.3. ábra: A szakképző iskolák megoszlása a lezárások alatt alkalmazott gyakorlati képzési módszerek szerint az első és az utolsó digitális tanrend idején (%)



⁴ A 2019/2020-as tanév második félévében.

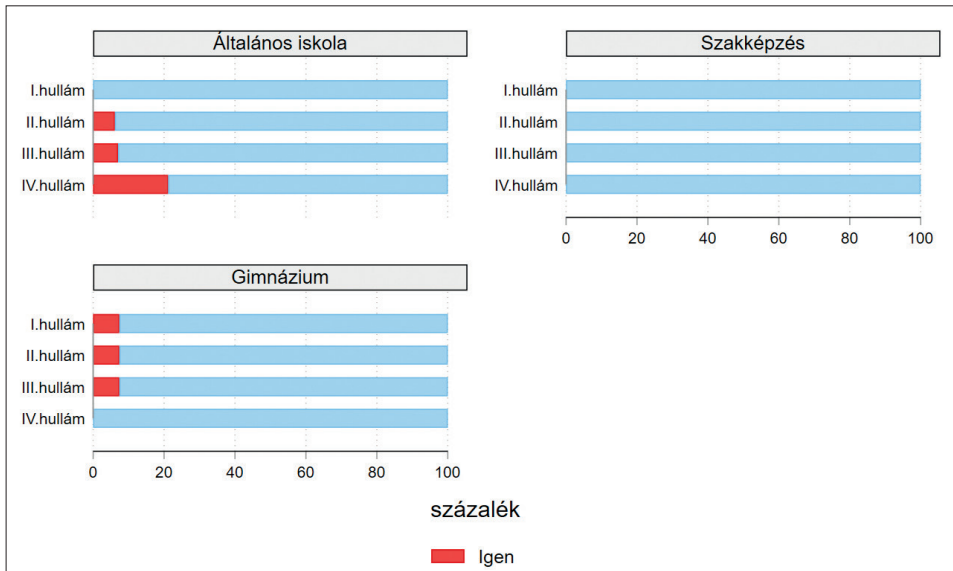
⁵ A 2021/2022-es tanév első félévében.

Az iskolák sokszor váltottak stratégiát az első és az utolsó digitális tanrend között, ezeket a változtatásokat az I. Függelék F1. ábráján lévő Sankey-diagramok jelenítik meg mindhárom módszer esetében. A halasztások aránya enyhén csökkent a szakképző iskolákban és technikumokban, ami arra utalhat, hogy ez a módszer nem járt jó eredményekkel. Ezt erősíti, hogy ahol az első időszakban minden szakma esetében elhalasztották a képzéseket, ott az utolsó időszakban már egyiknél sem. A digitális oktatás aránya is csökkent: ahol az első időszakban egyik szakmánál sem vezették be a digitális oktatást, ott később sem, de sok intézményben, ahol volt digitális gyakorlati oktatás, eltörölték ezeket az utolsó digitális tanrend idejére. Egyedül a személyes kiscsoportos oktatás aránya növekedett: azoknak az iskoláknak a többsége, melyek az első hullám idején nem szerveztek személyes kiscsoportos képzést, a negyedik hullámban már minden képzésnél tartottak ilyen formában gyakorlati órákat. (A három képzéstípus együttes alkalmazását az I. Függelék F6. táblázata mutatja be.) Az igazgatók válaszaiból az is kiderült, hogy az első hullám során volt olyan szakképzés, amelyben tömbösítve tartottak meg órákat, volt olyan, melyben otthoni gyakorlati feladatokat kaptak a tanulók, és fényképen kellett beküldeni a végeredményeket, és olyan is, melyben az alsóbb évfolyamokon online, de a felsőbb évfolyamokon jelenléti oktatással tanítottak. Az utolsó digitális tanrend idején hasonló módszerekkel oldották meg az oktatást, a tömbösítés gyakoribbá vált, illetve volt, hogy a járványügyi szabályokat betartva külső helyszínen tartották meg a gyakorlati órákat.

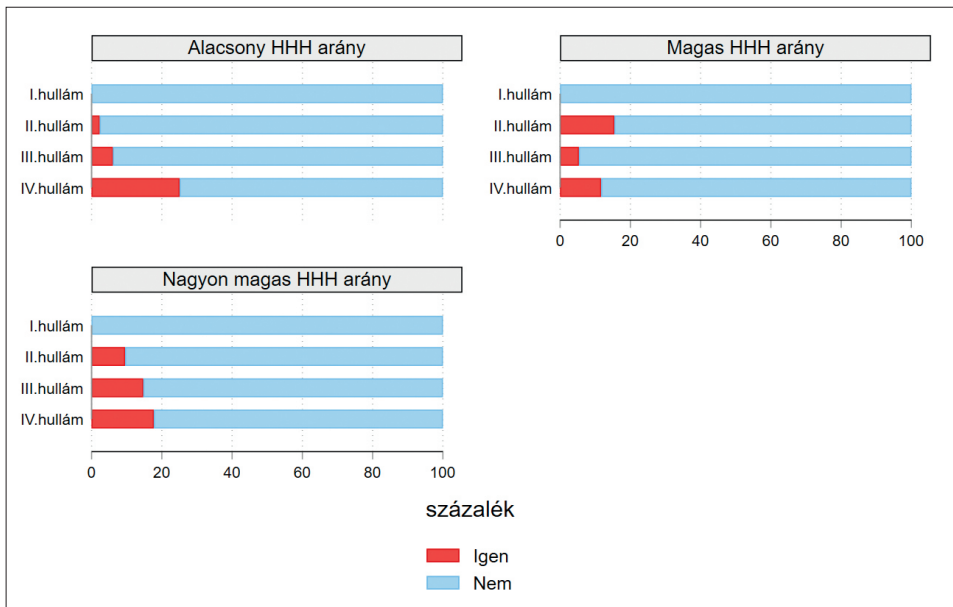
Rendkívüli tanítási szünetek

A kötelező lezárás időszakain kívül az intézményeknek lehetőségük volt arra, hogy rendkívüli tanítási szünetet rendeljenek el, amikor online tanítás sem folyt. Az így kiadott szünet vonatkozhatott az egész intézményre vagy néhány osztályra. Minden járványhullámban az iskoláknak csak kisebb része élt ezzel a lehetőséggel (3.4. ábra). A válaszadó szakképző iskolák közül egy sem volt, mely rendkívüli tanítási szünetet rendelt volna el. Ugyanakkor az általános iskolák az újabb és újabb hullámok alatt egyre növekvő arányban éltek ezzel az eszközzel. A negyedik hullám idején több mint egyötödük rendelt el rendkívüli tanítási szünetet.

3.4. ábra: Az iskolák megoszlása a rendkívüli tanítási szünet elrendelésének előfordulása szerint programtípusonként (%)



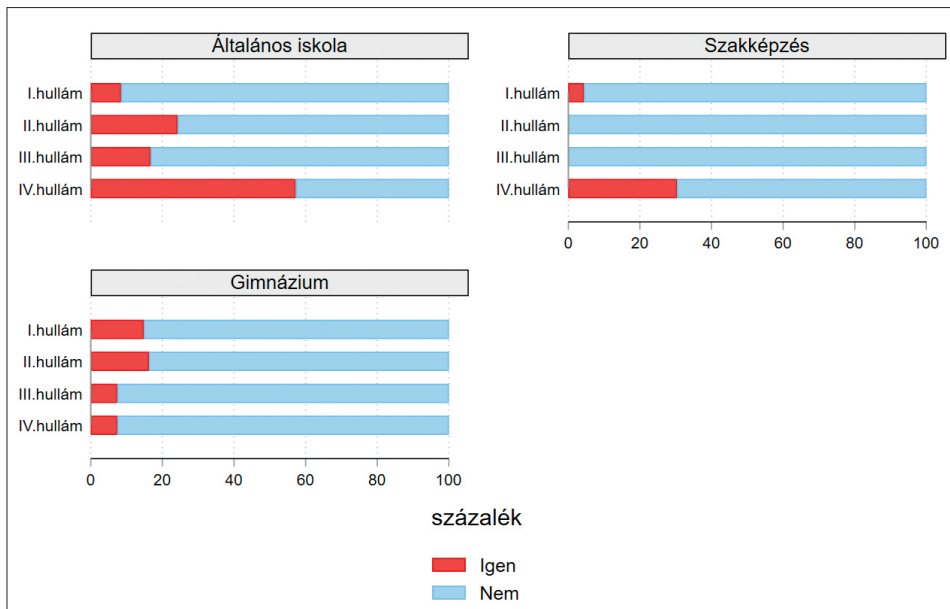
3.5. ábra: Az általános iskolák megoszlása a rendkívüli tanítási szünet elrendelésének előfordulása és a HHH tanulók aránya szerint (%)



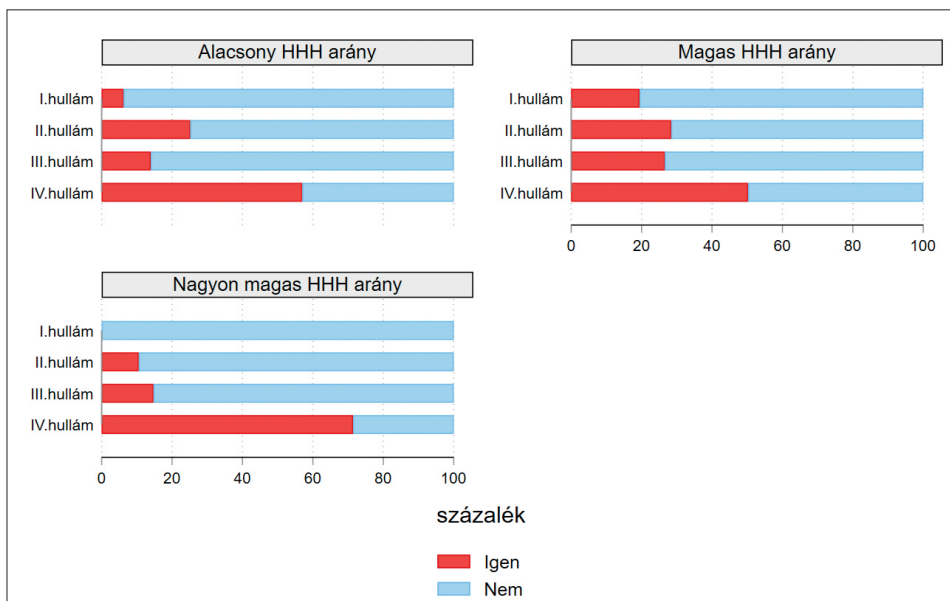
Az iskolák a kötelező lezárásokon kívül is hosszabb-rövidebb időre, az egész iskolára vagy egy-egy osztályra vonatkozóan elrendelhetik a távolléti oktatást a járványhelyzet alakulásának függvényében. Az első hullám idején, amikor a kötelező lezárás rájuk is kiterjedt, az általános iskolák nem rendeltek el rendkívüli távolléti oktatást (3.6. ábra). A következő

három hullámban a kötelező lezárások az általános iskolákra vonatkoztak a legkevésbé, így az intézmények növekvő arányban hoztak döntést a távolléti oktatás elrendeléséről. A nagyon magas HHH-arányú iskolák éltek a leginkább ezzel az eszközzel (3.7. ábra).

3.6. ábra: Az iskolák megoszlása a kötelező lezáráson kívüli rendkívüli távolléti oktatás elrendelése és programtípusok szerint (%)

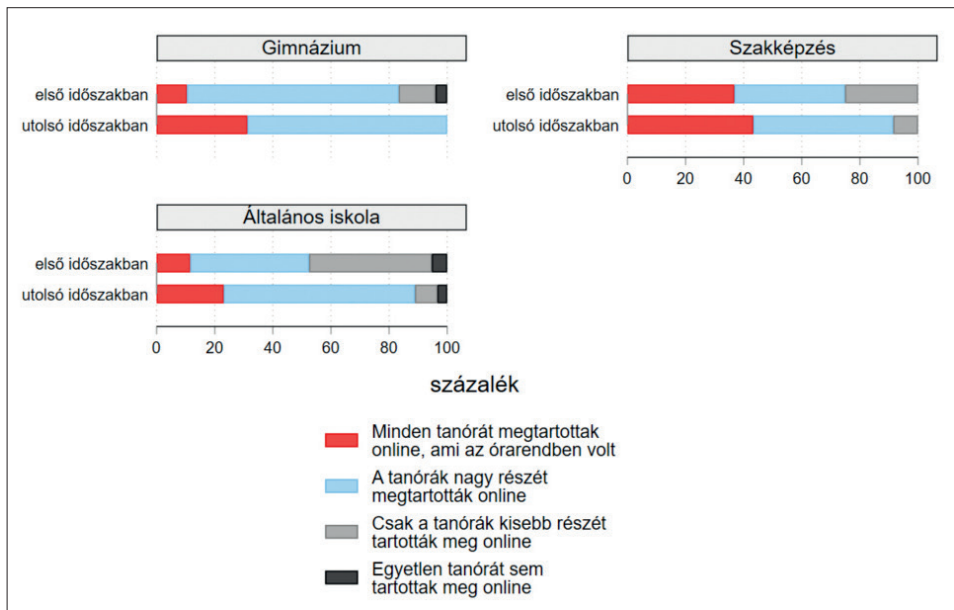


3.7. ábra: A kötelező lezáráson kívüli rendkívüli távolléti oktatás elrendelése az általános iskolákban a HHH tanulók aránya szerint (%)

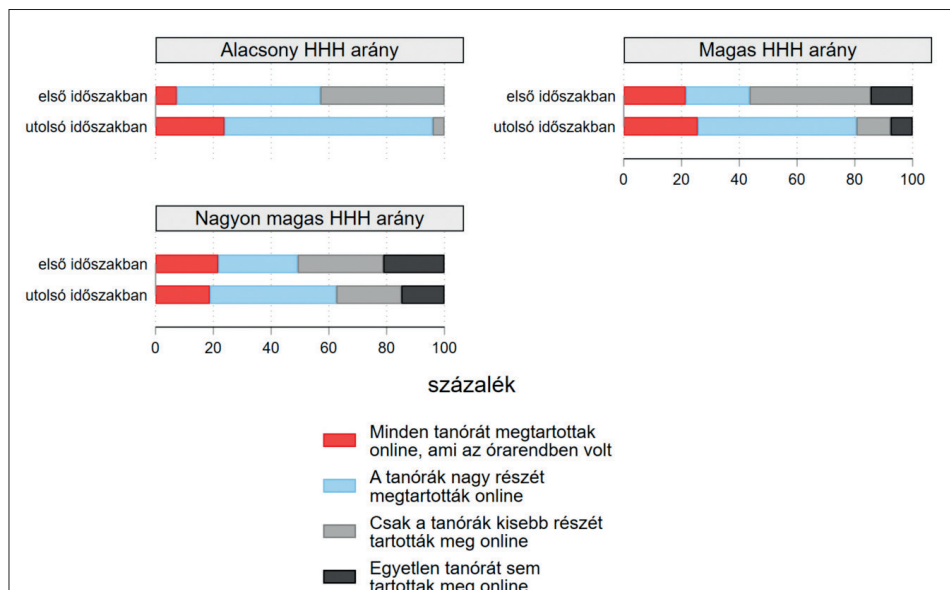


A tanárok arról számoltak be, hogy az első hullám alatt kisebb arányban tartották meg az összes órát vagy a tanórák nagy részét, mint az utolsó lezárás idején (3.8. ábra), iskolatípustól függetlenül. Ez arra utal, hogy egyre inkább alkalmazkodni tudtak az online oktatáshoz. A negyedik hullám idején már nem fordult elő, hogy nem tartottak volna meg online tanórákat. Az általános iskolákban is megfigyelhető volt az alkalmazkodási folyamat, de itt még a negyedik hullámban is előfordult, bár csökkenő arányban, hogy a távoktatás alatt elmaradtak tanórák. Az általános iskolákról az is elmondható, hogy minél nagyobb a HHH tanulók aránya, annál nagyobb arányban nem tartottak meg egyetlen tanórát sem, vagy csak a tanórák kisebb részét az első és az utolsó lezárás idején is. A nagyon magas HHH-arányú iskolákban a pedagógusok fele arról számolt be, hogy az első hullám idején egyetlen tanórát sem tartottak meg, vagy csak a tanórák kisebb részét, de az utolsó lezárás alatt is csaknem 40 százalék volt az arány (3.9. ábra). Vagyis pontosan a leginkább rászoruló tanulók tényleges tanítási ideje csökkent a legnagyobb mértékben a járvány alatt.

3.8. ábra: A digitális tanrend idején megtartott órák aránya intézménytípusonként (%)



3.9. ábra: A digitális tanrend idején megtartott órák aránya az általános iskolákban a HHH tanulók aránya szerint (%)



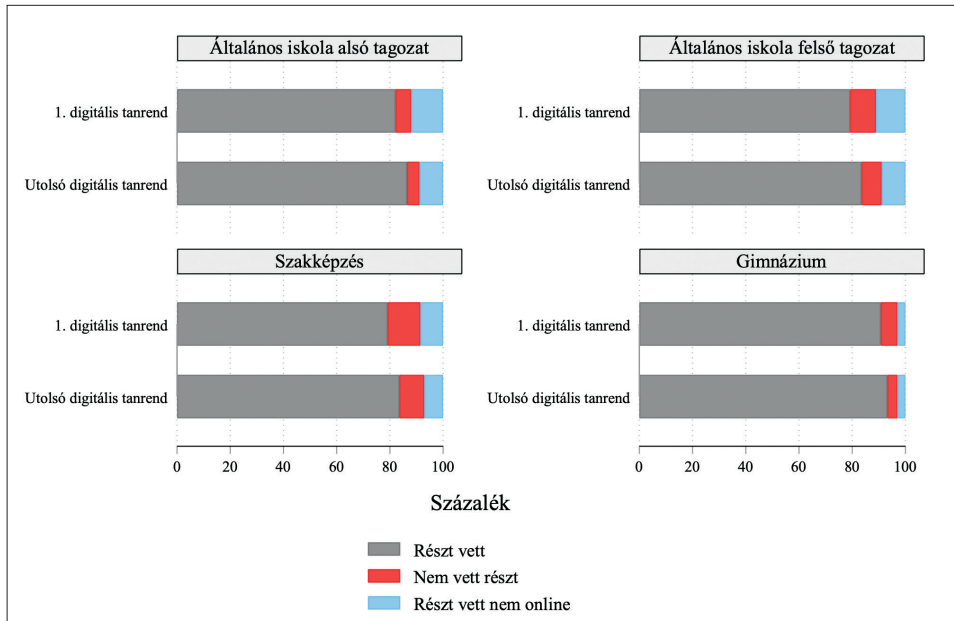
A tanulók részvétele a távolléti oktatásban, a részt nem vevő tanulók elérése

A 3.10. ábra azt mutatja, hogy a tanárok becslése alapján tanítványaik mekkora hányada vett részt az online oktatásban az első és az eddigi utolsó digitális tanrend idején. Az első digitális tanrend idején a pedagógusok becslései alapján a gimnáziumi tanulók 90, az általános iskola alsó tagozatán tanulók 82, a felső tagozatosok és a szakképző középiskolákban tanulók 79-79 százaléka vett részt az online oktatásban. Egyáltalán nem vett részt sem online, sem más módon az oktatásban a gimnáziumi és alsó tagozatos tanulók 6-6, a felső tagozatos tanulók 10 és a szakképzésben tanulók 12 százaléka. Az utolsó digitális tanrend idejére javultak az arányok, de a pedagógusok becslése szerint még ekkor is teljesen kimaradt az oktatásból a gimnáziumi tanulók 4, az alsó tagozatosok 5, a felső tagozatosok 8 és a szakképzésben tanulók 9 százaléka. Az intézményvezetők valamivel kedvezőbb helyzetet becsültek a részvételi arányokat tekintve. Az igazgatók az első hullám idején átlagosan a gimnazisták 1 százalékára, a szakképző iskolások 4 százalékára és az általános iskolások 5 százalékára becsülték azoknak a tanulóknak az arányát, akik sem online, sem más módon nem vettek részt az oktatásban. Az utolsó online oktatás idején az intézményvezetők által becsült arányok rendre 1, 3 és 4 százalék voltak (az igazgatói becsléseket az I. Függelék F2. és F3. ábrája mutatja be részletesen).

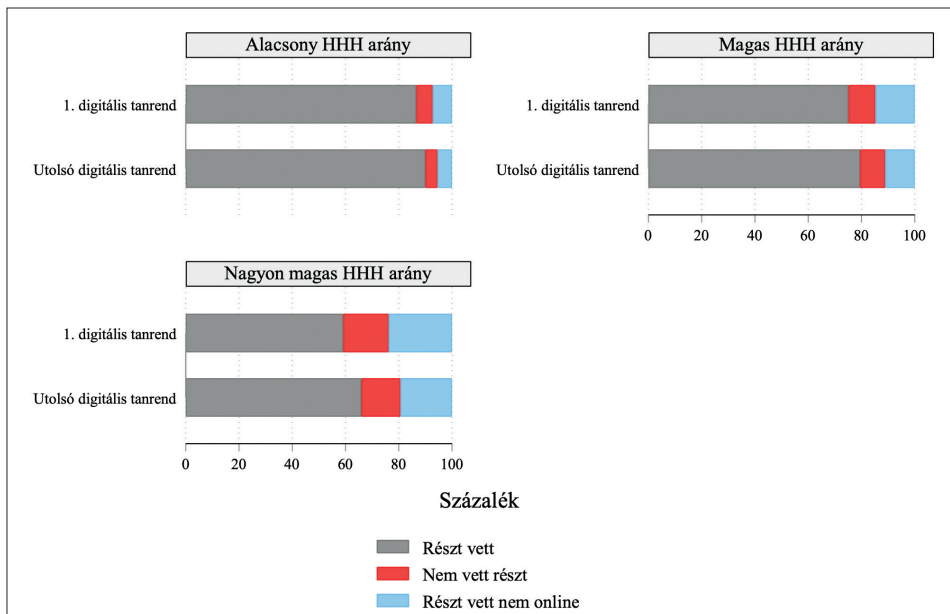
Azokban az általános iskolákban, ahol nagyon magas a HHH tanulók aránya, a tanárok becslése szerint a tanulók átlagosan 17 százaléka semmilyen módon, 24 százalékuk pedig nem online vett részt a távolléti oktatásban az első lezárások idején (3.11. ábra), az utolsó távolléti oktatás alatt pedig 15, illetve 19 százalék volt ugyanez a két arány. Az intézményvezetők alacsonyabbra becsülték a magas HHH-arányú iskolákban azoknak a tanulóknak az arányát, akik nem online vettek részt a távolléti oktatásban, illetve

azokét is, akik egyáltalán nem vettek részt (I. Függelék F4. és F5. ábra). Ezek az arányok összhangban vannak azokkal a válaszokkal, melyek az iskolákban az online oktatás idején alkalmazott módszerekről adtak számot, arról, hogy milyen arányban épült az oktatás online tanórákra, online konzultációkra és a tananyag önálló feldolgozására (I. Függelék F6. és F7. ábra). Minél magasabb az általános iskolákban a HHH tanulók aránya, annál nagyobb arányban épült a távolléti oktatás a tananyag önálló feldolgozására. Tehát éppen azoknak a tanulóknak kellett leginkább önállóan boldogulniuk a tananyag elsajátításával a távolléti oktatás idején, akiknek a legnagyobb szükségük lett volna a pedagógusok segítségére ebben.

3.10. ábra: A tanulók megoszlása az online oktatásban való részvétel szerint a tanárok becslése alapján az első és az utolsó digitális tanrend időszakában, programtípusonként (%)



3.11. ábra: A tanulók megoszlása az online oktatásban való részvétel szerint az általános iskolákban a tanárok becslése alapján az első és az utolsó digitális tanrend időszakában, a HHH tanulók aránya szerint (%)



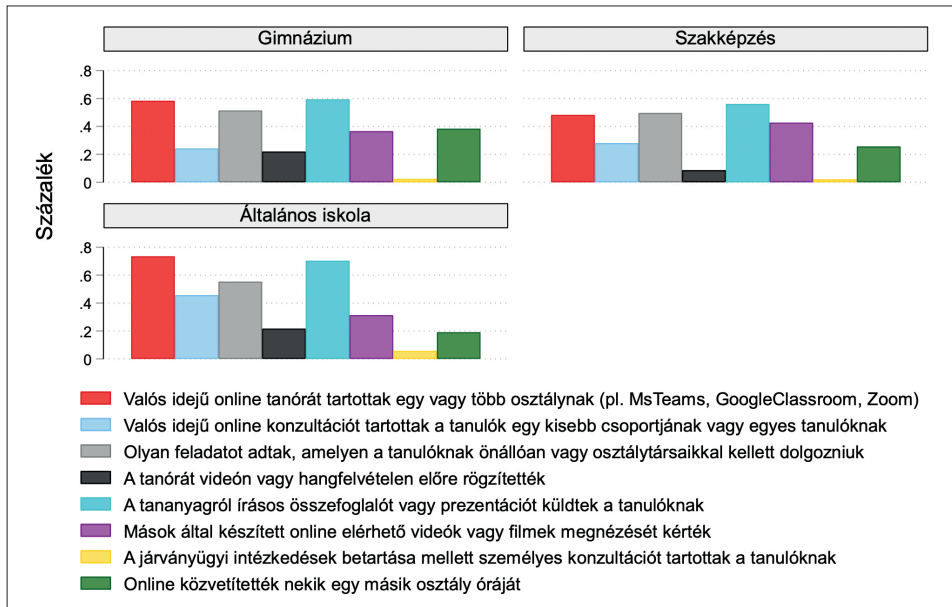
Hasonló mintázatokat láttunk azokra a kérdésekre adott válaszokban is, amikor a tanárokat arról kérdeztük, hogy milyen gyakran fordult elő a jelenléti oktatással összevetve, hogy a tanulók nem vettek részt az órákon vagy nem készítették el a házi feladatukat. A szakképző intézményekben és a magas HHH-arányú általános iskolákban a tanulók nagyobb arányban hiányoztak gyakrabban vagy nem készítették el a házi feladatukat a jelenléti oktatással összevetve, mint a többi intézményben (I. Függelék F8., F9. ábra).

A távolléti oktatás megszervezése egy-egy osztály számára a jelenléti oktatás idején

Az iskolavezetőket megkérdeztük arról, hogy hogyan tudták megszervezni a távolléti oktatást azokban az időszakokban, amikor az már nem volt kötelező, de egy-egy osztályban fel kellett függeszteni a jelenléti oktatást. A különböző módszerek említési arányait, programtípusok szerint megoszlását a 3.12. ábra mutatja. Az általános iskolai igazgatók a leggyakrabban a valós idejű online tanóra tartását nevezték meg (73%), ezt követte az az opció, hogy a tananyagról írásos összefoglalót vagy prezentációt küldtek a tanulóknak (70%), és az általános iskolai igazgatók több mint fele említette azt is, hogy a tanulók olyan feladatot kaptak, amin önállóan vagy osztálytársaikkal együtt kellett dolgozniuk. Viszonylag gyakran fordult elő, hogy mások által készített online elérhető videók vagy filmek megnézését kérték (47%), illetve hogy valós idejű online konzultációt tartottak a tanulók egy kisebb csoportjának vagy egyes tanulóknak (46%). Az általános iskolai igazgatók kevesebb mint harmada említette, hogy a járványügyi előírások betartása mellett személyes konzultációt tartottak a tanulóknak, és kevesebb mint negyedük említette, hogy a tanórát videón vagy hangfelvételen előre rögzítették.

A szakképző iskolák igazgatói által említett leggyakoribb opciók az írásos összefoglaló vagy prezentáció küldése (56%), az önállóan megoldandó feladat (50%), illetve a valós idejű online tanóra (48%) voltak, ezt követte a személyes konzultációk (43%), az online elérhető videók vagy filmek megnézése (37%), illetve a valós idejű online konzultáció (28%) említése. A gimnáziumi igazgatók által említett leggyakoribb módszerek az írásos összefoglaló vagy prezentáció küldése (59%), a valós idejű online tanóra (58%), valamint az önállóan vagy társakkal együtt megoldandó feladat (51%) voltak, ezeket követte az online elérhető videók vagy filmek megnézése (45%), a személyes konzultáció (37%), a valós idejű online konzultáció (24%), végül az előre felvett tanórák (22%) említése.

3.12. ábra: Hogyan szervezték meg a távolléti oktatást a kötelező lezárásokon kívül szükség esetén? – említési arányok programtípusok szerint (%)



A felkészültség különbségei, a távolléti oktatás megszervezése, eszközök, kompetenciák

A pedagógusok eszközellátottsága

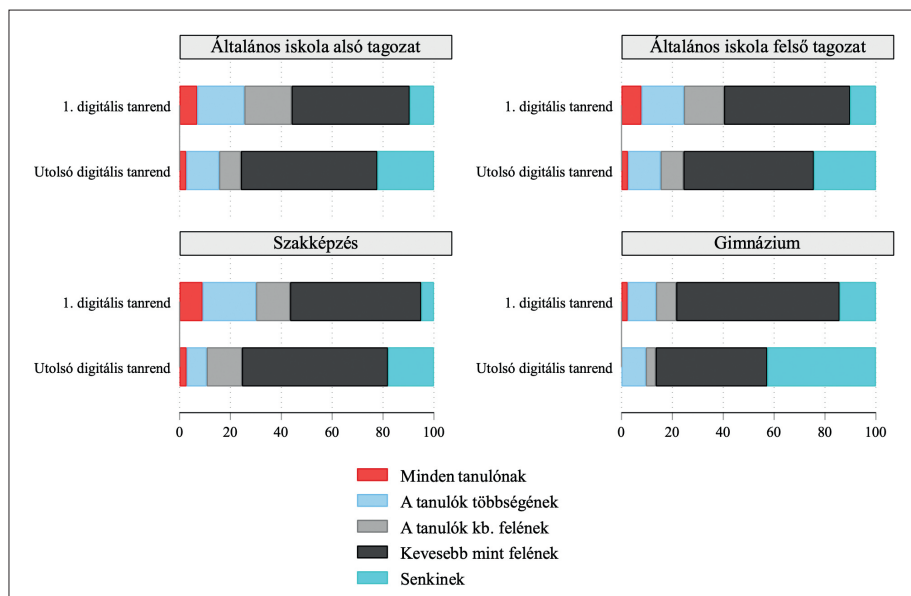
A számítógéppel való ellátottság és az internethez való hozzáférés a tanárok túlnyomó többségének nem okozott gondot a digitális tanrend megszervezésének idején. A pedagógusok mindössze 1 százaléka válaszolta azt, hogy otthonában nem rendelkezik asztali számítógéppel vagy lappal. 95 százalékuk saját internet-előfizetését, míg 5 százalékuk az iskolai internetet használta a digitális tanrend idején. A tanárok 7 százalékának internetkapcsolata kevésbé vagy egyáltalán nem volt stabil, és ez többször vagy folyton gondot okozott az online tanítás során. 42 százalék körüli arányuk számolt be arról, hogy segítséget kapott az online tanításhoz szükséges eszközigény (számítógép, laptop) kielégítéséhez (I. Függelék F10. ábra). A távolléti oktatás informatikai hátterének

biztosításához a szakképző iskolák szinte mindegyikében (89 százalékában) felmérték az iskola IKT (információs és kommunikációs technológiai) kapacitásait és a pedagógusok saját otthoni eszközeit, internet-hozzáférést, és ennek alapján adtak segítséget. Ez a támogatási forma a többi iskolatípusban valamivel kevésbé volt jelen, az általános iskolák vezetőinek 70 százaléka, a gimnáziumi igazgatók 73 százaléka számolt be arról, hogy ilyen módon is segítették a pedagógusokat (I. Függelék F11. ábra).

A tanulók eszközellátottsága

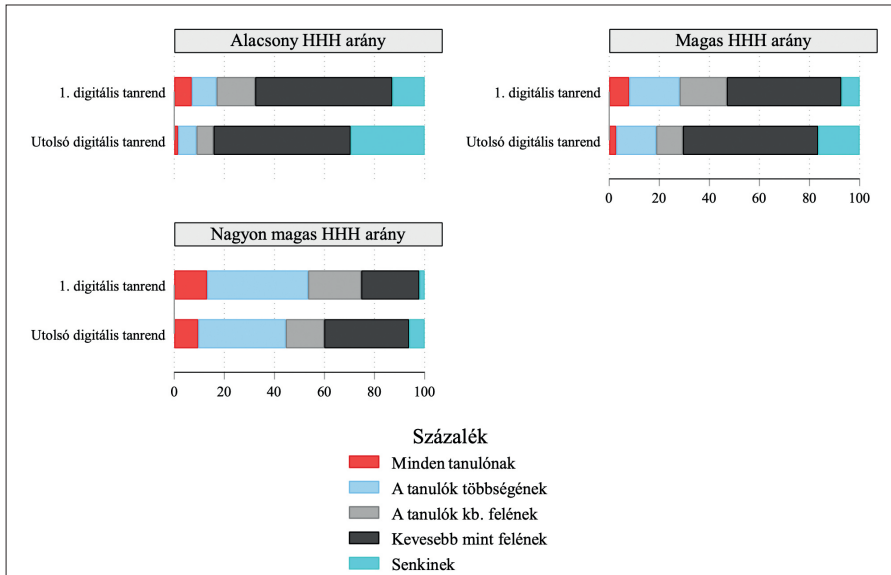
A tanárok megítélése szerint a kérdezéskori utolsó digitális tanrend idején a tanulók kisebb arányának okozott nehézséget az online oktatásban való részvétel megfelelő eszköz vagy az internet-hozzáférés hiánya miatt, mint az első digitális tanrend idején, de a második digitális tanrend alatt is az alsó tagozaton tanító tanárok negyede szerint a tanulók legalább felének vagy nagyobb hányadának okozott nehézséget a részvételben az eszközhiány, illetve az internetelérés hiánya. Az általános iskola felső tagozatán és a szakmai középfokú képzésben tanító tanárok nagyjából ötöde vélte úgy, hogy diákjai legalább felének voltak ilyen nehézségei. A gimnáziumokban volt a legkedvezőbb a helyzet (3.13. ábra).

3.13. ábra: A tanulók mekkora arányának okozott nehézséget az online oktatásban való részvétel megfelelő eszköz vagy az internet-hozzáférés hiánya miatt? – a tanárok becslése szerint, programtípusonként (%)



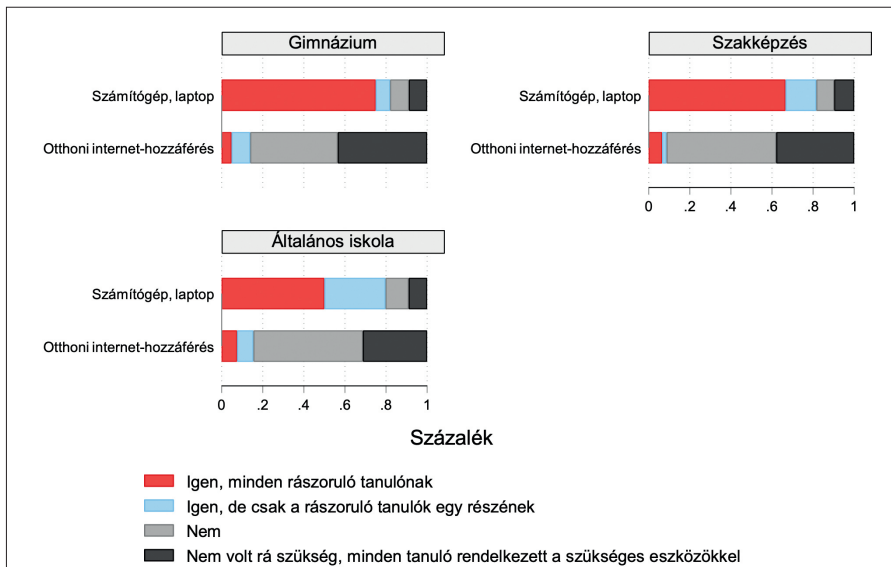
Azokban az általános iskolákban, ahol nagyon magas a HHH tanulók aránya, a pedagógusok hatvan százalék körüli aránya számolt be arról, hogy diákjai legalább felének okozott gondot a részvétel a tanításban a megfelelő eszköz vagy az internet hiánya miatt (3.14. ábra).

3.14. ábra: A tanulók mekkora arányának okozott nehézséget az online oktatásban való részvétel megfelelő eszköz vagy az internet-hozzáférés hiánya miatt az általános iskolákban? – a tanárok becslése alapján, a HHH tanulók aránya szerint (%)



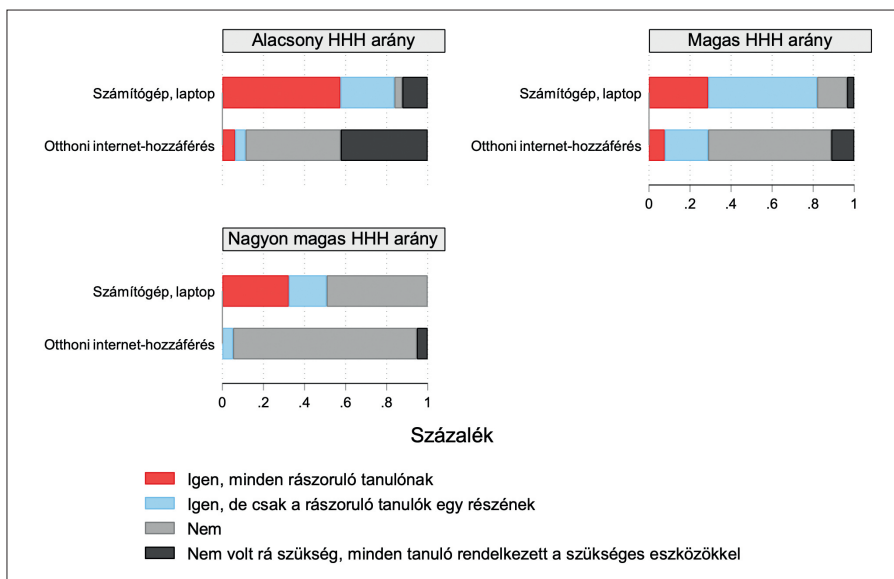
A gimnáziumok és szakképző intézmények igazgatóinak 9 százaléka, az általános iskolai igazgatók 11 százaléka számolt be arról, hogy egyáltalán nem tudtak számítógépet vagy laptopot biztosítani a rászoruló tanulóknak, és 7, 15, illetve 30 százalékuk válaszolta azt, hogy csak a tanulók egy részének tudták ezeket az eszközöket biztosítani (3.15. ábra).

3.15. ábra: Tudta-e az iskola vagy a fenntartó az alábbi eszközöket biztosítani a rászoruló tanulóknak? – az intézményvezetők válaszai alapján, programtípus szerint



A magas HHH-arányú iskolák igazgatóinak kétharmada nem vagy csak részben tudta biztosítani a rászoruló tanulóknak a szükséges számítógépeket, és négyötödük nem vagy csak részben tudta biztosítani az otthoni internet-hozzáférést az azt nélkülöző diákoknak. Azoknak az igazgatóknak, akiknek az iskolájában nagyon magas a HHH tanulók aránya, közel fele válaszolta azt, hogy nem tudta biztosítani a rászoruló tanulóknak a számítógéphez való hozzáférést, és további 18 százalékuk csak a rászoruló tanulók egy részének tudta, míg 90 százalékuk válaszolta azt, hogy nem tudta biztosítani a rászoruló tanulóknak az otthoni internet-hozzáférést, és további 5 százalékuk csak a rászoruló tanulók egy részének tudta (3.16. ábra).

3.16. ábra: Tudta-e az iskola vagy a fenntartó az alábbi eszközöket biztosítani a rászoruló tanulóknak? – általános iskolák, HHH-arány szerint

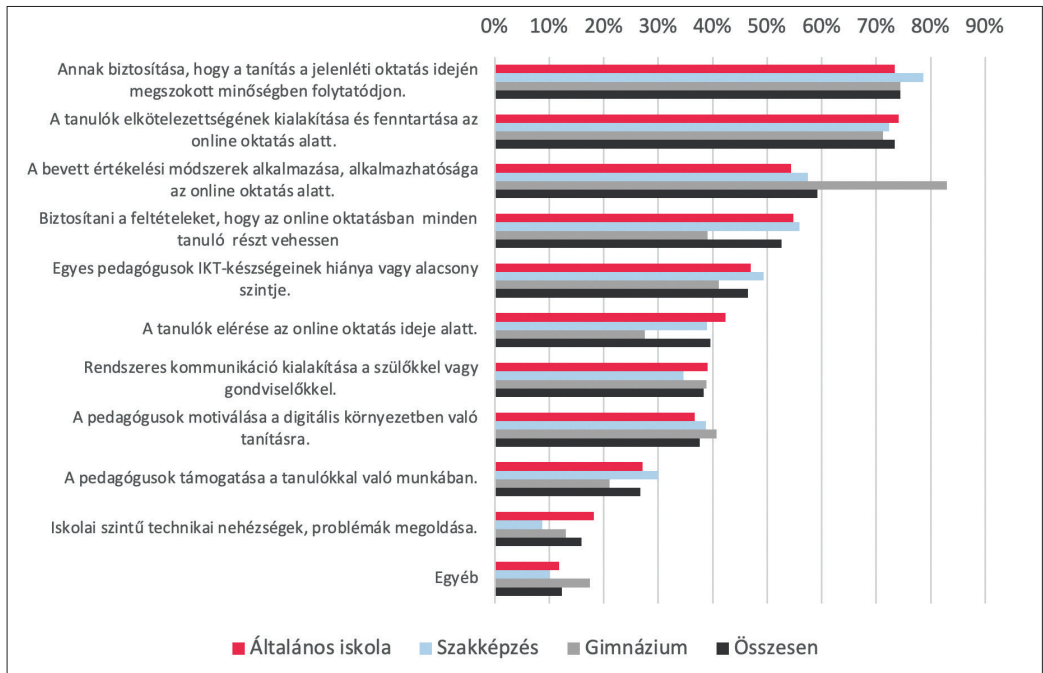


A távolléti oktatás megszervezésének nehézségei

Kérdőívünkben az intézményvezetőket arra kértük, hogy egy megadott listából válaszszák ki, hogy a távolléti oktatás megszervezése során mi jelentette nekik a legnagyobb nehézséget. Tíz állítás közül többet is választhattak, és lehetőségük volt egyéb opció megjelölésére is. Az igazgatók számára két dolog okozta a legnagyobb gondot: hogy biztosítani tudják, hogy a tanítás a jelenléti oktatás idején megszokott minőségben folytatódjon (74%), és hogy kialakítsák és fenntartsák a tanulók elkötelezettségét a távolléti oktatás alatt (73%). Kivételt képeznek a gimnáziumok vezetői, akiknek leggyakrabban a bevett értékelési módszerek alkalmazása és alkalmazhatósága okozta a legnagyobb gondot (80%). A távolléti oktatásban való részvétel egyenlő feltételeinek megteremtését a gimnáziumok vezetői tekintették a legkevésbé problémának (39%), ugyanakkor ez az általános iskolák és a szakképző intézmények több mint felében gondot jelentett. A tanulók elérése a távolléti oktatás alatt szintén a gimnáziumok esetében volt a legkisebb probléma (28%), ellentétben az általános iskolákkal és a szakképző intézményekkel,

ahol ez az igazgatók 39 és 42 százaléka számára kihívásként jelentkezett (3.17. ábra). Az egyenlő feltételek megteremtése és a tanulók elérése különösen azokban az általános iskolákban volt nehéz, ahol magasabb a HHH tanulók aránya (I. Függelék F12. ábra). Az iskolai szintű technikai problémák nem okoztak komoly gondot egyik intézménytípusban se, az igazgatók csupán 16 százaléka számolt be ilyen nehézségekről. Egyes pedagógusok IKT-készségeinek hiányát vagy alacsony szintjét viszont közel felük kihívásnak látta.

3.17. ábra: Az igazgatók számára legnagyobb kihívást jelentő tényezők a távolléti oktatás megszervezése során iskolatípusonként (az adott opciót választók százalékos aránya)



Megjegyzés: a kitöltők több választ is megjelölhettek.

A pedagógusok digitális kompetenciái, segítség az online oktatáshoz

A tanárok nagyjából 40 százaléka számolt be arról, hogy már a járványt megelőzően is részt vett digitális oktatással kapcsolatos képzésen, és nagyjából ugyanekkora arányuk viszont sem a járvány előtt, sem a járvány időszakában nem vett részt digitális oktatással kapcsolatos képzésen, ötödük a járvány időszakában kapott ilyen képzést. Ez egybevág azzal, amit az előző szakaszban bemutatunk, hogy az igazgatók fele is problémának látta egyes pedagógusok IKT-kompetenciáinak szintjét. A járvány előrehaladásával a pedagógusok önértékelése szerint valamelyest javultak digitális kompetenciáik az első hullám időszakához képest, de nem egyforma mértékben (I. Függelék F13. ábra).

A tanárok több mint fele számolt be arról, hogy kapott segítséget az online oktatáshoz és kommunikációhoz szükséges szoftverek megismeréséhez, csaknem felük az online tananyagok eléréséhez. Az online tananyagok készítésével kapcsolatban a tanárok ötöde, az internet-hozzáféréssel kapcsolatban 15 százalékuk kapott valamilyen segítséget.

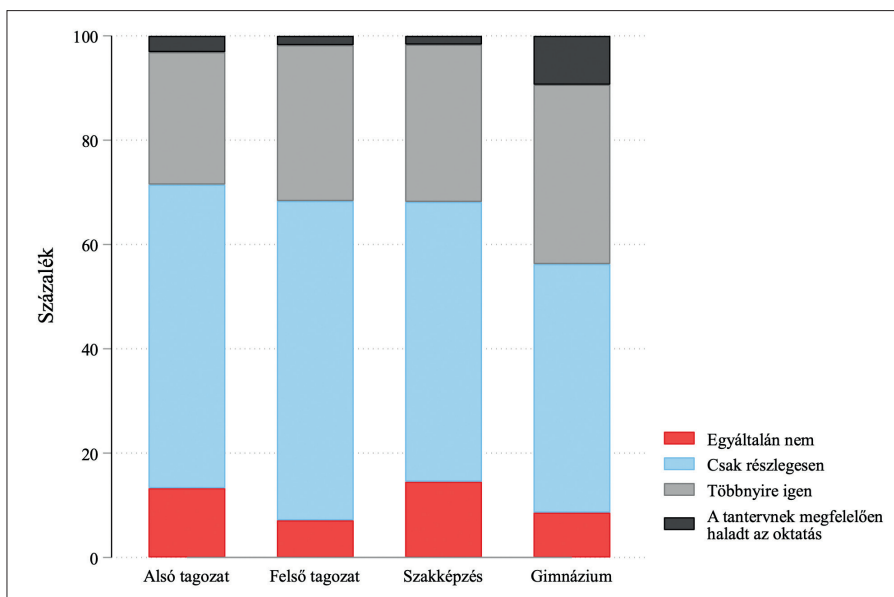
Fontos kiemelni, hogy a lemaradó tanulók eléréséhez a tanárok mindössze egyötöde, míg a speciális nevelési igényű tanulók online oktatásával kapcsolatban mindössze a tanárok 5 százaléka kapott segítséget. A pedagógusok 7 százaléka mondta azt, hogy a felsoroltak közül egyik területen sem kapott segítséget, pedig lett volna rá szüksége. A válaszok képzéstípus szerinti megoszlását az I. Függelék F10. ábráján mutatjuk be. A tanárok legnagyobb arányban iskolai kollégáikat és az iskolavezetést említették segítségforrásként, de több mint felük családtagoktól, barátoktól is kapott segítséget, és valamivel kevesebb mint felük említette meg az iskolán kívüli kollégákat. A pedagógusok csaknem 40 százaléka említette, hogy kapott segítséget a diákjaitól, illetve valamivel több mint 10 százaléuk a tanulók szüleitől. A fenntartót a pedagógusok kevesebb mint harmada említette.

Tanítási veszteségek a tanárok és iskolavezetők véleménye alapján

Tanmenettől való elmaradás

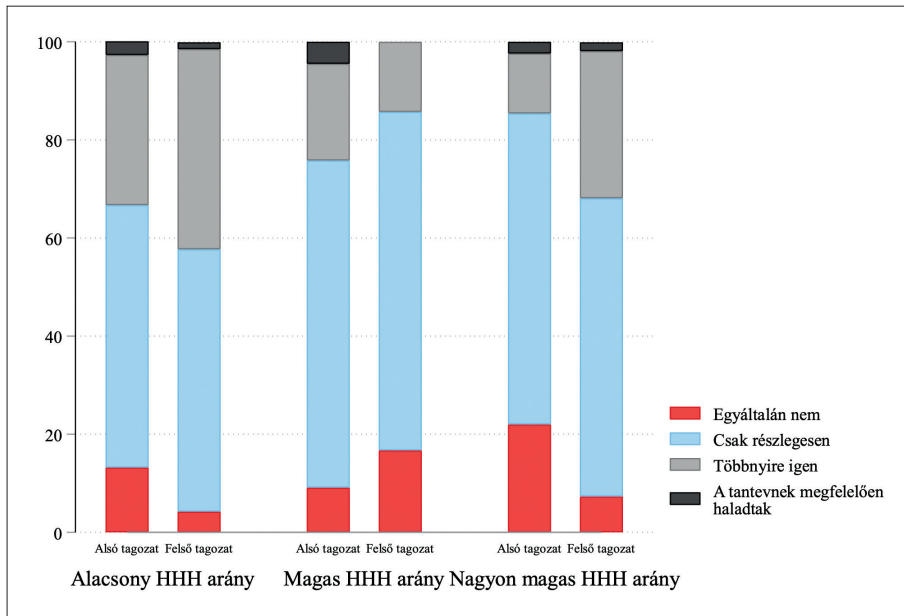
Az igazgatók és a tanárok egyaránt jelentős mértékű lemaradásról számoltak be a tantervi előrehaladásban a járvány előttivel összevetve. Arra a kérdésre, hogy „Meg lehetett-e tanítani a tanulóknak a tantervben előírt tananyag egészét a digitális tanrend idején?“, az általános iskolában és a szakképzésben tanító tanárok 70 százaléka válaszolta, hogy nem vagy csak jelentősen csökkentett mértékben lehetett a tananyagot követni, a gimnáziumokban ez az arány 55 százalék. Az igazgatók becslése némileg eltér a tanárokéétól. Az általános iskolák alsó és felső tagozatában és a gimnáziumokban a tanárokhoz képest jobbnak ítélték meg a helyzetet, de a szakképzésben sokkal rosszabbnak (I. Függelék F14. ábra).

3.18. ábra: A tanárok megoszlása a tanulói előrehaladás mértékének megítélésében (%)



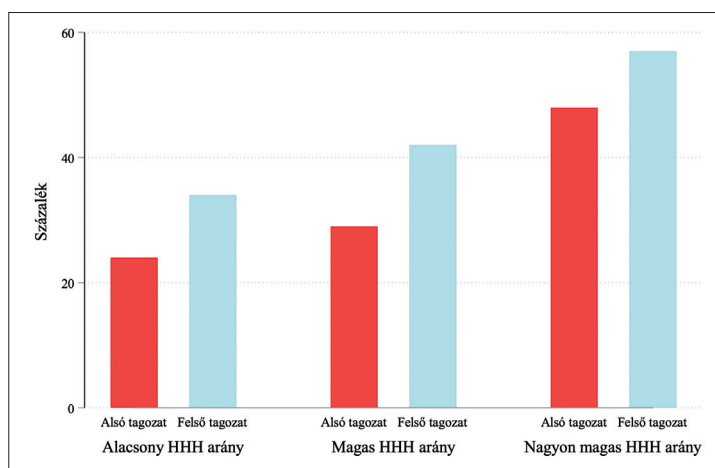
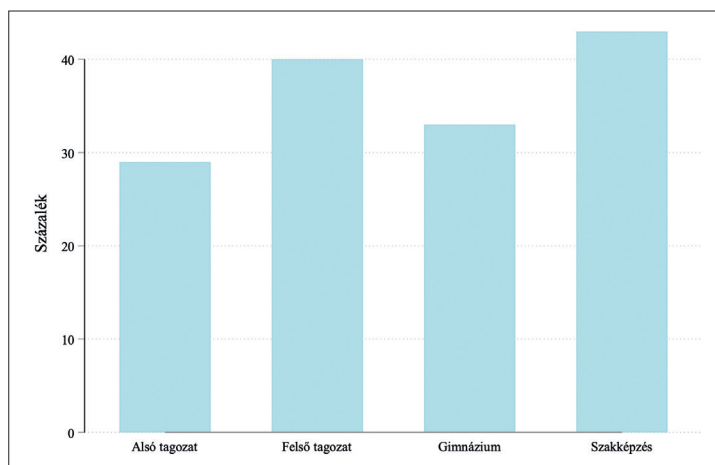
Azokban az általános iskolákban, ahol nagy a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek aránya, sokkal nagyobb arányban számoltak be a tanárok arról, hogy egyáltalán nem vagy csak részlegesen tudtak haladni a tantervhez képest. Az alsó tagozaton az ilyen iskolákban tanító tanárok mindössze 10-15 százaléka állította, hogy a tananyagot többnyire vagy teljesen követni tudták, kétharmaduk úgy nyilatkozott, hogy csak részlegesen, és több mint ötödük szerint egyáltalán nem tudták az előírt tananyagot átvenni.

3.19. ábra: A tanárok megoszlása a tanulói előrehaladás mértékének megítélésében az általános iskolákban a HHH tanulók aránya szerint (%)



A tanárok és az igazgatók is nagynak becsülték a jelentős lemaradást felhalmozó tanulók arányát. A tanárok a felső tagozaton és a szakképzésben becsülték a legnagyobbnak ezt az arányt (3.20. ábra). Az igazgatók az alsó tagozaton becsülték a legnagyobbnak a tetemesen lemaradó diákok arányát (I. Függelék F15. ábra).

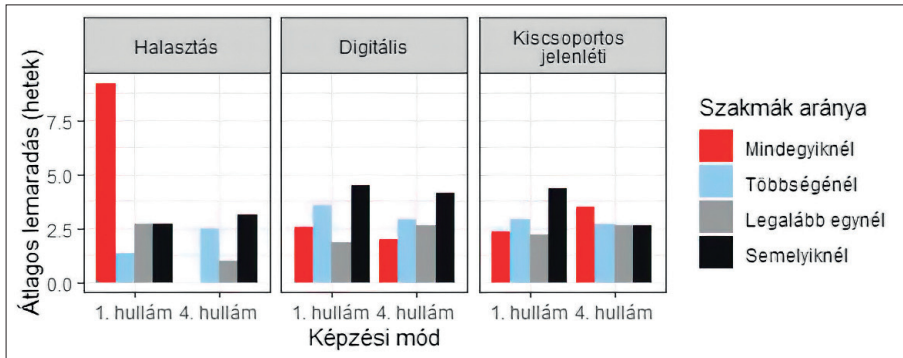
3.20. ábra: A tanárok megítélése a jelentős tanulmányi elmaradást felhalmozó tanulók arányáról iskolatípus és a HHH tanulók aránya szerint



Mind a tanári, mind az igazgatói becslések alapján egyértelmű, hogy a halmozottan hátrányos helyzetű gyerekeket nagy arányban oktató iskolákban a járvány tovább súlyosbította az amúgy is jelentős lemaradást. A tanárok becslése szerint az alsó tagozaton a gyerekek 48, a felső tagozaton 57 százaléka halmozott fel a járvány következtében jelentős lemaradást.

A szakképző intézményekben a szakmai gyakorlati képzés tantervének megfelelő haladás vagy az attól való lemaradás kérdése kapcsán 45 igazgatóból 8 úgy vélte, hogy teljes mértékben a tantervnek megfelelően haladt az oktatás, 36 szerint többnyire vagy részlegesen annak megfelelően, egy pedig nem tudta megítélni. Azoknak a többsége, akik szerint a tanterv nem teljes mértékben haladt a tantervnek megfelelően, átlagosan körülbelül 4 hetes lemaradásról számolt be. A 3.21. ábra azt mutatja meg, hogy a két vizsgált járványhullám idején mekkora volt az átlagos lemaradás a tantervtől, attól függően, hogy hogyan oldották meg a gyakorlati képzést az iskolák.

3.21. ábra: Átlagos lemaradás a gyakorlati képzés járványhullámok alatt alkalmazott módszere szerint (hét)



Ahol a gyakorlati oktatást elhalasztották, ott nagyobb lemaradást becsültek az igazgatók. Az utolsó digitális tanrend folyamán már nem is volt olyan intézmény a mintában, ahol minden képzésnél elhalasztották volna a gyakorlati képzést. Azokban az intézményekben, ahol több képzésnél volt digitális oktatás – mind az első, mind az utolsó hullám alatt –, kevesebb lemaradást halmoztak fel. A kiscsoportos személyes oktatás és a tantervtől elmaradás között egyértelmű általános kapcsolat nem figyelhető meg. Azokban az intézményekben, ahol az első hullám idején több képzésnél voltak kiscsoportos személyes órák, kevésbé maradtak le a tanulók, azonban a negyedik hullám során a több kiscsoportos személyes foglalkozást tartó iskolákban enyhén magasabb volt a lemaradás mértéke. A következtetéseket óvatosan kell kezelni, mivel az összefüggések mögött más tényezők is állhatnak (például az iskolavezetés minőségének szisztematikus különbségei). A technikumokban átlagosan valamivel nagyobb volt a lemaradás a tantervtől, de a mintázatok nagyon hasonlóak.

Összefoglalás

A koronavírus-járvány miatti iskolabezárások és távolléti oktatás a pedagógusok és iskolaigazgatók szerint nagymértékű lemaradást okozott a tantervi előrehaladásban. A lemaradás elsősorban a szakképzésben és az általános iskolai oktatásban volt jelentős. Különösen nagy volt a lemaradás a HHH tanulókat nagy arányban tanító általános iskolákban, ahol a legkevesbé voltak képesek elérni a tanulókat és biztosítani számukra a távolléti oktatás feltételeit. A lemaradás pótlására a következő időszakban különös figyelmet kellene fordítani, elsősorban az alapfokú oktatásban, kiemelten azokban az iskolákban, ahol nagy a halmozottan hátrányos helyzetű tanulók aránya, valamint a szakképző iskolákban.

3.2. A koronavírus-járvány okozta rendkívüli oktatási helyzet hatása a tanulói teljesítményekre⁶

HERMANN ZOLTÁN, MOLNÁR GYÖNGYVÉR

Ebben az alfejezetben azt vizsgáljuk, hogy a koronavírus-járvány okozta rendkívüli oktatási helyzet hatására hogyan változott a diákok olvasás-szövegértési, matematikai és természettudományos tudása, illetve hogy az intézményes keretek között történő óvodai célzott fejlesztések elmaradása következtében ugyanolyan volt-e a beiskolázáskor az olvasási és a matematikai előkészítések, valamint a gondolkodási képességek fejlettségi szintje, mint a járvány előtt.⁷

Adatok és módszerek

Az elemzés mintáját a 2015-ben és a 2018–2021 közötti évek október 15-étől november 15-ig terjedő intervallumában az SZTE Oktatásméleti Kutatócsoport által fejlesztett és működtetett eDia diagnosztikus rendszerbe beérkezett válaszok adták (Csapó–Molnár, 2019; Molnár–Csapó, 2019; Molnár és szerzőtársai, 2021). Az eDia online platform és diagnosztikus értékelési rendszer a tanulók differenciált fejlesztését megalapozó rendszeres visszacsatolás eszköze, fő célja a pedagógusok munkájának segítése. Használatához mindössze internetkapcsolatra és egy internetes böngészőre van szükség. A rendszer az olvasás-szövegértés, a matematika és a természettudomány területén teszi lehetővé a tanulók rendszeres felmérését, értékelését. A tudás három dimenziójának mérését – diszciplináris, alkalmazási és gondolkodási – megvalósító feladatbankokkal feltöltött online rendszer (Csapó és szerzőtársai, 2015a, 2015b, 2015c) nem a tananyag elsajátításának mérését helyezi középpontba, hanem a tanulók értelmi fejlődésének monitorozását és az elsajátított tudás alkalmazásának feltérképezését. A személyre szóló értékelések elvégzését szolgáló 50 000 itemes feladatbankban szereplő innovatív feladatok felhasználják a multimédia összes lehetőségét az állóképektől a hangon, animáción és videón keresztül a szimulációig. Az 1–3. évfolyamos diákok a feladatok utasításait nemcsak elolvashatják, hanem meg is hallgathatják, így az eDia-tesztek a még olvasni nem tudó vagy olvasási nehézségekkel küzdő diákok körében is használhatók. Az eDia rendszer lehetővé teszi a tanulók fejlődésének folyamatos nyomon követését, az esetleges lemaradások pontos jelzését, a tanítás személyre szólóvá tételét. Használatra számos új lehetőséget nyújthat a pedagógusok mindennapi munkájában a tanítási-tanulási folyamat tervezésétől a tanulói teljesítmények kritériumorientált értékeléséig.

⁶ Az adattisztítás és a képességszintek skálázása tekintetében köszönetet mondunk Mokri Dórának.

⁷ A beiskolázással kapcsolatos elemzések interpretációja során lényeges szem előtt tartani, hogy az elemzés tárgyát képező időszakban megváltozott a beiskolázási mechanizmus is: 2019-től az augusztus 31-ig 6. életévüket betöltő gyermekeket iskolába kell adni, kivéve, ha annak ellenkezőjét a szülő nem kéri a Hivatalnál.

Az elemzésbe bevont adatok előzetes szűrésen estek át. Azon diákok adatait töröltük az adatbázisból, akik túl rövid időt töltöttek a tesztfeladatok megoldásával és/vagy túl kevés feladatot (10 itemnél kevesebbet) oldottak meg a kiközvetített tesztből, azaz képességszint-becslésük a megengedettnél jelentősen nagyobb hibával valósult volna meg. Az adattisztítás után a minta közel nyolcvanezer diákot tartalmazott, a 2–7. évfolyamon 61 431-et, az 1. évfolyamon 16 726-ot (lásd II. Függelék F1. táblázat). A járványidőszak hatásának becsléséhez iskolai és települési jellemzőket használtunk kontrollváltozóként. Az iskolai jellemzők forrása a KIR-STAT iskolai adatbázis 2015–2020 közötti adatai és az Országos kompetenciamérés (OKM) 6. évfolyamos mérésének 2015–2019 közötti adatai. Ezeket az adatokat telephelyi szinten kapcsoltuk a mérési adatokhoz. A települési adatok forrása a KSH TSTAR adatbázisa. A 2021-es évre vonatkozó elemzésekhez a 2020-as KIR-STAT-adatokat használtuk. Az OKM-en elért teljesítményadatokat a 2015–2019 közötti évekre átlagoltuk, majd ezt az átlagot rendeltük hozzá az iskolákhoz minden egyes évben.

A diákok képességszintjének meghatározásakor a valószínűségi tesztelmélet adta Rasch-modellt alkalmaztuk. A teljesítmények egymáshoz viszonyításakor az azonos évfolyamra járó diákok teljesítményét összekaláztuk, majd az átlagos teljesítményt minden egyes évfolyamon 500-ra, a teljesítmények szórását pedig 100-ra transzformáltuk.⁸ A skálázási algoritmus következtében numerikusan nem hasonlíthatóak össze a különböző évfolyamra járó diákok képességszintjei,⁹ viszont összevethetőek az évfolyamon belüli több év távlatában bekövetkezett esetleges változások.

Az első évfolyamos diákok számára kiközvetített tesztek (olvasási előkészítések, számolási előkészítések, valamint induktív gondolkodás) az MTA-SZTE Képességfejlődés Kutatócsoport által kidolgozott feladatokból álltak. A 2–8. évfolyamos diákok által megoldott olvasás-szövegértési, matematikai és természettudományos tesztek összetételük-nél fogva nemcsak a diákok szaktárgyi, azaz diszciplináris tudását mérték fel, hanem annak alkalmazhatóságát, valamint az érintett kontextusban gondolkodási képességeik fejlettségi szintjét is.¹⁰ A mérések validitásának növelése érdekében az 1–3. évfolyamos diákok (1) a rendszerhez történő csatlakozáskor egy teljes tanórát lefedő játékos egér-és billentyűzethasználati képességeket mérő és fejlesztő tesztet oldanak meg, aminek keretén belül minimum a tesztek megoldásához szükséges szinten elsajátítják az érintett

⁸ Az eredményekben jelentkező 10 képességpontos eltérés egytized szórásnyi változásra utal. A veszteségek kompenzálására vonatkozó részben alkalmazott mérőszám szerint ez azonos a Cohen $d=0,1$ mértékű változással.

⁹ A valószínűségi tesztelméletek, köztük a Rasch-moddellel történt elemzések sajátossága, hogy a külön futtatott skálázási eredmények numerikusan nem hasonlíthatóak össze (nincs abszolút nulla pont és abszolút egység-hosszúság). Az adatok nagy mennyisége és a rendszer működtetésének sajátossága miatt (pl.: a harmadikosok tipikusan harmadikos feladatokat kapnak) arányait tekintve kevés adat áll rendelkezésre a különböző évfolyamos diákok teljesítményének biztos alapokon nyugvó közös képességskálán való kifejezéséhez.

¹⁰ A valószínűségi tesztelméletek, köztük a Rasch-moddellel történt elemzések sajátossága, hogy a külön futtatott skálázási eredmények numerikusan nem hasonlíthatóak össze (nincs abszolút nulla pont és abszolút egység-hosszúság). Az adatok nagy mennyisége és a rendszer működtetésének sajátossága miatt (pl.: a harmadikosok tipikusan harmadikos feladatokat kapnak) arányait tekintve kevés adat áll rendelkezésre a különböző évfolyamos diákok teljesítményének biztos alapokon nyugvó közös képességskálán való kifejezéséhez.

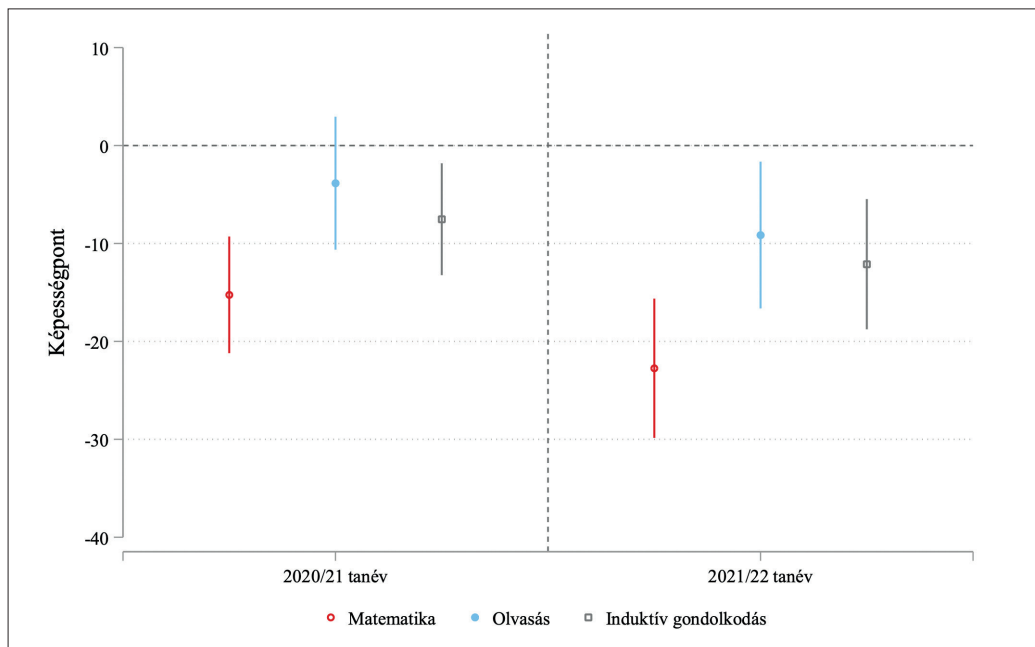
perifériás eszközök használatát (Molnár és Pásztor, 2015); mindezen felül a mozdulatok „felelevenítését” szolgálják a tesztek elején lévő játékos egérhasználati feladatok; (2) a feladatok instrukcióit kivétel nélkül meghallgathatják – ezzel jelentős mértékben nő a matematikai és természettudományos eredmények validitása, miután ezen eredményeket nem befolyásolja olvasási képességük fejlettségi szintje.

A diagnosztikus rendszer használata önkéntes, ezért az egyes tanévekben változik a tesztek megoldó iskolák köre, emiatt a diákok tudás- és képességszintjének változását becsülő lineáris regressziós modellekben kontrollváltozókat alkalmaztunk. A függő változó minden esetben a tanulók teljesítményét jellemző képességszint volt, a fő magyarázó változók pedig a 2020-as és 2021-es tanéveket jelző indikátorváltozók. További magyarázó változóként alkalmaztuk az iskolák diákösszetételét (SNI-, HH- és HHH-arány az adott évfolyamon, átlagos matematika- és szövegértés-pontszám az országos kompetenciamérés hatodikos tesztjén a járvány előtt, diplomás szülők aránya hatodik évfolyamon) és egyéb jellemzőit leíró változókat (iskolaméret, településtípus, települési átlagjövedelem), illetve a diákok életkorát, nemét, valamint a teszt megoldásának hónapját. Iskolai jellemzők bevonásával szűrtük ki az iskolai minta évek közötti változásának hatását. Mivel a 2–8. évfolyamra vonatkozó elemzések alapján az alsó és felső tagozaton tapasztalt tanulási veszteségek mértéke és mintázata hasonló volt, a 2–4., illetve 5–8. évfolyamot érintő elemzéseket összevontuk.

Eredmények

A 3.22. ábra a diákok iskolakészültségi szintjében (olvasási és számolási előkészítések, gondolkodási képességek) történt változásokat mutatja be. Már a 2020/21-es tanévben iskolát kezdő diákok iskolakészültségi szintjében is tetten érhető a tavaszi időszak három hónapjának óvodabezárásai és az elmaradt célzott fejlesztések hatása. Mindez leginkább a diákok számolási előkészítéseinek fejlettségi szintjére volt hatással, e téren a veszteség mértéke körülbelül megegyezik a kiesett fejlesztési idő hosszával. A 2021/2022-es tanévet kezdő első évfolyamos diákok iskolakészültségi szintjében, különös tekintettel a számolási előkészítésekre és a matematikai alapkészítésekre (például számok nevének és helyes sorrendjének ismerete, számkörök átlépése, mennyiségekkel végzett műveletek, az arab számok felismerése és azok mennyiségekhez kapcsolása), még jelentősebb, negyedszórásnyi eltérés mutatkozott. Az ő iskolai fejlesztésükhöz ezért már más módszerek is szükségesek, illetve elkerülhetetlen az óvodában elmaradt speciális módszertant igénylő fejlesztések pótlása.

3.22. ábra: Az első évfolyamos diákok iskolakészültségi szintjében tapasztalt veszteségek a 2020/21-es és a 2021/22-es tanévben a 2018-as és 2019-es évfolyamok átlagához képest



Megjegyzés: Képességpontoszámok változása a járvány előtti időszak azonos évfolyamon tanuló diákjaihoz mérten, kiszűrve az iskolai jellemzők, illetve a diákok életkora hatását. Járvány előtti minta: 2019 és 2018. Pontbecslések és 95%-os konfidencia-intervallum.

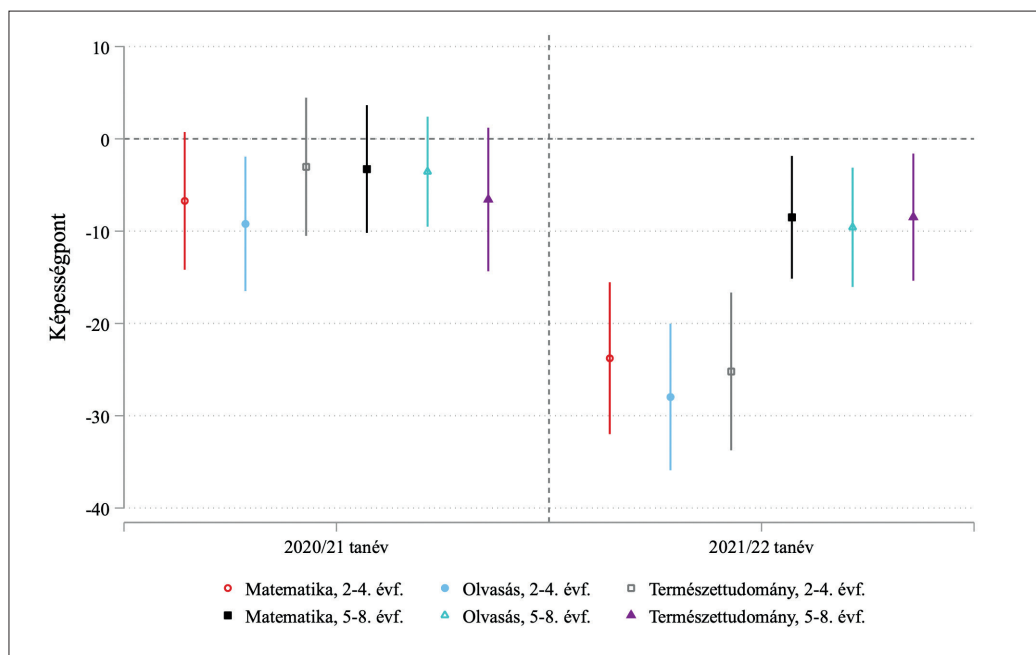
A 3.23. ábra az alsó tagozaton (2–4. évfolyam) és a felső tagozaton (5–8. évfolyam) becsült tanulási veszteségeket mutatja be. Az eredmények alapján megállapítható, hogy már a 2020. tavaszi három hónapos karantén is tanulási veszteségeket okozott, ami főleg az alsó tagozatos diákok matematikatudását és olvasás-szövegértési képességeit érintette. A felső tagozatosoknak a természettudományos tárgyak megértése jelentette a legnagyobb kihívást a távolléti oktatás első három hónapja során. Összességében a három hónap alatt bekövetkezett tanulási veszteség mértéke (Cohen $d=0,04-0,09$; Cohen, 1988) a Hanushek elemzéseiben alkalmazott átlagos hatásméret alapján (Hanushek és szerzőtársai, 2012) körülbelül két hónapnyi tanulási veszteségnek felel meg,¹¹ míg az évfolyamot és területenkénti variabilitást is figyelembe vevő indikátorok alapján¹² (Bloom és szerzőtársai, 2008) is legalább egy hónapnyi veszteségről beszélhetünk. Az iskolakészültséggel kapcsolatos eredményekhez hasonlóan a 2020/21-es tanévhez képest is elementáris a 2021/22-es tanév őszi tapasztalt tanulási veszteség mértéke az

¹¹ Hanushek évfolyam- és területfüggetlenül átlagosan negyedszórásnyi, azaz $d=0,25$ fejlődéssel számol egy tanév leforgása alatt.

¹² Bloom eredményei alapján szórásegységben kifejezve az évek előrehaladtával folyamatosan csökken a fejlődés mértéke: első évfolyamon közel egy szórásnyi a fejlődés, ami nyolcadik évfolyamra közel ötöd szórásnyira lassul, azaz alsó tagozaton átlagosan félszórásnyi, míg felső tagozaton olvasás esetén átlagosan negyed-, matematika esetén átlagosan harmadszórásnyi a változás mértéke.

alsó tagozaton. Ennek magyarázata lehet, hogy az alsó tagozaton a diákok még kevésbé képesek önálló tanulásra, önálló tananyag-feldolgozásra, ahol az írás, az olvasás-szövegértés és a számolás elsajátítását támogató speciális módszertan alapvetően jelenléti oktatásra épül, ahol a vonatkozó módszertani szaktudás hiányában a szülők kevésbé tudták támogatni gyermekeiket a tanulás alapját képező tudás elsajátításában és ahol a gyermekek szocializációjában kiemelt szerepet játszik a társas környezet megléte. Még a kedvezőbb Bloom-féle mérték szerint is mindhárom területen átlagosan legalább félévnyi tanulásnak megfelelő tanulási veszteséget látunk.

3.23. ábra: Becsült tanulási veszteségek a 2–8. évfolyamon a 2020/21-es és a 2021/22-es tanévben a 2015-ös, 2018-as és 2019-es évfolyamok átlagához képest



Megjegyzés: Képességpontszámok változása a járvány előtti időszak azonos évfolyamon tanuló diákjaihoz mérten, kiszűrve az iskolai jellemzők, illetve a diákok neme és életkora hatását. Járvány előtti minta: 2019, 2018 és 2015. Pontbecslések és 95%-os konfidencia-intervallum.

A veszteség mértéke másként jelentkezett a kedvezőbb és a kedvezőtlenebb helyzetben lévő diákok esetén. A 3.24. ábra az alsó és felső tagozatos tanulók tanulási veszteségeit a hátrányos helyzetű diákok iskolai arányai szerint mutatja be az iskolákat két csoportba sorolva: ahol 10 százaléknál kisebb, illetve nagyobb az arány (az iskolakészültség szintjében mutatkozó különbségeket a II. Függelék F1. ábrája közli). A hátrányos helyzetű gyerekeket magas arányban tanító iskolákban a diákok óriási lemaradást halmoztak fel. A hátrányos helyzetű alsó tagozatos diákok esetében közel egy tanévnnyire becsüljük a veszteség mértékét, ami az átlagos tanulási veszteség mértékére is komoly hatással volt. E veszteségek pótlásának hiánya végzetes következményekkel járhat a diákok iskolai és életpályájára.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a COVID-19-járvánnyal kapcsolatos kumulált óvoda- és iskolabezárások a távolléti oktatás megvalósulása ellenére is hónapokban kifejezhető tudásvesztést indukáltak, ami a legfiatalabbak (iskolát kezdők, illetve alsó tagozatosok) és a hátrányosabb helyzetben lévő diákok esetén manifesztálódott a legmarkánsabban. Alsó tagozaton mindhárom területen (matematika, olvasás-szövegértés, természettudomány) átlagosan legalább félévnyi tanulásnak megfelelő tanulási veszteséget tapasztaltunk, amit főként a hátrányos helyzetű tanulók közel egy tanítási évnek megfelelő tanulási vesztesége okoz. A diákok között korábban is meglévő, gazdasági-társadalmi faktorokból származó különbségeket a jelen helyzet tovább növelte, amit a jelenléti oktatásra való visszatérés sem tudott hatékonyan kompenzálni, többek között a tanterv merevsége miatt. Speciális és célzott fejlesztő programok nélkül várható, hogy e különbségek a jövőben tovább növekednek, és korai lemorzsolódáshoz vezetnek.

3.3. Fiatalok az iskolában és a munkaerőpiacon a COVID-19-járvány alatt

ADAMECZ-VÖLGYI ANNA

Bevezetés

Ebben az alfejezetben azt vizsgáljuk, hogyan befolyásolta a járvány a 16–24 éves fiatalok iskolai és munkaerőpiaci eredményeit. Kutatási eredmények sora mutatja, hogy a COVID-19-járvány gazdasági és társadalmi hatásai bizonyos demográfiai, társadalmi háttér és munkaerőpiaci státusz szerinti csoportokat jobban érintenek (Chetty és szerzőtársai, 2020). Közéjük tartoznak a fiatalok is, részben azért, mert ők nagyobb valószínűséggel veszítették el állásukat a járvány kezdetekor (Eurofound, 2020). A gazdasági visszaesés hatására az álláshelyek száma és a cégek által képzésre szánt források mértéke csökken, ami szintén hozzájárul ahhoz, hogy az iskolából kilépő fiatalok kisebb valószínűséggel tudnak elhelyezkedni (Schoon és Mann, 2020). Tovább ronthatja a fiatalok esélyeit, hogy sok munkáltató részben vagy egészben távoli munkavégzésre állt át, és ez nehezítheti pályakezdekők felvételét. Fiaschi és Tealdi (2021) azt találta, hogy a járvány tovább rontotta a fiatalok között a munkanélküliek és inaktívak arányát Olaszországban, és meghosszabbította az iskola befejezését követően az álláskereső időtartamát, különösen a nők és a nem olasz származásúak körében.

Arra is utalnak jelek, hogy a járvány növelhette az iskolából való lemorzsolódás valószínűségét. Sok diák nehezen boldogul a távolléti oktatással, különösen azok, akik egyébként is kevésbé jól teljesítettek, azaz a leginkább veszélyeztetettek a lemorzsolódás szempontjából. Nem csak arról van szó, hogy ezen diákoknak mennyire jók a digitális készségeik és lehetőségeik (van-e a családban megfelelő számítástechnikai infrastruktúra és elérhető-e szülői segítség). Az iskolából való lemorzsolódás egy folyamat, ami azzal kezdődik, hogy a diák egyre kevésbé kötődik az intézményhez, a feladataihoz és a társaihoz (Tsolou és szerzőtársai, 2021). A távolléti oktatás pont ezt a folyamatot erősíti fel. Mindezekhez adódik, hogy a járvány a fiatalok mentális egészségére volt a leginkább romboló hatással (OECD, 2021), és a mentális problémák fokozzák a lemorzsolódás veszélyét (Dupéré és szerzőtársai, 2018). A pandémia különösen érinthette azokat a fiatalokat, akik szakképzést nyújtó intézménybe jártak, mert nem csak az iskolák zártak be, de a gyakorlati képzést nyújtó cégek egy része is (Konle-Seidl és Picarella, 2021).

Adatok és módszerek

Egyelőre nem állnak rendelkezésünkre olyan adminisztratív adatok, amelyekben az iskolai részvételt és az ezt követő munkaerőpiaci sikerességet egyéni szinten lehetne követni, ezért a KSH Munkaerő-felmérésének (MEF) adatait használjuk. A MEF reprezentatív rotációs mintája egy-egy háztartást hat negyedéven keresztül, azaz másfél évig követ. A MEF előnye, hogy viszonylag gyorsan rendelkezésre áll és részletes infor-

mációkat tartalmaz a megkérdezettek iskolai részvételéről és munkapiaci helyzetéről. Hátránya, hogy a minta viszonylag kicsi, önbevalláson alapul és csak rövid távon követi a megkérdezettek karrierjét. Később a teljes lakosságot lefedő adminisztratív paneladatokból pontosabb képet kapunk majd erről az időszakról.

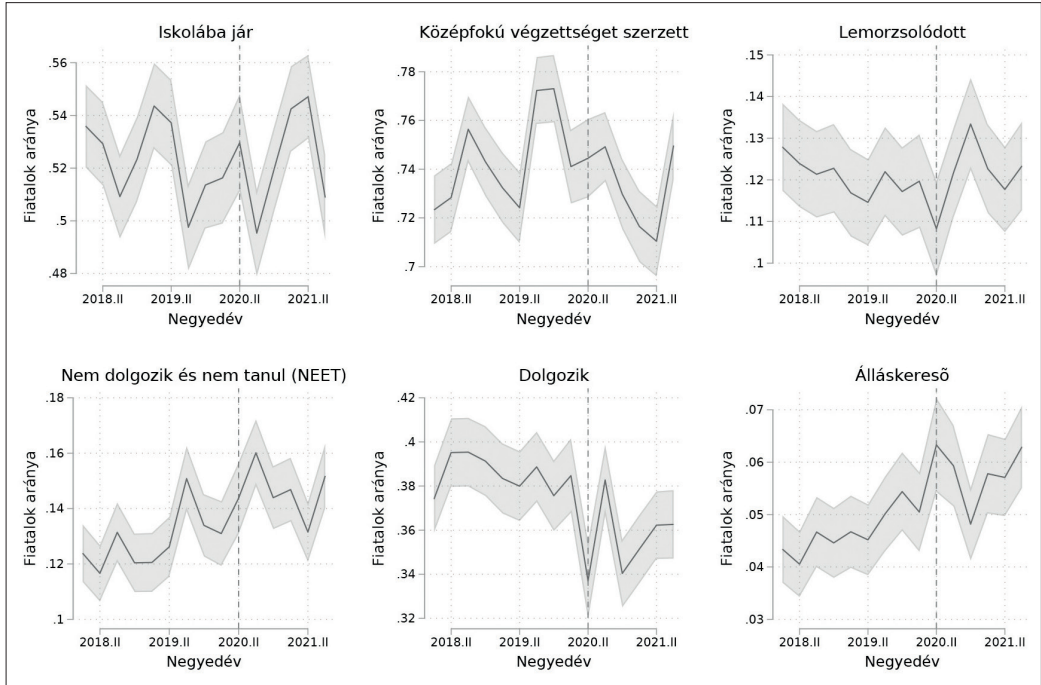
A MEF következő változóit használjuk. *Iskolába jár*: iskolarendszerű vagy iskolarendszeren kívüli képzésben vett részt az elmúlt négy hétben (az iskolai szüneteket is képzésként értve). *Legalább középfokú végzettséget szerzett*: legalább ISCED 3 szintű (szakmunkásképző vagy szakiskola) végzettséget szerzett. *Lemorzsolódott*: nem jár iskolába és nem szerzett legalább középfokú végzettséget. *Nem dolgozik és nem is tanul (NEET)*:¹³ nem jár iskolába és nem dolgozott legalább egy órát az elmúlt héten. *Dolgozik*: legalább egy órát dolgozott az elmúlt héten. Kiszámítjuk minden változó átlagát a 18–24 éves fiatalok között, illetve négy életkori csoportban (16–17, 18–19, 20–21 és 22–24 évesek), és megnézzük, hogyan változtak ezek az átlagok negyedévenként 2018 első és 2021 második negyedéve között. Azt is megmutatjuk, hogyan változtak ezek az arányok az előző év azonos negyedévéhez képest a járvány előtt és után.

Lemorzsolódás és munkaerőpiaci kimenetek a COVID-19-járvány alatt

Az iskolából lemorzsolódott 18–24 éves fiatalok aránya Magyarországon a COVID-19-járvány előtt, 2019-ben némileg az EU-átlag (10,2%) felett volt (11,8%; Forrás: Eurostat). A járvány kezdetére, 2020 második negyedévére a lemorzsolódott fiatalok aránya a megelőző negyedévi 12 százalékról 11 százalékra csökkent (3.25. ábra). Az ezt követő két negyedévben a ráta 13 százalék fölé emelkedett, majd újra csökkenni kezdett. A dolgozó fiatalok aránya visszaesett, az álláskeresőké emelkedett 2020 második negyedévében. A sem nem dolgozó, sem nem tanuló fiatalok (NEET) aránya már a járvány előtt is emelkedő trendet követett. 2020 végére a 18–24 éves fiatalok 16 százaléka tartozott ebbe a kategóriába, ami európai összehasonlításban az átlag (14%) felett van.

¹³ NEET: a Not in Education, Employment or Training kifejezés rövidítése.

3.25. ábra: A 18–24 éves fiatalok iskolai és munkaerőpiaci kimenetei

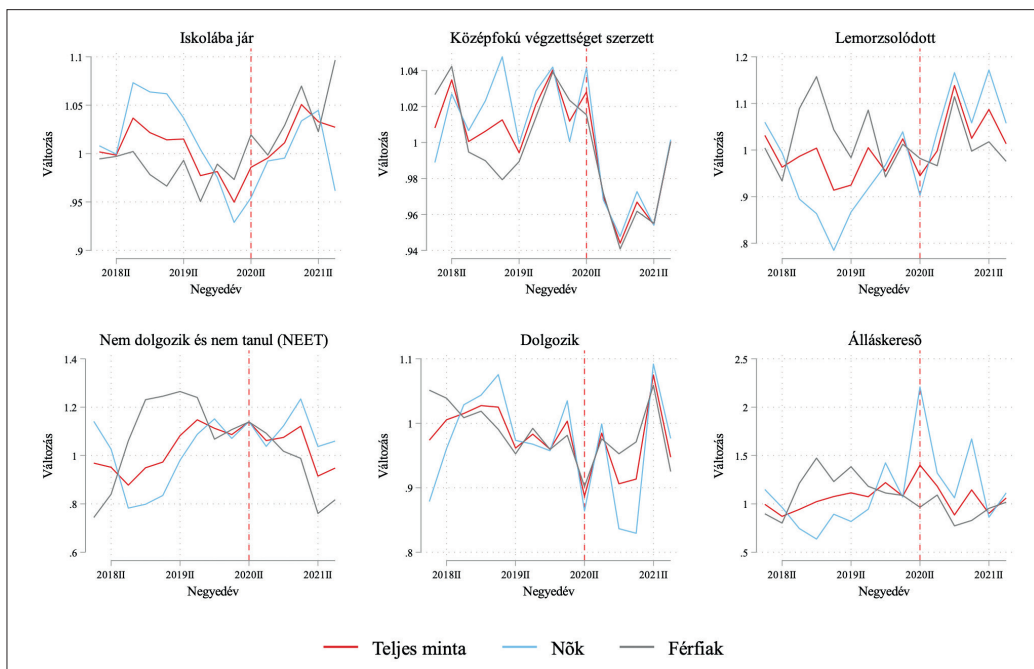


Forrás: Saját számítás a Munkaerő-felmérés adataiból. Megfigyelések száma: 46 258 (súlyozott).

Az életkor szerinti bontás azt mutatja, hogy a lemorzsolódás aránya a 20–24 évesek között nőtt leginkább, míg az álláskeresők és a nem dolgozó és nem is tanuló fiatalok aránya a 20–21 évesek között emelkedett (III. Függelék F1. ábra).

A 3.26. ábra azt mutatja, hogyan változtak ezek az arányok az előző év azonos negyedéhez képest, a járvány előtt és után. Az iskolába járó fiatalok aránya némileg emelkedett a járvány kezdetét követően, miközben a középfokú végzettséget szerzett fiatalok aránya több mint 10 százalékkal csökkent. Ahogy korábban már megmutattuk, ezen az ábrán is látszik a növekedés a lemorzsolódott fiatalok arányában. Mindezek arra engednek következtetni, hogy a fiatalok egy része hosszabb ideig maradhatott az iskolában, más részük pedig nagyobb valószínűséggel esett ki végzettség megszerzése nélkül, mint a járvány előtt. Ez a folyamat hasonló volt a nők és a férfiak esetében.

3.26. ábra: Az iskolai és munkaerőpiaci kimenetek változása az előző év azonos időszakához képest (18–24 éves fiatalok)



Forrás: Saját számítás a Munkaerő-felmérés adataiból. Megfigyelések száma: 46 258 (súlyozott).

A munkaerőpiaci kimenetekben szembeűnő, hogy csökkent a dolgozó fiatalok aránya, és jelentősen megugrott az álláskeresőké. Ez a munkakinálati sokkon túl abból is adódhat, hogy az iskolából végzettség nélkül lemorzsolódott fiatalok megjelentek a munkaerőpiacon. A nők körében lényegesen nagyobb mértékben emelkedett a NEET fiatalok aránya, mint a férfiak körében. A járvány negatív hatásai láthatóan erősebben érintették a fiatal nőket, mint a fiatal férfiakat, különösen a második hullámtól kezdve. Az első hullám alatt, 2020 második negyedévében a 18–24 éves férfiak és nők körében egyaránt hozzávetőlegesen 10 százalékkal csökkent a dolgozók aránya. A második hullám idején azonban a nők esetében háromszor akkora volt a visszaesés mértéke (15%), mint a férfiaknál (5%). Hasonlóképpen az álláskeresők aránya a nőknél több mint kétszeresére emelkedett, míg a férfiaknál nagyjából szinten maradt a teljes időszak alatt.

Összefoglalás, következtetések

Ebben az alfejezetben a 16–24 éves fiatalok iskolai és munkaerőpiaci kimeneteit vetettük össze a járvány előtt és után. A Munkaerő-felmérés adataiból bemutattuk, hogy a járvány növelte az iskolából való lemorzsolódás valószínűségét. Az álláskeresők aránya is nőtt a járvány kezdetét követően, különösen a nők között. A nem dolgozó és nem tanuló fiatalok aránya már a járvány előtt is növekvő trendet követett, amit a járvány tovább emelt. A pandémia bekövetkezte tovább rontotta a fiatalok munkaerőpiaci esélyeit. A nemek

közi különbségek elképzelhető magyarázata lehet, hogy a fiatal férfiak sikeresebben tudtak azokban az állásokban elhelyezkedni, amelyek kínálata emelkedett a járvány alatt, emellett valószínű, hogy az iskolabezárások miatti gyermekfelügyelet elsősorban a nőkre hárult. Aggodalomra ad okot, hogy a NEET és az álláskereső fiatalok aránya már a járvány előtt is emelkedő trendet követett, és a járvány e mellett emelte meg a lemorzsolódott fiatalok arányát. Ez az elemzés kizárólag a járvány alatt tapasztalt munkakeresleti sokkok hatását igyekszik feltárni, még nem áll rendelkezésre elegendő adat a járványnak az iskolarendszeren keresztül a humán tőkére kifejtett hosszú távú hatásairól. Várható, hogy célzott beavatkozások nélkül további munkakínálati hatásokkal is számolni kell a jövőben. Ezek részben abból adódnak, hogy azok a fiatalok, akiket az iskolában ért a válság, ha nem is morzsolódtak le, kisebb humán tőkével, alacsonyabb készségekkel lépnek ki a munkaerőpiacra, mint a megelőző korosztályok. Ez önmagában elég ahhoz, hogy megnehezítse az elhelyezkedést. Mivel a járvány ezen felül növelte a lemorzsolódást is, a fiatalok nagyobb hányada lép középfokú végzettség nélkül a munkaerőpiacra, ami tovább rontja a munkapiaci esélyeket. Végezetül, a munkapiaci sikeresség ragadós: azok a fiatalok, akik munkanélküliségben vagy inaktivitásban kezdik a munkaerőpiaci pályájukat, később is nehezebben találnak munkát. Egyfelől, mert a kényszerszünet alatt a készségeik romlanak, másfelől a munkáltatók előnyben részesítik azokat a fiatalokat, akiknek vagy van munkatapasztalata, vagy egyből az iskolából jönnek. A munkanélküliségben vagy inaktivitásban töltött idő azt sugallja a munkáltató számára, hogy a potenciális munkavállaló „nem jó munkaerő”, attól függetlenül, hogy így van-e, vagy sem. Bár a potenciális munkaerőpiaci beavatkozások tárgyalása túlmutat ezen fejezet keretein, olyan eszközök tartozhatnak ide, mint az érintett kohorszokat célzó bértámogatás, vagy ösztöndíjprogrammal kombinált képzés a járvány alatt lemorzsolódott fiatalok számára.

3.4. Egy hazai jó gyakorlat

MOLNÁR GYÖNGYVÉR

2020 tavaszán kényszerültek először a magyarországi iskolák a folyamatos, több hónapra át tartó távolléti oktatás bevezetésére. Ezt legnehezebben az alsó tagozaton lehetett kivitelezni, ezért már akkor feltételezhető volt, hogy a későbbiekben ott számíthatunk a legjelentősebb tanulási veszteségre. A különböző platformokon megvalósult frontális oktatás nem azonos a digitális oktatással, aminek hatékony megvalósítása nemcsak infrastrukturális kérdés, hanem pedagógiai, módszertani kihívás is (Molnár és szerzőtársai, 2020). A siker nem feltétlenül azon múlik, hogy milyen technológiai eszközök integrációja valósul meg, sokkal inkább a digitális eszközök használata, a személyre szabott magas minőségű tanulás lehetőségének megteremtése a lényeges.

A tanulási veszteségek csökkentése érdekében a Szegedi Tudományegyetem Oktatásméleti Kutatócsoportjának, valamint az MTA-SZTE Képességfejlődés Kutatócsoportjának munkatársai egy gyűjtőoldal¹⁴ segítségével az oktatás összes szereplője számára azonnal hozzáférhetővé tették digitális fejlesztéseiket, felgyorsították az óvodapedagógusok iskolakezdést támogató munkájára irányuló,¹⁵ valamint a pedagógusok számára az olvasás-szövegértés, matematika és természettudományok tanítását segítő online elérhető eszközök¹⁶ fejlesztését. Emellett további, a 2020-as tavaszi időszak 1–4. évfolyamos tantervi követelményeire és tankönyvi tartalmára építő, személyre szabott fejlesztést támogató programok kidolgozását kezdték el. A kutatás célja egyrészt óvodapedagógusokat és tanítókat bevonva olyan fejlesztő programok kidolgozása, melyek bizonyítottan hatékonyan fejlesztik a kisiskolás diákok olvasási-szövegértési képességét és matematikátudását, kiemelten törekedve a tavaszi időszakban bevezetett távolléti oktatás során esetlegesen felhalmozott tanulási veszteségek kompenzálására, másrészt az online

¹⁴ <http://edia.hu/digitalis-kihivas/>

¹⁵ <http://ovi.edia.hu/> – A sikeres iskolakezdéshez szükséges olvasási és számolási előképességek fejlesztését támogató, tabletre optimalizált (nagy elemek, főképp kattintáson és „húzd és vond” műveleteken alapuló, minden esetben hangszóró segítségével meghallgatható feladatok), több mint 2250 tételből álló feladatbank. A feladatokból igény szerint azonnali visszacsatolást adó tesztek, illetve fejlesztő tesztek állíthatók össze.

¹⁶ <http://teszt.edia.hu/> – Az eDia rendszer fejlesztésének eredeti fő célja az 1–6. évfolyamos diákok tanulásának támogatása, az őket tanító pedagógusok munkájának segítése. A rendszer funkciói lehetővé teszik számukra, hogy objektív viszonyítási pontok mellett lássák diákjaik teljesítményét a matematika, az olvasás-szövegértés és a természettudományok területén (Molnár et al., 2021). Az online platform adatfelvételtől függően szöveges, egyénre szabott visszacsatolást biztosít a diákok különböző tudás- és képességfejlettségi szintjeiről: arról, hogy mennyire sajátították el a tankönyvekben szereplő ismereteket, mennyire tudják az elsajátított ismereteket alkalmazni, és végül arról, hogy milyen fejlettek gondolkodási képességeik az adott terület vonatkozásában. A rendszer tanórai integrációját segíti az eDia tanári teszt modulja, ahol a pedagógusok saját maguk is összeállíthatnak mérő és/vagy fejlesztő teszteket az eDia rendszerben elérhető 50 000 item segítségével.

térben megvalósuló hátránykompenzáció sajátosságainak, előnyeinek és korlátainak feltérképezése.

A tanulási veszteségek csökkentésének számos lehetősége adott. Az egyik módszer a megfelelő ideig tartó, személyre szabott/szabható technológiaalapú fejlesztés. A továbbiakban bemutatott kontrollcsoportos kutatássorozat eredményei ezt az állítást igazolják hazai környezetben. Lehetséges a távolléti oktatás során felhalmozott tanulási veszteségek mérséklése, sőt megfelelő ideig tartó és módszereket alkalmazó kompenzáció esetén azok pótlása is megvalósítható. Azaz játékos, technológiaalapú, azonnali visszacsatolást biztosító, módszertanilag megfelelően felépített eszközökkel, a tanórai fejlesztéseken felül, a szaktárgyi pedagógus jelenlétét nélkülözve is hatékonyan csökkenthető a tanulási veszteség mértéke, különös tekintettel a szociális, mentális vagy képességbeli hátrányokkal küzdő gyerekek esetében felhalmozódott tanulási veszteségekre.

A kutatás módszerei

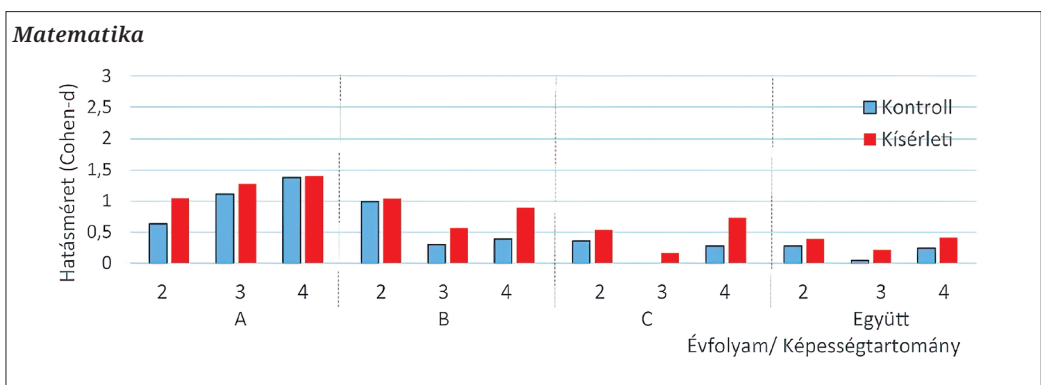
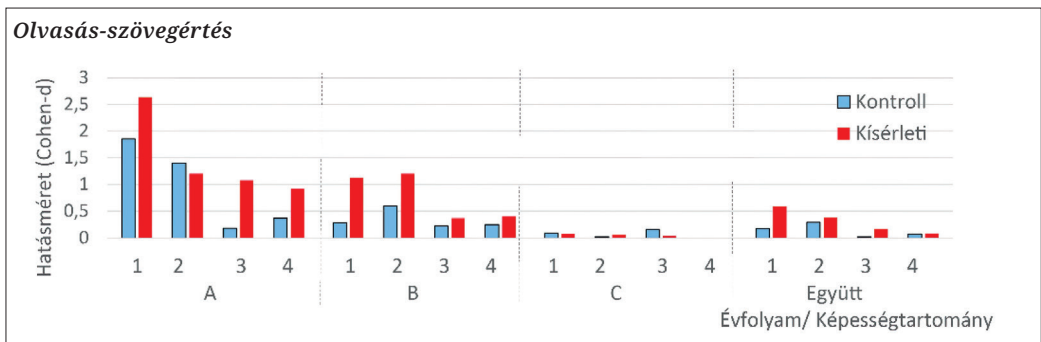
A fejlesztő programok tartalma azokra a témakörökre fókuszált, amelyek tanítása a tavaszi időszakban elrendelt távolléti oktatás időszakára esett. Például a matematika területén a másodikos tanulók számára a megelőző – első – évfolyam második félévének tananyaga, az összeadás és kivonás a 20-as számkörben, míg a harmadik és negyedik évfolyamos diákok számára a szorzás és az osztás fogalmi megértése és a műveletvégzés témaköre került feldolgozásra. A gyerekek minden egyes játékos feladat után megerősítő vagy motiváló visszajelzést kaptak, elakadás esetén pedig további segítséget, illetve célzott fejlesztő feladatokat, ezzel biztosítva a személyre szabott fejlesztés megvalósítását. A feladatok instrukciói meghallgathatók voltak, hogy az olvasási nehézségek ne akadályozzák azok megértését. A fejlesztő programokat október közepétől január végéig érthették el az iskolák. Az adattisztítás során törlésre kerültek azon diákok adatai, akik (1) nem oldották meg az elő- vagy az utótesztet, (2) vagy az időadatok alapján csak végigkattintgatták azokat, illetve (3) nem vettek részt a fejlesztés legalább 80 százalékán. A kísérleti csoport minden egyes tagjához az előteszten nyújtott teljesítmény alapján illesztettünk egy kontrollcsoportos párt (1634 pár eredményei kerültek be az elemzésekbe), biztosítva a két minta közel azonos összetételét, valid összehasonlíthatóságát. Az illesztési algoritmusban első helyen szerepelt, hogy lehetőség szerint azonos osztályból kerüljön ki a pár mindkét tagja, hogy kiküszöböljük a környezeti és a pedagógus hozzáadott értékében lévő különbségek hatását, illetve +/-5 százalékos előteszten nyújtott teljesítménykülönbséget engedélyeztünk az eljárás során. A hatást szórásességben mértük.¹⁷ A fejlesztési időszak tanórai hatását a kontrollcsoport eredményeivel mértük, az azzal összeadandó extra fejlesztés hatását pedig a kísérleti csoport fejlődésével. A diákokat képességszint szerint négy csoportra osztottuk: (1) több mint egy szórással az átlag alatt teljesítők (A jellel jelölt), (2) átlag alatt egy szórásstartományon belüli diákok (B jellel jelölt), (3) átlag felett egy szórásstartományon belüli diákok (C jellel jelölt) és (4) több mint egy szórással az átlag felett teljesítők.

¹⁷ Cohen-d (1988) hatásmérettel: kicsi hatás: $d < 0,2$, igen jelentős hatás: $d > 0,8$ -

Eredmények

A 8–15 alkalmas fejlesztések a teljes minta szintjén akár egy félszórásnyival is nagyobb fejlődést eredményeztek, mint azt a kizárólag tanórai fejlesztésnél tapasztaltuk (3.27. ábra). A megelőző tanév tavaszi időszakának tananyaga kapcsán a legmagasabb képességszint-tartományban lévő diákoknál nem volt kimutatható fejlődés az érintett periódusban (nekik magasabb szintű iskolai, illetve különfejlesztésre lett volna szükségük a továbbfejlődéshez). A legalacsonyabb és az átlagos képességszint körüli diákok fejlődését azonban sikerült gyorsítani és pótolni tanulási veszteségeik egy részét. Azaz módszertanilag megfelelő felépítésű, adaptív és megfelelő ideig, gyakorisággal tartó számítógépes fejlesztő játékokkal a meglévő iskolai fejlesztések mellett a szaktárgyi pedagógus jelenlétét nélkülöző eszközökkel is lehetséges a tanulási veszteségek mérséklése, különös tekintettel a tanulás szempontjából kiemelten fontos területeken és az arra leginkább rászoruló diákok körében.

3.27. ábra: A tanulók szóráségségben kifejezett fejlődése évfolyamonként (1–4.), képességtartományok szerint és együttesen



Összefoglalóan megállapítható, hogy célzott, megfelelő módszertannal kidolgozott, megfelelő ideig tartó fejlesztő programok alkalmazása mellett lehetséges a távolléti oktatás során felhalmozott tanulási veszteségek mérséklése, esetleg azok pótlása.

3.5. Külföldi jó gyakorlatok

HOLB ÉVA, SEMJÉN ANDRÁS

A COVID-19-járványra elsőként világszerte az iskolák bezárásával reagáltak az országok, ennek jelentős negatív hatása volt a gyerekek tanulására. A járvány miatt bekövetkező átmeneti iskolabezárások 1,6 milliárd gyermeket érintettek világszerte, akik közül mintegy 400 millióan nem fértek hozzá a digitális médiához vagy egyéb távoktatási programokhoz (Carrasco és szerzőtársai, 2021). A személyes jelenlét alapuló oktatásból történő több hónapos kiesés miatt jelentősen sérültek a tanulók esélyei a jó minőségű oktatáshoz való hozzáféréshez. Az UNESCO (2021) összefoglalója szerint a karanténban lévő gyerekek kevesebb időt töltenek tanulással, kevesebb külső motiváció sarkallja őket tanulásra, ha fizikailag nincsenek jelen az iskolában. Ez kimondottan a fiatalabb korosztályoknál lenne fontos, mint ahogy az is, hogy támogatást kapjanak felnőttektől (tanároktól, szülőktől) a napi rutinban. Hasonló következtetésre jutott egy egyesült államokbeli eseteket vizsgáló tanulmány (McKinsey, 2021) is. A tapasztalatok alapján vannak olyan tanulók, akik kimaradtak az oktatásból az iskolabezárások idején, így ők veszíthettek is a tudásukból, míg voltak olyanok, akik egyszerűen csak kevesebb tananyagot tudtak elsajátítani a távoktatás alatt. A tanulmány szerint az első és a hatodik évfolyamos diákok átlagosan 5 hónappal maradtak le matematikából, míg 4 hónappal szövegértésből. A tanulmány szerint a megoldás összetett, mert ha a tanulási veszteségeket nem kezelik célzottan, akkor később tovább romolhat a helyzet. Hiszen azoknál a tanulóknál, akik minden kompenzáció nélkül továbbhaladnak a rendszerben, hiányozhat a megfelelő tudás, amire építeni lehet a következő évfolyamokon, míg azok a tanulók, akiknek évet kell ismételniük, kisebb eséllyel fogják befejezni a középiskolát vagy jelentkeznek egyetemre. Nem csak a klasszikus értelemben vett, úgynevezett akadémiai tanulási veszteségek jelentősek, de hiányoznak a tanulóknál azok a soft skillek (nem szakmai jellegű, személyes és szociális készségek) is, melyek ahhoz kellenek, hogy később sikeresek legyenek a továbbtanulásban vagy a munkaerőpiacon (McKinsey, 2021).

Több előrejelzés szerint (Carrasco és szerzőtársai, 2021; McKinsey, 2021) a pandémia miatt elrendelt iskolabezárások jelentősen fogják csökkenteni az érintett korosztályok várható életkeresetét.¹⁸ A gazdasági veszteségeken túlmenően a tanulási kiesés miatti tanulási veszteség negatív társadalmi hatásokkal is járhat majd, mivel csökkentheti a

¹⁸ Psacharopoulos és szerzőtársai (2020) világszinten 11–15 billió dollárra becsülik – mindössze 4 hónapos iskolabezárást feltételezve – ezt a jövedelemkiesést. Világszinten jelenértéken ez a négy hónapos iskolabezárás a konzervatív számítások szerint is fejenként átlagosan több mint 20 ezer dolláros életkereset-csökkenéshez vezet majd. Ez számításaik szerint egyéni szinten az életkeresetek jelenértékének 2833 dolláros csökkenésével jár az alacsony jövedelmű országokban, 6777 dolláros fejenkénti csökkenéssel a közepes jövedelmű országokban és 21 158 dolláros fejenkénti életkereset-veszteséggel a magas jövedelmű országokban. A becslések szerint az iskolaév harmadának elvesztése átlagosan évente mintegy 1,5 százalékkal csökkenti az országok GDP-jét a század hátralévő részében (Hanushek és Woessmann, 2020).

társadalmi kohéziót és ronthatja az emberek közötti együttműködésre való képességet és hajlandóságot. Negatív hatással lehet az életkilátásokra, az egészségi állapotra, és hozzájárulhat a bűnözés és a polgári engedetlenség növekedéséhez.

A vizsgált tanulmányok mindegyike azt is kiemeli, hogy nem hagyhatók figyelmen kívül a COVID-19-járványnak a tanulók mentális és pszichés állapotára gyakorolt negatív hatásai sem. Az iskolabezárások és a válság jelentős stresszhelyzetet okozott a diákok számára. Egyeseket súlyos traumák is érthettek, minthogy valamelyik hozzátartozójuk elhunyt a járvány következtében. Lehetnek olyanok is, akiknek szülője, gondviselője elveszítette az állását. Sőt, nőtt a családon belüli erőszak előfordulása is körükben. Az pedig a legkevesebb, hogy többségük hosszabb-rövidebb ideig megtapasztalta a szociális izolációt (elmagányosodást) (McKinsey, 2021). Ezeket a veszteségeket is rendkívül fontos kezelni, amikor a tanulási veszteségek pótlásáról beszélünk, mert az idegtudományok jelenlegi állása szerint fokozott stresszes állapotban nem működnek megfelelően a tanuláshoz szükséges agyi funkciók (UNESCO, 2021). Vagyis minden felzárkóztató program sikerének kulcsa, hogy egyben támogatni tudja a tanulók mentális jóllétét is.

A fentiek alapján jól látható a tanulási veszteségek kezelésének *első és legfontosabb lépése*, hogy felmérjük, mekkorák és mely területekre terjednek ki a veszteségek. Különösen fontos, hogy a felmérés során a tanulók különböző csoportjait is figyelembe vegyük. Az egyik egyesült államokbeli felmérés (McKinsey, 2021) szerint bizonyos társadalmi csoportokban jelentősebbek a lemaradások (így például a feketék és az alacsonyabb jövedelmű családból származó gyerekek esetén). A társadalmi-gazdasági háttér szerinti különbségekre egyébként a legtöbb tanulmány (többek között Carrasco és szerzőtársai, 2021; McKinsey, 2021; Blaskó és szerzőtársai, 2021; Engzell és szerzőtársai, 2020; Maldonado és De Witte 2020 és OECD, 2020 is) felhívja a figyelmet, hiszen az e tekintetben már eleve hátrányban lévőket súlyosabban érinthette a válság. Korábbi tanulmányok alapján Blaskó és szerzőtársai (2021) arra a következtetésre jutottak, hogy az iskolai tanítási időnek feltehetően nagyobb hozzáadott értéke van az alacsonyabb státuszú családok gyermekei számára a jobb anyagi helyzetűekhez képest, így az iskolabezárások, még ha nem is szünetelt teljesen ez idő alatt az oktatás, erősebben érintik a hátrányos helyzetű tanulókat. Ez részben abból is fakad, hogy az iskolabezárások alatt a diákok csak az otthoni erőforrásokra hagyatkozhattak, így akinél ez eleve hiányzott, az hátrányból indult. Ez a hátrány pedig a már meglévő teljesítménykülönbségekre rakódott, rakódhatott rá.

A tanulási veszteségek felmérése után a következő lépés *a megfelelő felzárkóztatósi intézkedések kialakítása, megtervezése*. Ehhez egyrészt a korábban bizonyítottan hatékonyan működő módszereket érdemes alapul venni. A szakirodalomban egyelőre kevés olyan tanulmány van, ami kifejezetten a COVID-19-járvány alatt bevezetett módszerek hatásosságát vizsgálja, így korábbi eredményekre támaszkodhatunk. Az Egyesült Államokban végzett felmérések alapján (UNESCO, 2020) önmagában az évismétlés, vagy az, hogy teljesítménytől függetlenül továbbengedik a következő évfolyamra a tanulókat, nem működik, ahogyan az sem, ha csupán újrataníják nekik ugyanazt a tananyagot, amit egyszer már tanítottak, de a diákoknak mégsem sikerült elsajátítaniuk. Ehelyett vannak sokkal hatékonyabb módszerek, mint amilyen a tanulás felgyorsítása, vagy ahogyan más irodalmakban hivatkoznak rá, a tananyag sűrítése. Ez azt jelenti, hogy *a teljes*

tanterven belül prioritásokat határoznak meg aszerint, hogy melyek azok a készségek és tudáselemek, amelyekkel a tanulóknak mindenképpen rendelkezniük kell ahhoz, hogy az adott évfolyam sikeres elvégzéséhez szükséges szintet elérhessék, illetve tovább tudjanak lépni a következő évfolyamra vagy a munkaerőpiacra, és a tanítás során csak ezekre fókuszálnak. Egy másik módszer a *mikrotanítás*, amikor a tananyagot kisebb egységekre bontva dolgozzák fel, melyek így egyenként rövidebb idő alatt elsajátíthatók a tanulók számára. Ennek egyik speciális formája a *tutorálás*, amikor mindez egyéni vagy kiscsoportos formában valósul meg.

Egy későbbi tanulmány (UNESCO, 2021) további lehetőségeket is említ. Az egyik ilyen a *tanítási idő meghosszabbítása*. Ez történhet a tanítási napok meghosszabbításával vagy számuk növelésével, az évközi szünetek lerövidítésével vagy akár kiiktatásával, esetleg a nyári szünet lerövidítésével, kitolva a tanév végét és/vagy előrehozva a tanévkezdést. Kiemelték a *személyes és hibrid* oktatási forma megszervezését is, ami lehetőséget ad a karanténban lévő diákok iskolában megvalósuló tanórákba való bekapcsolódására. Mindezekhez elengedhetetlen a pedagógusok, tanárok *továbbképzése*, aminek túl kell lépnie a digitális eszközök használatának egyszerű megtanításán. Ahogy pedig korábban a diákok szempontjából is említettük, a tanárok esetében is nagyon fontos a mentális jóllétük támogatása, hogy kihozhassák magukból a legtöbbet. Bármelyik módszert vagy azok együttesét választják is, a döntési folyamat során fontos az iskolák és a tanárok tapasztalatainak becsatornázása, a velük való egyeztetés.

Egy szintén egyesült államokbeli iskolák példáit vizsgáló tanulmány (Hanover Research, 2020) két fő eszközt különböztet meg, melyek a tanulási veszteségek, lemaradások csökkentésére alkalmasak. Az egyik a *tanulmányi (oktatásra fordított) idő meghosszabbítása* és/vagy a tanulás hatékonyságának növelése módszertani innovációkkal. Utóbbiak közé tartozik például a *tanterv felülvizsgálata*, a *tutorálás*, a *személyre szabott tanulási tervek alkalmazása*. A másik eszköz az *addicionális tanulási programok* kialakítása és bevezetése. Ezek alapvetően tanítási idő utáni tanulási programok, melyek akkor lehetnek igazán hatásosak, ha az iskolai oktatás és a tanítási idő utáni programok integrálva vannak úgy, hogy az iskola utáni program gazdagítsa, kiegészítse a tanulók tanórán megszerzett tudását. Ide tartoznak a tanítási szünetekben szervezett felzárkóztató programok az alacsony teljesítményű tanulók számára, valamint a hagyományos nyári iskolák korszerűsített változatai, a jól megtervezett nyári tanulási programok, melyek iskolán kívüli (out-of-classroom) aktív tanulási lehetőségeket nyújtanak résztvevőiknek, gyakorlati (hands-on) tevékenységek segítségével.

Több tanulmány is felhívja a figyelmet, hogy a megfelelő intézkedések és programok kiválasztása során fontos a szektorokon átnyúló együttműködés (OECD, 2020; Carrasco és szerzőtársai, 2021). Meg kell erősíteni az iskolák családokkal és a helyi közösséggel való kapcsolatait, törekedni kell a megfelelő kommunikációra és partneri viszonyra. Szükség van emellett a hatóságok és a civil társadalom, a civil szervezetek együttműködésére, mivel ez az együttműködés a helyi (civil) szereplők beágyazottságának köszönhetően segítheti az intézkedések gördülékenyebb megvalósítását, esetleges hiánya viszont aláaknázhatja az innovációk lehetőségét és a legsérülékenyebb csoportok oktatási szükségleteinek kielégítését. Továbbá minden korábbinál nagyobb szükség van arra, hogy az

oktatási rendszer különböző kormányzati szintjei együttműködjenek az egészségügyi, szociális védelmi és munkaügyi rendszerrel a társadalom szövetében keletkezett sérülések gyógyítása érdekében, mivel az iskolák egyedül nem lesznek képesek erre, ehhez ugyanis túl kiterjedt a sérülés.

Az így kiválasztott intézkedések megvalósítását az elérhető erőforrásokhoz (költségvetés, idő, humán erőforrások) és kapacitásokhoz kell igazítani, reális célkitűzéseket kell megfogalmazni és azokat világosan kommunikálni a rendszer szereplői felé. Jelentős eredmények eléréséhez nem megkerülhető többletforrások becsatornázása az oktatásba (Carrasco és szerzőtársai, 2021). Angliában egymilliárd font értékű programot indítottak 2020 nyarán, aminek részét képezte egy Nemzeti Tutorálási Program is (UNESCO, 2021). Az Egyesült Államokban pedig szintén megnövelték az oktatási kiadásokat, a 2008-as válsághoz képest két és félszeresére emelték az oktatási rendszerhez rendelt többletforrásokat (200 milliárd dollár, ami jelentősnek mondható az éves szinten oktatásra fordított 750 milliárd dollárhoz képest) (McKinsey, 2021).

Ugyanakkor a vizsgált tanulmányok arra is felhívják a figyelmet, hogy az erőforrások minél hatékonyabb felhasználása érdekében fontos az intézkedések célzottsága, és elsősorban a hátrányos helyzetű, nagyobb lemaradási kockázatú, sérülékeny tanulóokra célszerű fókuszálni. Európán belül (Blaskó és szerzőtársai, 2021), de szélesebb nemzetközi összehasonlításban is igaz, hogy azokban az országokban, amelyek egyébként rosszabbul teljesítenek a nemzetközi kompetenciamérésekben (és amelyekben eleve nagyobb volt a tanulási veszteségek kockázata), hosszabb ideig tartottak zárva az iskolák. A tanulmány szerint Magyarországon különösen fontos lenne a felzárkóztatási programok és erőforrások elosztásánál a kisebb településekre és a rosszabb teljesítményű iskolákra koncentrálni.

Az OECD 2020-as tanulmánya kifejezetten a hátrányos helyzetű, illetve sérülékeny csoportokba tartozó tanulók célzott segítése, támogatása mellett érvel és sorakoztat fel szakpolitikai ajánlásokat. Az ajánlások az iskolabezárások során a méltányos és inkluzív oktatás biztosítására vonatkoznak. E téren az oktatásirányításnak elsősorban az alábbi területekre kell koncentrálnia: (i) a digitális tananyagokhoz való méltányos és inkluzív hozzáférés biztosítása; (ii) a jó tanulási feltételekhez való méltányos és inkluzív hozzáférés; (iii) a sérülékeny tanulók szociális és érzelmi szükségleteinek kielégítése; (iv) extra szolgáltatások és támogatás nyújtása (ez jelenthet pénzügyi támogatást, ösztöndíjakat); (v) támogatás nyújtása a tanárok számára. Az ajánlások másik része az iskolák újrainyítása utáni időszakra vonatkozik. Hangsúlyozzák, annak érdekében, hogy a sérülékeny helyzetű tanulókat megfelelően lehessen támogatni az iskolák újrainyítása során, az oktatást *holisztikus szemlélettel* kell megközelíteni. Ehhez szükséges az összes releváns (formális és informális) érdekelt felet bevonni, bekapcsolni a szakpolitika kialakításába és megvalósításába. Továbbá biztosítani kell, hogy a sérülékeny csoportokba tartozó, a távolléti oktatás idején az iskolával való kapcsolatuk esetleges meglazulását elszenvedő *tanulók is visszatérjenek az iskolába*, ne morzsolódjanak le. Fontos, hogy a tanulók jólléte a jelenléti oktatásra való visszatérés során is maradjon prioritás, és ugyanakkor a tanárok jó közérzetét is biztosítani kell. Támogatni és segíteni kell a tanárokat és az intézményvezetőket annak érdekében, hogy megfelelően tudják segíteni a sérülékeny

tanulókat. Biztosítani kell, hogy az egyenlőség/méltányosság és a hátrányos helyzetű tanulók inkluzív oktatása maradjon prioritás az iskolák újrainyitása és időszakos ismétlődő bezárásai során is: ezt szolgálhatja, ha a sérülékeny tanulók prioritást élvezhetnek a jelenléti oktatáshoz való hozzáférés tekintetében a hibrid – digitális és jelenléti formát kombináló – oktatás idején.

Érdemes lehet többféle programot kipróbálni pilot (kísérleti) formában, azokat mérni és az eredmények alapján széles körben bevezetni vagy módosítani (McKinsey, 2021). Összességében elmondható, hogy elengedhetetlen a keletkezett lemaradások és az intézkedések folyamatos monitorozása és értékelése (és a dezaggregált adatgyűjtés), szükség esetén a programok kiigazítása.

4. A COVID-19-JÁRVÁNY MUNKAERŐPIACI VONATKOZÁSAI

FEJEZETSZERKESZTŐ: KÓNYA ISTVÁN

Vezetői összefoglaló

A fejezet célja annak áttekintése, hogy miként reagált a magyar munkaerőpiac a koronavírus-járvány által okozott sokkra. Ennek részeként megvizsgáljuk a kiinduló helyzetet 2019 végén, majd sorra vesszük a munkapiac fő mutatóit, különös tekintettel a munkanélküliségre és a csökkentett foglalkoztatás egyéb indikátoraira. Majd áttérünk a munkapiaci dinamika tanulmányozására, az állásukat elvesztők és az állásukat váltók létszámára és válság alatti viselkedésére. Külön részben foglalkozunk a munkabérek alakulásával, kitérve a válság későbbi szakaszában bevezetett minimálbér-emelés lehetséges hatásaira is. Külön tárgyaljuk a járvány egyik fontos alkalmazkodási mechanizmusa, a távmunka foglalkoztatásonként és régióként eltérő lehetőségeit és hatásait. Az utolsó, ötödik tanulmányunk az egészségügyi dolgozók egészségi és foglalkoztatási helyzetét vizsgálja.

Kezdeti állapot. A magyarországi munkapiacot alapvetően jó állapotban érte a koronavírus-járvány által okozott sokk 2020 márciusában. A foglalkoztatás szintje a megelőző években erőteljesen emelkedett, régiós összehasonlításban a középmezőnybe emelve a magyar mutatót. Ezt a képet árnyalja, de nem írja felül a külföldön dolgozók és a közfoglalkoztatottak figyelembevétele. A munkanélküliségi ráta a rendszerváltás óta legalacsonyabb szintre esett. A bérek dinamikájában erőteljes gyorsulás volt megfigyelhető, ami a kezdődő munkaerőhiányt jelezhetette. A kedvező kép mellett érdemes megjegyezni, hogy a bérnövekedést nem követte hasonló mértékű termelékenységjavulás. A válság kezelése szempontjából pedig potenciális problémát jelentett a munkanélküli- és szociális juttatások alacsony és időben nagyon erősen korlátozott mértéke.

Munkaerőpiaci feszültségek. A járvány első hullámát a foglalkoztatás gyors és erőteljes esése kísérte. További alkalmazkodási csatornát jelentettek a részmunkaidő és a fizetés nélküli szabadság, amelyek átmeneti bővülését vélhetőleg a munkakereslet rövid távú csökkenése okozta. A ledolgozott munkaórák lényegesen nagyobb mértékben estek, mint a foglalkoztatás. Jelentős volt azoknak a munkahelyeknek az aránya, ahol a munkaadók nem a pozíció megszüntetésével, hanem átmeneti költségcsökkentéssel reagáltak. Érdekes továbbá az a megfigyelés, hogy az állásukat veszítők is nagyobb arányban találtak vissza a korábbi munkaadójukhoz, mint a válság előtti időszakban. Összességében azt látjuk, hogy a járvány drasztikus, de rövid távú hatást gyakorolt a foglalkoztatásra és a munkapiaci részvétel többi fő mutatóira. A hatás nagy része az első hullámra (2020 tavasza) korlátozódott, a következő hullámok munkapiaci hatása már jóval kisebb volt. A válságban legerősebben érintett csoportok a külföldön dolgozók és a pályakezdők voltak.

Állásvesztés és állásváltás. Az első hullámban állásukat veszítők között felülreprezentáltak voltak az egyszerűsített munkaviszonnyal és megbízási szerződéssel foglalkoztatottak. Ugyanakkor a válság előtti mintázathoz képest több alkalmazotti jogviszonnyal rendelkező munkavállaló is elvesztette állását. Valószínűleg ez a magyarázata annak, hogy a következő hónapokban arányaiban többen kaptak újra állást, illetve tértek vissza eredeti munkaadójukhoz. Ugyanakkor az állásvesztés mértéke miatt összességében így is megnőtt a tartósan munkanélküliek, illetve a foglalkoztatásból kikerültek száma. A rendelkezésünkre álló adatok alapján nem tudjuk eldönteni, hogy ez a csoport inaktívvá vált, egyéni vállalkozóként, vagy pedig fekete foglalkoztatásban folytatta. Ez utóbbira utal az a látszólagos ellentmondás, amely a teljes munkaerőpiacra vonatkozó Munkaerő-felmérés (KSH) és a foglalkoztatottakat tartalmazó járulékfizetési adatbázis között látszik. Az előbbi szerint megnőtt az állásváltások száma, míg az utóbbi ennek ellenkezőjét mutatja. Mivel az utóbbi adatbázis nem tartalmazza az egyéni vállalkozókat, mindebből arra következtetünk, hogy a válság alatti alkalmazkodás egyik fontos csatornája az egyéni vállalkozás és az alkalmazotti státusz közötti jelentős mozgás lehetett.

Bérek. A válság előtti erőteljes bérnövekedés folytatódott a járvány idején is. Árnyalja ugyanakkor ezt az állítást az, hogy a hivatalos KSH-adat a teljes munkaidőben foglalkoztatottakra vonatkozik. Figyelembe véve az első hullám – részmunkaidő vagy fizetés nélküli szabadság miatti – erőteljes munkaóra-csökkenését, a teljes munkaviszonnyal rendelkező rétegben a bérnövekedés 2020 első felében megállt. Az első hullámot követő munkapiaci konszolidációval azonban a bérdinamika is visszatért a válság előtti szintre.

Támogatás, alkalmazkodás. Az első hullám idején a munkahelymegtartó és az állásukat elvesztőknek biztosított támogatások is meglehetősen szűkösek maradtak. A más országokhoz képest kevésbé bevezetett, kis összegű és szigorú feltételekhez kötött támogatás a válság által sújtott vállalatok munkavállalóinak csak kis részét érte el. Az állásvesztők támogatása az első hullám idején a meglévő és eleve is szűkkeblű és kemény jogosultsági feltételeket támaztó ellátórendszerre hárult. Összességében a támogatásokat a nehéz helyzetbe került munkavállalók kis része tudta igénybe venni, részben a jogosultság hiánya, részben amiatt, mert az ellátásokat a megszokott helyzetre tervezték, és a részleges alkalmazkodás új formáira (részmunkaidő, fizetés nélküli szabadság) nem adtak választ. A célzott munkahelyi és ágazati támogatások határfelmérését a rendelkezésünkre álló adatokkal nem lehetett elvégezni, de a kezdeti lassú bevezetés után a válság későbbi fázisában alkalmazásuk valamivel kiterjedtebbé vált. Egy további fontos alkalmazkodási csatorna volt a távmunka, ez azonban elsősorban az iskolázottabb, jobb körülmények között élő foglalkoztatottak részére volt elérhető. A távmunka tehát inkább fokozta, mint enyhítette a munkapiaci és jövedelmi egyenlőtlenségeket. A felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók foglalkoztatottságában nem történt érdemi elmozdulás a járvány idején, viszont az első hullám alatt a ledolgozott napok száma jelentősen csökkent. Ugyanakkor a felsőfokú végzettséget nem igénylő egészségügyi szakmák foglalkoztatásában jelentős visszaesés történt 2020 tavaszán. A munkába visszatérésüket viszont nem érintették erősen a járványhoz kapcsolódó korlátozó intézkedések.

Gazdaságpolitikai javaslatok. A magyar munkaerőpiac a koronavírus-járvány okozta kezdeti erős sokk után viszonylag gyorsan magára talált. A munkapiaci rugalmasság örvendetes jelei mellett érdemes azonban megemlíteni néhány hiányosságot. Az ellátórendszer a válság alatt kiesők számára túl rövid ideig adott támogatást. Ez különösen komoly gondot okoz annak a számottevő rétegnek, amely nem tudott rövid időn belül újra elhelyezkedni. Érdemes lenne ezért legalább recessziók idején az álláskeresői járadék időtartamát kiterjeszteni az Európában jellemző, legalább 9 hónapos időtartamra.

A járvány – legalább részben tartós – átrendeződést hozott az ágazatok és foglalkozások szerkezetében, megnövelte a távmunka iránti igényt, és felgyorsította a digitalizáció folyamatát. E változások szükségessé teszik a már munkában állók készségeinek fejlesztését is, az igényekhez igazodó át(képzések) állami támogatásának erősítését.

Az orvosok, közöttük különösen a szakorvosok körében magas az idős (65 év feletti) dolgozók aránya és a COVID-19 szempontjából kockázati tényezőnek tekintett krónikus betegségek előfordulása. Ezek a tényezők egyrészt növelték az orvosok veszélyeztetettségét a pandémia idején, másrészt nehezítették az ellátás biztosítását a járvány súlyos hullámai alatt. A járvány alatti egészségügyi ellátás biztosításához fontos figyelembe venni az egészségügyi dolgozók koreloszlását, kívánatos lenne az előregedő szakterületekre fiatal orvosok bevonása.

Végül probléma az, hogy nagyon keveset tudunk az egyéni vállalkozók munkapiaci alkalmazkodásáról. Nagyon fontos lenne, hogy az államigazgatás számára erre a körre rendelkezésre álló adatok elemzés céljára elérhetőek legyenek, adatok hiányában pedig erre a körre (különösen a KATA-s vállalkozókra) is ki kellene terjeszteni a részletesebb adatszolgáltatási kötelezettséget.

4.1. Munkaerőpiaci következmények

KÖLLŐ JÁNOS

Bevezetés

Ebben a fejezetben áttekintjük a járványidőszak munkaerőpiaci fejleményeit, a KSH Munkaerő-felmérésére (MEF) támaszkodva. Az 1992 óta negyedévente felvett, bizonyos korlátok között panelbe rendezhető és számos alapvető kontrollváltozót tartalmazó MEF a legfontosabb adatforrás a foglalkoztatás, a munkaidő, a munkanélküliség és az inaktivitás nyomon követésére. Ha másként nem jelezzük, minden számítás ennek a felvételnek a KRTK Adatbank által kezelt változatán (MEF KRTK) alapul. A járvány magát a felmérést sem hagyta érintetlenül, de úgy tűnik, a szokottnál jóval intenzívebb panelkopás nem függött össze a munkaerőpiaci státusszal, az erre vonatkozó adatok a korrekciós súlyozás után megbízhatónak tekinthetők (Köllő, 2022). A MEF-adatok 2021 második negyedévéig állnak rendelkezésünkre. A vállalatok árbevételére és más mutatóira vonatkozó adatokkal csak 2020 első félévéig rendelkezünk, az adó- és bértámogatásokról, a pénztárgépek forgalmáról, illetve a turizmusról pedig 2020 áprilisától máig sem sikerült elemzésre alkalmas mikroadatokhoz jutnunk.

Röviden bemutatjuk, milyen állapotban érte a járvány a magyar munkaerőpiacot, majd áttekintjük a foglalkoztatásra és a munkától való kényszerű távollétre vonatkozó aggregált és csoportszintű idősorokat. A járvány, a kormányzati ellenlépések, valamint a nemzetközi áru- és munkaerőmozgás közötti kölcsönkapcsolatok feltárására már csak az adatszolgáltatás hiányosságai miatt sem vállalkozhatunk.

A magyar munkaerőpiac a járványt megelőző években¹

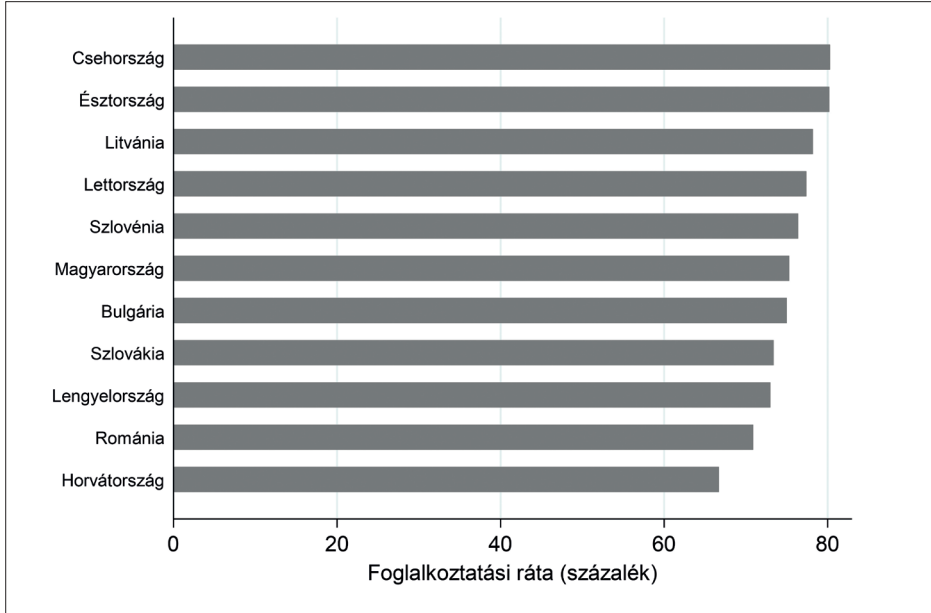
Foglalkoztatás. A foglalkoztatási ráta 2019-re a 15–74 évesek körében 61 százalékosra, a 15–64 éveseknél 70 százalékosra, az Eurostat által leggyakrabban használt 20–64 éves kortartományban pedig közel 76 százalékosra nőtt. Ez utóbbi érték alapján Magyarország középen helyezkedett el a volt szocialista EU-tagországok mezőnyében, megelőzve Horvátországot, Romániát, Lengyelországot, Szlovákiát és Bulgáriát, de elmaradva Csehországtól, Szlovéniától és a három balti országtól (4.1. ábra).

A helyezésünkön sokat javít a még ma is példátlan méretű közmunkaprogram, és hogy az abban dolgozókat nem munkaerőpiaci program résztvevőiként, hanem foglalkoztatottként számoljuk el. Pontos nemzetközi összehasonlító adatok erről nem állnak rendelkezésre, de a meglévő források alapján (EC 2013, 7–8. és 42. o.) nem kétséges, hogy a piaci foglalkoztatás mértékét tekintve a volt szocialista EU-tagországok mezőnyének ma is az alsó felében foglalnánk helyet.²

¹ Ez az alfejezet Köllő, Oblath és Scharle (2022) eredményeit foglalja össze.

² A kétezres évek közepén Magyarország, csak Lengyelországot (és feltehetően Horvátországot) megelőzve, az utolsó helyek egyikén állt a foglalkoztatási rangsorban (Fazekas és Varga, 2004, 319. o.).

4.1. ábra: A 20–64 évesek foglalkoztatási rátája a volt szocialista EU-tagországokban, 2019



Forrás: Eurostat

2007 (a pénzügyi és gazdasági világválság előtti utolsó „békeév”) és 2019 között a foglalkoztatás 579 ezer fővel, a közmunkások és a külföldön dolgozók nélkül számítva 407 ezer fővel nőtt. Ez a növekmény az egyes munkaerőcsoportok létszámváltozásából (c_1) és foglalkoztatásiráta-változásából (c_2) eredő komponensekre bontható. A változásra a legerőteljesebb pozitív hatást a diplomások *számának* növekedése gyakorolta ($c_1=293$ ezer fő). Hasonló erővel hatott az 55 évesnél idősebbek erőteljesen javuló *foglalkoztatási esélye* (a két nemre együttesen $c_2=290$ ezer fő). Nem jelentéktelen a gimnáziumi érettségivel rendelkezők számbeli növekedésének hozzájárulása sem ($c_1=100$ ezer fő).

A mérleg másik serpenyőjében a létszámcsökkenésből adódó negatív összetételhatásokat találjuk, különösen a középfokú szakképzést végzettek esetében. A 25–54 éves korosztályból számos ilyen képzettségű ember öregedett ki, és ezt a veszteséget nem pótolta, hogy a szakképzésben tanuló fiatalok középfokú oktatáson belüli *részaránya* alig csökkent (Hajdu és szerzőtársai, 2015). A legfeljebb általános iskolát végzettek létszámát is elsősorban az öregedés apasztotta, nem az, hogy csökkent volna az iskolarendszertől 6 vagy 8 osztály után kilépők aránya: a 21–25 éves, nem tanuló népességben a csak általános iskolát végzettek aránya 2007-ben 17,6, 2019-ben még mindig 15,8 százalékos volt.

A munkaerőpiaci teljesítmény javulásában tehát meghatározó szerepet játszott két, hosszabb távon ható tényező. Az egyik a kilencvenes években lezajlott felsőoktatási expanzió, ami anélkül növelte a diplomások számát, hogy a foglalkoztatási esélyeik romlottak volna. A másik a nyugdíjkorhatár fokozatos (1998 óta tartó) emelése és a rokkantsági nyugdíjba vonulás megnehezítése, ami szintén évtizedes törekvése a mindenkori kormányoknak, bár e téren a legradikálisabb reform a második Orbán-kormány

hivatali idejében történt. A legjobb munkavállalási korban lévők csoportjaiban mért paraméterhatások – számos 2010 utáni, a jóléti juttatásokat a bérekhez képest csökkentő intézkedés ellenére – együttesen sem adják ki az 55 évesnél idősebbek esetében megfigyelt értéket.

A *munkanélküliség* a járvány előtt – Szlovákiát kivéve – a régió minden országában rendkívül alacsony szinten, 3-4 százalék körül mozgott; Magyarországon 3,4 százalék volt 2019-ben. A járványt megelőző években több ágazatban is erőteljesen nőtt a *betöltetlen álláshelyek* száma, megszorodtak a munkaerőhiánnyal kapcsolatos panaszok, emelkedett a foglalkoztatási szolgáltatónál bejelentett üres állások száma, és súlyosbodott a vállalati kikérdezésekben mért hiány (Köllő, Nyíró és Tóth, 2017).

Bérek. A nemzeti számlák (NSZ) adatai szerint 2010 és 2019 között Magyarországon rendkívül szerény – a többi visegrádi országtól és Romániától jóval elmaradó – mértékben emelkedett a munkatermelékenység, de még ennél is szerényebb volt a nemzetgazdasági „szuperbruttó” bérmutató, a munkavállalói jövedelem reálértékének növekedése. Az NSZ adatai a gazdaság egészére vonatkoznak, így becsléseket tartalmaznak a gazdaság közvetlenül nem megfigyelt részére is, és igyekeznek korrigálni a megfigyelt részről tájékoztató statisztika (Intézményi Munkaügyi Statisztika, IMS) torzításait is. Az IMS az összes alkalmazott kétharmadát fedi le: ezen alapulnak a KSH által a bruttó és a nettó bérekről rendszeresen közölt hivatalos adatok, amelyek sokkal gyorsabb béremelkedést jeleznek, mint ami az NSZ termelékenységi és kereseti adataival összhangban lenne. A kétféle statisztika szerinti béremelkedés összehasonlításán alapuló becslésünk szerint 2010 és 2019 között nemzetgazdasági szinten a nettó reálbérek a KSH által hivatalosan közölt mintegy 50 százaléknál lényegesen kisebb mértékben emelkedhettek. A 2015 és 2019 közötti időszakra nézve azonban nemcsak az IMS, hanem az NSZ alapján becsült mutató is számottevő, azonban a termelékenységet meghaladó mértékű nettó reálbér-emelkedést jelez.

Munkanélküli-támogatások. A munkanélküliek, illetve a szegények számára elérhető pénzbeli ellátások a járvány előtt rendkívül szűkmarkúak voltak, és azok is maradtak. A biztosítási alapú álláskeresési járadék azoknak járt és jár, akik a megelőző 3 évben legalább 360 napig munkaviszonyban álltak. Tíz nap jogosultsági idő után jár egy nap járadékos idő, de a járadék időtartama legfeljebb 90 nap lehet. A járadék összege a legutolsó négy negyedév keresetének (ha már több mint egy éve nem dolgozott, akkor a hatályos minimálbér 130 százalékanak) 60 százaléka, de legfeljebb a minimálbér. A 3 hónapra korlátozott járadékfolyósítás a legrövidebb egész Európában; Csehországban az igénylő életkorától függően 5 és 11 hónap között változik a maximális időtartam, a régió többi országában 6, 9 vagy 12 hónap (OECD 2021).

Akinek nincs meg a szükséges 360 nap munkaviszonya, foglalkoztatást helyettesítő támogatást (FHT) kérhet. Ennek feltétele, hogy a család egy fogyasztási egységre jutó havi jövedelme ne haladja meg az öregségi nyugdíjminimum 90 százalékát (2019-ben 25 640 forintot) és ne legyen vagyona. Például egy kétgyermekes család esetében, ha az egyik szülő minimálbéren dolgozik, akkor a család egy fogyasztási egységre jutó jövedelme meghaladja a 39 ezer forintot, így a másik szülő már nem jogosult FHT-ra. Az FHT összege nem függ sem a jövedelemtől, sem a háztartás nagyságától: egységesen 22 800

forint. Ez az összeg a régióban is alacsonynak számít, különösen az alacsony jövedelmű gyermekes családok esetében.³

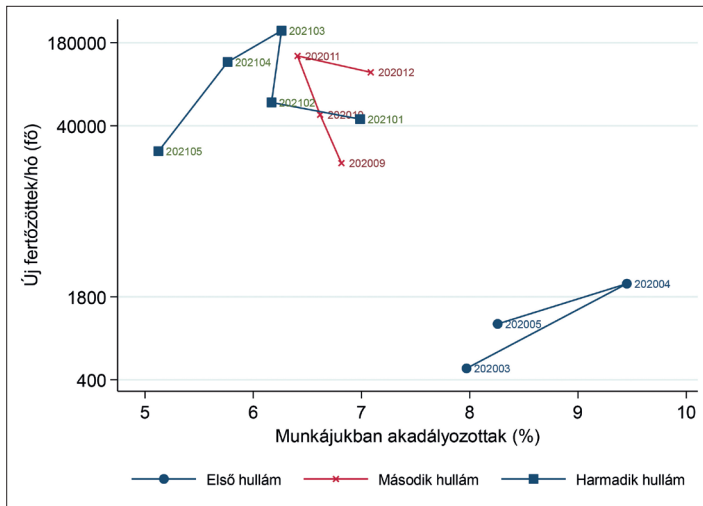
A kormányhivatali szervezet részeként működő magyar munkaügyi szolgálat centralizált, ugyanakkor az erős szakmai irányítást nélkülöző⁴ szervezet, korlátozott autonómiával, amely eszközök és létszám tekintetében is korlátozott forrásokkal rendelkezett 2019-ben, szolgáltatásainak többségét személyes jelenléttel nyújtotta (Janovics, 2019).

Összefoglalva: A magyar munkaerőpiacot a koronavírus-válság viszonylag kedvező állapotban érte. A foglalkoztatás terén a sereghajtók közül a régió középmezőnyébe küzdöttük fel magunkat, a bérek pedig a járványt megelőző öt évben dinamikusabban nőttek. Ugyanakkor a béremelkedéstől súlyosan elmaradó termelékenységnövekedés, valamint a példátlanul szűkmarkú munkanélküli-ellátás rontotta a gazdaság válságállóságát, illetve a társadalom válságtűrő képességét: fiskális gondokkal, inflációs nyomással, nagy jövedelemvesztéssel és nehézkesen működő szolgáltatásokkal fenyegettek.

Járvány és munkaerőiaci feszültségek: az idővonal

A 4.2. ábra vízszintes tengelyén a „munkájukban akadályozottak” (munkanélküliek, dolgozni akaró inaktívak és munkaszünet miatt nem dolgozók) aránya érzékelteti a munkaerőiaci válság mélységét, a függőleges tengelyén pedig az új fertőzöttek száma utal a járvány hevesességére. (Ezen a tengelyen logaritmikusskalát alkalmazunk a természetesen egységben mért értékek közötti nagyon nagy különbségek miatt).

4.2. ábra: Mozgás a munkaerőiaci feszültségek és a járvány terében



³ Konle-Seidl (2021) számítása szerint a minimumjövedelem jellegű támogatásokat (FHT, lakásfenntartási támogatás) és a családi pótlékot is figyelembe véve egy két gyermekes házaspár szociális támogatásának maximális összege az EU-ban Magyarországon volt a második legalacsonyabb, a mediánjövedelem 17 százaléka.

⁴ A Nemzeti Munkaügyi Hivatal megszüntetése óta a munkaügyi szolgálatnak nincs egységes szakmai felügyelete, három szaktárcától is kapnak – esetenként egymásnak ellentmondó – utasításokat.

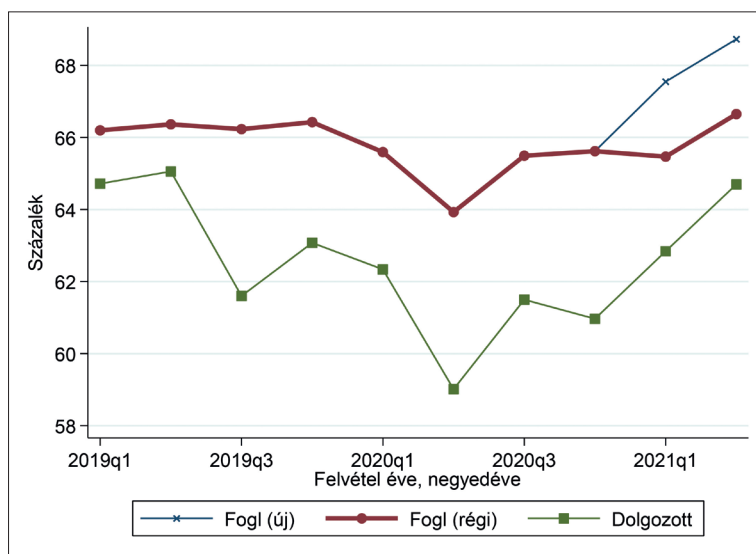
Hangsúlyozzuk, hogy az ábra leíró jellegű, az időbeni mozgást hivatott ábrázolni, azt, amit a Google Térkép „idővonalnak” nevez: nem akar oksági összefüggést, vagy akár csak valamiféle elemzési vagy szakpolitikai célból figyelembe veendő átváltási arányt sugalmazni a két kimenet között. Azt, hogy létezik átváltás a kormányzati szigor és a járvány súlyossága között, számos kutatás bizonyította, (például Davies és szerzőtársai, 2021; L’Angiocola és Monti, 2020; McLaren és Wanf, 2020 vagy az első hullámra vonatkozó magyar adatokon Röst és szerzőtársai, 2021) de ezek a tanulmányok természetesen nem egyetlen, a fentihez hasonló ábrán alapultak.

A két dimenzió közötti kölcsönkapcsolatok – és kutathatóságuk – kérdésére az utolsó alfejezetben térünk ki. Egyelőre megelégszünk azzal, hogy konstatáljuk az első és a második-harmadik hullámok közötti éles kontrasztot, amit a következő alfejezetek adatai részleteiben is meg fognak mutatni.

Foglalkoztatás a járvány első három hulláma alatt

A foglalkoztatás alakulását 2019 elejétől 2021 közepéig a 4.3. ábra három görbéje mutatja. A vastagon szedett görbe mutatja a foglalkoztatottak arányát a 15–74 éves, nem tanuló népességben, a bevett ILO-OECD-meghatározás szerint: foglalkoztatottnak az számít, aki a kérdezést megelőző héten legalább egy órányi jövedelemtermelő munkát végzett, vagy egyet sem, de csupán átmenetileg volt távol a meglévő munkahelyétől. Ebben a mutatóban kismértékű (mintegy két százalékpontos) csökkenést látunk 2020 második negyedévében. Az év hátralévő részében a foglalkoztatási ráta közel került a járvány előtti szinthez, és teljesen regenerálódott 2021 második negyedévében.⁵

4.3. ábra: A foglalkoztatási ráta alakulása különböző meghatározások szerint 2019 első és 2021 második negyedéve között (százalék)



Megjegyzések:

Fogl (új) = foglalkoztatás a 2021 első negyedévéig használt KSH-definíció szerint.

Fogl (rég) = foglalkoztatás az 1992–2020 között használt definíció szerint.

Dolgozott = foglalkoztatott, és a vonatkoztatási héten legalább egy órát dolgozott. Forrás: MEF KRTK.

⁵ A 4.3. ábra adatai – a későbbiekkel eltérően – magukba foglalják a külföldi és a közfoglalkoztatást is.

Ehhez az ábrához három megjegyzés kívánkozik:

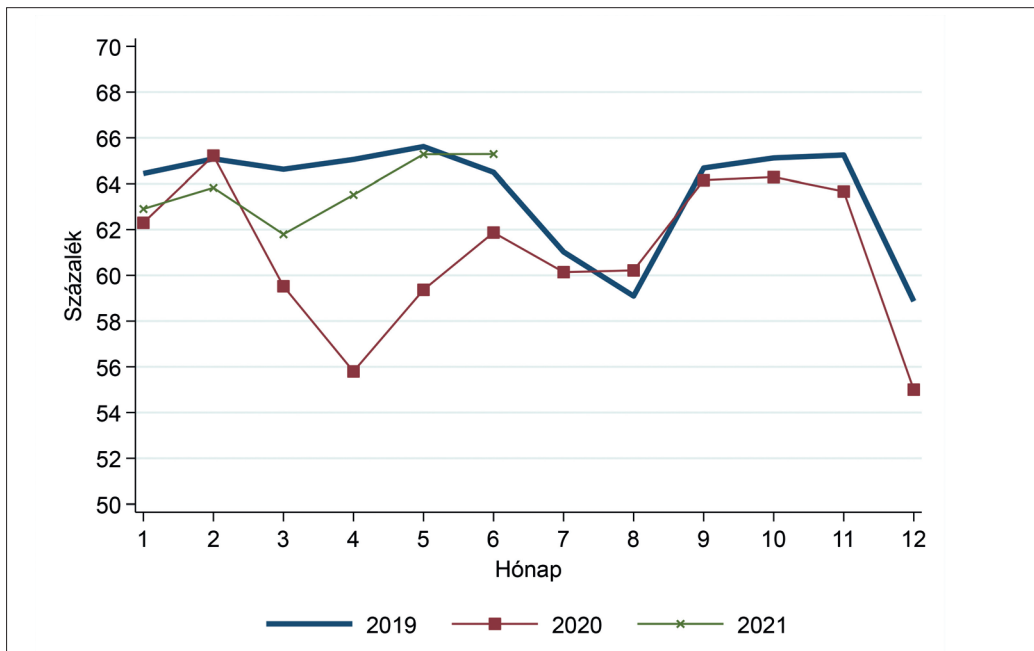
A KSH 2021 elején megváltoztatta a foglalkoztatás mérését: „2021. január 1-jétől a gyed, gyeg mellett dolgozókon túl azok a – korábban inaktívnak vagy munkanélkülinek számító – személyek is foglalkoztatottnak minősülnek, akik a gyermekgondozási ellátás igénybevétele előtt dolgoztak utoljára, a távollét idején pénzbeli juttatásban részesülnek, és az ellátás igénybevétele követően visszatérhetnek a korábbi munkahelyükre. Vagyis a munkájuktól a gyermekgondozási ellátás igénybevétele miatt tartósan távollevők. A módszertani változás eredményeként a nők foglalkoztatási mutatói jelentős mértékben módosulnak.” (KSH 2021) Az új módszertan szerint számítva a nők foglalkoztatása 2021 elején 138 ezer fővel, 7 százalékkal volt magasabb, mint a korábbi metodika alapján kalkulált – ezért emelkedik meg hirtelen, 2021 elején a publikált foglalkoztatási adat (lásd az \times -szel jelölt görbét). E téren nem követjük a KSH-t, továbbra is az 1992 és 2020 között használt definíció szerint mérjük a foglalkoztatást.⁶

Másodszor, a járvány idején a korábbinál sokkal gyakoribbá vált a meglévő állástól való távollét: azoknak a foglalkoztatottnak az aránya, akik a vonatkoztatási héten egy órát sem dolgoztak, 2 százalék körüli szintről több mint 7 százalékra nőtt az első járványhullám idején. Ezt részletesen tárgyaljuk a későbbiekben. A 4.3. ábra alsó, négyzetekkel jelölt görbéje mutatja azoknak a népességen belüli arányát, akik foglalkoztatottnak minősültek, és legalább egy órát ténylegesen dolgoztak is a vonatkoztatási héten. Ebben nagy csökkenést látunk 2019 elejétől fogva, és különösen az első járványhullám idején. A későbbiekben a ráta emelkedésnek indult, és 2021 nyarára visszaállt a járvány előtti szintre.

Harmadszor, a 4.3. ábrán – és számos alkalommal később is – követjük a KSH negyedéves szakaszolását, de ettől el fogunk térni olyan esetekben, amikor az esetszámok megengedik a havi felbontást. A járvány ugyanis Magyarországon 2020 márciusában, még az első negyedévben robbant be, az első hullám pedig még a második negyedévben, 2020 júniusára csengett le. A negyedéves szakaszolás ekkor és a későbbiekben is pontatlanul ragadja meg a járványidőszakokat.

⁶ Arról, hogy a KSH által bevezetett újítás megfelel-e a járvány idején megszorított rövid idejű távollétek számbavételére vonatkozó ILO-ajánlás szellemének, lásd Köllő (2022) írását. A rövid válasz: nem felel meg. Megjegyezzük, hogy a KSH a honlapján közölt foglalkoztatási idősorokat 2009-ig visszamenőleg átszámítva közli, az új definíciót alkalmazva.

4.4. ábra: A legalább egy órát dolgozó foglalkoztatottak aránya a 15–74 éves, nem tanuló népességben



Forrás: MEF KRTK.

A 4.4. ábra mutatja a legalább egy órát dolgozó foglalkoztatottak népességben belüli arányát, havi bontásban, 2019-ben, 2020-ban és 2021 első félévében. Az éven belüli idősorokban erős a szezonális, mert az arány mindig jelentősen csökken a nyári és év végi szabadságolások idején. A járványidőszak fejleményeit ezért nem az abszolút számok, hanem a 2020-as és 2021-es értékeknek a 2019-es, vastagon szedett görbétől való távolsága alapján ítélni lehet meg.

A számítás során figyelmünket a hazai piaci (nem közmunkás) munkahelyekre korlátozzuk: a külföldi munkavégzés és a közfoglalkoztatás alakulásáról külön számolunk be.

Látható, hogy az így értelmezett foglalkoztatási ráta már 2020 márciusában nagyot csökkent az előző évi szinthez képest, áprilisban pedig már 9 százalékpontos (14 százalékos) visszaesést figyelhetünk meg. A ráta az első hullám lecsengését követően, 2020 júliusában tért vissza a 2019-es értékhez, és ez novemberig így is maradt. A második-harmadik járványhullám idején foganatosított újabb lezárások idején, december és május között ismét kinyílt az olló, de csupán 1–3 százalékkal, sokkal kisebb mértékben, mint az első hullám alatt.

A 4.1. táblázat – az alacsony esetszámok miatt szükségképpen pontatlanul – mutatja a munkától való távollét okaira vonatkozó adatokat 2019, 2020 és 2021 második negyedévében. Az első járványhullám idején sokszorosára ugrott a munkaszünet és a felmondási idő miatt nem dolgozók aránya, de a többi okcsoportban is nagy növekedést figyelhetünk meg. Figyelembe veendő, hogy ekkor sokan a fizetett szabadságuk terhére maradtak távol, vagy olyan okokból nem dolgoztak, melyekre nem kérdez rá

a MEF kérdőíve (például a vállalkozás szüneteltetése miatt). 2021 tavaszán a távollévők aránya és okok szerinti megoszlása visszatért a 2019-es szinthez és mintázathoz, bár a munkaszünet miatti távollét részaránya az összes távollétben viszonylag magas maradt.

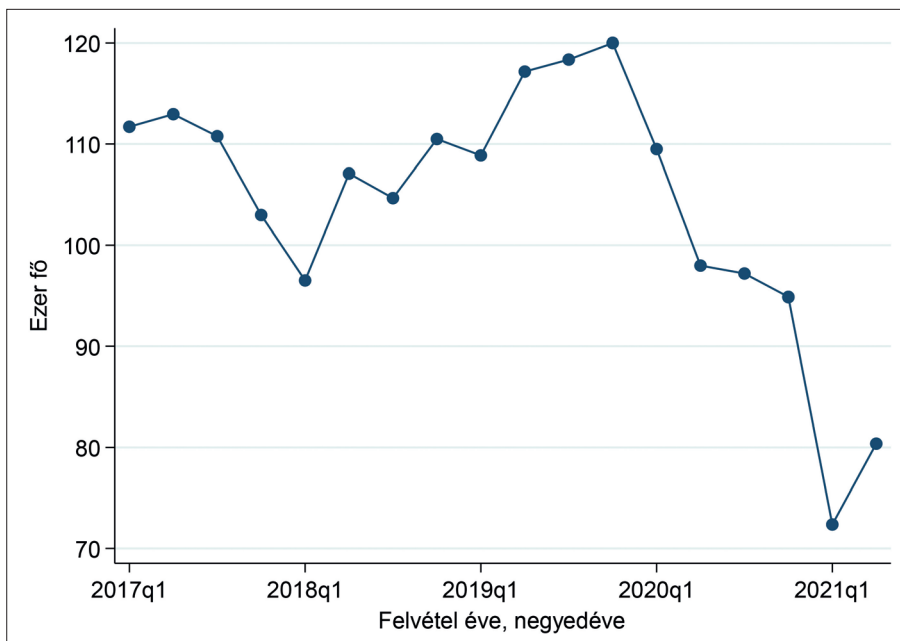
4.1. táblázat: Az interjút megelőző héten nem dolgozó foglalkoztatottak száma a távollét oka szerint a második negyedévekben (április–június)

	A munkától távol lévők százalékában			Az összes foglalkoztatott százalékában		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
A kérdezett vagy gyermeke beteg; szülési szabadság; időjárás	37,8	19,6	43,9	0,8	1,5	0,9
Szabadság	49,9	25,7	39,1	1,1	2,0	0,8
Munkaszünet, felmondási idő	1,0	22,6	7,4	0,2	1,7	0,2
Egyéb	11,3	32,1	9,6	0,2	2,5	0,2

Megjegyzés: A munkától távol lévők aránya rendre 2,3; 7,7 és 2,1 százalék. A távollévők megfigyelt száma rendre 440, 1247 és 451 fő. A gyesen lévő és nem dolgozó személyeket, a 2021 előtti meghatározást követve, nem tekintjük foglalkoztatottnak. Forrás: a szerző számítása a MEF KRTK 2019, 2020 és 2021 második negyedévi hullámaiból.

Külföldön dolgozók

4.5. ábra: A külföldön dolgozók átlagos állományi létszáma (ezer fő), 2017 első negyedéve – 2021 második negyedéve



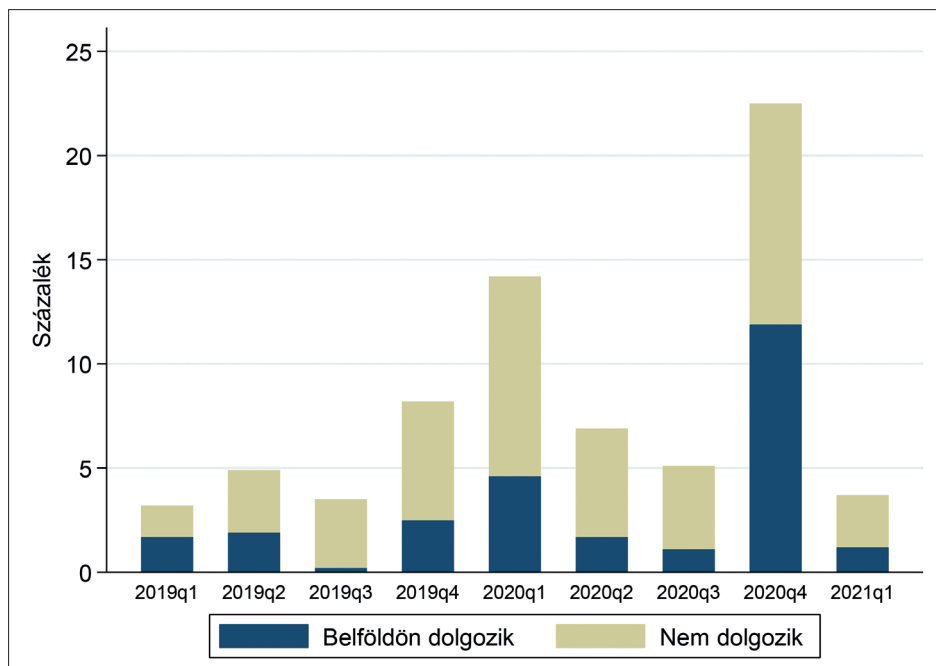
Forrás: MEF KRTK. Az adatok a súlyösszegeket mutatják.

A külföldi munkavégzés időbeni pályája eltért a hazaitól. A külföldön dolgozó, de valamely hazai háztartással életvitelszerűen kapcsolatban maradó személyek száma (őket figyeli meg a MEF) 2018–2019-ben erőteljesen növekedett, 2020 első negyedétől a harmadik járványhullám végéig azonban folyamatosan, nagymértékben csökkent, összességében mintegy 40 ezerrel, azaz 40 százalékkal!

A külföldi munkavégzés lehetőségétől megfosztott emberek egy része itthon vállalt munkát, aminek a mértékére a 4.6. ábra ad becslést. Az oszlopok magassága mutatja, hogy azok, akik az adott negyedévben külföldön dolgoztak, milyen arányban veszítették vagy hagyták el az ottani munkahelyüket, és ezen belül milyen arányban dolgoztak a következő negyedévi megfigyelés szerint. Az adat a t-edik és t+1-edik hullámban egyaránt megfigyelt személyekre vonatkozik.

Az ábra szerint a 2019 negyedik negyedéről 2020 első negyedére „virradó” hónapokban megnőtt a külföldi munka megszűnésének esélye (2020 februárjában már vészhelyzetet hirdettek Olaszországban, és a világkereskedelemben már ekkor komoly zavarok támadtak). Az érintettek nagy többsége itthon sem talált munkát. Ennél is nagyobb külföldi állásvesztési arányt látunk az első hullám idején és különösen 2020 vége és 2021 eleje között – de ekkor a hazatérők fele már munkába tudott állni Magyarországon.

4.6. ábra: A külföldi munkájukat elvesztő vagy elhagyó munkavállalók a következő negyedévi aktivitásuk szerint (külföldön dolgozók az adott negyedévben = 100 százalék)



Forrás: MEF KRTK. A dátum a kezdeti időpontra vonatkozik.

Megjegyezzük egyrészt, hogy az ábra alacsony, negyedévente 400-500-as esetszám alapján készült, de az első, illetve második–harmadik hullámhoz kapcsolódó kiugrások olyan

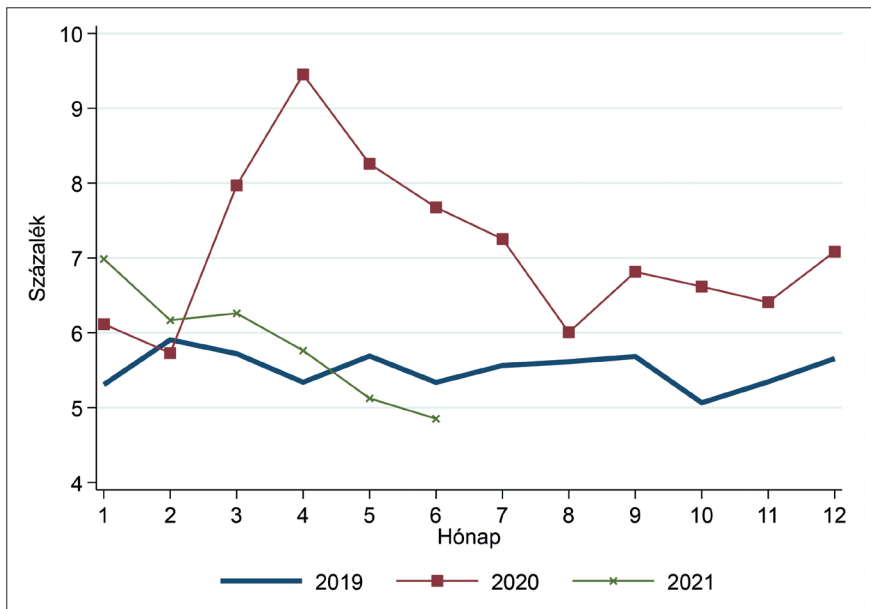
mértékűek, ami nehezen adódhat pusztán mérési hibából. Másrészt nyilván előfordult visszaáramlás, de az állomány alakulására vonatkozó ábra egyértelművé teszi, hogy ez nem tudta ellensúlyozni a külföldi munkahelyek elvesztésének hatását.

A munkavégzésben akadályozottak száma és összetétele

A járvány sajátos körülményei között nem csak a foglalkoztatás szokásos mérése vezet torz eredményekre – ennél is alkalmatlanabb a munkanélküliség szokásos definíciója. (Ide „békeidőben” azokat soroljuk, akik nem foglalkoztatottak, a kérdezést megelőző hónapban aktívan állást kerestek, és két héten belül be tudnának lépni egy megtalált állásba.) Ez a meghatározás nem veszi figyelembe, hogy a járvány alatt számosan önhibájukon kívül nem dolgoztak az egyébként meglévő munkahelyükön, ha pedig megszűnt a munkájuk, nem kerestek új állást, hanem a járvány végét várták, amikor újrainyithat a bolt, a vendéglő, a szálloda, a mozi stb., ahová visszavárták őket.

A 4.7. ábrán a fentieket figyelembe véve azoknak a népességen belüli arányát követjük nyomon, akik (a) munkanélküliek, azaz aktívan állást keresnek, (b) inaktívak, de szeretnének fizetett munkát, illetve (c) foglalkoztatottak, de munkaszünet vagy felmondási idő miatt nem dolgoztak a kérdezést megelőző héten.⁷ Őket összefoglalóan „a munkavégzésben akadályozottak” nevezzük. E csoport aránya 2019-ben, időben stabilan, 5 és 6 százalék között mozgott, innen ugrott előbb 8, majd 9,5 százalékra 2020. március–áprilisban, és noha nyár végére visszatért a 2019-es értékek közelébe, azokat csak 2021 májusában érte el újból.

4.7. ábra: Munkavégzésben akadályozottak 2019–2021 között



⁷ Az adatok továbbra is a 15–74 éves, nem tanuló népességre vonatkoznak.

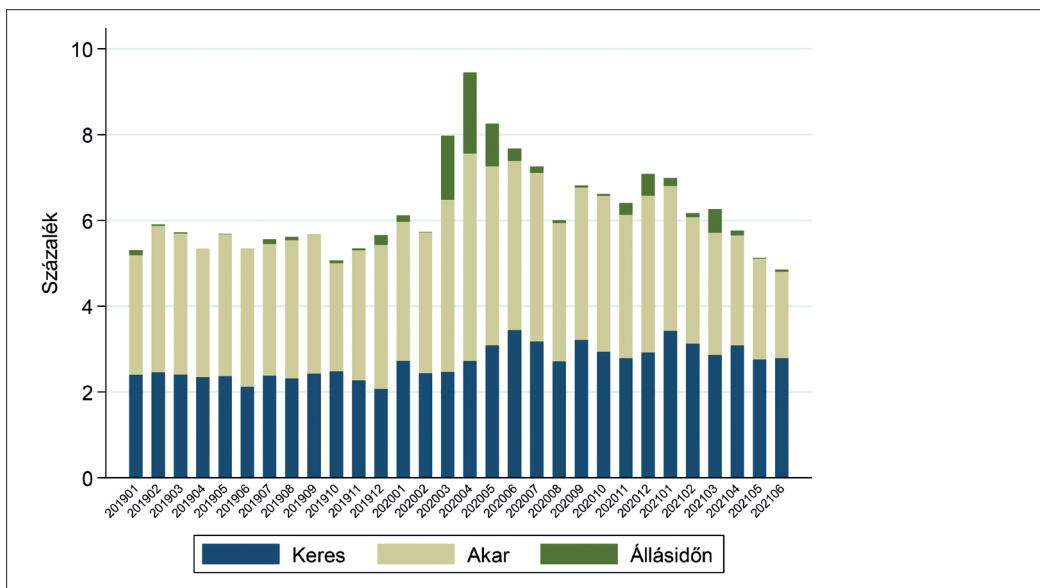
A vizsgált csoport összetételének alakulását a 4.8. ábra mutatja. Jól látható, hogy a munkanélküliség (kék oszlop) változása erősen tompítva tükrözi a válság lefolyását: ennél erősebb hatása volt a kényszerű munkaszüneteknek és a munkahely újraindítására várók számában beállt növekedésnek.

A legerősebben érintett csoportok

A népesség egyes csoportjainak érintettségét olyan ismételt keresztmetszeti lineáris regressziókkal vizsgáljuk, melyek bal oldalán a foglalkoztatást mérő kétértékű változó áll (1, ha a személy legalább egy órát dolgozott hazai piaci munkában és 0 egyébként).

Az egyenletben magyarázó változóként a legfontosabb társadalmi csoportokat megkülönböztető kétértékű (dummy) változók szerepelnek, kivéve az életkort, melyet folytonosan mérünk. A mintát a 15–74 éves, nem tanuló népesség alkotja a közmunkában és a külföldön dolgozók nélkül.

4.8. ábra: A munkavégzésben akadályozottak összetétele 2019–2021 között

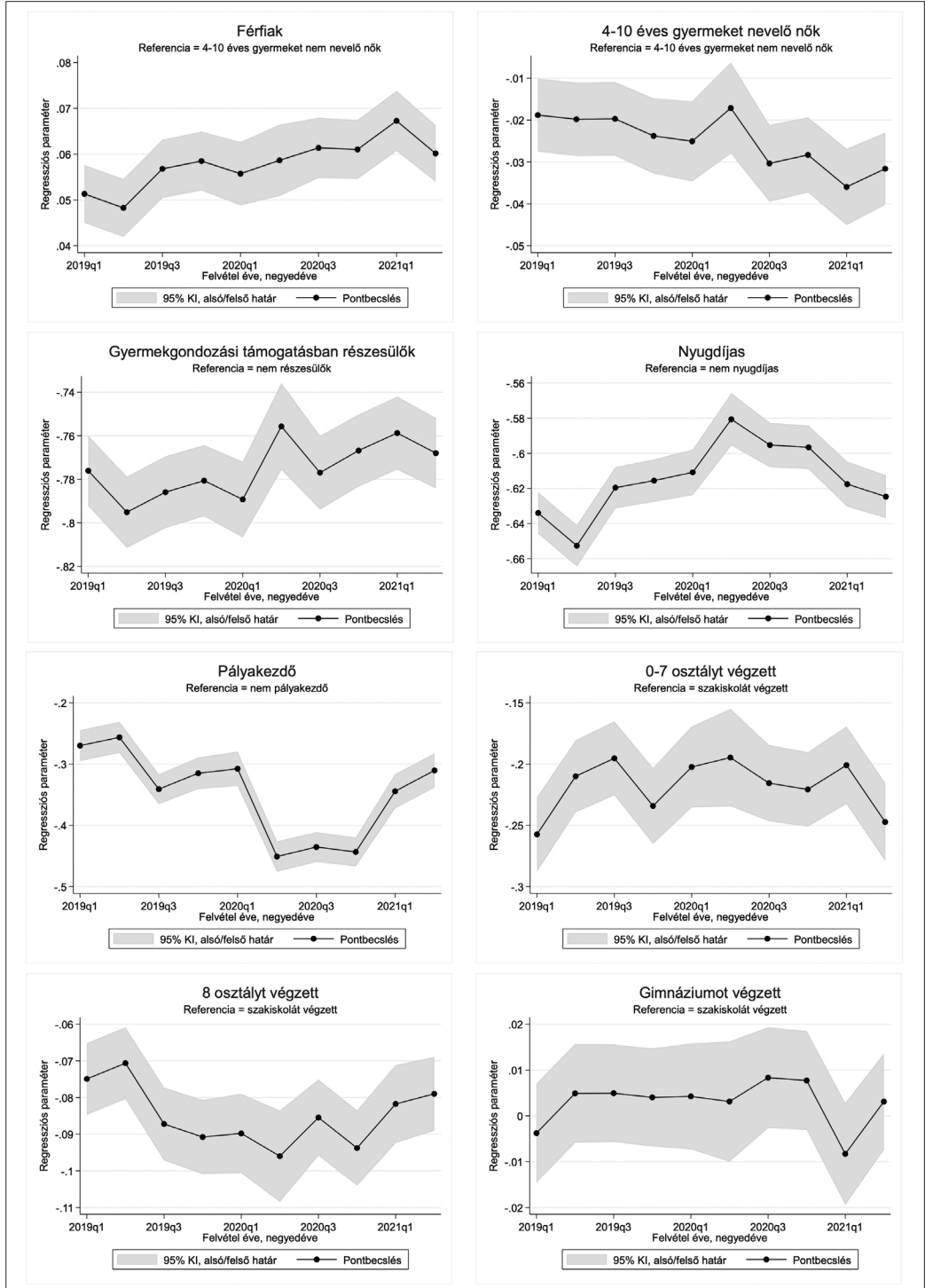


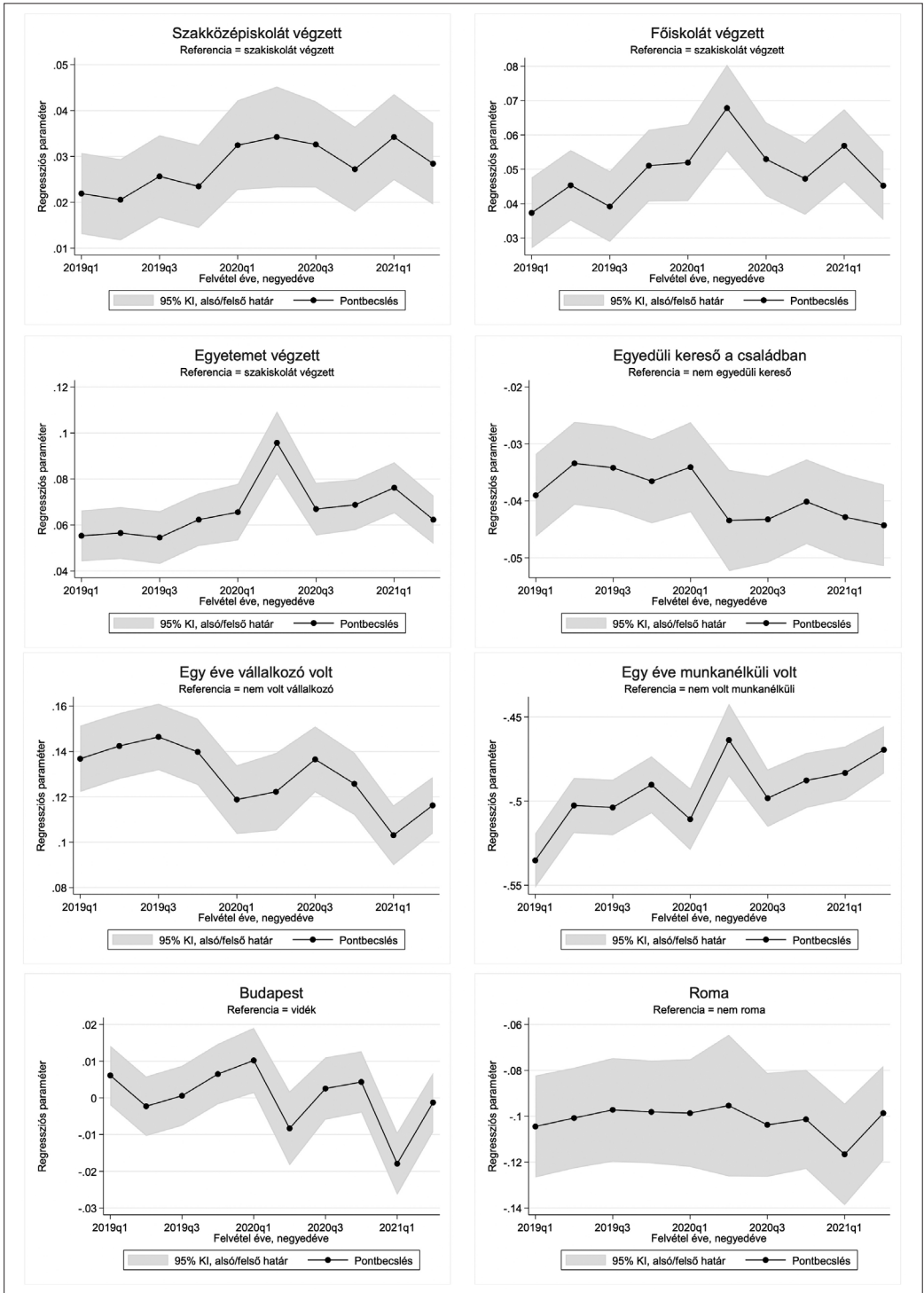
Megjegyzések: Keres = aktívan állást keres (munkanélküli), Akar = inaktív, de szeretne fizetett állást, Állásidőn = munkaszünet vagy felmondási idő miatt nem dolgozik. Forrás: MEF KRTK.

A 4.9. ábra paneljei mutatják az egyes változók hatására vonatkozó pontbecsléseket és a 95 százalékos konfidencia-intervallumokat (KI). Egy – például – 0,06 értékű paraméter az adott csoport 6 százalékpontos előnyére utal a referenciacsoportéhoz képest, melyet szintén feltüntettünk az egyes paneleken. Az életkor hatását külön értékeljük, és hangsúlyozzuk, hogy az összes többi együttható az életkorra (is) kontrollált parciális hatást mér.⁸

⁸ Az iskolázottság esetében a köznyelvi megnevezéseket használjuk. Szakiskola és szakközépiskola: érettségít nem adó vagy érettségít adó középfokú szakképzés.

4.9. ábra: A foglalkoztatási egyenletek becslési eredményei





Viszonylag kevés olyan csoportot találunk, amelynek relatív helyzete radikálisan változott a járvány első három hulláma idején: a mozgások a legtöbb esetben a becslési hibahatáron belül maradtak.

A leglátványosabb változást a *pályakezdőknél* látjuk, az ő foglalkoztatási hátrányuk 2020-ban a duplájára nőtt, és csak 2021-ben közelítette meg ismét a 2019. első félévi szintet. (Pályakezdőnek azokat tekintettük, akik egy évvel a kérdés előtt nappali tagozaton tanultak, a kérdéseskor viszont már nem. Ebben a kategóriában tehát különböző iskolai végzettségű és életkorú egyének szerepelnek, akik abban közösek, hogy nemrég hagyták el az oktatást). Úgy tűnik, a járvány okozta bizonytalanság, a kapcsolatfelvétel és a betanítás megnehezedése annak ellenére is korlátozta a piacra való belépést, hogy a válság jellege alapján inkább az állásvesztés oldalán várnánk erős hatást.

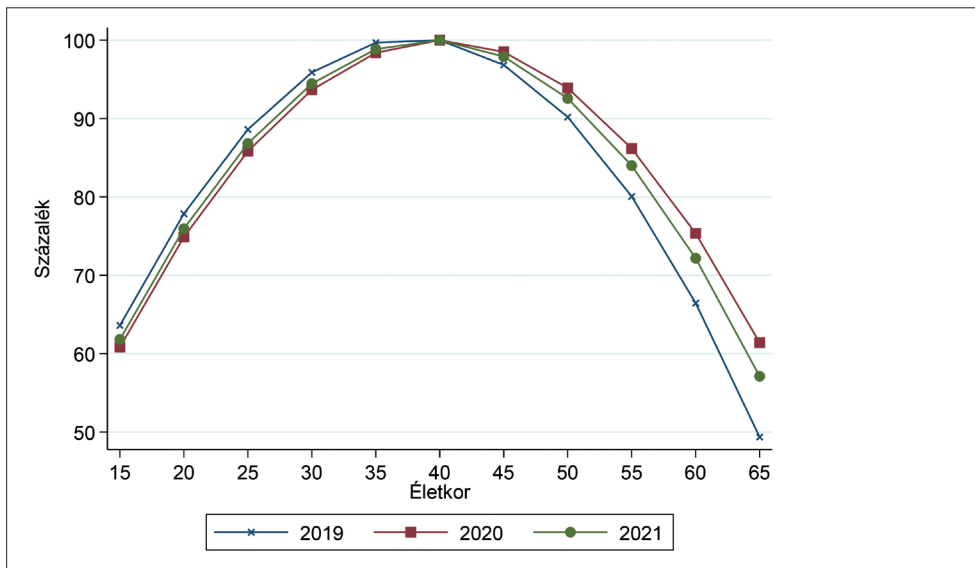
Sajátos pályát írtak le a *nyugdíjasok*, valamint a főiskolai és egyetemi *diplomások*: a szakiskolai végzettekhez viszonyított relatív foglalkoztatási esélyeik javultak az első járványhullám idején, majd romlottak (visszatértek a járvány előtti szintre). Ez valószínűleg összefügg azzal, hogy az első hullám szigorú intézkedései átmenetileg korlátozták a fizikai munkások és mesteremberek „jelenléti” munkavégzését.

Egészen a harmadik hullám végéig romlott a budapestiek, valamint a kérdés előtt egy évvel vállalkozóként dolgozók helyzete, és mérséklődött azoknak a hátránya, akik a kérdés előtt egy évvel munkanélküliek voltak (összhangban azzal, hogy a lezárások a szokottnál erősebben érintettek tartósan foglalkoztatott személyeket).

Nem találunk komoly elmozdulást férfiak és nők, romák és nem romák, valamint a diplomával nem rendelkezők relatív helyzetében. Az adatok azt sem igazolják, hogy a válság különösen súlyosan érintette volna az óvodás és kisiskolás gyermeket nevelő nők foglalkoztatását.

A 4.10. ábra mutatja be a regressziókkal becsült foglalkoztatási korprofilokat a mindenkor 40 évesekhez viszonyítva, 2019, 2020 és 2021 második negyedéveiben. A fiataloknál az elmozdulások nem jelentősek, a nyugdíjaskorhoz közeledőknél azonban igen. A 65 éveseknek a 40 évesekhez viszonyított becsült foglalkoztatási esélye 50 százalékos volt 2019-ben, ami 62 százalékosra emelkedett 2020-ban, és még mindig 57 százalékon állt 2021 késő tavaszán.

4.10. ábra: Becsült foglalkoztatási korprofilok a 40 évesekhez viszonyítva, második negyedévek



Az alkalmazkodás útjai

A munkakereslet csökkenése, illetve a lezárások miatt fenyegető munkanélküliség megelőzésére, elkerülésére, valamint az állásukat elvesztők kompenzálására részben kormányzati intézkedések révén, részben spontán alkalmazkodás útján került (vagy kerülhetett volna) sor. Ezeket a lehetőségeket és tényleges reakciókat tekintjük át az alábbiakban.

Munkahelymegtartó támogatások

Egy olyan tényezővel kezdve, amiről alig tudunk valamit: közismert, hogy az első járványhullám korlátozásainak bevezetése után öt héttel elindultak az első támogatási programok, melyek nemzetközi összehasonlításban igen szűkmarkúak voltak (lásd Stubnya, 2020 Eurofound-adatokon alapuló cikkét), és igénybevételük is nagyon alacsony szintű volt (Varga, 2021). A második–harmadik hullám idején már működtek az ágazati bértámogatási programok, melyek igénybevételéről és elosztásáról azonban nem állnak rendelkezésre az akadémiai szféra számára elérhető adatok. A kedvezményes hitelek és bértámogatások hatásáról az államapparátusban dolgozó elemzők tollából jelentek meg cikkek, melyek a hatást pozitívnak találták (Drabancz és szerzőtársai, 2021; Nyikos, Soha és Béres, 2021).

Iskolarendszeren kívüli képzés

A MEF az iskolarendszeren kívüli képzés tizenhárom különböző fajtájára kérdez rá. A 4.2. táblázat azoknak az arányát mutatja, akik legalább egy képzési-önképzési formában tanultak. Látható, hogy 2020-ban jelentősen visszaesett a résztvevők aránya a 2019-es azonos negyedévi sinthez képest, és ez így is maradt, egészen a harmadik járványhullám lecsengéséig (2021 második-harmadik negyedéve).

4.2. táblázat: Részvétel iskolarendszeren kívüli képzésben a 15–64 éves, nem tanuló népességben (%)

Negyedévek:	Összesen				Munka mellett			
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.
2019	5,8	4,0	3,5	6,1	5,4	3,7	3,2	5,7
2020	5,0	2,7	3,2	5,5	4,6	2,4	3,0	5,3
2021	5,2	4,4	4,3		4,8	4,1	4,0	

Forrás: MEF KRTK.

Foglalkozásváltás

A munkanélküliség elkerülésének egyik módja lehetett a munkakör- vagy munkahely-változtatás. Az előbbi azok körében vizsgáljuk, akik 2017–2020 első negyedéveiben kerültek be a MEF-be, mind a hat alkalommal szerepeltek a mintában, és minden alkalommal foglalkoztatottnak mondták magukat. Ezeknek – a munkahelyük megőrzésére képes – munkavállalóknak az első és az utolsó foglalkozását (négyjegyű FEOR-kódját) összehasonlítva a foglalkozásváltók arányának rendkívüli növekedését, közel a megduplázódását látjuk abban a kohorszban, melynek a második–hatodik felkeresése (2020 második negyedétől 2021 második negyedévéig) a járvány időszakára esett (4.3. táblázat).⁹

Megvizsgáltuk a munkahely-változtatók arányának alakulását is (erre a belépés óta eltelt hónapok számából lehet következtetni), de nem találtunk hasonló mértékű növekedést. Úgy tűnik, hogy a táblázatban látott eredmény alapvetően az adott munkáltatónál betöltött munkakör vagy a vállalkozói profil megváltozásából adódik.

4.3. táblázat: Foglalkozásváltás azok körében, akik mind a hat MEF-megkérdezés alkalmával foglalkoztatottak voltak

Mintába kerülés éve (első negyedév)	Utolsó foglalkozása nem azonos az elsővel (%)	Esetszám	A kérdés a járvány idejére esett-e?
2017	7,5	2256	Nem
2018	9,6	2083	Nem
2019	10,6	1671	6. kérdés
2020	18,8	1699	2–6. kérdés

Megjegyzések: Foglalkozás = 4 jegyű FEOR-kód. Az eseteket nem súlyoztuk. Minta: A MEF-be 2017–2020 első negyedéveiben bekerült kohorszok közül azok, akiket mind a hat alkalommal meg tudtak kérdezni, és mind a hat alkalommal foglalkoztatottnak mondták magukat. Forrás: A szerző számítása a MEF KRTK Adatbank által kezelt adataiból.

⁹ A foglalkozásváltás intenzitásában nem találtunk iskolázottság szerinti különbségeket. Megjegyezzük, hogy a NAV adatai nem utalnak hasonló mértékű változásra a foglalkozást váltók arányában.

Munkanélküli-támogatások

Országok sokasága reagált a koronavírus-válság okozta munkanélküliség-növekedésre a magyarnál eleve jóval hosszabb ideig járó munkanélküli-segély folyósítási idejének meghosszabbításával és/vagy a jogosultság feltételeinek lazításával. Erre nálunk nem került sor. Mint a 4.4. táblázatban látható, a valamilyen ellátásban részesülők aránya az első járványhullám negyedévében így is megnőtt (az előző negyedévi 20-ról közel 23 százalékra), mert számos olyan dolgozó veszítette el az állását, aki azt megelőzően huzamos ideig dolgozott.

Ez a növekedés azonban átmenetinek bizonyult, az ellátásban részesülők aránya már 2021 nyarán visszaesett a 2019-es átlag közelébe, majd a második–harmadik hullám idején az alá süllyedt. 2021 első félévében a korábban nem mért keresetpótló juttatást beszámítva sem volt magasabb az ellátottak aránya, mint 2019-ben.

4.4. táblázat: Munkanélküli-ellátásban részesülők 2019–2021 között, az aktív korúak arányában

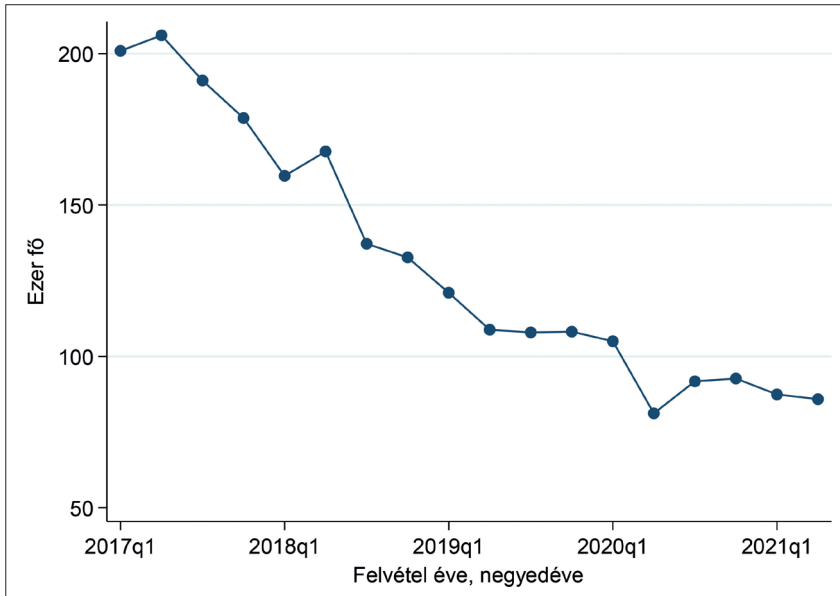
Év	2019				2020				2021	
	I.	II.	III.	IV.	I.	II.	III.	IV.	I.	II.
15–74 éves, nem tanuló népesség = 100										
Munkát keres vagy akar	5,6	5,5	5,6	5,2	6,1	7,4	6,6	6,4	6,2	5,2
Kap munkanélküli-ellátást ^a	1,3	1,1	1,0	0,9	1,2	1,7	1,2	1,1	1,0	0,9
Nem kap munkanélküli-ellátást	4,3	4,4	4,6	4,3	4,8	5,7	5,4	5,3	5,2	4,3
Munkát keres vagy akar = 100										
Munkanélküli-ellátás ^a	22,4	19,7	17,3	17,9	20,0	22,9	18,8	17,6	16,6	16,7
Ellátás vagy keresetpótlás ^b	..	..	..	..	..	..	..	..	19,7	19,8

Megjegyzések: a) Kap valamilyen munkanélküli-ellátást vagy közmunkásbért. b) Kap valamilyen munkanélküli-ellátást, közmunkásbért, illetve nyugdíj előtti segílyt, vállalkozóvá válási támogatást vagy képzés idejére járó keresetpótló támogatást. Utóbbi tételek 2021 előtt nem szerepeltek a felvételben. Forrás: MEF KRTK.

Közmunka

A járvány kitörésekor elhangzott ígéretekkel szemben 2020–2021-ben tovább folytatódott a közfoglalkoztatási program 2017 óta tartó szűkítése: az átlagos állományi létszám 2017 elejétől a járvány kitöréséig 200 ezerről 100 ezerre (a BM 2021 adatai szerint 194 ezerről 94 ezerre) csökkent, majd 2021 második negyedévéig 86 ezerre (a BM szerint 89 ezerre) esett (4.11. ábra).

4.11. ábra: A közfoglalkoztatottak havi átlagos állományi létszáma (ezer fő), 2017 első negyedéve – 2021 második negyedéve



Forrás: MEF KRTK.

Táv munka

A munkahely megőrzésének legfontosabb eszközét a távmunkára való áttérés jelentette, aminek alakulásáról a 4.12. ábra nyújt képet.

Az érettségivel nem rendelkezőknél az otthoni munkavégzés mindvégig nagyon ritka, 1-2 százalékos maradt, őket az ábrán nem is tüntettük fel.

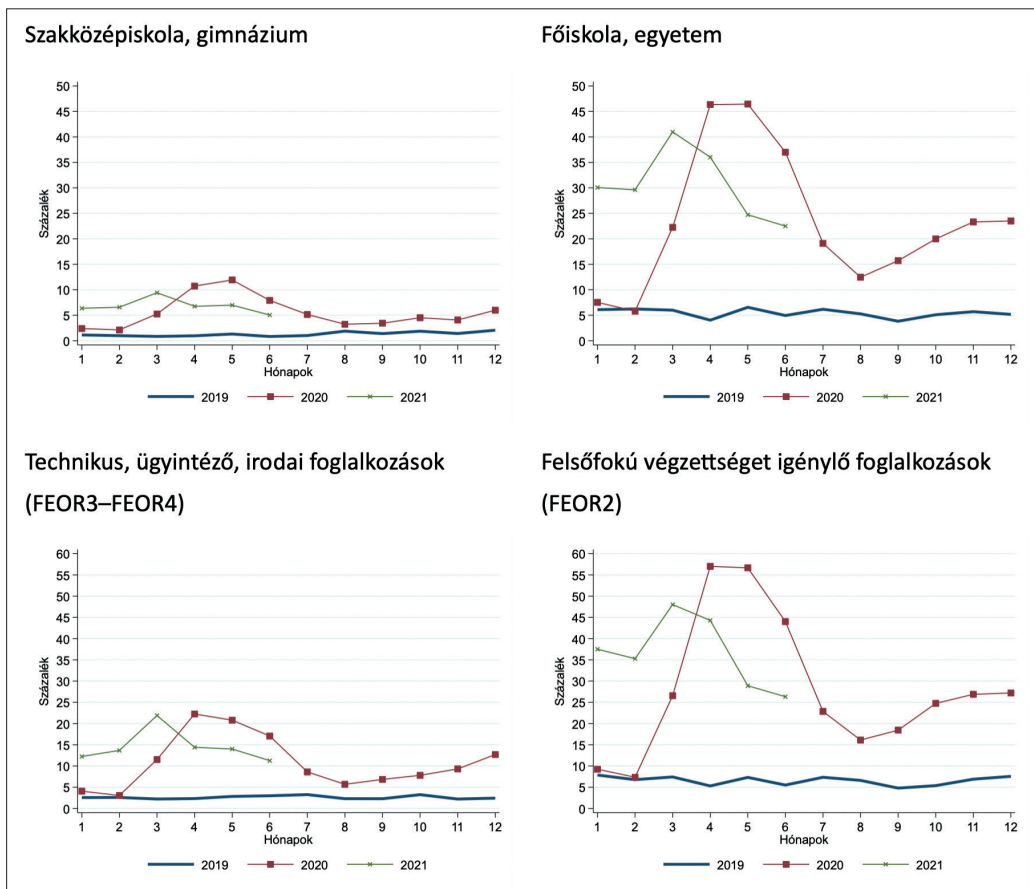
Az érettségizetteknél az arány az 1-2 százalékos sávból a 10-12 százalékos tartományba emelkedett az első, majd a második–harmadik hullám idején is, és a járvány 2021. nyári átmeneti csillapodásakor sem esett 5 százalék alá.

A diplomásoknál óriási növekedést hozott az első hullám, ezen belül az iskolák bezárása, ami 2021. március–áprilisban is 40 százalék közelébe emelte a távolról dolgozók arányát. Foglalkozásonként vizsgálódva a technikus, ügyintéző és irodai munkakörökben 20 százalék feletti csúcsoakat, és a harmadik hullám lefutása után is 10 százalék körüli értékeket látunk, míg a diplomás foglalkozásokban a csúcson 55 százalék körüli értékeket, a vizsgált időszak végén pedig még mindig 25 százalék fölötti arányt mutatnak az adatok.

Úgy tűnik, a külföldi munka mellett az otthoni a másik olyan munkavégzési forma, aminek gyakorisága a válság egész időtartama alatt eltért a járvány előtti szinttől, és az egyetlen, aminek az esetében a tartós változás sem elképzelhetetlen. Ugyanakkor az áttekintett adatok fényében aránytalanok tűnik az a súly, amit a „home office” kap a járvány hosszabb távú következményeiről szóló diskurzusban. A magyar munkavállalási korú népesség több mint 40 százaléka általános iskolai vagy szakiskolai végzettséggel rendelkezik – nekik a koronavírus-válság csak azt hozta, amit a korábbi válságok is: az állás, vagy legalábbis a munka elvesztését. Az otthoni munkavégzés lehetőségével

az érettségizettek (ők alkotják a népesség további egyharmadát) is csak kivételesen tudtak élni: tíz érintettből egy dolgozott távmunkában a járvány első hulláma idején. A Zoom-meetingek és Teams-értekezletek csak a főiskolai végzettségűek egyharmada és az egyetemi diplomások fele számára váltak – sok esetben átmenetileg – az élet részévé.

4.12. ábra: Távmunkát végzők 2019, 2020 és 2021 egyes hónapjaiban, iskolázottság és foglalkozás szerint (legalább középfokon végzettek). Legalább egy órát dolgozók = 100



Megjegyzések: Távmunka: legalább alkalmilag. Iskolázottság: a köznyelvi megnevezéseket használjuk. Szakközépiskola: érettségit adó középfokú szakképzés. FEOR: Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere. Minta: legalább egy órát dolgozott az interjút megelőző héten. Forrás: MEF KRTK.

Munkaerőpiaci pályák a válság alatt

A MEF panel jellege lehetővé teszi, hogy – ha viszonylag alacsony esetszámok alapján és némileg pontatlanul is – megvizsgáljuk egy-egy kohorsz munkaerőpiaci pályáját és az abban bekövetkezett töréseket. Ezt az idősor rövidegsége (másfél év), az alacsony (2000 körüli) esetszám, valamint a ritkás, pontszerű megfigyelések miatt a lehető legegyszerűbb módon, a munkaerőpiaci státusz-szekvenciák közvetlen szemügyre vételével tesszük meg. A MEF adatai nem igazán alkalmasak a munkapiaci karrierutak elemzésére, mert

a megfigyelések egymástól távoli időpillanatokra vonatkoznak, és a két időpont közötti történésekről – például a rövid idejű munkanélküliségről vagy inaktivitásról – csak speciális esetekben szolgáltatnak retrospektív információt, a munkától való múltbeli ideiglenes távollétról pedig soha.

Három olyan kohorszt követünk hat negyedéven keresztül, melyek (a) 2018, 2019, illetve 2020 első negyedévében kerültek be a MEF-be, (b) ekkor foglalkoztatottak voltak, és legalább egy órát dolgoztak is, (c) a belépéskor legfeljebb 63 évesek voltak (ezzel a megszorítással mérsékeljük a nyugdíjba vonulás hatását), és (d) mind a hat alkalommal szerepeltek a felvételben. Már említettük, hogy a korábbi vizsgálatok (Köllő, 2022) szerint a MEF-ből való lemorzsolódás, ami az első járványhullám idején erősen megnőtt, nem függött össze a munkaerőpiaci státusszal, így a hat alkalommal megkérdezett alminta kiválasztódását a jelen elemzés szempontjából véletlenszerűnek feltételezzük.

Három munkaerőpiaci státuszt különböztetünk meg: (1) dolgozott legalább egy órát, (2) volt munkahelye, de egy órát sem dolgozott, és (3) nem volt munkahelye. Az 111121 sorozat például olyan egyén pályáját jelzi, aki végig dolgozott, kivéve a belépést követő év első negyedévet, amikor állásidőn vagy szabadságon volt.

A 2008-as kohorszt nem érintette a járvány, a 2019-esre vonatkozó ötödik és hatodik megfigyelés viszont már az első járványhullám idejére esett. A 2020-as kohorszt már az első megfigyelés idején érintette a járvány, és az ő pályájuk mindvégig a járvánnyal sújtott periódusra esett.

A 4.5. táblázat mutatja a leggyakoribb szekvenciák előfordulását a két kohorszban. Mindenekelőtt megállapítható, hogy a járványban érintett két kohorsz tagjainak többsége (73, illetve 71,6 százaléka) ugyan mind a hat megfigyelés alkalmával dolgozott, de az ilyen esetek aránya sokkal alacsonyabb volt, mint a 2018-as kohorszban (82,2%).

Dőlt betűvel szedtük azokat a történeteket (7. és 9. szekvencia), melyekben a munkavégzést csak egyetlen távollét szakította meg, a 7. szekvenciában a negyedik, a 9.-ben a harmadik negyedévben, tehát az év végi vagy nyári tömeges szabadságolások idején. Kevésbé valószínű, hogy ezekben az esetekben a távollét kényszerű volt. A táblázat utolsó sorában összeadtuk az 1., 7. és 9. szekvenciák relatív gyakoriságát. Az (1) szekvenciát a folyamatos munkaviszony alsó becslésének, a fenti összeget pedig felső becslésnek tekintve a 2018-as kohorszban 82–91, a 2019-esben 73–81, a 2020-asban pedig 72–78 százalékosra tehetjük azok arányát, akik mindvégig foglalkoztatottak voltak.

4.5. táblázat: A leggyakoribb szekvenciák aránya a MEF-ben 2018–2020 első negyedéveiben, dolgozóként, legfeljebb 63 évesen belépő és hatszor megfigyelt személyek másfél éves munkaerőpiaci pályáján (százalék, a kohorsz létszáma = 100)

Szekvenciák (munkaerőpiaci státusz a hat megfigyelés alkalmával)	Követés indul:		
	2018	2019	2020
	1. negyedév		
(1) 1 1 1 1 1 1	82,2	73,0	71,6
(2) 1 1 1 1 1 2	1,1	3,8	1,5
(3) 1 1 1 1 1 3	1,3	2,8	0,9
(4) 1 1 1 1 2 1	1,0	2,3	1,6
(5) 1 1 1 1 2 2	0,1	0,5	0,3
(6) 1 1 1 1 3 3	0,7	1,5	1,1
(7) 1 1 1 2 1 1	2,4	3,2	2,9
(8) 1 1 1 3 3 3	0,8	0,7	0,8
(9) 1 1 2 1 1 1	4,5	4,5	4,1
(10) 1 1 3 3 3 3	0,7	0,9	0,4
(11) 1 2 1 1 1 1	0,6	0,3	4,4
(12) 1 3 1 1 1 1	0,3	0,3	1,9
(13) 1 3 3 3 3 3	0,4	0,7	1,2
Más szekvenciák ^a	3,9	5,5	7,5
(1) + (7) + (9)	91,1	80,7	77,6
Szekvenciák száma	52	54	72
Megfigyelések száma	2150	1789	1815

Megjegyzések: 1 = Dolgozott legalább egy órát. 2 = Volt munkahelye, de egy órát sem dolgozott.
3 = Nem volt munkahelye. a) Mindhárom kohorszban 0,5 százalék alatti arány.

A táblázatban vastagon szedtük azokat az értékeket, melyek a járványidőszakok alatt bekövetkezett törésekre utalnak. Az 111112 utat a 2018-as és 2020-as kohorszok tagjainak 1-1,5 százaléka járta be, a 2019-es kohorszban viszont 3,8 százalék: az ide tartozók 2020 első negyedévében dolgoztak, a második negyedévben (az első járványhullám idején) viszont egyórányi munkát sem végeztek, az állásuk megtartása mellett. Ebben a kohorszban sokkal gyakoribb volt az állásvesztés is 2020 első és második negyedévében (111113, 111133), valamint a munkától való távollét 2020 első negyedévében (111121 és 111122). Hasonlóképp a másik kettőhöz viszonyítva a 2020-as kohorszban sokkal gyakoribb volt (az első járványhullám idején bekövetkezett) rövid idejű állásvesztés vagy távollét (121111 és 131111), valamint a tartós állásvesztés is (133333). Azokban a sorokban, ahol a törések a járványidőszakokon kívül történtek (a sorban nem szerepel

vastagon szedett érték), a szekvenciák hasonló valószínűséggel fordultak elő a három kohorszban.

A foglalkoztatás növekvő instabilitására utal az is, hogy a járványban érintett kohorszokban sűrűbben fordultak elő olyan szekvenciák, amelyeknek egyenként kicsi a súlyuk (3,9; 5,5 és 7,5 százalék) és hogy megnőtt a bejárt szekvenciák száma is (52-ről 54-re, majd 71-re).

Összefoglalva: a megfigyelt másfél éves időtávon átívelő stabil foglalkoztatotti státusz nagyjából tíz százalékponttal ritkábban fordult elő a járványban érintett kohorszok munkaerőpiaci pályáján. Jóval gyakrabban figyelhetők meg törések, melyek nagy része az első járványhullám idején következett be. Ugyanakkor az egy negyedévet és különösen a fél évet meghaladó, tartós állásvesztés ritkán fordult elő a 2020 első negyedévéől 2021 második negyedévéig megfigyelt kohorszban.

Összegzés és záró megjegyzések

A koronavírus-járvány viszonylag rövid ideig, fél-egy éven keresztül érintette a munkaerőpiacot, de ekkor a hatása még a 2009–2010-es válságénál is erősebb volt. Egyes csoportokat az átlagnál erősebben és hosszabban érintett a krízis: mint a pályakezdők, a külföldön foglalkoztatottak, a kisvállalkozók, a szolgáltatásban és vendéglátásban dolgozók.

A szokásos munkaerőpiaci mutatók (foglalkoztatás, munkanélküliség) erősen tompítva tükrözték a bekövetkezett változásokat, nem adtak képet azokról, akik – bár az állásuk megmaradt – ténylegesen nem végeztek munkát, és azokét sem, akik elvesztették a munkahelyüket, ám nem kerestek aktívan új állást (hanem a munkába való visszatérésben reménykedtek). Azoknak az együttes száma, akik (a) állást kerestek, (b) nem kerestek, de dolgozni szerettek volna, vagy (c) a meglévő munkahelyükön állásidő miatt ténylegesen nem dolgoztak, csak 2021 nyarára tért vissza a járvány előtti szintre.

A járványhoz való munkaerőpiaci alkalmazkodás feltételei fontos területeken romlottak: tovább szűkült a közfoglalkoztatás, a hazainál is nagyobb mértékben romlott a külföldi munkavállalás lehetősége, és egészen 2021 közepéig csökkent az iskolarendszeren kívüli képzés volumene. Az állás elvesztésével járó jövedelemvesztés tetemes maradt, mert – sok más országtól eltérően – nálunk nem lazították a munkanélküli-támogatásokhoz való hozzáférés szabályait. Ugyanakkor a sikeres spontán alkalmazkodás jelének tekinthető, hogy megnőtt a foglalkozást/munkakört váltók aránya, és a korábbi érték többszörösére nőtt a távolról dolgozók aránya.

Ugyanakkor az áttekintett adatok fényében aránytalannak tűnik az a súly, amit a „home office” kap a járvány hosszabb távú következményeiről szóló diskurzusban. Az otthoni munkavégzés lehetőségével az általános iskolát vagy szakiskolát végzettek egyáltalán nem, és az érettségizettek is csak kivételesen tudtak élni: tíz érintettből egy dolgozott távmunkában a járvány első hulláma idején. A Zoom-meetingek és Teams-értekezletek csak a főiskolát végzettek egyharmada és az egyetemi diplomások fele számára váltak – sok esetben átmenetileg – az élet részévé.

Az alkalmazkodásban – legalábbis a ráfordítások nagysága alapján – fontos szerepet játszhattak a munkahelymegtartó támogatások, különösen a második–harmadik hullámban bevezetett ágazati bértámogatások, ezek hatékonyságát azonban elemzésre használható mikroadatok hiányában nem lehet megítélni.

* * *

A járvánnyal kapcsolatos adatszolgáltatás számos kivetnivalót hagy maga után, és az eddig megszületett kutatási eredmények alapján sem fogalmazható meg határozott állítás a fertőzések (vagy halálesetek) és a munkaerőpiaci feszültségekhez vezető korlátozások közötti átváltásról. Ehhez számos kérdésre kellene ismernünk a választ.

Az első kérdés, hogy mekkora volt a járványnak való ex ante kitettség, azaz hogyan alakult volna a fertőzöttség védelmi intézkedések nélkül. Röst és szerzőtársai (2020) tanulmánya szerint az első hullám idején bevezetett korlátozások mintegy félmillió fertőzést előztek meg 2020. április végéig. A második–harmadik hullámról nem került nyilvánosságra hasonló becslés.

Egy második közreható tényező a korlátozó intézkedések szigorúsága, összetétele és időzítése. A leggyakrabban hivatkozott oxfordi kormányzati szigorúsági index (COVID-19 Government Stringency Index) Magyarország esetében 2020 tavaszán és 2020. november közepétől 2021 márciusáig jelez magas értékeket (OxCGRT, 2021). Ám míg az első lezárásokra mindjárt az első hullám legelején került sor, ősszel csak november közepén, már nagyon magas fertőzésszám mellett hoztak védelmi intézkedéseket. Az óvodák, iskolák a második hullám alatt (egyedi kivételekkel) végig működtek, és csak a harmadik hullám csúcspontján tértek át ismét az online tanításra, alig több mint egy hónapra. Az intézkedési csomagok is különböztek bizonyos részletekben (az iskolabezárások mellett például a belföldi utazás és a vásárlási idősávok szabályozásában), és egyelőre nem folytak olyan kutatások, melyekből megítélhető lenne ezek relatív hatásossága.

Semmilyen információval nem rendelkezünk az oltások – és ezen belül a különféle vakcinák – hatásosságáról. Erről még a nyilvánosság számára elérhető aggregált adatok sem léteznek. Nem ismert továbbá a fertőzöttek, a kórházba kerültek és az elhunytak megoszlása a legfontosabb munkaerőpiaci dimenziók (munkaerőpiaci státusz, iskolázottság, foglalkozás) szerint.

Ilyen feltételek mellett a járvány és a munkaerőpiaci feszültségek kapcsolatára vonatkozó oksági elemzés eleve kivitelezhetetlen. Ehhez részletes adatokra és olyan kvázi-kísérleti helyzetekre lenne szükség, ahol eltérően érintett embercsoportok vagy régiók figyelhetők meg. Ilyen epizódot jelentettek például a szelektív utazási korlátozások az első hullám idején, vagy az iskolai karanténidőszakok a második–harmadik hullámban, az elemzésükhöz szükséges adatok azonban nem állnak rendelkezésre.

A helyzeten sokat segítené, ha a 2022-re halasztott népszámlálásban feltennének egy-egy kérdést a fertőzésben való érintettségéről, illetve a háztartásban emiatt előfordult halálesetekről. Nem kell magyarázni, hogy milyen – más források alapján elképzelhetetlen – elemzési lehetőségek nyílnának meg ezen információk, valamint a kérdezettek lakóhelyére, laksűrűségére, háztartás-összetételére, ingázási útvonalára és eszközére,

iskolázottságára, munkaerőpiaci státuszára és munkahelyére vonatkozó teljes körű adatok birtokában. Kétségtelen, hogy a népszámlálási kérdőívnek a lehető legrövidebbnek kell lennie, minden pótlólagosan beiktatott kérdés rontja a válaszadási hajlandóságot. A koronavírus-járvány azonban kivételes helyzetet teremtett, és az ország népének elemi érdeke, hogy a döntéshozók a későbbiekben felhasználhassák az erről szerzett tudást.

4.2. Állásvesztés és állásváltás

BOZA ISTVÁN, KÓNYA ISTVÁN ÉS KREKÓ JUDIT

Bevezetés

Ebben a fejezetben a koronavírus-járvány és a nyomában kialakuló válság okozta sokk munkaerőpiaci hatásait járjuk körül. Az előző fejezetből kiderült, hogy a járvány a foglalkoztatottság jelentős esésével járt, míg a főbb munkapiaci mutatók 2021 közepére megközelítették a válság előtti szintet. A felhasznált részletes adminisztratív adatok lehetővé teszik az állásvesztések és a munkapiaci alkalmazkodás mintázatának alaposabb feltérképezését. Először megvizsgáljuk, hogyan alakul az állásvesztés és a regisztrált munkanélküliség dinamikája, hogyan érintette az állásvesztés a különböző foglalkozási csoportokat és vállalatokat, milyen egyéb alkalmazkodási csatornákat használtak a munkaadók. Másrészt azt elemezzük, hogyan zajlott a munkapiac talpra állása: az állásukat elvesztők ismét munkába álltak-e, és ha igen, ugyanahhoz a vállalathoz tértek-e vissza, illetve milyen átrendeződések figyelhetők meg az ágazatok és foglalkozások szerkezetében.¹⁰

Állásvesztés

A vizsgálatot az állásvesztők és állásváltók számának és mintázatának bemutatásával kezdjük.¹¹ Az állásvesztést a következőképpen definiáljuk. Állásvesztő az, akinek a kiinduló hónapban van munkája, vagyis adataink szerint bejelentett foglalkoztatotti jogviszonya van,¹² a következő hónapra viszont megszűnik a korábbi munkaviszonya, de nincs új állása. Az állásváltók azok, akiknek mindkét hónapban van munkájuk, de megváltozik a munkaadójuk. Az állásvesztők között megkülönböztetjük azokat, akik

¹⁰ Az elemzéshez két fő adatforrást használunk. A NAV a foglalkoztatók havi járulékbevallásainak (O8M bevallás) egyedi adatait tartalmazó adatbázisa tartalmazza a járulékköteles jövedelemmel rendelkező teljes népesség adott hónapra vonatkozó bér- és összevont jövedelmét, valamint a foglalkoztatotti jogviszony egyéb jellemzőit. Az adatok összesen 11 hónapban állnak rendelkezésünkre: 2019, 2020 és 2021 március, április és május hónapjaiban, illetve 2019 és 2020 októberében. Ez lehetővé teszi, hogy összehasonlítsuk a koronavírus-válság előtti és alatti tavaszi munkapiaci folyamatokat, valamint a válság első hullámának (2020 tavasza) hatásait követni tudjuk az azt követő októberben (illetve a következő tavaszon). A Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat nyilvántartott álláskeresőket tartalmazó egyéni szintű adatbázisa pedig lehetővé teszi a regisztrált munkanélküliség dinamikájának és az álláskereső helyzetének nyomon követését.

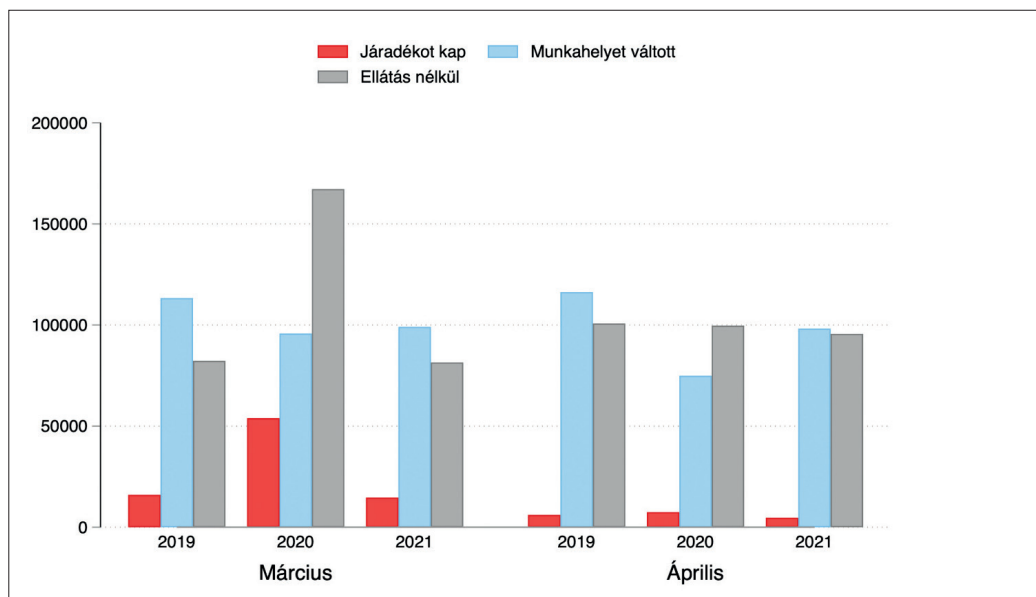
¹¹ Egy embernek több jogviszonya is volt egy időszakban. Az identitások sorba rendezése a hozzájuk tartozó jövedelmek nagysága szerint történt. A csak járadékköteles transzferben részesülők esetében csak egy identitás jön létre. Részben ez alapján, részben az egyszerűbb kezelhetőség miatt az alábbiakban csak az első identitást használjuk – a további identitások vizsgálata egy későbbi kutatás részét képezheti.

¹² A foglalkoztatási jogviszonyt az *Alkalmaz* változó jelöli, amely a különböző foglalkoztatási típusokat tartalmazza. Kivételt jelentenek azok, akiknek az *Alkalmaz*-kódja 900, mivel ők az adatbázis szerint biztosítottak nem minősülő természetes személyek.

kapnak valamilyen – jellemzően álláskeresősi – járadékot. Végül vannak olyan állásvesztők, akik nem kapnak járadékot és nem találnak új munkahelyet – ők egyszerűen eltűnnek az adatbázisból.¹³

A 4.13. ábra azt mutatja, hogy a mintaidőszak alatt mennyi munkahely szűnt meg márciusról áprilusra, illetve áprilusról májusra. A 2019-es év a koronavírus-járvány előtti „szokványos” helyzetet mutatja, a 2020-as megfigyelések az első hullámra adott reakciót, míg a 2021-es adatok a harmadik hullám alatti munkapiaci viselkedést írják le. A 2019-es viszonyítási alap azért fontos, mert a munkapiac normális működésének része az állások megszűnése. A járvány hatásának vizsgálatához tehát azt a kérdést kell feltennünk, hogy mennyi volt a *többlet* állásvesztés a válság előtti időszakhoz képest.

4.13. ábra: Állásvesztők és állásváltók száma



Megjegyzés: A hónapok a kiinduló időpontra vonatkoznak. Forrás: NAV, OSM bevallások adatbázisa.

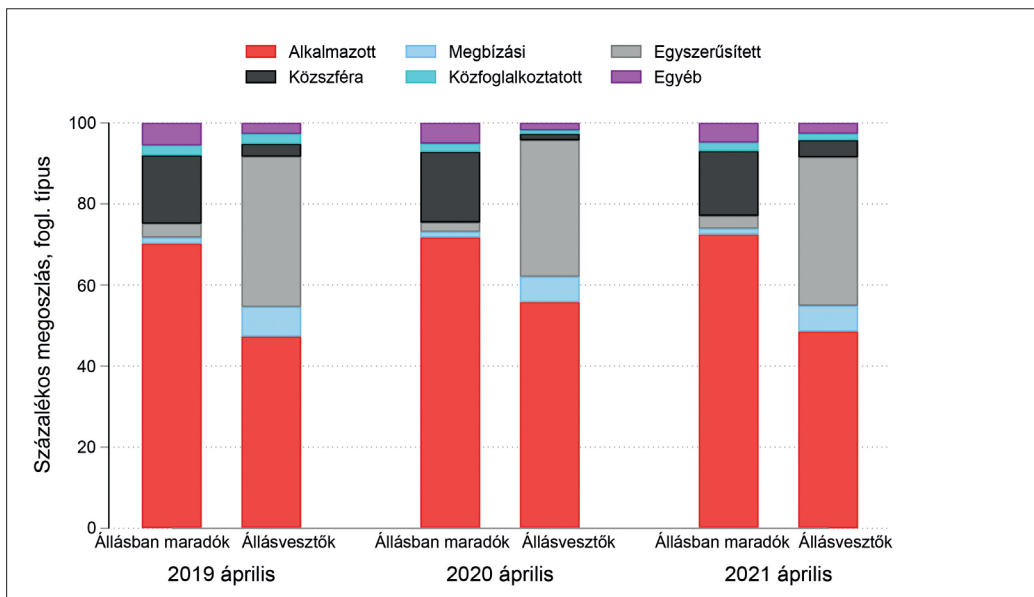
Kiugró értékeket 2020. március–április között, az első hullám alatt láthatunk. Azoknak a teljes száma, akiknek megszűnt a munkahelyük, a 2019-es körülbelül 200 ezerről nagyjából 320 ezerre emelkedett. Ezen belül az állást váltók aránya valamelyest csökkent, a munka nélkül maradtak aránya pedig nőtt. Vagyis a jogviszony megszűnése nagyobb mértékben vezetett állásvesztéshez, mint a 2019-es referenciaévben. Az állásvesztők közül a nagy többség (nagyjából 75%) ellátás nélkül kikerült a rendszerből, míg a maradék 25 százalék járadékot kapott. Érdeemes megjegyezni, hogy a járadékot kapók aránya még így is valamivel magasabb volt, mint a 2019-es év ugyanazon időszakában. Ennek

¹³ Az adatbázisból kikerülést magyarázhatja az inaktív státuszba vonulás, a külföldre távozás vagy az elhalálozás – az utóbbiak nagyságrendje valószínűleg csekély. Nem figyeljük meg továbbá azt sem, ha a korábbi alkalmazott önfoglalkoztatóvá válik. Ezt az alkalmazkodási mechanizmust fontos lenne tovább vizsgálni, de sajnos adataink ezt nem teszik lehetővé.

vélhetőleg az az oka, hogy több olyan egyén vesztette el az állását, akinek korábban folytonos munkaviszonya volt, így ők álláskeresői járadéokra is jogosultak voltak.

A kezdeti sokk után a munkapiac dinamikája – legalábbis az átlagot tekintve – hamar visszaállt a korábbi szintre. 2020. április–május között már nem látszik többlet állásvesztés, de az állásváltók száma a 2019-es értékhez képest lényegesen alacsonyabb. 2021-re nagyjából az összes érték a 2019-es szintre tért vissza.¹⁴

4.14. ábra: Az állásban maradók és állásvesztők megelőző jogviszony szerinti összetétele



Forrás: NAV, OSM bevételek adatbázisa.

A 4.14. ábrán azt vizsgáljuk, hogy a márciusban foglalkoztatottak áprilisi munkapiaci státusza miként alakul a márciusi munkaszerződés típusa szerint. Az adatbázisban szereplő több tucat alkalmazási kódot hat kategóriába aggregáljuk. A „rendes” alkalmazotti jogviszony mellett megkülönböztetjük a közszférában dolgozókat, a közmunkában foglalkoztatottakat, a megbízási szerződéssel rendelkezőket, valamint az egyszerűsített munkaviszonyban dolgozókat. Ez utóbbi kettő az a kategória, ahol a leginkább sérülékeny munkahelyeket látjuk.

Az ábra szerint a munka nélkül maradtak aránytalanul nagy hányada dolgozott korábban egyszerűsített munkaszerződéssel. Szintén nagyobb arányban szűntek meg megbízási szerződéses munkaviszonyok, mint azt a foglalkoztatottakon belüli súlyuk indokolná. Ugyanakkor 2020-ban 2019-hez képest valamivel *nagyobb* arányban szűntek meg alkalmazotti jogviszonyok. Bár a válság az egyszerűsített és megbízási szerződéssel

¹⁴ Sajnos a második járványhullám hatását nem tudjuk összehasonlítható módon vizsgálni, mert ősszel csak egyhavi, októberi megfigyelésünk van.

rendelkezőket sújtotta leginkább, a munka nélkül maradtak számának emelkedését mégis az alkalmazottak állásvesztése magyarázza.

Nem meglepő módon a legkevésbé érintettek a közsférában – főként közalkalmazotti, köztisztviselő és rendvédelmi státuszban – dolgozók voltak. A munka nélkül maradók között 2020 áprilisában valamivel alacsonyabb volt az arányuk, mint 2019-ben vagy 2021-ben. Ugyanez igaz a közfoglalkoztatottakra is, de az ő számuk a vizsgált években már egyébként is alacsony volt a kilépők között.

Fontos kérdés az, hogy az első járványhullám idején munka nélkül maradtak milyen jövedelmi háttérrel rendelkeztek.¹⁵ Ennek tanulmányozásához a 2020. márciusi teljes jövedelmük szerint tíz jövedelmi tizedbe (*decilisek*) soroltuk az ebben a hónapban pozitív jövedelemmel rendelkezőket. Ezután megnéztük azt, hogy a következő hónapra munka nélkül maradtak összetételében mekkora súlyt képviselnek a különböző jövedelmi kategóriák. Az eredmények a 4.15. ábrán láthatók.

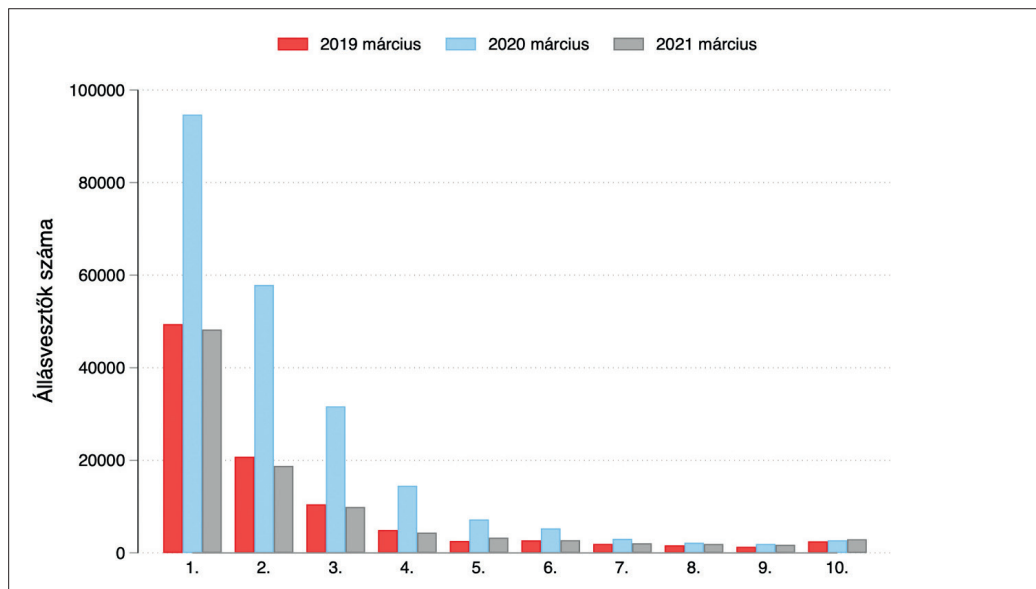
Jól ismert jelenség, hogy a munkanélküliség elsősorban az alacsonyabb jövedelmű rétegeket érinti. Ez a mi adatbázisunkban is jól látható: 2019 áprilisában a munka nélkül maradó 100 000 ember (4.13. ábra) 70 százaléka volt a márciusi jövedelemeloszlás alsó két decilisében, további 10 százalék pedig a harmadik decilisben.

Ez a mintázat összességében nem, részleteiben azonban megváltozott 2020 tavaszán. A 4.15. ábra szerint 2019-hez képest arányaiban nagyobb mértékben emelkedett a 2–4. decilisbe tartozó állásvesztők száma (35 ezerről 125 ezerre), mint a legszegényebb jövedelmi tizedben (55 ezerről 95 ezerre). Vagyis csökkent a legszegényebbek *aránya* a munka nélkül maradtak között, a 2–4. decilisek aránya pedig emelkedett. Úgy tűnik tehát, hogy az első hullám nagyobb arányban érintette a legalacsonyabb jövedelműekhez képest valamivel jobb helyzetben lévőket, mint a „szokványos” időszakban (2019-ben).¹⁶ Ez összhangban van a 4.14. ábrán látottakkal, amely szerint nagyobb arányban szűntek meg alkalmazotti – tehát feltehetőleg jobban fizetett – pozíciók.

¹⁵ Érdemes megjegyezni, hogy a megfigyelt jövedelmek egyéni, és nem háztartási szintre vonatkoznak.

¹⁶ Az adatbázis szerint a bruttó jövedelmek tizedek szerinti átlagai 2020 márciusában 18 554, 83 146, 148 873, 200 390, 226 512, 270 105, 324 575, 394 691, 508 804 és 1 110 605 forintot tettek ki. Vagyis még a második és harmadik decilis átlagai is nagyon alacsonyaknak tekinthetők – a bruttó minimálbér ebben az időszakban 161 000 forint volt. A bérek válság alatti alakulásáról részletesebben szól a 4.3. fejezet.

4.15. ábra: Állásvesztés jövedelmi decilisek szerint

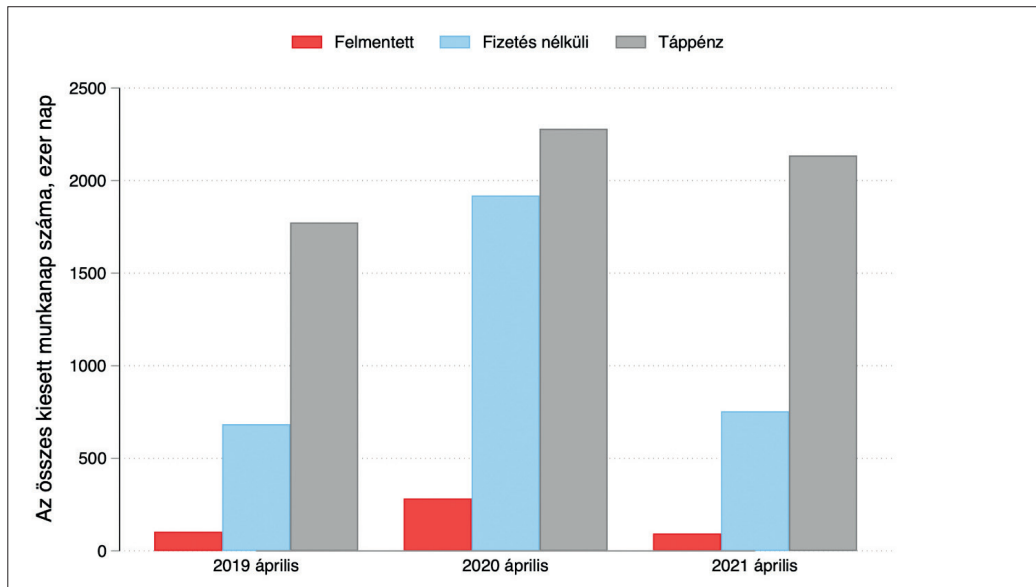


Forrás: NAV, OSM bevételek adatbázisa.

A munkahely megszűnése nem az egyetlen alkalmazkodási mechanizmus volt a válság idején. A munkaadók éltek olyan eszközökkel is, mint a munkaidő csökkentése, az állásidő bevezetése vagy a fizetés nélküli szabadságra küldés (ebben a témában további adalékokkal szolgál a 4.3. fejezet). A dolgozók a járvány idején természetesen kerülnek betegállományba, illetve táppénzre is. Ezen fő kategóriák alakulását mutatja be a 4.16. ábra, 2019, 2020 és 2021 áprilisában. Az ábrán a munkaviszonnyal rendelkezőkről bejelentett összes kötődő *passzív* napot láthatjuk, ahol a passzivitás oka lehet munkavégzés alóli felmentés, fizetés nélküli szabadság vagy pedig betegszabadság. Az adatbázisban található egyéb passzív napok esetében (mint például gyermekgondozás) nem látszik a szokásostól eltérő mintázat, ezért az áttekinthetőség kedvéért ezeket külön nem mutatjuk be.

Az ábra szerint 2020 áprilisában mindhárom kategóriában érdemi növekedés történt 2019 azonos időszakához képest. Különösen drasztikusan emelkedett a munkavégzés alóli felmentés, illetve a fizetés nélküli szabadság miatt kiesett munkanapok száma. Az előbbi esetben nagyjából háromszoros, az utóbbi esetben pedig nagyjából két és félszeres növekedést figyelhetünk meg. Abszolút számok tekintetében pedig elsősorban a fizetés nélküli szabadság, illetve valamivel kisebb mértékben a táppénz okozta a legtöbb munkanap kiesést.

4.16. ábra: Kiesett munkanapok száma 2019, 2020 és 2021 áprilisában



Forrás: NAV, OSM bevallások adatbázisa.

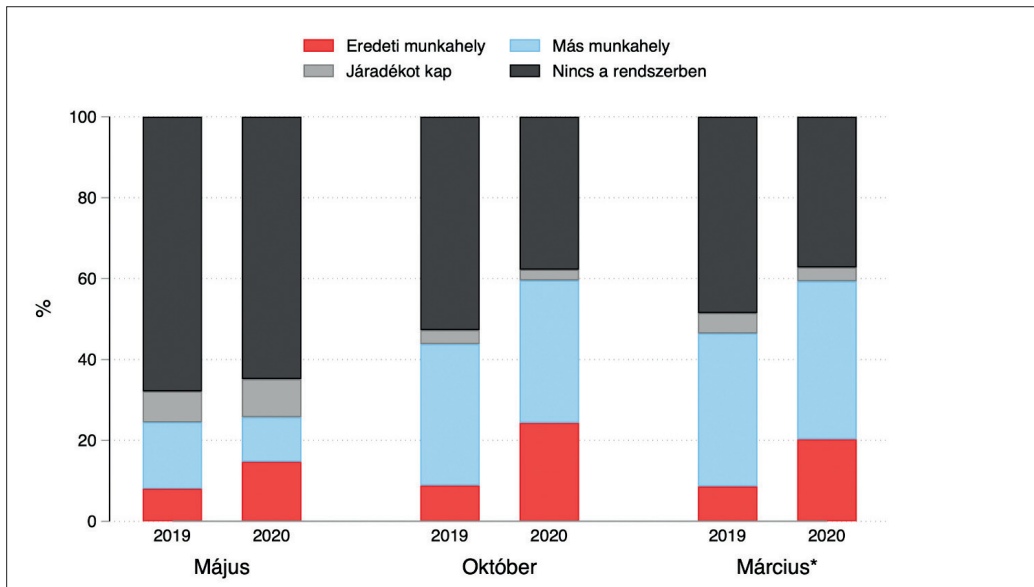
Míg 2021 áprilisára az előbbieket száma nagyjából visszaállt a válság előtti szintre, a táppénzes napok száma azonban még mindig lényegesen magasabb volt. Némileg meglepő ugyanakkor, hogy a koronavírus-járvány 2021-es harmadik hullámában összességében alacsonyabb a betegség miatt kieső munkanapok száma, mint a jóval enyhébb első hullám idején.

Az adatbázis felépítése lehetőséget ad arra, hogy az első hullám állásvesztőit a következő hónapokban is nyomon kövessük. Mint már korábban bemutattuk, a megfigyelések március, április, május, valamint október hónapokban állnak rendelkezésre. Ennek megfelelően a 2020. márciusi állásvesztők státuszát megnézzük 2020. májusban és októberben, illetve 2021. márciusban. Mint korábban már definiáltuk, állásvesztő az, aki márciusban még rendelkezett munkával, áprilisban viszont már nem.

A státuszról négy lehetőséget különböztetünk meg: (i) a korábbi munkahelyén dolgozik (tehát az elbocsátó visszavette), (ii) más cégnél dolgozik, (iii) járadékot kap, vagy (iv) kikerült az adatbázisból. A vizsgálatot ebben az esetben az állásvesztéskor 25–54 éves korosztályra szűkítjük, ahol nem merül fel a nyugdíjazás, illetve nem játszik lényeges szerepet a tanulás melletti munkaviszony változása.

A korábban megszokott módon viszonyítási alapként a 2019. március–április között munka nélkül maradtak státuszváltozásait használjuk. Az eredményeket a 4.17. ábra mutatja. A három panelen a márciusi állásvesztők következő hónapokban megfigyelhető státuszát láthatjuk, egymás mellett mutatva a 2019-es és 2020-as kohorszokat. A hónapok az állásvesztést követő időszakra vonatkoznak, vagyis az adott év májusára és októberére, illetve a *következő év* márciusára.

4.17. ábra: Márciusi állásvesztők a következő hónapokban



Megjegyzés: a márciusi értékek a következő évre vonatkoznak. Forrás: NAV, OSM bevallások adatbázisa.

A 2019-es állásvesztők körülbelül negyede helyezkedett el újra két hónapon belül, további 20 százalékuk pedig fél éven belül talált munkát. Az elhelyezkedők zömmel nem a korábbi munkahelyükön, hanem más foglalkoztatónál dolgoztak a következő hónapokban. Ugyanakkor a 2019. márciusi állásvesztők valamivel több mint fele nem dolgozott alkalmazottként a következő évben. Sajnos az adatbázis nem teszi lehetővé annak a kérdésnek a vizsgálatát, hogy mi történt ezekkel az állásvesztőkkel. Mivel az aktív korosztályt – 25–54 évesek – vizsgáljuk, feltehetőleg sem a nyugdíjazás, sem pedig a tanulás nem magyarázza a passzivitást. Elképzelhető viszont az, hogy a korábbi alkalmazottak egyéni vállalkozóként vagy külföldön bejelentés nélkül dolgoztak tovább. Ennek vizsgálata fontos további kutatási irány lehet.

A 2020. márciusi állásvesztők esetében jelentősen eltérő mintázatokat figyelhetünk meg. Ennek a csoportnak jóval nagyobb része – 60 százalék – talált újra állást fél éven belül. Az elnyílás elsősorban a május és október közötti időszakra koncentrálódik. Érdemes megfigyelni továbbá azt, hogy az állásvesztők sokkal nagyobb arányban kerültek vissza a korábbi munkaadójukhoz, mint a 2019-es csoport. 2020 októberében az összes márciusi állásvesztő 25 százaléka dolgozott újra a korábbi foglalkoztatójánál, míg ez a szám a 2019-es csoport esetében 10 százalék alatt volt. Míg a márciusról májusra újra dolgozók aránya a két év között összességében hasonló, 2020 esetében az ismét elhelyezkedettek jóval nagyobb része került vissza az eredeti munkahelyére. Ezek a megfigyelések megerősítik azt a képünket, hogy a koronavírus-járvány első hullámában arányaiban magasabb volt az ideiglenes állásvesztés. Amint a gazdaság és a munkapiac

helyzete normalizálódott, az állásvesztők többsége újra munkába állt, és jelentős részüket visszatért a korábbi munkahelyére.¹⁷

Regisztrált munkanélküliek

Arról, hogy mi történik a járvány első hullámában állásukat veszített egyénekekkel, némileg részletesebb képet kaphatunk egy másik adatforrás segítségével. Az ITM Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálatától (NFSZ) kapott adatok a foglalkoztatási szolgálatokon, a munkaügyi hivatalokban megjelenő, magukat nyilvántartásba vevő *regisztrált* munkanélküliek adatait tartalmazzák, különös tekintettel a regisztráció tényére és a járadékok, szolgáltatások esetleges igénybevételére és időszakára. Hasonlóan a NAV 08M bevallási adataihoz ez az adatbázis is teljes körű, anonimizált adminisztratív adat, így az érintett időszakokban vett aggregátumok alakulása közvetlenül összehasonlítható például az előző évben látott mintázatokkal. A 4.6. táblázat tartalmazza ezen mutatókat, pontosabban a 2020, illetve 2019 márciusának harmadik és áprilisának harmadik szerdája között regisztrált munkanélküliek lehetséges státuszainak megoszlását az adott év májusában, októberében, illetve a rá következő év márciusában.¹⁸

Először is meg kell jegyeznünk, hogy a 4.6. táblázat számai és az állásvesztők korábban látott, 4.13. ábránkból kiolvasható számai nem közvetlenül összehasonlíthatók. Utóbbi esetében azokat tudtuk vizsgálni, akiknek az adott márciusban volt legalább egy napnyi biztosított jogviszonyuk, viszont áprilisban egy nap sem. Ezzel szemben a 4.6. táblázat adatai csak azokra vonatkoznak, akik a munkaügyi hivatalokat ténylegesen felkeresték. A két szám közötti eltérést okozhatják azok, akik márciusban regisztráltak, de állásukat korábban veszítették el; illetve azok, akik ugyan elvesztették állásukat, de nem jogosultak, nem tudtak róla, vagy önként nem tartottak igényt a foglalkoztatási szolgálat segítségére, mivel az állásvesztést átmeneti helyzetnek gondolták. Mivel a NAV-adatok alapján az állásukat veszítők száma több mint a duplájára nőtt 2020 tavaszára az előző évhez képest (4.13. ábra), miközben az NFSZ-regisztráltak száma csak 66 százalékkal nőtt (4.6. táblázat), sejthetjük, hogy az állásukat elvesztők valamivel kisebb aránya fordult – legalábbis azonnal – a munkaügyi hivatalokhoz, mint a korábbi években.

¹⁷ Megvizsgáltuk azt is, hogy mennyiben alakult másként az állásvesztést követő időszak azok számára, akik *nem* egyszerűsített vagy megbízási szerződéssel dolgoztak. Az eredmények érdemben nem térnek el a 4.17. ábrán látottaktól, ezért azokat külön nem mutatjuk be. Az érdeklődő olvasó kérésére természetesen szívesen elküldjük a kiegészítő eredményeket is.

¹⁸ Mivel 2020. március 11-től kezdődtek meg a lezárások, ez az időszak tükrözi talán a legjobban a márciusról áprilusra bekövetkező állásvesztéseket, figyelembe véve azt is, hogy az állásukat veszítők gyakran néhány hetes késéssel regisztrálják csak magukat.

4.6. táblázat: A március–április között regisztrált állásvesztők utánkövetése NFSZ-adatok alapján

	Első hullám belépői			A COVID előtti időszak belépői		
	2020/05	2020/10	2021/03	2019/05	2019/10	2020/03
Személyek	107549	107549	107549	64756	64756	64756
Álláskeresési járadék	62702	622	1156	19812	600	1272
Bértámogatás	8162	16325	796	12950	9383	1659
Közfoglalkoztatás	2202	3089	2741	3033	3421	2626
Támogatás nélküli nyilvántartott	25704	18173	14976	19387	11208	10447
Egyéb	3151	3909	2883	4325	3718	2472
Nincs nyilvántartva (kilépett)	5628	65431	84997	5249	36426	46280
Arányok						
Álláskeresési járadék	58,3%	0,6%	1,1%	30,6%	0,9%	2,0%
Bértámogatás	7,6%	15,2%	0,7%	20,0%	14,5%	2,6%
Támogatás nélküli nyilvántartott	23,9%	16,9%	13,9%	29,9%	17,3%	16,1%
Nincs nyilvántartva (kilépett)	5,2%	60,8%	79,0%	8,1%	56,3%	71,5%

Megjegyzés: A táblázatban a 2020, illetve 2019 márciusának harmadik és áprilisának harmadik szerdája között regisztrált munkanélküliek kimeneteinek megoszlása látható az adott év májusában, októberében és a rá következő év márciusában, az adott hónap harmadik szerdáján. Forrás: NFSZ-adatok.

Az alacsonyabb regisztrálási arány és a járulékból részesülők magasabb száma közötti látszólagos ellentmondás feloldható, ha megvizsgáljuk, hogy milyen számban és arányban oszlanak meg a belépést körülbelül két hónappal követően az újonnan regisztrált álláskeresők 2020-ban és 2019-ben. Míg a 2019 márciusában regisztráló 50 ezer belépőnek csak körülbelül a negyede jogosult álláskeresési járadékot igénybe venni – aminek fő feltétele az előző három évben szerzett 360 napnyi biztosítási jogviszony –, addig a COVID-19-járvány első hullámához kapcsolódó lezárások alatt belépőknek 50 százaléka olyan munkavállaló, aki a jogosultsági feltételeket teljesítő, folytonos munkatörténettel rendelkezik. Ez is szemlélteti, hogy az átlagosnál jobb „minőségű” munkaerőt is érintették a lezárásokból fakadó állásvesztések. Ezt támasztja alá Boza és Kerekó (2022a) is, megmutatva, hogy a belépők között nőtt a magasabb végzettségűek, továbbá a kereskedelmi, szolgáltatási, valamint idegenforgalmi, vendéglátói állást keresők aránya, illetve ezzel kapcsolatban megmutatkozik Budapest és az osztrák határhoz közeli régiók fokozott érintettsége.

Az álláskeresési járadék nyújtása és az álláskeresés segítése mellett a munkaügyi hivatalok fő aktív eszközei a képzési programok, a közfoglalkoztatás, illetve a bér- és bérköltség-támogatás. A vizsgált időszakokban mind a közmunka, mind a képzések aránya elenyésző az újonnan regisztráltak esetében. Utóbbiak – bár használatukat a korlátozások és a távolságtartás is megnehezítette – szintje már 2019-ben is alacsonyabb volt a korábbi évekhez képest (Boza és Kerekó, 2022b). Ezzel szemben a bértámogatások szerepe középtávon valamelyest megnőtt. Míg 2020 októberében a tavaszi belépők közül a 2019.

októberihez hasonló arányban helyeztek el álláskeresőket bértámogatási programokban, ez abszolút számban több egyént érintett. Boza és Krekó (2022b) azt is megmutatja, hogy ezen programokban megnőtt a közepes (vagy magas) végzettséggel elhelyezett dolgozók száma, noha a programok jelentős része az alacsony végzettségűeket hivatott segíteni.

Az álláskeresési járadékra való potenciális jogosultságának lejáratát követően, amennyiben a fenti programokba nincs bevonva, az állását veszített egyén még mindig fenntarthatja regisztrált viszonyát, bízva abban, hogy állásajánlatokat kap a munkaügyi hivatalon keresztül. Habár az biztos, hogy állástalálás esetén a regisztrált munkanélküli státusz megszűnik, azt sajnos nem tudjuk, hogy az emberek milyen arányban lépnek ki önként a regisztrált munkanélküliségből. Ha feltételezzük, hogy ez az arány alacsony és/vagy nem változott meg jelentősen a vizsgált évek között, akkor a kilépési/ellátatlansági arányok is összevethetőek. Míg úgy tűnik, hogy rövid távon sokan élnek az álláskeresési járadék adta lehetőséggel, és mivel még nem állt helyre a munkapiac, amire visszatérnének, ezért amíg rövid távon csak részleges, közép- és hosszú távon viszont már a korábbi évhez képest erősebb, gyorsabb visszarendeződést látunk, ami egybecseng a NAV-os adatokból látott mintázatokkal. Ugyan 7 hónappal a belépés után már hasonló arányban találhatók a regiszteren belül és kívül a tavaszi állásvesztők, a részletesebb számítások (Boza és Krekó, 2022b) arra utalnak, hogy 4-5 hónappal a belépés után még jelentős arányban (és számban) voltak ellátatlanok a rendszerben. Számukra az álláskeresési járadék maximális időtartamának (akár ideiglenes) kiterjesztése jelentős segítség lehetett volna a kieső jövedelem pótlásában, és egyúttal a gazdasági kilábalást is elősegítette volna, mivel ez a csoport stabil jövedelem híján feltehetően visszafogta a fogyasztását.

A fejezet további részében viszont arra fókuszálunk, hogy a munkaerőpiacra visszatérők mennyire voltak képesek korábbi szektoraikban, foglalkozásaikban elhelyezkedni.

Ágazatok és foglalkozások közötti átrendeződés

Az előzőekben bemutattuk, hogy a járvány jelentős munkapiacit sokkot okozott és az állásvesztések számának megugrásával járt, más válságokkal szemben azonban nagyon eltérően érintette a különböző ágazatokat és foglalkozásokat. Míg a turizmushoz, vendéglátáshoz és szórakoztatáshoz kötődő ágazatok hirtelen és csaknem teljes leállásra kényszerültek, a digitális átállásban és a járvány elleni védekezésben fontos szerepet betöltő ágazatok termékei iránt jelentősen nőtt is a kereslet. Ennek következtében a foglalkoztatottság átmeneti visszaesése mellett világszerte érdemi változások történtek annak ágazati és foglalkozási összetételében (pl. Costa et al., 2020).

A következőkben azt vizsgáljuk, hogy a foglalkoztatottság hogyan rendeződött át az egyes ágazatok és foglalkozások között a pandémia idején 2019 májusa és 2021 májusa között Magyarországon. 2021 májusában a harmadik hullám már lecsengőben volt, a korlátozó intézkedések jelentősen enyhültek, de még több, a turisztikai, vendéglátóipari, szórakoztatóipari és kulturális élethez köthető megszorítás hatályban maradt,¹⁹

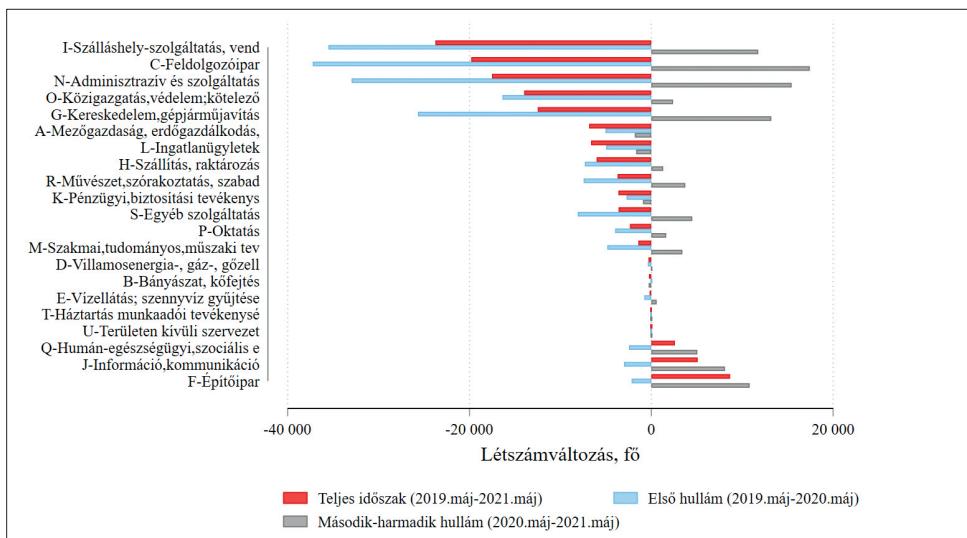
¹⁹ 2021. április 24-én nyitották meg a vendéglátóipari egységek teraszait, a zenés-táncos rendezvények látogatását azonban csak 2021. május 21-től, és csak védettségi igazolvánnyal engedélyezték.

így a fejezetünkben feltárt átrendeződések nem tekinthetőek véglegesnek. A hosszú távú hatásokról csak a korlátozások maradéktalan feloldása utáni időszak alapján lehet majd teljes körű képet alkotni.

Mint az előző alfejezetben bemutattuk, a foglalkoztatottság 2020 tavaszán bekövetkezett zuhanása 2021 májusára jelentős részben korrigálódott, bár a Munkaerő-felméréssel szemben az általunk definiált foglalkoztatottság szintje mintegy 100 ezer fővel volt kevesebb, mint 2019 májusában. Az egyes ágazatok bruttó létszámváltozása, vagyis a létszámcsökkenések és a létszámnövekedések számának az összege azonban jelentősen meghaladja a foglalkoztatottság nettó körülbelül 2 százalékos létszámváltozását (ld. 4.13. ábra).

A 4.18. ábra azt mutatja, hogy a válság a nemzetközi trendeknek megfelelően a korlátozó intézkedések által leginkább érintett *szálláshely-szolgáltatás és vendéglátás* ágazatot sújtotta, amelynek létszáma körülbelül 24 ezer fővel, mintegy 13 százalékkal csökkent 2019 májusa és 2021 májusa között. Szintén nem meglepő a gépjárműkölsönzés, utazásszervezést, konferenciaszervezést, takarítást és egyéb szolgáltatásokat is magában foglaló *adminisztratív és szolgáltatást támogató tevékenység*, valamint a *kereskedelem, gépjárműjavítás* ágazat létszámának csökkenése. Közel 20 ezer fővel kevesebben dolgoztak a feldolgozóiparban 2021 májusában, mint két évvel korábban, bár az ágazat létszámának csökkenése létszámarányosan csak 2 százalék volt. A nemzetközi trendeknek szintén megfelel az *építőipar*, az információtechnológiai és egyéb digitális szolgáltatásokat felölelő *információ és kommunikáció*, valamint az egészségügyi ágazatok létszám bővülése (OECD, 2020). A 4.18. ábra alapján az is látható, hogy a koronavírus-járvány – fertőzések és halálozások tekintetében jóval súlyosabb, a második és harmadik hullámot is magában foglaló – 2020 májusa és 2021 májusa közötti időszakát a korrekció jellemezte. A pandémia második évében a foglalkoztatás már szinte minden ágazatban növekedett.

4.18. ábra: Az egyes ágazatokban foglalkoztatottak létszámának változása 2019. május és 2021. május között

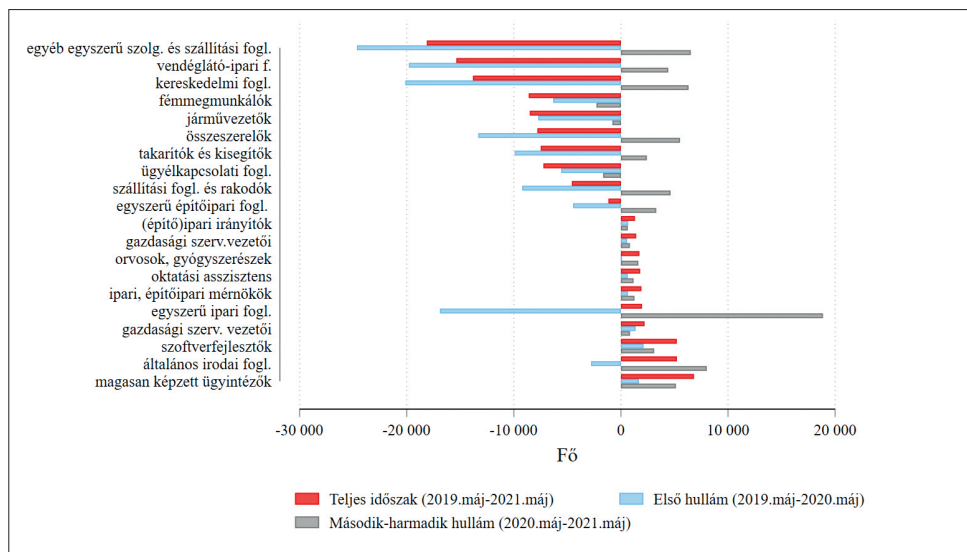


Forrás: NAV, 08M bevallások adatbázisa.

Azt is megvizsgáltuk, hogy a foglalkoztatottak foglalkozási megoszlása – 3 jegyű FEOR-kódok alapján – hogyan változott 2019 májusa és 2021 májusa között, melyek a járvány által leginkább érintett foglalkozások: melyekben történt a legnagyobb létszámváltozás a 2020. március eleji, tehát a járvány előtti állapothoz képest.²⁰ A 4.19. ábra 2019 májusa és 2021 májusa között a 10 legnagyobb mértékű létszámnövekedéssel és a 10 legnagyobb mértékű létszámcsökkenéssel jellemezhető foglalkozást mutatja.

A foglalkozások átrendeződése visszatükrözi a turizmushoz és egyéb szolgáltatásokhoz köthető ágazatok visszaesését: a legnagyobb mértékben a vendéglátóipari, kereskedelmi és az egyéb egyszerű szolgáltatási foglalkozásokban dolgozók, takarítók és kisegítők, járművezetők létszáma csökkent (lásd 4.19. ábra). Létszámarányosan a legnagyobb veszteséget a 20 százalékos csökkenést elszenvedő vendéglátóipari foglalkozások élték meg.

4.19. ábra: A tíz legnagyobb mértékben csökkenő és növekvő foglalkozásban foglalkoztatottak létszámának változása 2019. május és 2021. május között



Megjegyzés: a foglalkozásokat 3 jegyű FEOR-kódok alapján vizsgáltuk.

Forrás: NAV, OSM bevallások adatbázisa.

A szoftver- és alkalmazásfejlesztők létszámának növekedése megfelel a digitális termékek és szolgáltatások járvány alatti térnyerésének. Nőtt a távmunkát nagyobb mértékben lehetővé tévő általános irodai foglalkozásokban dolgozók és a magasan képzett ügyintézők létszáma is. Barrero és szerzőtársai (2021) az USA-ban szintén azt találták, hogy a foglalkoztatottság eltolódott a távmunkát lehetővé tévő foglalkozások irányába.

Az ágazati és foglalkoztatási átrendeződés azt sejteti, hogy megnőhetett az állás- és foglalkozásváltások gyakorisága. Az Egyesült Királyság a munkahelyváltások arányának

²⁰ Néhány jogviszony mellett – például egyszerűsített foglalkoztatás, munkaviszony melletti társas vállalkozó – nem található FEOR-kód, ami 280–320 ezer embert érint. Emellett az adatbázis nem tartalmazza a KATA-s vállalkozókat.

megugrását tapasztalta a válság hónapjaiban (például Anayi et al., 2021). A Munkaerő-felmérés szerint a végig foglalkozásban maradók között Magyarországon is megnőtt az állást váltók aránya (ld. 4.1. fejezet). A járulékbevallások adminisztratív adatbázisában azonban nem látszik, hogy az állás- és foglalkozásváltozások gyakoribbá váltak volna, sem az összes munkavállalót, sem a csökkenő létszámú ágazatok dolgozóit tekintve. Ennek az ellentmondásnak egy elképzelhető magyarázata, hogy az állásváltások elsősorban a járulékbevallásban nem szereplő, de a vendéglátásban és a szórakoztatóipari és kulturális foglalkozásokban nagy súlyú foglalkoztatási formákat (KATA-s vállalkozók, EKHO szerint adózók, egyéb egyéni vállalkozók) érintették.

Jelenleg még nem egyértelmű, hogy az ágazati és foglalkoztatási átrendeződések mennyire bizonyulnak tartósnak. Barrero és szerzőtársai (2021) amerikai adatokat vizsgálva azt találták, hogy a szektorális átrendeződés jelentős része a lezárások feloldása után, 2020 decemberében is megmaradt. A hazai turisztikai szektor képviselői szerint az ágazat létszáma 2022 elejére sem állt vissza, a turizmus helyreállításával a turizmushoz kötődő ágazatokban pedig jelentős munkaerőhiány várható (ld. Portfolio, 2022). Az OECD (2020) elemzése szerint a járvány felgyorsította a pandémia előtt elindult, az automatizációhoz és a digitalizációhoz köthető reallokációt, és a digitalizációhoz köthető foglalkozások és ágazatok térnyerése tovább folytatódhat.

Vállalati átrendeződés

A fentebb vizsgált kérdéseket megvizsgáltuk a cégek, illetve foglalkoztatók szemszögéből is, különös figyelmet fordítva a munkáltató mérete szerinti különbségekre – a szektorális különbségekre csak röviden kitérve, mivel azokat a korábbi részek már bemutatták a munkavállalók szemszögéből. Méret szerint megkülönböztetünk mikro-, kis- és középvállalkozásoknak megfelelő kategóriákat – rendre 10, 50 és 250 fős létszámlimittel –, illetve a nagyvállalatokat és az állami foglalkoztatók közül az 1000 főnél többet foglalkoztatókat. Az alábbiakban bemutatott táblázatok úgy készültek, hogy rögzítettük a 2020, illetve 2019 márciusában megfigyelhető munkáltatók körét, és azokat a márciusban megfigyelt dolgozói létszám szerint méretkategóriákba rendeztük, majd megnéztük, hogy miként alakul ezen cégcsoportokon belül a továbbra is megfigyelhető cégek száma, illetve egyes céges mutatók változása. A két évben megfigyelhető százalékos vagy százalékpontos változásokat utána össze is vetettük a fejezetben korábban is látottakkal összhangban, a COVID-19-járványhoz köthető többletváltozásokat helyezve a vizsgálódás fókuszába.

4.7. táblázat: Munkáltatók túlélése Magyarországon 2019-ben és 2020-ban

Létszám:		<10 fő	<50 fő	<250 fő	<1000 fő	1000+ fő
Adatban megfigyelt munkáltatók száma						
2020	március	390 240	50 514	9 129	1 391	443
	+2hó	368 259	50 112	9 096	1 387	443
	+7hó	350 441	49 515	8 934	1 366	438
	+12hó	327 856	48 760	8 827	1 355	436
2019	március	393 453	50 717	9 338	1 434	444
	+2hó	379 431	50 373	9 293	1 427	443
	+7hó	362 691	49 756	9 166	1 393	436
	+12hó	341 052	49 113	9 063	1 377	433
Százalékos változás						
2020	+2hó	-5,6%	-0,8%	-0,4%	-0,3%	0,0%
	+7hó	-10,2%	-2,0%	-2,1%	-1,8%	-1,1%
	+12hó	-16,0%	-3,5%	-3,3%	-2,6%	-1,6%
2019	+2hó	-3,6%	-0,7%	-0,5%	-0,5%	-0,2%
	+7hó	-7,8%	-1,9%	-1,8%	-2,9%	-1,8%
	+12hó	-13,3%	-3,2%	-2,9%	-4,0%	-2,5%
D2020 - D2019	+2hó	-2,1%	-0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
	+7hó	-2,4%	-0,1%	-0,3%	1,1%	0,7%
	+12hó	-2,7%	-0,3%	-0,4%	1,4%	0,9%

Forrás: NAV, OSM bevételek adatbázisa.

A 4.7. táblázat tartalmazza a fentiekben definiált módon megfigyelt cégek számát és lemorzsolódásukat. Fontos megjegyezni, hogy egy korábban létező cégazonosító oly módon is eltűnhet az adatbázisból, hogy az adott cég felvásárlás vagy fúzió által felveszi egy másik cég azonosítóját, vagy újat kap mindkét vállalat. Ennek megfelelően például nem gondoljuk azt, hogy a nagyobb vállalatok között látható 2-3 százalékos lemorzsolódás nagy munkahelyek végleges bezárását jelentené. Ha összevetjük a 2020-as és 2019-es mintákat, láthatjuk, hogy a közepes és nagy vállalatoknál tapasztalható megszűnési ütemek szinte megegyeznek, sőt a legnagyobb munkáltatók között még valamivel kevesebb változást is tapasztalunk 2020-ban – ami jelezheti az összeolvadások alacsonyabb számát. Amíg a közepes méretű munkáltatóknál sincs látványos különbség, a mikro-vállalkozások körében határozottan érzékelhető, hogy a szokásos éves 13 százalékos körüli lemorzsolódás helyett néhány százalékponttal magasabb értéket látunk, majdnem minden hatodik mikrovállalkozás megszűnt 2020 során. A vállalkozások ezen körét tehát feltehetően komolyan érintették a koronavírus-járványhoz kapcsolódó korlátozó

intézkedések. A cégmegszűnések által – ugyanúgy, ahogy a később bemutatott változások által is – leginkább érintett ágazatok a vendéglátásból, a szabadidős tevékenységekből, a szórakoztatásból, illetve az egyéb szolgáltató, illetve adminisztratív tevékenységekből kerültek ki.²¹

4.8. táblázat: Munkáltatók átlagos létszámának alakulása 2019-ben és 2020-ban

Létszám:		<10 fő	<50 fő	<250 fő	<1000 fő	1000+ fő
Átlagos megfigyelt létszám						
2020	március	2,5	19,5	98,0	460,1	2562,7
	+2hó	2,5	18,1	91,6	435,8	2470,8
	+7hó	2,7	19,0	95,6	445,1	2517,7
	+12hó	2,7	18,5	94,1	445,2	2572,4
2019	március	2,5	19,6	98,5	461,9	2549,4
	+2hó	2,6	19,6	97,8	456,4	2503,4
	+7hó	2,7	19,6	98,4	455,1	2537,1
	+12hó	2,7	18,9	95,0	451,2	2565,8
Százalékos változás						
2020	+2hó	0,9%	-7,4%	-6,5%	-5,3%	-3,6%
	+7hó	10,2%	-2,8%	-2,5%	-3,3%	-1,8%
	+12hó	11,9%	-5,4%	-4,0%	-3,2%	0,4%
2019	+2hó	6,1%	0,2%	-0,6%	-1,2%	-1,8%
	+7hó	10,8%	0,2%	-0,1%	-1,5%	-0,5%
	+12hó	11,3%	-3,6%	-3,5%	-2,3%	0,6%
D2020 – D2019	+2hó	-5,1%	-7,6%	-5,9%	-4,1%	-1,8%
	+7hó	-0,6%	-3,0%	-2,4%	-1,8%	-1,3%
	+12hó	0,6%	-1,8%	-0,5%	-0,9%	-0,3%

Forrás: NAV, OSM bevételek adatbázisa.

Amint korábban már összefoglaltuk, a megváltozott helyzethez való alkalmazkodás formái lehetnek a bezárás vagy komolyabb létszámcsökkentés mellett a dolgozók inaktív státuszokba helyezése, illetve a munkaidő csökkentése is. A továbbiakban azt vizsgáljuk, hogy a fent meghatározott céghalmazokból *fennmaradó* cégek alkalmazták-e ezen módszerek valamelyikét. Megjegyezzük továbbá, hogy az összevetéseket nehezíti, hogy a 2019-es céghalmazban látott egyéves változásokban már részben megjelennek a 2020.

²¹ Köllő és Reizer (2021) a KSH teljesítménystatisztikai felmérésének kitöltési adatai alapján valamivel magasabb cégmegszűnési rátát becsül a feldolgozóipari vállalatok körében.

márciusi lezárások hatásai. A májusi és októberi adatok, illetve az ezen időszakokra történő változások azonban megbízhatóan tükrözhetik a rövid és középtávú hatásokat.

A 4.8. táblázat a munkavállalók átlagos számát mutatja a korábbi méretbontásnak megfelelően. Fontos megjegyezni, hogy a mikrovállalatok esetén csak a túlélő vállalatok létszámát látjuk, így az itt tapasztalt középtávú létszámnövekedés (mindkét évben) reális jelenség lehet. A két időszakot összevetve azonban az is látszik, hogy az átlagos létszám a korábbi évvel ellentétben 2020 tavaszán nem tudott növekedni. Ezzel párhuzamosan a nagyobb cégeknél is jelentős, 3 és 7 százalék közötti átlagos létszámcsökkenések is megfigyelhetők voltak, amelyek a szezonálisnak megfelelő fluktuációhoz – amit a 2019-es változással igyekszünk megfogni – képest is átlagosan 5 százalékponttal rosszabb értékek. A közepes cégek létszáma nem csak az első hullámban, de még fél-egy évvel később is kimutathatóan alacsonyabb volt, illetve erősebben csökkent a létszám, mint a járvány előtti esztendőben.

Összegzés

A fejezetben az állásvesztés, állásváltás, illetve a vállalati átrendeződés főbb mutatóit vizsgáltuk a koronavírus-válság ideje alatt. A felhasznált NAV-adatok megerősítik azt a korábban már felvázolt képet, hogy a fő megrázkódtatások az első hullám idején érték a munkapiacot, a későbbiekben már sokkal kisebb ingadozásokat figyelhetünk meg. 2019-hez képest a 2020. tavaszi állásvesztések között nagyobb arányban találtunk valamivel jobban fizetett alkalmazotti jogviszonyokat. Valószínűleg ennek volt köszönhető, hogy az állásvesztők nagyobb arányban találtak újra állást, illetve kerültek vissza a korábbi munkaadójukhoz.

Ezzel együtt egy jelentős létszámú csoport nem tudott visszatérni a munkapiacra, legalábbis alkalmazotti jogviszony keretében. A regisztrált munkanélkülieket vizsgálva azt találjuk, hogy a tartósan munkanélküliek száma megnőtt, és sokan maradtak munka és bármilyen ellátás nélkül. Szintén jelentős volt azoknak a munkavállalóknak a száma, akik az első hullám idején csökkentett munkaidőben dolgoztak vagy fizetés nélküli szabadságra kerültek. Az ellátórendszer túlzott szigora miatt túl kevesen és túlságosan rövid ideig kaptak álláskeresési járadékot.

Adataink szerint az állásváltás, illetve a szektorális és munkakörök közötti átrendeződés mutatói a válság alatt inkább csökkentek. Ez némileg ellentmond a 4.1. fejezetben a KSH Munkaerő-felmérése alapján találtaknak. Véleményünk szerint a különbséget szintén az egyéni vállalkozók viselkedése, illetve az alkalmazotti és önfoglalkoztatotti státuszok közötti mozgások magyarázhatják. Ennek vizsgálata, illetve az ehhez szükséges adatok összegyűjtése és kutathatósága alapvető fontosságú lenne a munkaerőpiaci folyamatok még pontosabb megértéséhez.

Szakpolitikai javaslatok

A jövőre vonatkozóan három területet emelünk ki, amelyen középtávú változtatásokkal egy a COVID-19-járványhoz hasonló – rövid távú, de erőteljes – munkapiaci sokkal szemben felkészültebbé válhat a magyar munkaerőpiac, illetve a magyar gazdaság.

1. A válság rövidségének ellenére sokan maradtak hónapokig mindenféle ellátás és támogatás nélkül, ami a fogyasztás visszafogásához is hozzájárult. Ennek elkerülése érdekében az ellátórendszernek fel kellene készülnie mind pénzügyi, mind jogi tekintetben egy, a válságok esetén a járadék folyósítási idejét átmenetileg meghosszabbító mechanizmus alkalmazására.
2. A megváltozott körülményekhez való gyors alkalmazkodást segíti, ha az államigazgatás számára minél hamarabb, minél szélesebb körből állnak adatok rendelkezésre. A magyar adminisztratív adatgyűjtés a klasszikus foglalkoztatási viszonyok esetén korszerű, viszont az egyéni vállalkozókra (különösen a KATA-s vállalkozókra) is érdemes lenne kiterjeszteni egy részletesebb adatszolgáltatási kötelezettséget, hogy valóban megfigyelhetővé váljon minden lehetséges alkalmazkodási csatorna.
3. A járvány alatt jelentős szektorális és munkakörök közötti átrendeződés volt megfigyelhető. Az ilyen átrendeződések gyorsabban és hatékonyabban zajlanak le akkor, ha az állásvesztőket és állásváltókat megfelelő képzések segítik. Törekedni kell az ilyen képzések minőségi fejlesztésére, szélesebb körben elérhetővé tételére.
4. Végezetül a képzési, továbbképzési rendszernek fel kell készülnie, hogy személyes kontaktus hiányában (újabb járvány, esetleg háborús helyzet) is foglalkozni tudjon az átmenetileg és tartósan foglalkozást váltók fejlesztésével. A jelenlegi munkavállalási korú népesség digitális képességeinek fejlesztése mellett fontos hosszú távú célként érdemes tekinteni a munkaerőpiaci rugalmasságot segítő készségek fejlesztésére az oktatási rendszerben.

4.3. Bukkanók az emelkedőben? – A bérstruktúrát ért sokkok 2020 óta

GÁSPÁR ATTILA ÉS REIZER BALÁZS

Ebben a tanulmányban a magyar bérstruktúrát 2020 óta ért legnagyobb sokk értékelésére vállalkozunk egy egyedi, különlegesen részletgazdag adatbázis segítségével: a munkavállalók főbb csoportjai reálbéreinek alkalmazkodását vizsgáljuk a koronavírus-járvány által okozott gazdasági visszaesés és az azt követő kilábalás alatt.^{22,23}

A KSH számítása szerint az alkalmazásban álló főállású alkalmazottak átlagbére 2019 márciusában 358 991 forint volt. A mi számításunk szerint az átlagbér kicsit alacsonyabbnak, 356 782 forintnak adódik.²⁴ Számításaink szerint a reálbérek növekedése 2019 és 2020 márciusa között jelentős, 4,2 százalékos volt (a KSH-statisztikát vizsgálva 3,8 százalékos adódik). A koronavírus-járvány hatására azonban 2020. március és május között 1,2 százalékkal csökkentek a reálbérek. A visszaesés ugyanakkor csak átmeneti volt, hiszen 2021 márciusára már 6,2 százalékkal emelkedtek a reálbérek az egy évvel korábbi szinthez képest.

²² A havi fogyasztói árindex segítségével a reálbéreket 2019. márciusi árakon számoljuk.

²³ A tanulmányhoz a Nemzeti Adó- és Vámhivatal egyéni szintű járulékbevallási adatait használjuk. Az adatbázis nagy előnye, hogy az összes alkalmazásban álló munkavállaló bevallott és adózott bérjövendelmét tartalmazza. A nagyon magas megfigyelésszám azt is lehetővé teszi, hogy a bérnövekedés ütemét szűken értelmezett (3 jegyű FEOR-) kódok szerint is megvizsgáljuk. Mivel a koronavírus-válság alatt jelentősen megnőtt a fizetés nélküli szabadságon lévők és a részmunkaidőben foglalkoztatottak aránya, ezért a tanulmányban bemutatjuk, hogy ezek mely csoportokat érintették legjelentősebb mértékben. Nem állnak viszont rendelkezésünkre az egyéni vállalkozók béradatai és a KATA-s foglalkoztatottak adatai, így őket ki kell hagynunk az elemzésünkben.

²⁴ Az adatbázis másik sajátossága, hogy nem figyeljük meg az összes, hanem csak a 4.9. táblázatban bemutatott hónapokat. Így nem figyeljük meg az összes olyan bérkifizetést, amely a tárgyhónapra vonatkozik, ám a munkaadó csak később jelentette le. Emiatt nem tudjuk pontosan megfeleltetni az általunk számolt átlagbért a KSH által közölt statisztikákkal. Véleményünk szerint azonban ez az eltérés elemzésünkben nem okoz jelentős problémát, mert az eltérések iránya és nagyságrendje minden hónapban hasonló, így a bérváltozások mérését nem érinti.

4.9. táblázat: A reál átlagbér változása és a részdíós foglalkoztatottság a koronavírus-járvány alatt

Hónap	KSH- statisztika (forint)	Csak főállásúak (forint)	Részmunkaidővel és fizetés nélküli szabadsággal (forint)	Részmunkaidős foglalkoztatottak száma	Fizetés nélküli szabadságon lévők száma
2019. március	358 991	356 782	265 412	518 160	18 872
2019. április	349 701	358 824	266 827	519 929	21 580
2019. május	347 843	348 210	262 854	521 676	20 225
2019. október	346 105	346 197	260 025	527 397	21 680
2020. március	372 710	371 877	272 410	531 123	31 606
2020. április	374 671	375 730	269 540	604 202	63 164
2020. május	371 902	367 614	266 397	676 725	53 276
2020. október	366 260	362 254	269 029	541 545	24 355
2021. március	395 976	395 253	293 161	518 637	27 707
2021. április	396 876	394 724	292 934	515 350	22 415
2021. május	385 837	380 366	286 611	514 033	19 600

Forrás: KSH-statisztika https://www.ksh.hu/stadat_files/mun/hu/mun0143.html, illetve saját számítás a NAV-járadékbevallások alapján.

A válsághoz való alkalmazkodás egy fontos csatornája volt, hogy hirtelen nagyon sokan mentek fizetés nélküli szabadságra, illetve tértek át részmunkaidős foglalkoztatásra. A részmunkaidős foglalkoztatás jelentős növekedését részben megmagyarázhatja, hogy a kormány az álláshelyek megtartása érdekében anyagilag támogatta a cégeket, ha vállalták, hogy legalább részmunkaidőben foglalkoztatják a munkavállalóikat. A fizetés nélküli szabadságon lévők számának növekedését valószínűleg az okozta, hogy egyes munkavállalók elfogadták, hogy átmenetileg nem kapnak fizetést, és azt remélték, hogy az állásuk így megmarad, és a járvány után folytathatják a munkájukat. Ennek megfelelően a részmunkaidőben dolgozók száma 2020. március és május között 531 ezerről 676 ezerre, a fizetés nélküli szabadságon lévők száma márciusról áprilusra 31 ezerről 63 ezerre emelkedett, majd májusra 53 ezerre csökkent. Ez a növekedés azonban átmeneti volt. 2020 októberére a részmunkaidőben foglalkoztatottak és a fizetés nélküli szabadságon lévők száma a válság előtti szintre csökkent, és nem emelkedett meg jelentősen 2021 tavaszán sem.

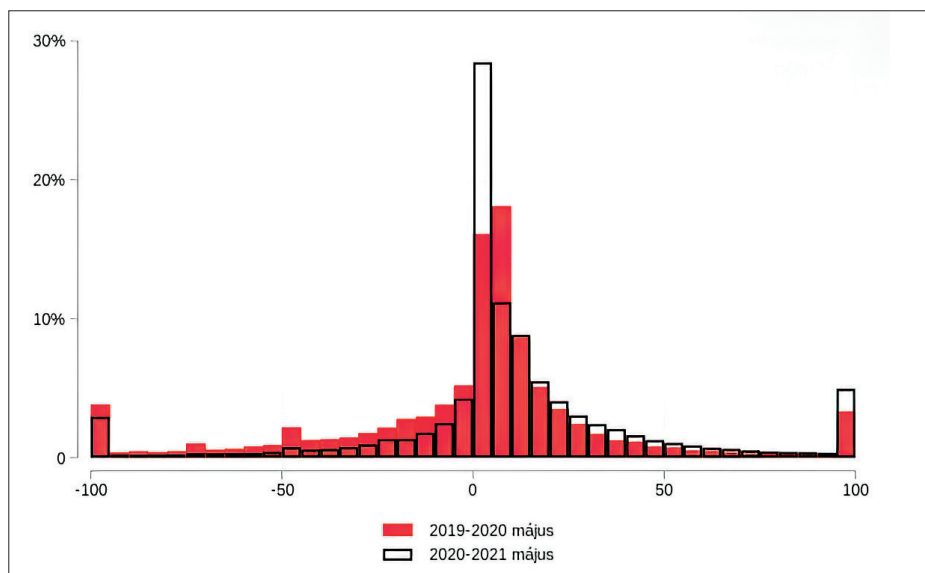
Mivel feltételezésünk szerint a részmunkaidő és a fizetés nélküli szabadságok aránya főként nem a munkakínálat csökkenése miatt emelkedett, az aggregált bérdinamikát úgy is megvizsgáljuk, hogy az átlagbér számításánál a részmunkaidőben dolgozókat és 0 bérrrel a fizetés nélküli szabadságon lévőket is figyelembe vesszük. Magától értetődő módon az így számolt átlagbér alacsonyabb. Különbségként 2019 márciusában 25,6 százalék, azaz 356 ezer helyett 265 ezer adódik. A válság előtti évben az így számolt átlagbérben is növekedést tapasztalunk, ugyanis a mutató 2019 és 2020 márciusa között

2,6 százalékos reálbér-növekedést mutat. A válság által okozott visszaesés így azonban nagyobbban adódik, ugyanis 2020. március és május között ez a mutató 2,2 százalékkal csökkent. Emellett megállapíthatjuk, hogy a visszaesés itt is átmeneti volt, ugyanis 2019 és 2021 májusát összehasonlítva 9 százalékos emelkedést tapasztalunk.

Az aggregált bérnövekedés dekompozíciója

A bérdinamika vizsgálatának következő lépéseként megvizsgáljuk, hogy az átlagos reálbér növekedését milyen mértékben magyarázza az időszak alatt végig alkalmazásban állók bérének változása és a munkavállalók összetételének változása.

4.20. ábra: Az egyéni nominális bérváltozások eloszlása



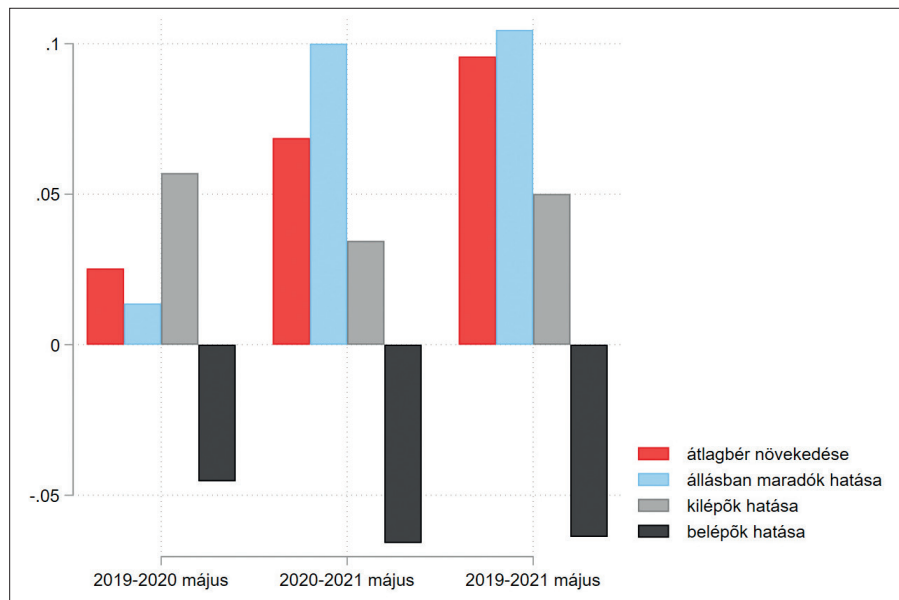
Forrás: saját számítás a NAV-járadékbevallások alapján.

A 4.20. ábra az állásban maradók éves nominális bérnövekedési ütemét mutatja. Bár a tanulmányban főként reálbér-növekedéssel foglalkozunk, a nominális bérváltozás vizsgálata itt azért fontos, mert Magyarországon törvényileg nem szabályozott a munkavállalók reálbére. Ezzel szemben az alaphért nominális értékben csak a munkavállalók engedélyével lehet csökkenteni. A szakirodalomban pedig jól dokumentált tény, hogy az ilyen fajta szabályozások miatt a munkavállalók a bércsökkenés helyett a nominálisbér-befagyasztást választják (Elsby és Solon, 2019; Grigsby és tsai., 2021).

A két legszembetűnőbb eredmény, hogy mind a két évben jelentős számban megfigyelünk bércsökkenéseket, illetve meglepő módon 2019 és 2020 májusa között a munkavállalók 16 százalékának fagyasztották be a bérét, ezzel szemben 2020 és 2021 májusa között az állásban lévők 28 százalékának. A meglepő különbség magyarázata valószínűleg a rugalmas bérelemekben rejlik. Ugyanis a bónuszokat és prémiumokat mindenfajta korlátozás nélkül megvonhatja a munkaadó, a túlórapótlékok pedig a jelentett vagy

tényleges munkaórák csökkentésével visszavonhatók. Feltételezhetően sok 2019 májusában ilyen juttatást kapó munkavállaló vesztette el ezeket a bérelemeket a következő évre. Így 2021-re ezek a bérelemek már nem voltak tovább csökkenthetőek, és a bérek lefelé merevebbé váltak.

4.21. ábra: A reálbér-növekedés dekompozíciója



Forrás: saját számítás a NAV-járadékbevallások alapján.

Az aggregált bérnövekedés dinamikájában az egyéni bérek változása mellett nagyon fontos tényező a munkavállalók összetételének változása. Ugyanis a munkaerőpiacra belépők jelentős része az átlagnál kevesebbet kereső pályakezdő (belépők hatása). Ez a hatás pedig csökkenti az átlagbér növekedését. Ezzel szemben a kilépők között az átlagnál többet kereső nyugdíjba vonulók és a válság miatt állásukat veszítő alacsony jövedelműek is lehetnek (kilépők hatása).

A 4.21. ábrán ezt a három csatornát számszerűsítjük Melitz és Polanec (2015) módszerével. Az ábra fő üzenete az, hogy a válság első és második évében nem csak a reálbér-növekedés szintje, hanem szerkezete is jelentősen eltért. 2019 és 2020 májusa között a reálbérek 2,5 százalékkal növekedtek, míg egy évvel később ugyanez a mutató már 6,9 százalék volt. A reálbér főként az állásban maradók bérének meglódulása miatt kezdett újra emelkedni. Az állásban maradók bére 2019 és 2020 májusa között az átlagos növekedésnél lassabban, csak 1,3 százalékkal nőtt. Ezzel szemben a kilépések 5,7 százalékkal növelték az átlagbért, ami azt jelenti, hogy főként az átlagosnál alacsonyabb jövedelmű munkavállalók vesztették el az állásukat. Ezzel szemben 2020 és 2021 májusa között az állásban maradók bérnövekedése húzta fel leginkább az átlagbért. Körülben az átlagos reálbér-növekedés kerekén 10 százalék volt. Végül fontos megemlíteni, hogy az új belépők mindkét évben csökkentették az átlagbért, és ez a hatás

2020 és 2021 májusa között erősebb volt. Ennek a fő magyarázata az lehet, hogy több alacsony keresetű munkavállaló újra el tudott helyezkedni, akik a koronavírus-járvány első hulláma alatt elveszítették az állásukat.

A bérek változása foglalkoztatási csoportonként

A bérek és a munkaidő csökkenésére két lehetséges magyarázat van. Egyrészt a munkakínálat csökkenhetett, vagyis a munkavállalók kevesebbet akartak dolgozni (például az iskolalezárások miatt otthon kellett maradniuk a gyerekeikre vigyázni). A másik lehetséges magyarázat, hogy a munkakereslet csökkent, és emiatt a munkavállalók nem tudtak a válság előtti munkaidőben dolgozni és a korábbi bért megkeresni.

Ha a munkakínálat csökkenése okozza a részmunkaidőben dolgozók arányának növekedését, akkor azt várjuk, hogy a nők körében jobban nő a részmunka aránya, mint a férfiak körében, hiszen feltételezhetően a nők nagyobb arányban maradtak otthon a gyerekeket felügyelni, mint a férfiak. Ezzel szemben azt tapasztaljuk, hogy 2020. március és május között a részmunkás foglalkoztatás a férfiak körében 5,1 százalékponttal növekedett (13,3 százalékról 18,4 százalékra) a nők esetében viszont csak 3,5 százalékponttal (18,3 százalékról 21,8 százalékra).

Ha a keresleti oldal felel a drámai változásokért, akkor azt várjuk, hogy a fizetés nélküli szabadságon lévők arányának változása foglalkozásonkénti bontásban a járvány elleni kormányzati intézkedések hatását tükrözi. A koronavírus-járvány terjedésének lassítására és az egészségügyi károk enyhítésére a kormány több olyan intézkedést is hozott, amely az egyes foglalkozásokat különbözően érintette. A legfontosabb ilyen szakmaspecifikus intézkedések a szórakozóhelyek, személyes szolgáltatások (például fodrász, manikűrös), illetve a választható egészségügyi szolgáltatások korlátozásai voltak. Amennyiben a részmunkaidő és a fizetés nélküli szabadságok arányának változása a munkakereslet csökkenését tükrözi, akkor arra számíthatunk, hogy a korlátozásokban érintett iparágakban sokkal nagyobb arányban voltak ilyen típusú munkaidő-csökkenések. Azonban ha a munkakínálat visszaesése volt a fő ok, akkor azt várhatjuk, hogy minden foglalkozásban hasonló módon emelkedett meg az ilyen atipikus foglalkoztatás aránya. Ennek eldöntésére minden év májusában megvizsgáljuk, mely foglalkozásokban a leggyakoribb a fizetés nélküli szabadság és a részmunkaidő, illetve mely foglalkozásokban változott legjobban az átlagbér. A táblázatok csak azokat a foglalkozásokat (3 jegyű FEOR-kódok) mutatják, amelyekben legalább 1000 munkavállaló dolgozott, hogy a kilógó értékeket (*outlier*) kiszűrjük.

4.10. táblázat: A foglalkozások a fizetés nélküli szabadságon lévők aránya szerint

2019. május		2020. május		2021. május	
Humánegészségügy (diplomás)	2,18%	Humánegészségügy (nem diplomás)	9,60%	Humánegészségügy (diplomás)	1,94%
Speciális oktatók	2,09%	Személyi szolgáltatások	5,96%	Speciális oktatók	1,74%
Felsőoktatási tanárok	2,08%	Vendéglátóipari foglalkozások	5,78%	Társadalomtudományi foglalkozások	1,70%
Társadalomtudományi foglalkozások	1,77%	Sport és szabadidő	4,10%	Felsőoktatási tanárok	1,61%
Szociális munkások	1,59%	Kézműipari foglalkozások	3,39%	Hatósági ügyintézők	1,55%

Először a 4.10. táblázatban mutatjuk a fizetés nélküli szabadságon lévők arányát. Az első oszlopot vizsgálva (2019. május) azt láthatjuk, hogy nem volt olyan foglalkozás, amelyben kiugró arányban lettek volna fizetés nélküli szabadságon. Ekkor a diplomát igénylő egészségügyi foglalkozásokban (szemész, gyógytornász, mentőtiszt stb.), illetve a speciális oktatók körében volt a leggyakoribb a fizetés nélküli szabadság (főként vezetésoktatók), de semelyik foglalkozásban sem érte el a 2,5 százalékot. Ezzel szemben a válság alatt azt láthatjuk, hogy a fizetés nélküli szabadságok aránya azokban a foglalkozásokban nőtt meg leginkább, melyeket a legérzékenyebben érintettek a lezárások. Például az egészségügyi technikusok 9,6 százaléka került fizetés nélküli szabadságra. Jelentős kiugrást látunk még a fodrászokat és manikűrösöket tartalmazó személyi szolgáltatásokban (5,9%) és a pincéreket és szakácsokat tartalmazó vendéglátóipari foglalkozásokban (5,78%). Nincs okunk feltételezni, hogy a munkakínálat ezekben a csoportokban jelentősen emelkedett a teljes népességhez képest, így azt feltételezhetjük, hogy a munkakereslet csökkenése miatt a munkaadók akarták ezen a módon csökkenteni a bérköltségeket.

A fizetés nélküli szabadsághoz hasonlóan a részidős munkavállalásban is jelentős átrendeződést figyelhetünk meg a válság alatt. 2019 májusában a személyi szolgáltatásoknál találunk kiemelkedően magas részmunkaidős foglalkoztatási arányt (62,6%), emellett még nagyon magas aránnyal szerepelnek a kereskedelmi foglalkozások és a nagyon alacsony hozzáadott értékű és képességigényű foglalkozások (takarítók, egyszerű építőipari foglalkozások). Vélhetően a minimálbér nemzetközi tekintetben magas szintje és az általa kiváltott adóelkerülés magyarázhatja ezeket a kiugró értékeket (Krekó et al., 2022). A válság alatt 2020 májusában azt tapasztaljuk, hogy jelentősen megnőtt a részmunkaidős foglalkoztatás aránya azokban a foglalkozásokban, amelyeket a lezárás leginkább érintett, mint például a vendéglátóiparban, a humánegészségügyben (a diplomát nem igénylő szolgáltatások között, például gyógytornászok és masszőrök) és az olyan kézműipari foglalkozásokban, ahol a kézművesek jellemzően saját maguk értékesítenek. Ezzel szemben a lezárások után 2021-ben visszatért a részmunkaidős foglalkoztatás eloszlása a válság előtti átlagokhoz, ami arra enged következtetni, hogy a foglalkozás visszaesését a munkakereslet csökkenése és nem a munkakínálat növekedése okozta.

4.11. táblázat: Foglalkozások a részmunkaidőben dolgozók aránya szerint

2019. május		2020. május		2021. május	
Személyi szolgáltatások	62,60%	Személyi szolgáltatások	62,90%	Személyi szolgáltatások	60,10%
Takarítók	33,20%	Kézműipar	49,60%	Takarítók	32,90%
Vendéglátóipari foglalkozások	31,10%	Vendéglátóipari foglalkozások	45,20%	Pénztárosok	29,90%
Kereskedelmi foglalkozások	28,00%	Takarítók	36,70%	Vendéglátóipari foglalkozások	29,80%
Egyszerű építőipari foglalkozások	25,90%	Humánegészségügy	35,50%	Kereskedelmi foglalkozások	27,70%

Végül megvizsgáljuk azokat a foglalkozásokat, amelyek esetében a válság két éve alatt a legjelentősebb bérnövekedést és bércsökkenést tapasztaljuk. A válság alatti bérátrendeződés kevésbé mutat tiszta képet, mint a munkaidő változása, azonban itt is megfigyelhetők egyes mintázatok. Például a 2021-ben kezdődő egészségügyi bérrendezés következtében nemzetgazdasági szinten kiemelkedő mértékben emelkedett az orvosok bére (78,8%). Emellett azt is láthatjuk, hogy a vendéglátóipari, kézműipari foglalkozásoknál és a személyi szolgáltatásoknál nemcsak a munkaidő esett jelentős mértékben, hanem az átlagbér is. A visszaesés a bérekben is csak átmeneti volt, ezt bizonyítja, hogy 2020 és 2021 májusa között ezekben a foglalkozásokban az átlagon felül emelkedtek az átlagbérek.

4.12. táblázat: Foglalkozások az átlagos bérnövekedési ütem szerint (csak teljes munkaidő)

2019. május – 2020. május		2020. május – 2021. május	
Az öt legnagyobb bérnövekedés			
Alkotó és előadóművész	22,5%	Orvosi és gyógyszerészeti foglalkozások	78,8%
Bányászati gépek kezelői	19,3%	Humánegészségügy	32,1%
Ápolási és szülészeti foglalkozások	17,7%	Vendéglátóipari foglalkozások	27,1%
Kulturális és sport-foglalkozások	17,7%	Kézműipari foglalkozások	25,1%
Szociális foglalkozások	17,7%	Ruha- és bőripari foglalkozások	24,9%
Az öt legnagyobb bércsökkenés			
Munkaerő-közvetítők	-10,4%	Érdekképviseleti szervezet vezetője	-1,4%
Vendéglátóipari foglalkozások	-12,1%	Közigazgatási vezetők	-3,2%
Kézműipari foglalkozások	-14,3%	Kulturális és sport- foglalkozások	-4,4%
Állat- és növényorvos	-16,4%	Bányászati gépek kezelői	-11,8%
Személyi szolgáltatások	-17,9%	Hatósági ügyintézők	-20,1%

Összefoglalás

A fejezetben a koronavírus-válság magyarországi bérekre gyakorolt hatását vizsgáltuk. Azt találtuk, hogy a válság rövid időre ugyan, de az átlagos hazai reálbér csökkenését okozta. A csökkenés a KSH adataihoz képest nagyobb, ha figyelembe vesszük azt, hogy a bérek merevsége miatt a munkavállalók egy része esetében az alkalmazkodás a ledolgozott órák számának csökkenésén keresztül ment végbe (fizetés nélküli szabadságra mentek vagy részmunkaidőben dolgoztak). A dekompozíciós elemzés arra enged következtetni, hogy a válság azért nem okozott drámai változást az átlagbérben, mert az átlagosnál alacsonyabban keresők nagyobb arányban veszítették el a munkájukat (illetve nagyobb arányban változott meg a foglalkoztatási formájuk).

Egyértelműnek tűnik, hogy a bérek változásának oka a munkaerő-keresleti oldalon található, vagyis nem arról van szó, hogy a járvány miatt az emberek kevesebbet akartak volna dolgozni (például azért, mert bezártak az iskolák). Erre abból következtetünk, hogy a foglalkozási ágak szerinti összehasonlításban a korlátozó intézkedések által érintett iparágakban volt a legnagyobb a részmunkaidőben dolgozók és fizetés nélküli szabadságra menők aránya, illetve a bércsökkenés üteme. Ráadásul a részmunkaidőre váltók aránya nagyobb volt a férfiak körében; ha munkakínálati sokk történt volna, alighanem a nők esetében lett volna nagyobb a változás.

Következtetések

A koronavírus-válság tehát egy olyan munkaerő-keresleti sokk volt, amely aránytalanul érintette az alacsony keresetűeket. Egy ilyen drámai, de láthatóan átmeneti keresleti sokk esetében megfontolandó az érintett munkavállalók fizetésének ideiglenes (teljes vagy részleges) átvállalása az állam részéről. Ez nem segélyezés, hanem egy tranzakció: a munkavállaló azt vállalja, hogy egy ideig lemond a megélhetését jelentő tevékenységének végzéséről, cserébe az állam biztosítja magát a megélhetést a megadott időre. Amennyiben tranzakcióként fogjuk fel, és pontos időtávlatot, költségeket rendelünk hozzá (például az állam bejelenti, hogy a válság után ezt a pénzügyi többletkiadást valamilyen ideiglenes közterhen keresztül vissza fogja szedni), az jelentősen csökkenti a munkavállalók kiszolgáltatottságát, és az államháztartásra sem ró aránytalan terhet.

A koronavírus-válság nem csak azért volt különleges, mert sokan elvesztették az állásukat, hanem azért is, mert nagyon sok állástípus általában elveszett egy időre, illetve az állásukat (akár részben vagy ideiglenesen) elvesztő emberek fizikai mobilitása is korlátozott volt (itt a járvány miatt bevezetett lezárásokra gondolunk). Egy ilyen helyzetben segítség lehet az otthonról dolgozni nem tudók ideiglenes áttérrelése a válság által létrehozott új területekre, ahol nő a munkaerő-kereslet. Ez a privát szektorban spontán megtörtént (például kerékpáros futárnak mentek az állásukat elvesztők), viszont a közszféra is teremthet keresletet, például a parlagon heverő munkaerő ideiglenes bevonásával a kontaktkutatásba, vagy más egészségügyi kiegészítő szolgáltatásokba. Egy másik lehetőség a közvetlen munkaerőkereslet-teremtés az érintett szektorban. Az állam valójában tett ilyen lépéseket (például mesterséges keresletet támasztott a garázskon-

certekkel az előadóművészek piacán), azonban ez jóval szélesebb körre kiterjeszhető lett volna. Erre gazdaságtörténeti példák is vannak: a harmincas évek Amerikájában a New Deal alatt az állam nagyszabású oral history projektben foglalkoztatta a munkanélküli szellemi foglalkozásúak egy részét, akik életútinterjúkat készítettek a legidősebb generáció tagjaival.

Egy másik lehetőség az ideiglenesen felszabaduló munkaerő számára, hogy támogadjuk a beruházást az érintettek humán tőkéjébe. Az állam egy ilyen helyzetben szervezhet online képzéseket, tanfolyamokat az otthonukban rekedtek számára, miközben közvetlen anyagi támogatást is nyújthat a részvételért cserébe (hasonlóan például a közmunkaprogram keretein belül elvégezhető képzésekhez az előző évtizedben). Illetve az állam ösztönözhet hasonló elven, de piaci alapon működő megoldásokat (például az otthon rekedt nyelvtanárok adhatnak órát az otthon rekedt vendéglátósoknak). Ilyen megoldások spontán is létrejöttek a válság alatt, viszont az állam belépése segíthet a keresési költségek leszorításában, illetve anyagilag ösztönözheti a részvételt. Ezzel valószínűsíthetően pozitív externális hatások létrejöttét támogatja, így az össztársadalmi hatás is pozitív marad.

4.4. Az otthoni munkavégzés lehetőségei Magyarországon

PETŐ RITA

A koronavírus-járvány terjedését korlátozni hivatott intézkedések elsősorban az emberek közötti távolságtartást szorgalmazzák, és ez arra ösztönözte a cégeket, hogy lehetővé tegyék az otthoni munkavégzést. Ami kényszernek indult, az mára a mindennapjaink része lett, és az elmúlt két év alatt számos munkaadó és munkavállaló is megtapasztalhatta, hogy a feladatok jelentős részét otthonról is el lehet végezni. Ez az újfajta tudás hosszú távon átrendezheti a munkapiacot. A munkavállalók többsége a járvány lecsengetése után is szeretne legalább részben otthonról, rugalmasan dolgozni, és a munkaadók oldaláról is hajlandóság mutatkozik az átalakulásra, derül ki számos felmérésből (Baert et al., 2020; Barrero, 2021; EY-ULI, 2020; WorkLab Microsoft, 2021).

Az otthoni munkavégzés azonban nem lehetséges mindenki számára. Amennyiben eltérő tulajdonságú, társadalmi helyzetű munkavállalók vannak az egyes munkakörökben, az otthoni munkavégzés lehetőségének terjedése szisztematikusan eltérő hatással lesz az egyénekre. A munkaerőpiacon zajló átalakulások következményeinek átlátásához kulcsfontosságú annak megértése, hogy az egyének hogyan különböznek ezekben a foglalkozásokban, mely iparágak, régiók a leginkább érintettek.

Az otthoni munkavégzés lehetőségének mérése

Az elemzés Koren és Pető (2020) munkájára támaszkodik annak megállapításához, hogy mely foglalkozások lennének elviekben otthonról is végezhetőek. Egyes foglalkozások gyakorlásához elengedhetetlen a személyes jelenlét (például sebész), míg más foglalkozások esetében a felmerülő feladatok jelentős részét otthonról, számítógép és internetkapcsolat segítségével is el lehet végezni (például pénzügyi asszisztens). Koren és Pető (2020) tanulmánya alapján azon foglalkozásokat nevezzük otthonról nem végezhető foglalkozásoknak, amelyek interakció-igényesek. Ide tartoznak azok a foglalkozások, amelyeknél a munkavégzéshez gyakori személyes kapcsolattartás szükséges a munkavállalók között (csapatmunka-igényes) vagy a fogyasztókkal (fogyasztóorientált), vagy a géppel való interakció fizikai jelenlétet követel meg. A többi foglalkozást otthonról is végezhetőnek tekintjük.²⁵

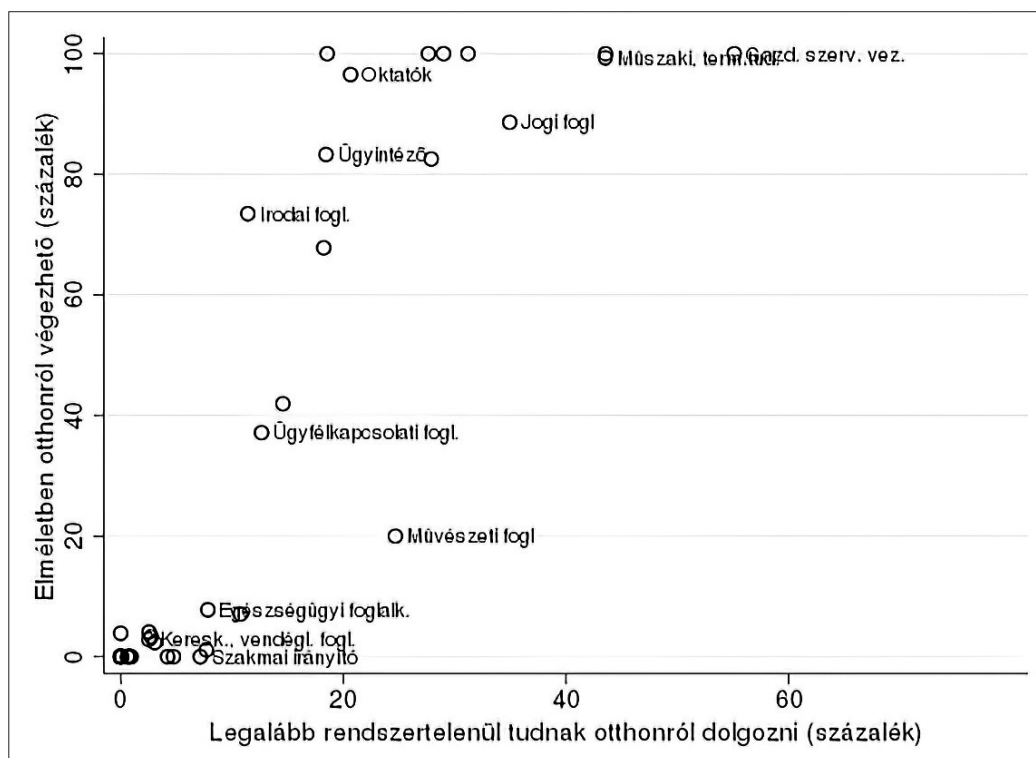
A KSH Munkaerő-felmérésében közvetlenül is megkérdezik a dolgozót, hogy szokta-e munkáját otthonról végezni. Ezt a változót használva vizsgáljuk meg, hogy az általunk

²⁵ A Koren és Pető (2020) tanulmányában szereplő foglalkozásszintű mutatók az O*NET részletes foglalkozásleírásai alapján készültek. A tanulmányban használt részletes adatokat újrafeldolgozva soroltuk be a hazai foglalkozásokat otthonról végezhető és otthonról nem végezhető kategóriákba. Az eredeti mutatókról és azok hazai használatáról, valamint az alternatív mutatókról részletesebben ír Koren és Pető (2021).

képzett foglalkozásbesorolás mennyire fedi a valóságot, és valóban azon foglalkozásokban nagyobb az otthoni munkavégzés aránya, amelyekben az általunk készített mutató alapján várható. A 4.22. ábrán két számjegyű foglalkozáscsoportokra aggregáltuk fel az adatokat. A vízszintes tengely mutatja azon dolgozók arányát, akik rendszeresen vagy rendszertelenül szoktak otthonról dolgozni. A függőleges tengely pedig azt jelöli, hogy az ezen tanulmányban használt foglalkozáskategorizálás alapján a dolgozók hány százalékának van olyan munkaköre, amelyet elviekben lehetne otthonról végezni.

Az ábrán a bal alsó sarokban vannak azok a foglalkozások, amelyeket sem elvben, sem a gyakorlatban nem tudnak otthonról végezni a dolgozók, ilyenek például a „kereskedelmi és vendéglátóipari foglalkozások”. A jobb felső sarokban pedig azon foglalkozáscsoportok láthatók, amelyeket mind elviekben, mind a gyakorlatban lehet (legalább részben) otthonról végezni. Fontos hangsúlyozni, hogy az otthonról végezhető foglalkozások is lehetnek kommunikációigényesek (például „gazdasági szervezetek vezetői”), azonban a modern technológiai eszközöknek (e-mail, telefon stb.) köszönhetően nem igényelnek fizikai kapcsolattartást a dolgozóktól, ezek a foglalkozások mind elviekben, mind a gyakorlatban végezhetőek legalább részben otthonról.

4.22. ábra: Otthoni munkavégzés elméletben és a gyakorlatban 2021-ben



Az ábra két számjegyű foglalkozási csoportonként veti össze azon dolgozók arányát, akik szoktak otthonról dolgozni a Munkaerő-felmérés megkérdezése alapján (vízszintes tengely), valamint azon dolgozók arányát, akik a tanulmányban használt foglalkozáskategorizálás alapján olyan munkakörben dolgoznak, amelyet elviekben lehetne otthonról végezni (függőleges tengely).

A munkaerőpiacon zajló átalakulások jobb megértése érdekében a tanulmány azt kívánja megvizsgálni, hogy eltérő tulajdonságú, társadalmi helyzetű munkavállalók vannak-e otthonról végezhető, illetve otthonról nem végezhető feladatkörökben, valamint hogy mi az iparági és területi megoszlása az otthonról nem végezhető munkáknak. Ehhez a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázist (Admin3) használjuk.²⁶ Az adatbázisban szereplő foglalkozások mindegyikéről eldöntjük, hogy otthonról végezhető vagy otthonról nem végezhető foglalkozás. Az elemzés a 2017. májusi állapotot mutatja (egyres esetekben használjuk a 2016-os adatokat, ott ezt külön jelezzük). A mintát azon személyekre szűkítettük, akik 20 évesnél idősebbek és 63 évesnél fiatalabbak, lakhelyük ismert, rendelkeznek béradattal az adott hónapban, köztisztviselők, közalkalmazottak vagy munkaviszonnyal foglalkoztatják őket és ismert a foglalkozásuk. Több mint 1,5 millió megfigyelésünk van a végleges mintában.

Felhasználjuk továbbá a Munkaerő-felmérés 2019. második negyedévi adatait is. A mintát leszűkítettük azokra a 20 évesnél idősebb, de 63 évesnél fiatalabb foglalkoztatottakra, akiknek ismert a foglalkozásuk. A mintában majdnem 20 ezer dolgozó szerepel. Mivel a kutatási kérdés nem a járvány közvetlen hatásaira, hanem az otthoni munkavégzés hosszú távú trendjeire vonatkozik, így mind a két adatbázis esetében a járvány kitörését megelőző utolsó elérhető adatokra támaszkodunk.

Az otthoni munkavégzés lehetősége Magyarországon

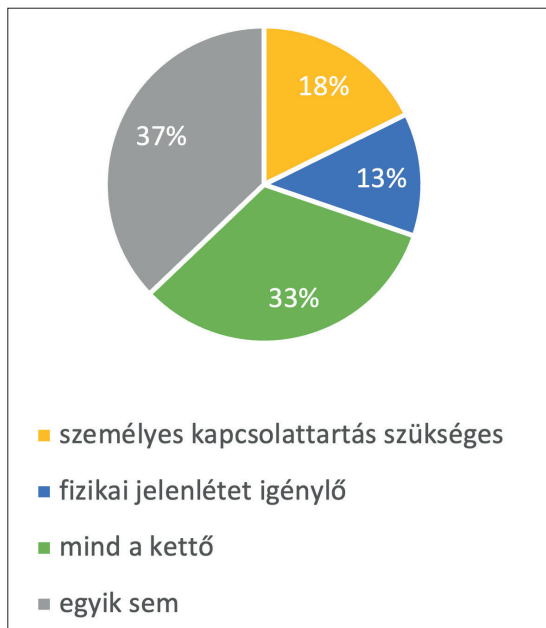
A tanulmányban használt foglalkozáskategorizálás alapján Magyarországon 2017-ben a munkák 37 százaléka lett volna elviekben otthonról végezhető. Dingel és Neiman (2020) ugyanezt (37%) találta az amerikai munkaerőpiac esetében. Az otthoni munkavégzés egyik akadálya az lehet, hogy a munka végzése interakció-igényes (Koren és Pető, 2020). A hazai munkák 18 százaléka követeli meg a dolgozóktól a személyes kapcsolattartást, 13 százaléka a fizikai jelenlétet és 33 százaléka mind a kettőt (4.23. ábra).

Bár hazánkban elviekben a dolgozók 37 százaléka tudna otthonról dolgozni, a valóságban ez a szám a járvány előtti időkben nem érte el az 5 százalékot sem.²⁷ A munkáltatói oldal aggályai mellett számos egyéb oka is lehet annak, hogy ilyen nagy a különbség az elmélet és a valóság között.

²⁶ A kapcsolt államigazgatási adatgyűjtemény az ONYF, OEP, OH, NAV, NMH és NYUFIG adattulajdonosok tulajdonát képezi. A használt adatokat a KRTK Adatbankja dolgozta fel. Az adatbázis részletes leírását lásd Sebők (2019) tanulmányában.

²⁷ Forrás: Eurostat, *Employed persons working from home* (lfsa_ehomp): 2017: 4,4%; 2018: 4,3%; 2019: 3,6%.

4.23. ábra: Interakció-típusok



Megjegyzés: Az ábra azt mutatja, hogy 2017 májusában mekkora volt az arányuk a különböző típusú foglalkozásoknak hazánkban. Az ábra az adminisztratív (Admin3) adatok felhasználásával készült.

Az otthoni munkavégzés egyik alapfeltétele a digitális képességek megléte. Magyarország ezen a téren az Európai Unió átlaga alatt teljesít. A jövőt tekintve még lehangolóbb, hogy a magyar fiatalok jobban le vannak maradva ebben az EU-átlagtól, mint az idősebb generáció (KSH, 2020a). A képességek mellett az eszközök megléte és használata is fontos. Ezen a téren jelenleg az Európai Unió középmezőnyébe tartozunk (KSH, 2021; KSH, 2020b). Ráadásul az internetelérés nagyon egyenlőtlenül oszlik meg hazánkban. 2019-ben az alsó jövedelmi negyedhez tartozó háztartásoknak csak a 45 százaléka tudott a világhálóhoz csatlakozni, a felső negyedben ez az arány 96 százalék (KSH, 2020b).

A fent említett szempontokon túlmenően az intézményi háttér is magyarázatot adhat arra, hogy a valóságban miért dolgoznak jóval kevesebben otthonról, mint amennyien elviekben megtehetnék.²⁸ Míg a köznyelvben elmosódnak a határok, addig a munkajogászok megkülönböztetik a távmunkát és a „home office”-t. A távmunka a *munka törvénykönyvében* szabályozott atipikus munkaviszony, amely azonban csak kevés munkavállalót érint, jellemzően adatrögzítést vagy call centeres munkaköröket jelent. Ezzel szemben a „home office” a munkavégzés helyének megváltozását jelenti, melynek jogi keretei vitatottak, és a járvány kitöréséig nem szabályozta *A munka törvénykönyve*. A járvány idején ez utóbbi munkavégzési forma terjedt el. A „home office” esetére egészen a járvány kirobbanásáig nem vonatkoztak általános szabályok, és azóta is csak a veszélyhelyzet esetére vonatkozó kormányrendelet nyújt támpontot, hosszú távú megoldás még nem született. A jogi korlátok mellett az is akadályt görgtetett az otthoni

²⁸ Források: <https://ado.hu/munkaugyek/uj-home-office-szabalyok-juliustol/>; <https://jogaszvilag.hu/szakma/home-office-a-virus-elott-es-alatt/>; <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2000487.KOR>.

munkavégzés elterjedése elé, hogy a cégek IT-rendszere, a munkafolyamatok szervezése és az eszközállományuk (például laptopok asztali gépek helyett) sem volt mindenhol felkészülve arra, hogy a dolgozók a munkájukat otthonról is el tudják végezni.²⁹ A koronavírus-járvány miatt azonban számos cég kényszerült ezen akadályok elhárítására.

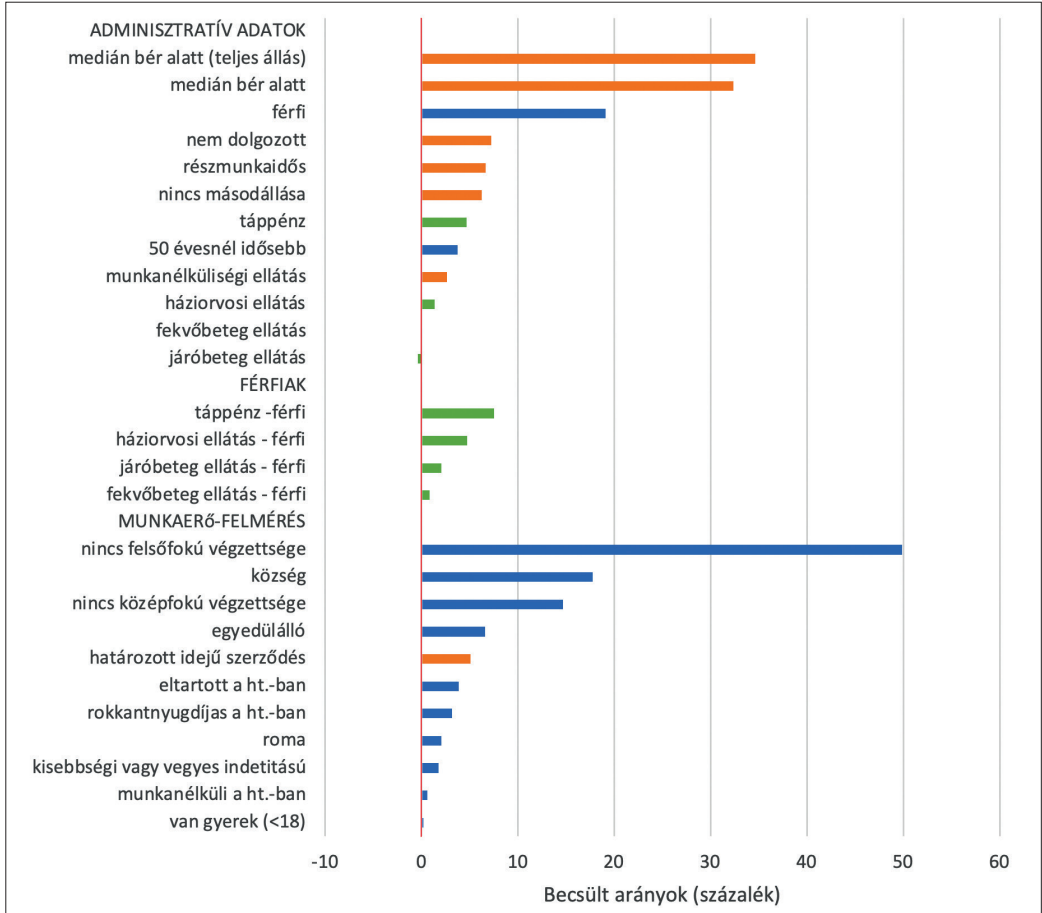
Kik azok, akik nem tudnak otthonról dolgozni?

A következőkben azt vizsgáljuk, hogy kik azok a dolgozók, akiknek a foglalkozásuk miatt nem lesz lehetőségük kihasználni a munkaerőpiac átalakulásából származó előnyöket és legalább részben otthonról végezni munkájukat. Amennyiben eltérő tulajdonságú és társadalmi helyzetű munkavállalók vannak az egyes munkakörökben, az otthoni munkavégzés lehetőségének növekedése szisztematikusan eltérő hatással lesz az egyénekre. Ezért is fontos azt látni, hogy kik azok, akik tudnak, és kik azok, akik nem tudnak otthonról munkát végezni, és hogy különbözik-e ez a két csoport egymástól.

A 4.24. ábrán szemléltetjük, hogy egy adott tulajdonsággal rendelkező csoport mennyivel nagyobb arányban van jelen az otthonról nem végezhető, mint az otthonról végezhető munkával rendelkező dolgozók között. Például a férfiak esetén azt tudjuk leolvasni az ábráról, hogy az otthonról dolgozni nem tudók között 19 százalékponttal több a férfi, mint az otthonról dolgozni tudók között. Az ábrán jól látszik, hogy azok a munkavállalók, akik otthonról nem végezhető feladatokat látnak el, számos mutató alapján hátrányosabb helyzetűeknek tekinthetők: nagyobb valószínűséggel keresnek a mediánbér alatt, dolgoznak részmunkaidőben, élnek községben (és nem városban), van eltartott, rokkantnyugdíjas a háztartásukban, kisebbségi vagy vegyes indetítésűnek vallják magukat, 50 évesnél idősebbek, volt olyan időszak 2017-ben, amikor nem dolgoztak, valamint alacsonyabb az iskolai végzettségük is. Mongey és tsai. (2021) is hasonló eredményeket kaptak az Amerikai Egyesült Államok esetében.

²⁹ <https://g7.hu/vallalat/20200313/hazazavarjak-az-embereket-a-nagy-magyar-cegek-elhozta-a-home-office-t-a-koronavirus/>

4.24. ábra: Otthonról nem végezhető foglalkozásokat betöltő munkavállalók tulajdonságai

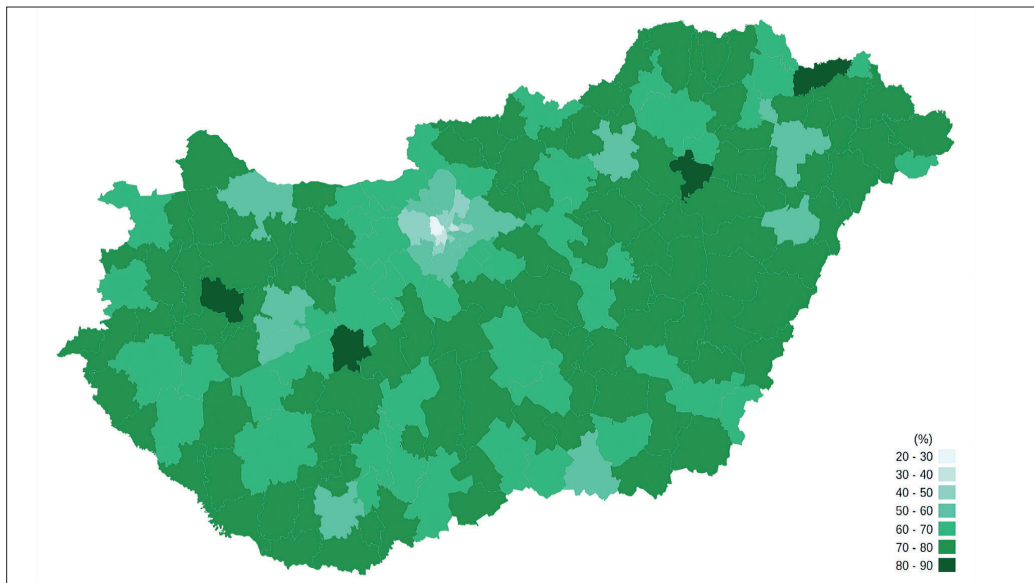


Megjegyzés: Az ábrán szereplő pontok lineáris regresszió paraméterbecsléseinek eredményeit ábrázolják. Minden egyes általunk vizsgált dolgozói tulajdonság esetén egy lineáris regressziót futtattunk, ahol a függő változó egy indikátorváltozó, ami megmutatja, hogy az adott dolgozó rendelkezik-e a vizsgált tulajdonsággal, míg a független változó értéke 1, ha a dolgozó foglalkozása otthonról nem végezhető, Mongey és tsai. (2021) tanulmányához hasonlóan. Az ábra függőleges tengelyén szerepelnek a vizsgált tulajdonságok a regressziók futtatása során kapott együtthatók nagysága szerinti sorrendben. Az együtthatókat 100-zal beszoroztuk, így az együtthatókat becslült arányok különbségeinek lehet értelmezni. Például a férfiak esetén azt tudjuk leolvasni az ábráról, hogy az otthonról dolgozni nem tudók között 19 százalékponttal több a férfi, mint az otthonról dolgozni tudók között. Jelen tanulmány nem alkalmas ok-okozati összefüggések feltárására, csupán a munkavállalók demográfiai, egészségügyi, társadalmi tulajdonságai és az otthoni munkavégzés lehetősége közötti korreláció leírására. Az ábrán az eredmények három panelbe vannak rendezve. Míg az első két panel eredményei az adminisztratív (Admin3) adatokból származnak és a 2016-os állapotot tükrözik, addig a harmadik panel eredményeihez a Munkaerő-felmérés adatait használtuk, melyek a 2019-es állapotot tükrözik. Az adminisztratív adatok a 2016-os állapotot tükrözik, kivéve a „nem dolgozott”, a „munkanélküliségi ellátás”, valamint az egészségügyi és a táppénzre vonatkozó adatok, ezeket a 2017-es év alapján számoltuk. Ezen változók esetén az eredményeket úgy lehet értelmezni, hogy amennyiben valaki 2016-ban olyan munkát végzett, melyet otthonról nem tudott ellátni, akkor 2017-ben nagyobb eséllyel volt táppénzen, mintha 2016-ban otthonról is elvégezhető munkája lett volna. A jobb átláthatóság kedvéért a munkaerőpiaci kimeneteket narancssárgával, az egészségi állapotra vonatkozó mutatókat zölddel, valamint a társadalmi, családi és demográfiai háttérre vonatkozó tulajdonságokat kézzel jelöltük.

Érdekes azt is megfigyelni, hogy a két csoport (otthonról dolgozni tudók és otthonról dolgozni nem tudók csoportja) tagjai nagyjából ugyanolyan arányban veszik igénybe a járó- és fekvőbeteg-ellátást, az utóbbi csoport mégis gyakrabban kényszerül táppénzre menni. Foglalkozásukból adódóan valószínűleg kisebb megbetegedések esetén is kénytelenek otthon maradni, és ezért munkájukat nem tudják elvégezni. Az egészségi állapotot mérő mutatókat külön is megvizsgáltuk csak a férfiak esetére, ezzel kiszűrve a terhességhez, szüléshez köthető orvosi ellátásokat, valamint a kisgyermekek megbetegedése miatti táppénzellátás igénybevételét. A fenti mechanizmus azonban még szembeutónóbb ezen a mintán. A férfiak esetében az otthonról dolgozni tudók és nem tudók között még nagyobb a táppénzellátás igénybevételében (és a hozzá köthető háziorvosi ellátás igénybevételében) a különbség. Mivel a táppénz ideje alatt a dolgozók a teljes bérüknek csak egy részét kapják meg, így ennek a folyamatnak jövedelmi hatása is van.

Az otthoni munkavégzés lehetőségének területi megoszlása hazánkban

4.25. ábra: Az otthoni munkavégzés lehetőségének területi megoszlása



Megjegyzés: Az ábra az otthoni munkavégzés lehetőségének területi megoszlását mutatja a járások szintjén Magyarországon. Az ábra elkészítéséhez a munkavállalók 2017 májusában érvényes állandó lakcímét vettük alapul. Minél sötétebb színű az adott terület, annál nagyobb az adott járásban azon munkavállalók aránya, akiknek olyan foglalkozásuk van, ami nem végezhető otthonról. Az ábra az adminisztratív adatok (Admin3) felhasználásával készült.

Az otthoni munkavégzés lehetősége területileg is nagyon egyenlőtlenül oszlik meg hazánkban. A 4.25. ábra azt mutatja meg, hogy egy adott járásban a lakosság mekkora arányának van olyan munkája, melyet elviekben nem lehetne otthonról végezni. Minél sötétebb színnel van jelölve egy terület, annál nagyobb ott azon lakosok aránya, akik elviekben sem tudnak otthonról dolgozni. Általánosságban elmondható, hogy a

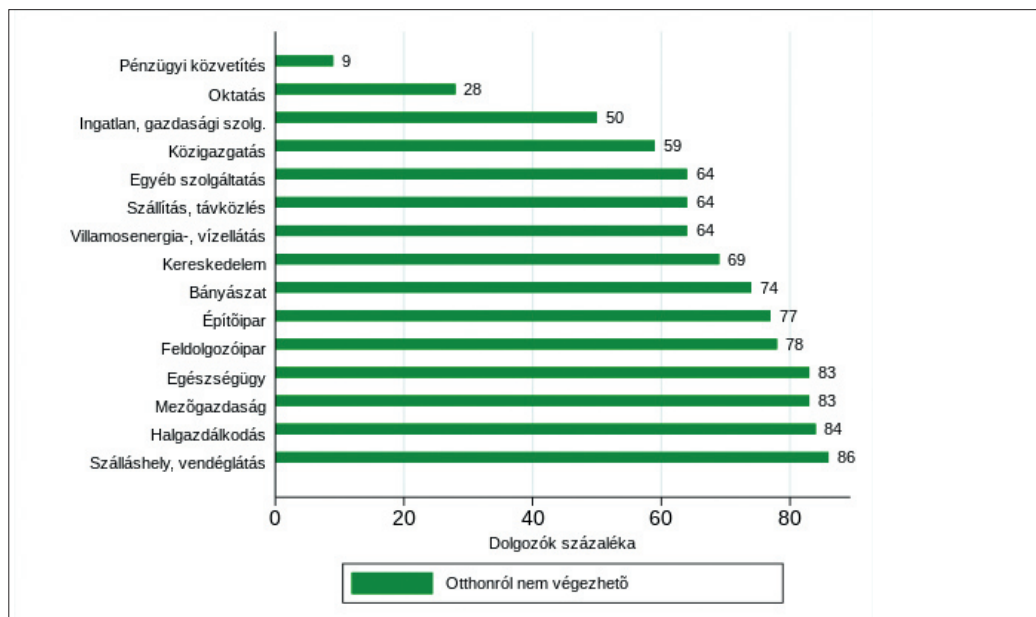
megyeszékhelyeken nagyobb arányban tudnak a munkavállalók otthonról dolgozni, mint a kisebb településeket felölelő járásokban. Nógrád megyében a legnagyobb azon munkavállalók aránya, akik nem tudnak „home office”-ban dolgozni (70% felett), ezzel szemben a fővárosban a legalacsonyabb ez az arány (45%).

Az otthoni munkavégzés lehetőségének iparági megoszlása hazánkban

Iparági szinten is nagyon eltérő azon munkavállalók aránya, akik nem tudnak otthonról dolgozni (4.26. ábra). A „pénzügyi közvetítés” szektorában kiugróan alacsony azok aránya, akik nem tudnának otthonról dolgozni, de az „oktatási” szektorban is 30 százalék alatt van ez az arány. Ezzel ellentétben a „szálláshely, vendéglátás”, „halgazdálkodás”, „mezőgazdaság” és „egészségügy” szektorokban az otthonról dolgozni nem tudók aránya 80 százalék feletti.

Elsőre meglepő eredmény lehet, hogy az oktatási szektorban kiemelkedően magas azon dolgozók aránya, akik elviekben tudnának otthonról is munkát végezni. Bár az elmúlt két évben számos példát láthattunk világszerte a digitális oktatásra, azt azonban mégsem gondoljuk, hogy a jövőben ez lenne a meghatározó. Annak azonban semmi akadálya sincsen, hogy a tanárok az oktatáshoz kapcsolódó egyéb tevékenységeiket (dolgozatjavítás, órára való felkészülés) otthon végezzék el. 2018-ban az Európai Unióban a tanárok között voltak azon munkavállalók a legnagyobb arányban, akik legalább néha otthonról tudtak dolgozni (Milasi et al., 2020). Ezt a 4.22. ábra is igazolja, az oktatók egy jelentős része tud legalább rendszertelenül otthonról dolgozni.

4.26. ábra: Az otthoni munkavégzés lehetőségének iparági megoszlása



Megjegyzés: Az ábrán iparági szinten látható azon dolgozók aránya, akik munkájuk milyensége miatt nem tudnak otthonról dolgozni. Az ábra az Admin3 adatbázis alapján készült.

Összefoglaló

A járvány alatt sok munkahely volt kénytelen átállni otthoni munkavégzésre, kialakították az ehhez szükséges munkaszervezési folyamatokat, IT-rendszereket, és beszerezték a szükséges eszközöket is. Világszerte számos nagyvállalkozás már be is jelentette, hogy az otthoni munkavégzés lehetőségeit kiaknázva csökkenti irodái méreteit a bérleti költségek megtakarítása érdekében.³⁰ Egy 2020. októberi felmérés alapján a megkérdezett vállalatvezetők 76 százaléka válaszolta, hogy a jövőben kisebb irodára lesz szükségük.³¹

Ezek a folyamatok nem csak a járvány miatti lezárások idejére érintik az amúgy is hátrányos helyzetű dolgozókat rosszabbul, mint azt Köllő (2020) megmutatta, hanem hosszú távon fejtik ki hatásukat. Az otthoni munkavégzés lehetőségének elterjedése egyrészt növelni fogja a foglalkozások, iparágak közötti egyenlőtlenséget azáltal, hogy a már eleve jobb helyzetben lévő munkavállalóknak lesz lehetőségük kihasználni a rugalmas munkavégzés nyújtotta számos előnyt. Másrészt amennyiben a vállalkozások nagy arányban állnak át az otthoni munkavégzésre, úgy foglalkozásokon belül is nőni fog az egyenlőtlenség azon dolgozók között, akiknek az otthoni munkakörülményeik lehetővé teszik a „home office”-t és a képességeik is megvannak hozzá, és azok között, akiknek nem.

Következtetések

Az otthoni munkavégzés lehetőségének elterjedése segítség lehet a kisgyermekes anyák és a családtagjaikat ápolók számára a családi és munkahelyi élet közötti jobb egyensúlyozásban, valamint esélyt adhat a fogyatékkal élő és a megváltozott munkaképességű emberek számára is a munkaerőpiaci integrációban. Ahhoz, hogy ezen csoportok a folyamatok nyertesei között legyenek, átképzési lehetőségeket, valamint a digitális tudásukat mélyítő képzéseket kell biztosítani a számukra.

A magyar fiatalok digitális tudása a KSH felmérése szerint jelentősen elmarad az EU átlagától (KSH 2020a). Várható azonban, hogy mire ők munkába állnak, az otthoni munkavégzés és így az információs és kommunikációs technológiák elterjedése előnyben fogja részesíteni azon munkavállalókat, akik rendelkeznek a megfelelő képességekkel. Emiatt érdemes lehet már az iskolában elkezdni azon képességek fejlesztését, amelyek egy digitalizált világban szükségesek. A fiatalok mellett érdemes az idősebb generációk tagjai számára, illetve a hátrányosabb helyzetben lévő munkavállalók számára elősegíteni a digitális felzárkózást, ezzel is javítva munkapiaci lehetőségeiket és segítve, hogy ők is részesülhessenek az otthoni munkavégzés előnyeiben.

Várhatóan az otthoni munkavégzés szerepe a járvány lecsengését követően csökkenni fog ugyan, de sokkal elterjedtebb lesz, mint a járványt megelőző időben. Emiatt érdemes lehet a jogalkotóknak megfelelő jogi szabályozást kialakítani a hibrid („home office”) munkavégzés esetére is (felelősségi, költségterítési és adózási szabályok).

³⁰ <https://www.wsj.com/articles/companies-cutting-office-space-predict-long-term-savings-11625493601>;
<https://www.nytimes.com/2021/04/08/business/economy/office-buildings-remote-work.html>.

³¹ Fortune/Deloitte CEO Survey, 2020. október. <https://www2.deloitte.com/us/en/insights/topics/strategy/future-of-office-space-post-covid.html>

4.5 Az egészségügyi foglalkozásokban dolgozók egészségi és foglalkoztatási helyzete

BÍRÓ ANIKÓ, CSILLAG MÁRTON

Az egészségügyi dolgozók egészségi állapota

Az egészségügyi dolgozók demográfiai összetételének és egészségi állapotának vizsgálatához a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont (KRTK) Adatbankja által összeállított Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázis (Admin3) 2017. évi (utolsó megfigyelési év) adatait használjuk.³² Azzal a feltételezéssel élünk, hogy 2017 és 2022 között nem történtek jelentős változások az egészségügyi dolgozók demográfiai összetételében és egészségi állapotában.

Négyjegyű FEOR (Foglalkozások Egységes Osztályozási Rendszere) kódok alapján az alábbi foglalkozási csoportokat definiáljuk, ahol a (4)-es, (5)-ös és (6)-os csoportot, amelyek nem (humán)egészségügyi dolgozókból állnak, azért képeztük, hogy más, hasonló végzettségű csoportokhoz tudjuk hasonlítani az egészségügyi dolgozókat:

- (1) Általános orvos (FEOR 2211): fontos megjegyezni, hogy a háziorvosok, üzemorvosok, iskolaorvosok mellett ebbe a kategóriába tartoznak az orvosi rezidensek is.
- (2) Szakorvosok (FEOR 2212).
- (3) Egyéb humán-egészségügyi dolgozók: ide tartoznak többek között az ápolók, szakápolók és egészségügyi asszisztensek is (FEOR 22 és FEOR 33, az általános orvosok, szakorvosok és állat- és növény-egészségügyi dolgozók kivételével).
- (4) Állat- és növény-egészségügyi dolgozók (FEOR 224 és 334).
- (5) Szellemi foglalkozású közalkalmazottak és köztisztviselők az egészségügyi dolgozók kivételével. Szellemi foglalkozásnak az 1–4 egyjegyű FEOR-kód alá tartozó foglalkozásokat tekintjük.
- (6) Szellemi foglalkozású munkaviszonnyal foglalkoztatottak az egészségügyi dolgozók kivételével.

Az 4.13. táblázatban mutatjuk a női dolgozók arányát. Azért fontos látnunk a női dolgozók arányát, mert a koronavírushoz kapcsolódó lezárások (elsősorban iskola- és óvodabezárások) idején a nőkre különösen sok teher hárult a gyermekfelügyelet miatt.³³ Az egyéb humán-egészségügyi dolgozók körében kiugróan magas, 89 százalékos a nők aránya. Az általános orvosok és szakorvosok körében 59, illetve 56 százalék a nők aránya – kicsit magasabb, mint a szellemi foglalkozású, munkaviszonnyal foglalkoztatott dolgozók körében.

³² A kapcsolt államigazgatási adatgyűjtemény az ONYF, OEP, OH, NAV, NMH és NYUFIG adattulajdonosok tulajdonát képezi. A használt adatokat a KRTK Adatbankja dolgozta fel. Az adatbázis részletes leírását lásd Sebők (2019) tanulmányban.

³³ Erről lásd például Fodor et al. (2021) cikkét.

Az 4.13. táblázat két jobb oldali oszlopában látjuk az idős dolgozók arányát foglalkozási csoportok szerint. A magasabb életkorral növekszik a koronavírus-fertőzés súlyos kórle-folyásának valószínűsége. Erre való tekintettel 2020 tavaszán a 65 év feletti orvosoknak és ápolóknak megtiltották, hogy közvetlen betegellátásban részt vegyenek. A táblázat számai azt mutatják, hogy a szakorvosok körében különösen magas, 13,2 százalékos a 65 év feletti dolgozók aránya. Az általános orvosok körében is magas ez az arány (8,7%) még úgy is, hogy ebbe a csoportba tartoznak a jellemzően fiatal rezidens orvosok is.

4.13. táblázat: Nők és idős dolgozók aránya foglalkozási csoportonként

	Nők	60-64 éves	65 év feletti
általános orvos	0,588	0,069	0,087
szakorvos	0,560	0,158	0,132
egyéb humán-egészségügyi dolgozók	0,890	0,048	0,019
állat- és növény-egészségügyi dolgozók	0,452	0,073	0,032
közalkalmazott és köztisztviselő szellemi dolgozók, egészségügyi dolgozók kivételével	0,774	0,062	0,004
munkaviszonnal foglalkoztatott szellemi dolgozók, egészségügyi dolgozók kivételével	0,512	0,051	0,015

Az online függelék F4.1. táblázata mutatja a 65 év feletti egészségügyi dolgozók arányát

Forrás: Admin3, 2017-es adatok.

megyénként. A szakorvosok és egyéb humán-egészségügyi dolgozók körében is Budapesten a legmagasabb a 65 év feletti dolgozók aránya.

A koronavírus szempontjából kockázatos egészségi állapotot gyógyszereszedési változokkal ragadjuk meg. Három gyógyszercsoport tekintetében vizsgáljuk, hogy az adott személy legalább három alkalommal váltott-e ki a gyógyszercsoportba tartozó gyógyszert 2017 során. A három vizsgált gyógyszercsoport az antidiabetikumok (anatómiai, gyógyászati és kémiai osztályozási rendszer – ATC A10), kardiovaszkuláris gyógyszerek (ATC C) és obstruktív légúti betegségek gyógyszerei (ATC R03).

A 4.14. táblázatban közölt eredmények azt mutatják, hogy az általános orvosok és az egyéb humán-egészségügyi dolgozók körében hasonló a három gyógyszercsoport szedési aránya ahhoz, amit az állat- és növény-egészségügyi dolgozók, közalkalmazott és köztisztviselő szellemi dolgozók és munkaviszonnal foglalkoztatott szellemi dolgozók körében látunk. A szakorvosok körében viszont jelentősen magasabb a vizsgált gyógyszerek szedési aránya – 4,7 százalékban szednek antidiabetikumot, 34,6 százalékban kardiovaszkuláris gyógyszereket és 3 százalékban obstruktív légúti betegségek gyógyszereit. Ez az eredmény azt sugallja, hogy a koronavírus szempontjából különösen veszélyeztetettek lehetnek a szakorvosok.

4.14. táblázat: Rendszeres gyógyszeresedés foglalkozási csoportonként

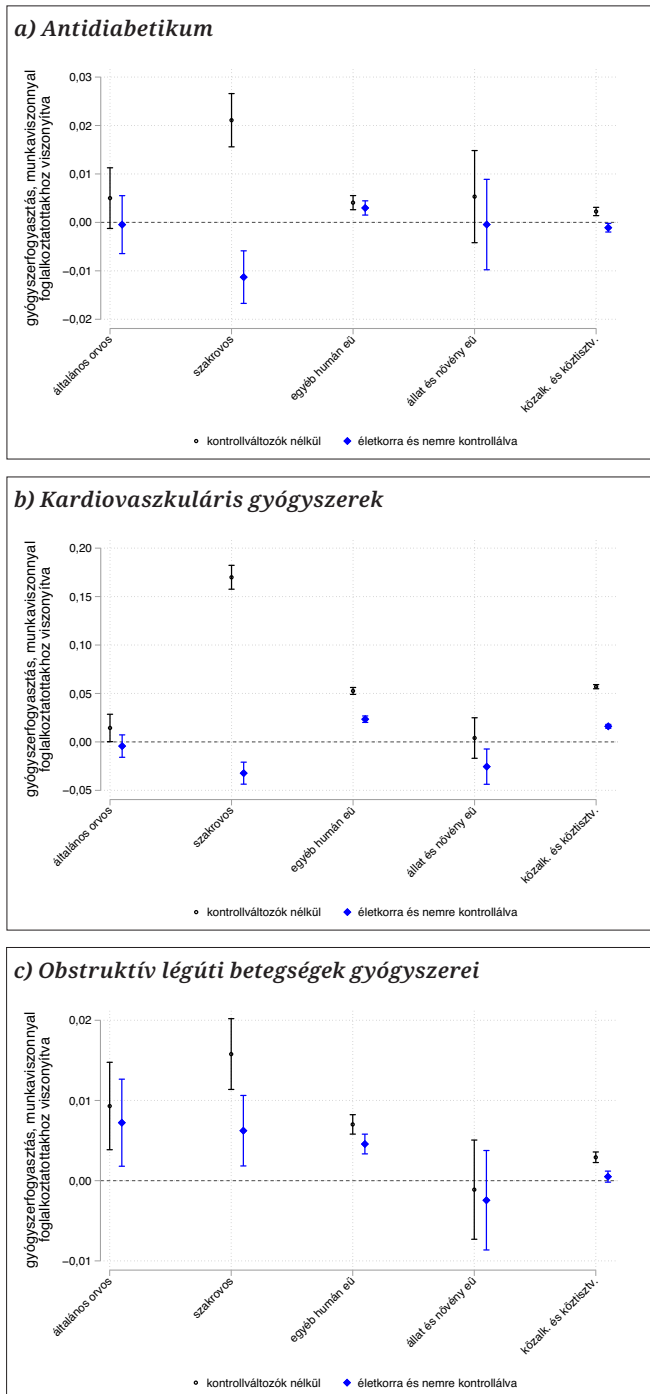
	antidiabetikum	kardiovaszkuláris	obstruktív légúti
általános orvos	0,031	0,190	0,024
szakorvos	0,047	0,346	0,030
egyéb humán-egészségügyi dolgozók	0,030	0,229	0,021
állat- és növény-egészségügyi dolgozók	0,032	0,180	0,013
közalkalmazott és köztisztviselő szellemi dolgozók, egészségügyi dolgozók kivételével	0,028	0,233	0,017
munkaviszonnyal foglalkoztatott szellemi dolgozók, egészségügyi dolgozók kivételével	0,026	0,176	0,014

Forrás: Admin3, 2017-es adatok.

Kérdés ugyanakkor, hogy a krónikus betegségek fennállására utaló magasabb mértékű gyógyszeresedést a szakorvosok körében önmagában az átlagosan magasabb életkoruk magyarázza-e. Ennek a kérdésnek a megválaszolásához regressziós elemzéssel is megvizsgáltuk a foglalkozási csoportok közötti eltéréseket a gyógyszerfogyasztásban. Referenciacsoportnak a munkaviszonnyal foglalkoztatott szellemi dolgozókat használtuk. Első lépésként nem vontunk be kontrollváltozókat, második lépésként életkorra (lineáris és négyzetes formában) és nemre kontrolláltunk.

Az eredményeket a 4.27. ábra mutatja. Az életkor és nem hatását kiszűrve az antidiabetikumok és a vérnyomáscsökkentők fogyasztása a szakorvosok körében – a nyers különbségtől eltérően – 1,1 százalékponttal, illetve 3,2 százalékponttal alacsonyabb, mint a munkaviszonnyal foglalkoztatott szellemi dolgozók körében (a) és b) panel). A többi humán-egészségügyi foglalkozási csoportban nincsen érdemi eltérés. Végezetül a c) panel alapján az obstruktív légúti betegségek gyógyszerei esetében is egy százalékpont alatti az eltérés minden csoportban a munkaviszonnyal foglalkoztatott szellemi dolgozóktól a nem és életkor hatás kiszűrését követően. Vagyis az orvosok nem azért szedik nagyobb arányban az itt megjelölt gyógyszereket (különösen a kardiovaszkuláris gyógyszereket), mint a hasonló foglalkozásokban dolgozók, mert különösen nagy arányban szenvednek krónikus betegségektől, hanem mert jóval idősebbek, mint a többi szellemi foglalkoztatott.

4.27. ábra: Gyógyszerfogyasztás foglalkozási csoportonként (pontbecslés és 95% konfidencia-intervallum)



Forrás: Saját számítás Admin3, 2017-es adatok alapján.

Az egészségügyi dolgozók munkaerőpiaci helyzete

Az egészségügyi dolgozókat ebben a fejezetben tágran értelmezzük, nem csupán a felsőfokú végzettséghez kötött foglalkozásokban dolgozókat,³⁴ de a középfokú végzettséggel is űzhető kiegészítő egészségügyi foglalkozásokat is megvizsgáljuk. Így az ápolási és szülészeti kapcsolódó foglalkozásokat (FEOR 331), az egészségügyi asszisztenseket (FEOR 332) és a „humánegészségügyhöz kapcsolódó foglalkozás”-okban (FEOR 333) dolgozók munkaerőpiaci helyzetét is bemutatjuk. Mint az a továbbiakban világossá válik, e legutóbbi foglalkozási csoportban dolgozók³⁵ helyzetét érintette a COVID-19-járvány a leginkább hátrányosan, míg a többi csoportnál nem találtunk lényeges változásokat.

Az egészségügyi dolgozók foglalkoztatása: főbb trendek

Először járulékbevallási adatok³⁶ alapján vesszük szemügyre a foglalkoztatottságot, a ledolgozott napokat és a táppénzen töltött napokat. Az alábbi ábrákon foglalkozási csoportokra (azaz 3 jegyű FEOR-kódokra) bontva közöljük az eredményeket, külön jelenítve meg a felsőfokú végzettséghez kapcsolódó egészségügyi foglalkozásokat és a középfokú végzettséggel is folytatható, egészségügyhöz kapcsolódó foglalkozásokat.

A 4.28. ábra a) paneljén világosan látható, hogy a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók foglalkoztatottságában nem történt jelentős elmozdulás, sőt, 2021 tavaszán már számottevően többen dolgoztak ilyen foglalkozásokban, mint két évvel korábban. A foglalkoztatottság különösen az orvosok és gyógyszerészek esetében emelkedett meg, ezekben a szakmákban mintegy 1500 fővel többen dolgoztak, mint két évvel korábban. Ennél pontosabban megmutatkozik a járvány hatása, ha az összes ledolgozott munkanap számának alakulását vesszük szemügyre (4.28. ábra b) panel). Itt azt látjuk, hogy a COVID-19-járvány első hulláma alatt ez 6-7 százalékkal esett vissza, és a 2021. tavaszi munkamennyiség-növekedés is sokkal visszafogottabb, mint a foglalkoztatottak számának bővülése. Ez többek között annak tudható be, hogy jóval több napot töltöttek „passzív” állományban, ami világosan megmutatkozik a táppénzes napok számában, vagyis 2020 áprilisában a foglalkoztatottak átlagosan 0,4 nappal többet voltak táppénzen, mint egy évvel korábban (online függelék, F4.1. ábra).³⁷

³⁴ A FEOR 221, 222, 223 kódok fedik le a felsőfokú képzettséget igénylő egészségügyi foglalkozásokat az állat- és növény-egészségügyi foglalkozások kivételével.

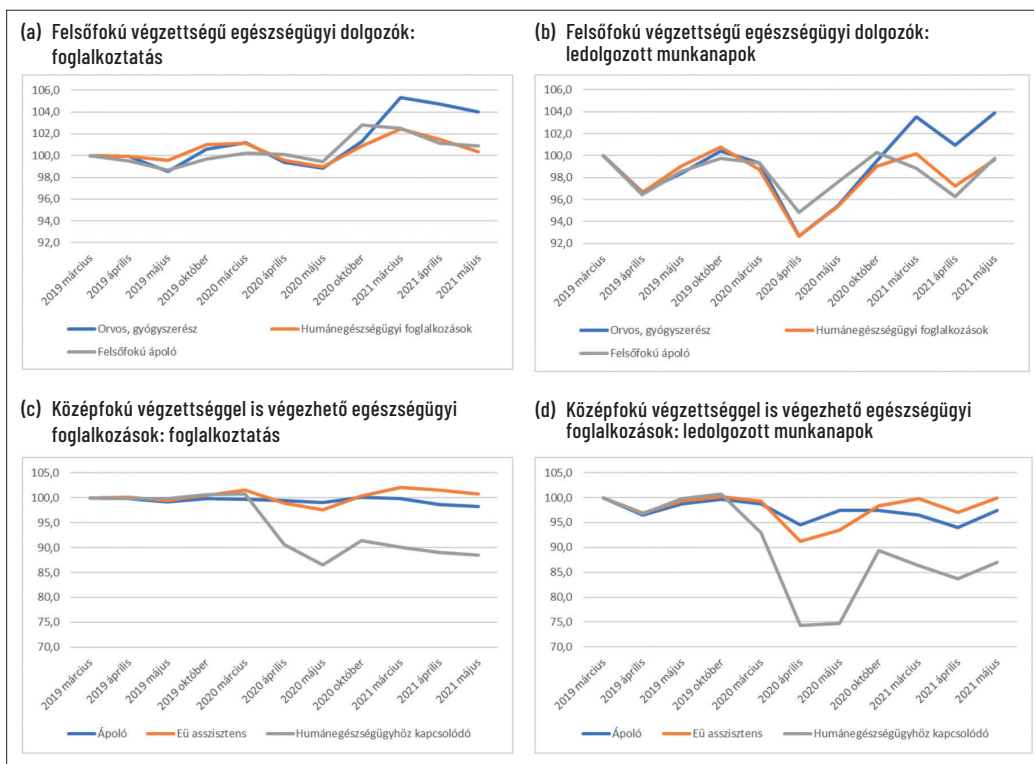
³⁵ Érdemes kiemelni, hogy ezen a csoporton belül a legnagyobb számban fizioterápiás asszisztensek/masszőrök dolgoztak; míg a második legnagyobb csoport a fogtechnikusokból áll. Ennek megfelelően csak körülbelül 36 százalékuk dolgozott a humán-egészségügyi szektorban, és csak egynegyedük dolgozott (2019-ben) közalkalmazotti jogviszonyban.

³⁶ Az elemzéshez a NAV 08M bevallásának egyedi anonim adatait tartalmazó adatbázisát használjuk, amely tartalmazza a járulékköteles jövedelemmel rendelkező teljes népességet. Az adatok összesen 11 hónapban állnak rendelkezésünkre: 2019, 2020 és 2021 márciusában, áprilisában és májusában, illetve 2019 és 2020 októberében. Ennek megfelelően össze tudjuk hasonlítani a koronavírus-válság előtti és alatti tavaszi munkapiaci folyamatokat, valamint a válság első hullámának (2020 tavasza) hatásait követni tudjuk az azt követő októberben (illetve a következő tavaszon).

³⁷ Ez igen jelentős növekedés, mivel az orvosoknál a táppénzen töltött napok számának megduplázódását, míg a humán-egészségügyi foglalkozásokban és az ápolók esetében több mint 50 százalékos emelkedést jelent.

A fentiekől valamelyest eltér a középfokú végzettségű egészségügyi jellegű dolgozók foglalkoztatottsága (4.28. ábra c) és d) panel). Míg a középfokú végzettségű ápolók által ledolgozott napok száma alig csökkent a COVID-19-járvány első hulláma során, addig az egészségügyi asszisztensek valamivel kevesebbet dolgoztak, mint egy évvel korábban, és a humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban dolgozók munkája a korábbi érték háromnegyedére esett vissza. Ez utóbbi, igen radikális változás elsősorban annak volt betudható, hogy ezen dolgozók közel 15 százaléka elvesztette a munkáját. Ez utóbbi foglalkozási kategóriánál érdemes az állásvesztés területi megoszlását is szemügyre venni (részletes táblázatot az online függelékben közlünk). Azon megyékben volt a legnagyobb arányú az állásvesztés és tartós a foglalkoztatottság csökkenése, amelyekben (i) nagy az idegenforgalom szerepe (így például Hajdú-Bihar megyében vagy Közép-Magyarországon); vagy (ii) Ausztriával határosak (Győr-Moson-Sopron megye).

4.28. ábra: Foglalkoztatottság és az összes ledolgozott munkanap száma, felsőfokú egészségügyi (FEOR 221–223) és középfokú képzettséggel is végezhető egészségügyi (FEOR 331–333) foglalkozásokban dolgozók (2019. március = 100)



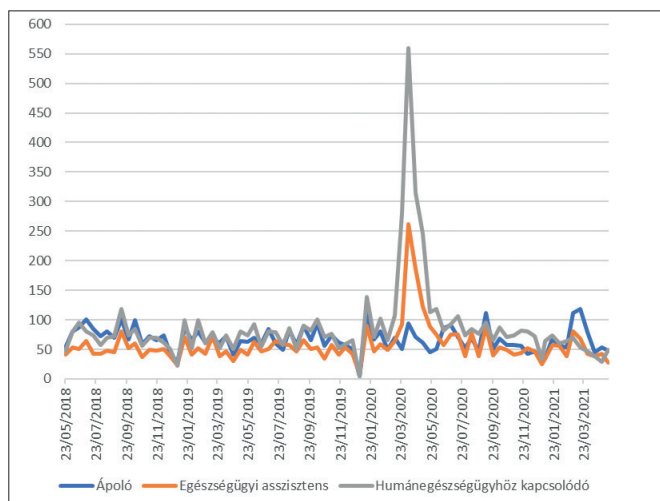
Forrás: NAV O8M bevallásának anonim adatai.

Egészségügyi dolgozók a munkaügyi rendszerben

Következőként azt vizsgáljuk, hogy a COVID-19-járvány alatt állásukat veszítő egészségügyi dolgozók (és kapcsolódó foglalkozásokban dolgozók) milyen számban jelentek meg a munkaügyi regiszterben, illetve hogy milyen gyorsan hagyták ott a munkaügyi

ellátórendszer. Elemzésünk ezen részéhez az NFSZ (Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat) anonimizált egyéni szintű adatait használjuk.³⁸ A 4.29. ábrán mutatjuk be a belépések számát kéthetes időszakokra lebontva, a felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásokra koncentrálva (háromjegyű foglalkozáskódokra lebontva).³⁹ Az ábrából kiderül, hogy az NFSZ-regiszterbe beáramlás 2020 áprilisának első két hetében ugrott meg az egészségügyi asszisztensek és különösen a humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokat űzők körében. A COVID-19-járvány első hullámának következtében bevezetett lezárások időszakában, az egy évvel korábbi hasonló naptári időszakokkal összevetve az NFSZ-regiszterbe beáramlók létszáma az egészségügyi asszisztensek körében mintegy 3,7-szer, míg a humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban mintegy 4,6-szor volt magasabb. Az előzőekhez hasonlóan területi bontásban is megvizsgáltuk a beáramlást, itt járás szinten bontottuk meg az összes, felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásban munkát kereső ember adatát. Így négy járás ugrik ki, mint ahol igazán nagyarányú volt az állásvesztés: a Keszthelyi, a Mosonmagyaróvári, a Soproni és a Szombathelyi. Ezekben a járásokban vagy különösen nagy a turizmus szerepe (pl. Keszthelyi) vagy a határ mellett helyezkednek el, így ez utóbbi esetben feltehetően a korábban Ausztriába ingázó dolgozók jelentek meg az álláskeresők között.

4.29. ábra: Belépés az NFSZ-regiszterbe (fő), felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozások, kéthetes időszakonként (2018. május közepe – 2021. május közepe)



Forrás: NFSZ anonim adatai. Az ábrán a NFSZ-regiszterbe kéthetes időszakonként beáramlók számát mutatjuk.

³⁸ Az adatbázis a 2018. május 25. és 2021. május 25. közötti időszak NFSZ-regiszter-adatait napi pontossággal tartalmazza. Mi ezt az adatbázist heti frekvenciával használtuk, a 2019. január és a 2020. december között álláskeresőként regisztrálókkal dolgoztunk.

³⁹ Érdemes hangsúlyozni, hogy azt tudjuk, a munkanélküli egyén milyen foglalkozásban keresett állást, de azt nem tudjuk pontosan, az állásvesztést megelőzően milyen foglalkozásban dolgozott. Így azzal a feltételezéssel kell élnünk, hogy – legalábbis amikor az állásvesztő először regisztrál, a munkanélküli időszak elején – a keresett foglalkozás megegyezik azzal, amelyben korábban dolgozott.

Végül a 2019–2020 között álláskeresőként regisztráló egészségügyi dolgozók „pályafutását” vizsgáljuk, az elemzésben az NFSZ egyéni szintű adataira támaszkodva. Azt vesszük szemügyre, mennyi idő alatt hagyták el tartósabban, legalább 3 hónapra a munkaügyi rendszert. Azaz aki szünetelteti a regisztrációs időszakát (ami elsősorban közfoglalkoztatásban való részvétel miatt fordul elő), vagy pár hónap után újra belép, ebben az elemzésben nem számít „sikeres kilépőnek”. Ezekben a számításokban a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozókat minden felsőfokú képzettséget igénylő foglalkozáshoz viszonyítjuk (azaz minden 2-essel kezdődő FEOR-főcsoportban munkát kereső emberhez); illetve a felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi (és ahhoz kapcsolódó) foglalkozásokat a hasonló foglalkozásokhoz viszonyítjuk (azaz minden 3-assal kezdődő FEOR-főcsoportban munkát kereső emberhez).

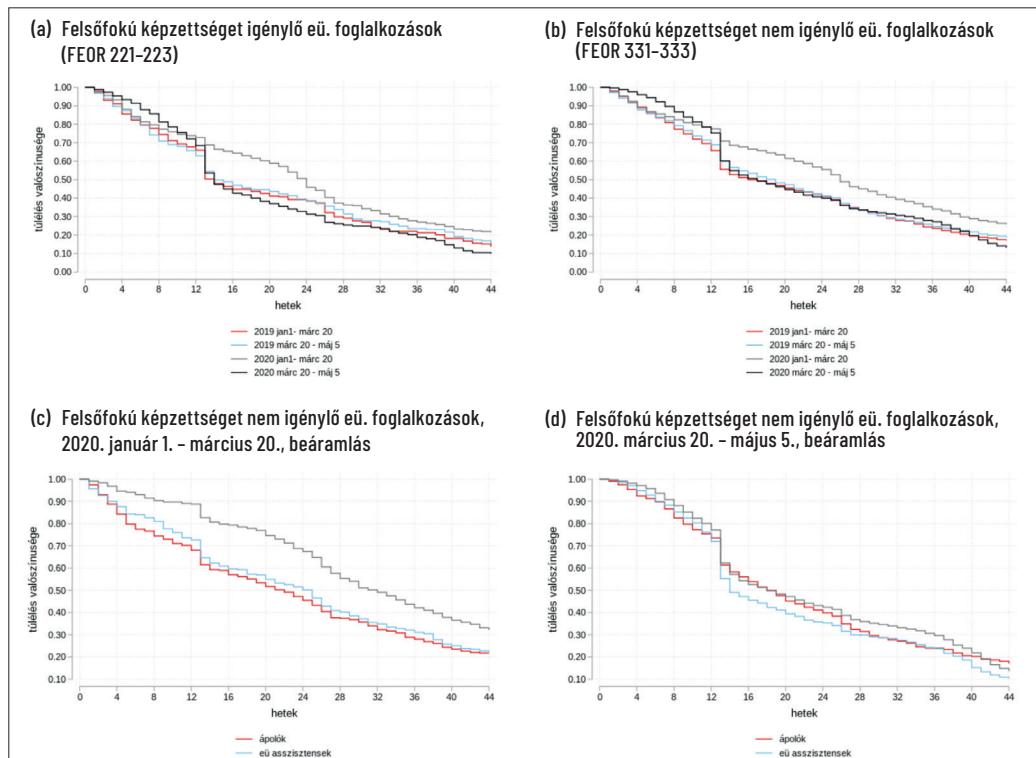
Mielőtt részletesebben megvizsgáljuk az álláskeresők munkaügyi rendszerben töltött idejét, néhány illusztratív ábrával bemutatjuk a 2019–2020-as változásokat. Az alábbiakban azt közöljük, hogy beáramlási időszakonként és foglalkozásonként milyen valószínűséggel maradtak álláskereső az egészségügyi jellegű foglalkozásokban dolgozni kívánók. A 4.30. ábra felső két panelén négy beáramlási időszakot mutatunk be, a felsőfokú képzettségű egészségügyi dolgozókra (FEOR 221–223) és a felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásokra (FEOR 331–333) külön-külön. Itt a 2020-ban még a COVID-19-járvány első hulláma előtt álláskeresőként regisztráltakat vetjük össze a COVID-19-járvány első hulláma alatt álláskeresővé válókkal, valamint az előző év (2019) két hasonló időszakában munkanélkülivé válók adataival.⁴⁰ Az (a) panelen láthatjuk, hogy a felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók körében a 2020 elején álláskeresővé válók jóval lassabban lépnek ki a regiszterből, mint a többi csoport; a (b) panelen nagyon hasonló eredményt látunk a felsőfokú végzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásoknál; a csoportok pályája a beáramlást követő 13–26. hetekben válik szét. Vagyis a munkájukat még a lezárások előtt elvesztők jó ideig nem tudtak elhelyezkedni.

A két foglalkozási csoport között abban látunk különbséget, hogy a felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásokban munkát keresők még a regisztráció után 9 hónappal is számottevően nagyobb arányban maradnak álláskereső, amennyiben közvetlenül a COVID-19-járvány kitörése előtt regisztráltak. Ez utóbbi jelenséget illusztrálja a két alsó panel is, amely a felsőfokú képzettséget nem igénylő egészségügyi foglalkozásokat részletesebben is bemutatja, 3 jegyű FEOR-kódonként. Érdeemes összevetni a (c) panelt, amelyen a COVID-19-járvány első hulláma előtti beáramlókat jelenítjük meg, a (d) panelen a COVID-19-járvány első hulláma alatt regisztrálókkal. Ebből kitűnik, hogy az utóbbi csoportból hat hónappal a belépést követően már hozzávetőleg 60 százalék kilépett az NFSZ-regiszterből. Ugyanakkor a COVID-19-járvány előtt belépők közül az ápolói vagy egészségügyi asszisztensi munkát keresőknek csak 50 százaléka lépett ki ugyanennyi idő alatt, míg az egészségügyhöz kapcsolódó foglalkozásúak 70 százaléka még álláskereső státuszban volt. Azaz a COVID-19-járvány első hulláma alatt bevezetett

⁴⁰ Érdeemes felhívni a figyelmet a jelentős csökkenésre (kiáramlásra) a munkanélküliség 13. hetét követően, ami egybeesik az álláskeresői járadék kimerítésével. Az általánosan megfigyelhető jelenség, hogy a munkanélküliek egy nem elhanyagolható csoportja közvetlenül az álláskeresői járadék kimerítése környékén talál munkát (vagy akkorra időzíti az új munkahelyre belépését).

lezárások elsősorban a 2019–2020 telén munkájukat elvesztőket érintették hátrányosan (abban az értelemben, hogy csak lassan tudtak elhelyezkedni), és ez az egészségügyhöz kapcsolódó foglalkozásokban (korábban) dolgozók állástalálási esélyeit nem csak átmenetileg, de hosszabb távon is jelentősen rontotta.

4.30. ábra: Az NFSZ-regiszterben maradás („túlélés”) beáramlási időszakoként és foglalkozásonként



Forrás: NFSZ-regiszter anonim adatai.

A következőkben az NFSZ-regiszterből való kiáramlást tovább vizsgáljuk. Kérdésünk az, hogy az egészségügyben munkát kereső emberek lassabban léptek-e ki a COVID-19-járvány miatti lezárások alatt, mint a hasonló munkakörökben állást keresők. Ennek megválaszolására túlélési idő analízist, Cox proporcionális hazard modelljét⁴¹ alkalmaztuk, ahol a megfigyelési egység egy hét volt. Elsőként a felsőfokú végzettségűeket vizsgálva azt találjuk, hogy az egészségügyben állást keresőket hasonlóan negatívan érintették a COVID-19-járvány első hulláma miatti lezárások, mint a többi szakmában (4.15. táblázat felső blokkja, azon belül az első hullám átlagos hatásának és foglalkozásonkénti hatásának az összehasonlítása). Ettől eltérő módon amikor nem voltak lezárások, illetve a COVID-19-járvány előtt különösen az orvosok, de kisebb mértékben a felsőfokú végzettségű ápolók jóval gyorsabban hagyták el az NFSZ-regisztert (ezt mutatják a foglalkozásokra becsült, időszakkal nem interaktált együttthatók a jobb oldali oszlopban). Másodszor

⁴¹ Lásd Cox (1972).

a felsőfokú végzettséget nem igénylő foglalkozásokban állást keresőket vizsgálva szintén azt látjuk, hogy a lezárások nem érintették különösen negatívan az egészségügyi jellegű foglalkozásokat (4.15. táblázat alsó blokkja). Azonban amikor nem voltak lezárások, az ápolók és az egészségügyi asszisztensek valamivel gyorsabban léptek ki a regiszterből, míg az egészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban elhelyezkedni vágyók valamivel lassabban hagyták el a munkanélküliséget. Vagyis a regressziós eredményeink egybeesnek a fenti leíró elemzéssel: a felsőfokú végzettséget igénylő egészségügyi szakmákban állást keresőket a többi szellemi foglalkozásban állást keresőkhöz hasonlóan érintették a COVID-19-járvány miatti korlátozások. Ezzel szemben az egészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban munkát keresők már a COVID-19-járvány első hullámának korlátozásai alatt, de különösen a második hullám alatt nehezebben helyezkedtek el, mint a hasonló végzettségi szintet igénylő, más szakmabeli állásokat keresők.

4.15. táblázat: Kiáramlás az NFSZ-regiszterből, Cox proporcionális hazard modellje, együtthatók

	Időszak*foglalkozás interakció nélkül		Időszak*foglalkozás interakcióval	
	Együttható	Sztenderd hiba	Együttható	Sztenderd hiba
Felsőfokú végzettséget igénylő foglalkozások				
Első hullám	0,501	0,010	-	-
Első Hullám*Orvos	-	-	0,449	0,081
Első Hullám*Humán-egészségügyi	-	-	0,465	0,055
Első Hullám*Ápoló	-	-	0,586	0,148
Foglalkozás				
Orvos, gyógyszerész	1,332	0,071	1,411	0,085
Egyéb humán-egészségügyi	0,919	0,037	0,969	0,044
Ápoló (felsőfok)	1,256	0,101	1,277	0,120
Felsőfokú végzettséget nem igénylő foglalkozások				
Első hullám	0,507	0,008	-	-
Első Hullám*Ápoló (középfok)	-	-	0,578	0,049
Első Hullám*Eü. asszisztens	-	-	0,483	0,039
Első Hullám*Humán-eü.-höz kapcs.	-	-	0,459	0,031
Foglalkozás				
Ápoló, szülésznő (középfok)	1,149	0,036	1,181	0,042
Egészségügyi asszisztens	1,094	0,034	1,133	0,040
Humán-egészségüghöz kapcsolódó	0,867	0,024	0,903	0,029

Forrás: Saját számítás az NFSZ anonim adatai alapján. A regresszióban a következő kontrollváltozókat szerepeltettük: nem, kor, munkatörténet (volt-e regisztrált álláskereső vagy közmunkás az elmúlt 18 hónapban), a lakóhely szerinti megye, a lakóhely szerinti járás fejlettségi szintje, álláskeresői járadék megléte és szintje. Mivel itt relatív hazard együtthatókat közlünk, az 1-nél kisebb szám azt jelenti, hogy csökken a kilépés valószínűsége, az 1-nél nagyobb együtthatók pedig azt, hogy az adott tényező növeli a kilépés valószínűségét. A becslést együtthatók statisztikailag szignifikánsak.

Összegzés

Fejezetünkben bemutattuk, hogy az orvosok, közöttük különösen a szakorvosok körében magas az idős (65 év feletti) dolgozók aránya. Az idősebb életkorral összefüggően a COVID-19 szempontjából kockázati tényezőnek tekintett krónikus betegségek előfordulása is magasabb az orvosok (szakorvosok) körében, mint például a közalkalmazott és köztisztviselő szellemi dolgozók körében. Ezek a tényezők egyrészt növelték az orvosok veszélyeztetettségét a COVID-19-járvány idején, másrészt nehezítették az ellátás biztosítását a pandémia súlyos hullámai alatt. A járvány alatti egészségügyi ellátás biztosításához különösen fontos tehát figyelembe venni az egészségügyi dolgozók koreloszlását, továbbá a COVID-19-járvány is felhívta a figyelmet az orvosok magas átlagos életkorából fakadó problémákra.

A felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók foglalkoztatottságában nem történt jelentős elmozdulás a pandémia idején, viszont az első hullám alatt a ledolgozott napok száma jelentősen csökkent, elsősorban a táppénzen töltött napok számának növekedése miatt. Ugyanakkor az egészségügyi asszisztensek és a humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban dolgozók foglalkoztatásában jelentős visszaesés történt 2020 tavaszán. A munkába való visszatérésüket viszont nem érintették erősebben a pandémiához kapcsolódó korlátozó intézkedések, mint a hasonló képzettségi szintet igénylő nem egészségügyi foglalkozásokban dolgozók esetében. Továbbá az egészségügyi dolgozók körében azok, akik a COVID-19-járványhoz kapcsolódó korlátozások idején veszítették el állásukat, hamarabb találtak munkát, mint azok, akik a korlátozások bevezetése előtt veszítették el állásukat.

Következtetések

A járvány alatti egészségügyi ellátás biztosításához fontos figyelembe venni az egészségügyi dolgozók koreloszlását, kívánatos lenne az előregedő szakterületekre fiatal orvosok bevonása.

Megfontolható lehet továbbá olyan fókuszált munkaerőpiaci programok indítása, amelyek a humánegészségüghöz kapcsolódó foglalkozásokban dolgozók elhelyezkedési esélyeit javítják (például továbbképzés ápolóvá, ami az egészségügyben a kapacitáshiány enyhítéséhez is hozzájárulhat).

MELLÉKLETEK

1. A COVID-19-JÁRVÁNY EGÉSZSÉGÜGYI VONATKOZÁSAI
2. A COVID-19-JÁRVÁNY EGYÉNI ÉS KÖZÖSSÉGI VONATKOZÁSAI
3. A COVID-19-JÁRVÁNY HATÁSA AZ OKTATÁSRA
4. A COVID-19-JÁRVÁNY MUNKAERŐPIACI VONATKOZÁSAI

HIVATKOZÁSOK

1. A COVID-19-járvány egészségügyi vonatkozásai

- Adamecz-Völgyi, A., & Szabó-Morvai, Á. (2021). Confidence in Public Institutions is Critical in Containing the COVID-19 Pandemic (SSRN Scholarly Paper ID 3867690). Social Science Research Network. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3867690>
- Adlhoch, C., Mook, P., Lamb, F., Ferland, L., Melidou, A., Amato-Gauci, A. J., Pebody, R., & Network, the E. I. S. (2021). Very little influenza in the WHO European Region during the 2020/21 season, weeks 40 2020 to 8 2021. *Eurosurveillance*, 26(11), 2100221. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.11.2100221>
- ÁEEK (2016). A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelési jelentése. Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest, 2016. december. <https://mertek.okfo.gov.hu/documents/68031/98448/M%C3%89RT%C3%89K+2013-15-s.pdf/0ff86d89-15f6-41f4-c6cb-142d0d47f5cd>
- Afiaz, A., Arusha, A. R., Ananna, N., Kabir, E., & Biswas, R. K. (2021). A national assessment of elective cesarean sections in Bangladesh and the need for health literacy and accessibility. *Scientific Reports*, 11(1), 16854. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96337-0>
- Allington, D., McAndrew, S., Moxham-Hall, V., & Duffy, B. (2021). Coronavirus conspiracy suspicions, general vaccine attitudes, trust and coronavirus information source as predictors of vaccine hesitancy among UK residents during the COVID-19 pandemic. *Psychological Medicine*, 1-12. doi:10.1017/S0033291721001434
- Arpino, B., Luppi, F., & Rosina, A. (2021). Regional trends in births during the COVID-19 crisis in France, Germany, Italy, and Spain. *SocArXiv*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/mnwh8>
- Bárdits, A., Elek, P., & Mayer, B. (2022). A COVID-19 járvány hatásai az egészségügyi ellátórendszerre és az egészségi állapotra. In: Fehér Könyv. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont.
- Bogos, K., Kiss, Z., Kerpel Fronius, A., Temesi, G., Jenő, E., Madurka, I., Cselkó, Z., Csanyi, P., Abonyi-Tóth, Z., Rokszin MD, G., Barcza, Z., & Moldvay, J. (2021). Different Trends in Excess Mortality in a Central European Country Compared to Main European Regions in the Year of the COVID-19 Pandemic (2020): A Hungarian Analysis. *Pathology and Oncology Research*, 0. <https://doi.org/10.3389/pore.2021.1609774>
- Bojovic, N., Stanisljevic, J., & Giunti, G. (2021). The impact of COVID-19 on abortion access: Insights from the European Union and the United Kingdom. *Health Policy*, 125(7), 841–858. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.05.005>

- Bollyky, T. J., Hulland, E. N., Barber, R. M., Collins, J. K., Kiernan, S., Moses, M., Pigott, D. M., Reiner Jr, R. C., Sorensen, R. J. D., Abbafati, C., Adolph, C., Allorant, A., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B., Carter, A., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., ... Dieleman, J. L. (2022). Pandemic preparedness and COVID-19: An exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)
- Böjti P. P., Szilágyi G., Dobi B., & és mtsai. (2021). Impact of COVID-19 on ischemic stroke care in Hungary. *GeroScience*, 43, 2231–2248. <https://doi.org/10.1007/s11357-021-00424-z>
- Böjti, P. P., Stang, R., Gunda, B., & mtsai. (2020). A COVID–19-pandémia hatása az akut ischaemiás stroke ellátásra. A járulékos egészségügyi veszteségek retrospektív, egycentrumos felmérése. *Orvosi Hetilap*, 161(34), 1395–1399. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31936>
- Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (2022): COVID-19 Data Repository [adatbázis]. Letöltve: <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>
- Cox D. R. (1972): *Regression Models and Life-Tables*. *Journal of the Royal Statistical Society, Series B*, Vol. 34, No. 2, pp. 187–220.
- Davies, N. G., Barnard, R. C., Jarvis, C. I., Russell, T. W., Semple, M. G., Jit, M., & Edmunds, W. J. (2021). Association of tiered restrictions and a second lockdown with COVID-19 deaths and hospital admissions in England: A modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 21(4), 482–492. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30984-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30984-1)
- Dong, E., Du, H., & Gardner, L. (2020). An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 533–534. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30120-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30120-1)
- Dula, A. N., Gealogo Brown, G., Aggarwal, A., & Clark, K. L. (2020). Decrease in stroke diagnoses during the COVID-19 pandemic: Where did all our stroke patients go? *JMIR Aging*, 3(2), e21608. <https://doi.org/10.2196/21608>
- ECDC (2021). *Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) - Annual Epidemiological Report 2020*. Stockholm: ECDC. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2020>
- Elek P., Csanádi, M., Fadgyas-Freyler P., & mtsai. (2022a). Heterogeneous impact of the COVID-19 pandemic on lung, colorectal and breast cancer incidence in Hungary: results from time series and panel data models. *Kézirat*.
- Elek P., Fadgyas-Freyler P., Váradi B., & mtsai. (2022b). Effects of lower screening activity during the COVID-19 pandemic on breast cancer patient pathways: Evidence from the age cut-off of organized screening. *Kézirat*.

- Elek, P., Bíró, A., & Fadgyas-Freyler, P. (2021a). Income gradient of pharmaceutical panic buying at the outbreak of the COVID-19 pandemic. *Health Economics*, 30(9), 2312–2320. <https://doi.org/10.1002/hec.4378>
- Elek, P., Mayer, B., & Váradi, B. (2021). A koronavírus-járvány hatása a halálózásra és az egészségügyi ellátórendszerre. Megjelent: Fazekas, K; Kónya, I; Krekó, J (szerk.) *Munkaerőpiaci tükrő 2020*, 233-242. Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Budapest. https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2022/01/mt_2020_hun_233-242.pdf
- European Centre for Disease Prevention and Control (2022): COVID-19 Vaccine Tracker [adatbázis]. Letöltve: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu>
- Eurostat. (2019, december 17). Large differences in share of caesarean births. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/DDN-20191217-1>
- Ferenci, T. (2021). Different approaches to quantify years of life lost from COVID-19. *European Journal of Epidemiology*, 36(6), 589–597. <https://doi.org/10.1007/s10654-021-00774-0>
- Fodor É., A. Gregor, J. Koltai & E. Kováts (2021): The impact of COVID-19 on the gender division of childcare work in Hungary. *European Societies*, Vol. 23, No. S1, S95–S110.
- Kapitsinis, N. (2021). The underlying factors of excess mortality in 2020: A cross-country analysis of pre-pandemic healthcare conditions and strategies to cope with Covid-19. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1197. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07169-7>
- Karanikolos, M., & McKee, M. (2020). How comparable is COVID-19 mortality across countries? *Eurohealth*, 26(2), 45–50.
- Kostev, K., & Lauterbach, S. (2020). Panic buying or good adherence? Increased pharmacy purchases of drugs from wholesalers in the last week prior to Covid-19 lockdown. *Journal of Psychiatric Research*, 130, 19–21. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.005>
- Kraemer, M. U. G., Yang, C.-H., Gutierrez, B., Wu, C.-H., Klein, B., Pigott, D. M., OPEN COVID-19 DATA WORKING GROUP, du Plessis, L., Faria, N. R., Li, R., Hanage, W. P., Brownstein, J. S., Layan, M., Vespignani, A., Tian, H., Dye, C., Pybus, O. G., & Scarpino, S. V. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *Science*, 368(6490), 493–497. <https://doi.org/10.1126/science.abb4218>
- Kutasi, K., Koltai, J., Szabó-Morvai, Á., Röst, G., Karsai, M., Bíró, P., & Lengyel, B. (2022). Understanding hesitancy with revealed preferences across COVID-19 vaccine types. *arXiv:2111.06462 [econ.GN]*.
- Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L. O., Larson, H. J., Rabin, K., ... & El-Mohandes, A. (2021). A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature medicine*, 27(2), 225-228.

- Liang, L.-L., Tseng, C.-H., Ho, H. J., & Wu, C.-Y. (2020). Covid-19 mortality is negatively associated with test number and government effectiveness. *Scientific Reports*, 10(1), 12567. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-68862-x>
- Lindberg, L. D., Mueller, J., Kirstein, M., & VandeVusse, A. (2021). The Continuing Impacts of the COVID-19 Pandemic in the United States: Findings from the 2021 Guttmacher Survey of Reproductive Health Experiences. <https://doi.org/10.1363/2021.33301>
- Lindholt, M. F., Jørgensen, F., Bor, A., & Petersen, M. B. (2021). Public acceptance of COVID-19 vaccines: cross-national evidence on levels and individual-level predictors using observational data. *BMJ open*, 11(6), e048172.
- López Seguí, F., Estrada Cuxart, O., Mitjà i Villar, O., Hernández Guillamet, G., Prat Gil, N., Maria Bonet, J., Isnard Blanchar, M., Moreno Millan, N., Blanco, I., Vilar Capella, M., Català Sabaté, M., Aran Solé, A., Argimon Pallàs, J. M., Clotet, B., & Ara del Rey, J. (2021). A Cost-Benefit Analysis of the COVID-19 Asymptomatic Mass Testing Strategy in the North Metropolitan Area of Barcelona. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7028. <https://doi.org/10.3390/ijerph18137028>
- Manyeh, A. K., Amu, A., Akpakli, D. E., Williams, J., & Gyapong, M. (2018). Socioeconomic and demographic factors associated with caesarean section delivery in Southern Ghana: Evidence from INDEPTH Network member site. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2039-z>
- Mayer, B., Tóth, M., Csanádi, M., & mtsai. (2022). A COVID-19 világvárvány hatása a daganatos betegek ellátására. *Kézirat*.
- Moynihan, R., Sanders, S., Michaleff, Z. A., & mtsai. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services: A systematic review. *BMJ Open*, 11(3), e045343. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045343>
- NEAK (2021). Havi jelentés a fekvőbeteg-szakellátás teljesítményéről. Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő. (Megtekintve: 2022.02.18.) http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelozo_forgalmi_adat/fekvo-beteg-szakellatas_stat/fekvo_havi_jelentes.html
- OECD (2021), *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- Oroszi, B., Juhász, A., Nagy, C., Horváth, J. K., McKee, M., & Ádány, R. (2021). Unequal burden of COVID-19 in Hungary: A geographical and socioeconomic analysis of the second wave of the pandemic. *BMJ Global Health*, 6(9), e006427. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006427>
- Osváth P., Bálint L., Németh A. és szerzőtársai (2021): A magyarországi öngyilkossági halálózás változásai a COVID-19-járvány első évében. *Orvosi Hetilap* 162(41), 1631-1636. doi: 10.1556/650.2021.32346

- Ritchie, H., Mathieu, E., Rodés-Guirao, L., Appel, C., Giattino, C., Ortiz-Ospina, E., Hasell, J., Macdonald, B., Beltekian, D., & Roser, M. (2020). Coronavirus Pandemic (COVID-19). Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus>
- Sebők Anna (2019): A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa. Közgazdasági Szemle, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o.
- Spéder, Z., & Kapitány, B. (2021). Gyermekvállalás. In: J. Monostori, P. Óri, & Z. Spéder (Szerk.), Demográfiai Portré 2021—Jelentés a magyar népesség helyzetéről. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet. <https://demografia.hu/kiadvanyokononline/index.php/demografiaipotre/article/view/2837/2727>
- Stokes, A. C., Lundberg, D. J., Elo, I. T., Hempstead, K., Bor, J., & Preston, S. H. (2021). COVID-19 and excess mortality in the United States: A county-level analysis. *PLOS Medicine*, 18(5), e1003571. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003571>
- Summers, J., Cheng, H.-Y., Lin, H.-H., Barnard, L. T., Kvalsvig, A., Wilson, N., & Baker, M. G. (2020). Potential lessons from the Taiwan and New Zealand health responses to the COVID-19 pandemic. *The Lancet Regional Health - Western Pacific*, 4, 100044. <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2020.100044>
- Tóth, C. G. (2021). Többlethalandóság a koronavírus-járvány miatt Magyarországon 2020-ban. *Korfa*, 21(2), 1–4.
- Tóth, C. G. (2022). Másfél év pandémia Magyarországon: Mérséklődő különbségek a regionális és korszecifikus többlethalandóságban. KRTK-KTI WP, 2022/04.
- Tóth, G. Cs. (2021, július 9). Change in Number of Births compared to the same period of previous year. Twitter. <https://mobile.twitter.com/TothGCsaba>
- Tóth, G. Cs. (2022, február 17). The weekly change of the number of presumed conceptions in Hungary. Twitter. <https://mobile.twitter.com/TothGCsaba>
- Uzzoli, A., Kovács, S. Z., Fábián, A., Páger, B., & Szabó, T. (2021). Spatial Analysis of the COVID-19 Pandemic in Hungary: Changing Epidemic Waves in Time and Space. *REGION*, 8(2), 147–165. <https://doi.org/10.18335/region.v8i2.343>
- Uzzoli, A., Kovács, S. Z., Páger, B., & Szabó, T. (2021). A hazai COVID–19-járványhullámok területi különbségei. *Területi Statisztika*, 61(3), 291–319. <https://doi.org/10.15196/TS610302>
- Wernigg R. (2021): A COVID-19-járvány mentális egészségre gyakorolt hatásai. *Orvostovábbképző Szemle* 28(2), 65-73.
- Xie, Y., Xu, E., Bowe, B., & mtsai. (2022). Long-term cardiovascular outcomes of COVID-19. *Nature Medicine*, 1–8. <https://doi.org/10.1038/s41591-022-01689-3>
- Zipfel, C. M., Colizza, V., & Bansal, S. (2021). The missing season: The impacts of the COVID-19 pandemic on influenza. *Vaccine*, 39(28), 3645–3648. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.05.049>

2. A COVID-19-járvány egyéni és közösségi vonatkozásai

- Abu-Omar, K., Rütten, A., Lehtinen, V. (2004). Mental health and physical activity in the European Union, *Sozial- und Präventivmedizin* volume 49, pages 301–309.
- Aday L.A. (2002). *At risk in America: the health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. John Wiley, Sons, 2002
- Ahrendt, D., Massimiliano, M., Sanna, N., & Sandor, E. (2021). Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Alam K., Rahman M.H. (2014). Women in natural disasters: a case study from southern coastal region of Bangladesh. *Int J Disast Risk Re* 2014;8:68–82.
- Albert F., Dávid, B., & Tóth, G. (2020). Hány barátja van Önnek? A barátok számának alakulása három évtized alatt (1986-2018). *Socio.hu*, 3, 3–30. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2020.3.3>
- Alderman K., Turner L.R., Tong S. (2012). Floods and human health: a systematic review. *Environ Int* 2012;47:37–47.
- Aldrich, D. P. (2011). Ties that bond, ties that build: social capital and governments in post disaster recovery. *Studies in Emergent Order*, 4, 58–68.
- Aldrich, D. P., & Meyer, M. A. (2015). Social Capital and Community Resilience. *American Behavioral Scientist*, 59(2), 254–269. <https://doi.org/10.1177/0002764214550299>
- Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) (2022): Egészségtudományi fogalomtár. Letöltés helye: <https://fogalomtar.aEEK.hu/index.php/Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s> Letöltve: 2022.01.03.
- Asmundson, G.J., Taylor, S. (2020). Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorder*. 2020; 70: 102196.
- Aspinwall L. G., Tedeschi, R. G. (2010.a). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. *Annals of Behavioral Medicine*, 39, 4-15.
- Avery A. R., Tsang S., Seto E.Y.W., Duncan G.E. (2021). Differences in Stress and Anxiety Among Women With and Without Children in the Household During the Early Months of the COVID-19 Pandemic. *Front. Public Health*, doi: doi.org/10.3389/fpubh.2021.688462
- Azad AK, Hossain KM, Nasreen M. (2013). Flood-induced vulnerabilities and problems encountered by women in northern Bangladesh. *Int J Disaster Risk Sci* 2013;4:190–9.
- Bányai É. (2013). A motiváció és az érzelmek összefüggései, kapcsolódási pontjai, közös problémái, új tendenciák. In: Bányai É. & Varga K. (szerk.). *Affektív pszichológia: az emberi késztetések és érzelmek világa* (pp : 499-529). Budapest: Medicina Könyvkiadó.

- Bartal, A. M. & Kmetty Z. (2022). Közösségi reziliencia és segítségnyújtás a vörösiszap-katasztrófa károsultjainak hosszútávú vizsgálata alapján. In press.
- Bartal, A. M., & Ferencz, Z. (2015). A vörösiszap-katasztrófa társadalmi hatásai. Budapest: Argumentum Kiadó- MTA Társadalomkutató Intézet.
- Bartscher, A. K., Seitz, S., Sieglösch, S., Slotwinski, M., & Wehrhöfer, N. (2021). Social capital and the spread of covid-19: Insights from european countries. *Journal of Health Economics*, 80, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2021.102531>
- Béné, C., Goldfrey Wood, R., Newsham, A., & Davis, M. (2013). Resilience: new utopia or new tyranny? Reflection about the potentials and limits of the concept of resilience in relation to vulnerability reduction programmes. *IDS Working Papers*. <https://doi.org/10.1111/j.2040-0209.2012.00405.x>
- Bento, F., & Couto, K. C. (2021). A Behavioral Perspective on Community Resilience during the COVID-19 Pandemic: The Case of Paraisópolis in São Paulo, Brazil. *Sustainability*, 13(3), 1447. <http://dx.doi.org/10.3390/su13031447>
- Berkes, F., & Ross, H. (2013). Community resilience: Toward an integrated approach. *Society and Natural Resources*, 26(1), 5–20. 10.1080/08941920.2012.736605
- Bircher J., Kuruvilla S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy* 35(3), 363–386, DOI: 10.1057/jphp.2014.19
- Blackmon H., Ross L., Bachtrog D. (2016). Sex Determination, Sex Chromosomes, and Karyotype Evolution in Insects. *Journal of Heredity*, 108(1), 78–93. doi:10.1093/jhered/esw047
- Blokland, T. (2003). *Urban bonds*. Cambridge: Polity Press.
- Bonanno G.A., Ho S.M.Y., Chan J.C.K., Kwong R.S.Y., Cheung C.K.Y., Wong C.P.Y., Wong V.C.W. (2008) Psychological resilience and dysfunction among hospitalized survivors of the SARS epidemic in Hong Kong: A latent class approach. *Health Psychol.* 27, 659–667. [CrossRef] [PubMed]
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 511–535. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>
- Boone J. L., Christensen J. F. (1998). Stress and disease. In: Feldman, M. D., Christensen, J. F. (eds.): *Behavioural Medicine in Primary Care. A Practical Guide*. Appleton and Lange, Stamford, 265-276.
- Borgonovi, F., & Andrieu, E (2020). The role of social capital in promoting social distancing during the COVID-19 pandemic in the US. *Wox Eu CEPR*. <https://voxeu.org/article/social-capital-and-social-distancing-us>

- Bovier P.A., Chamot E., Perneger T.V. (2002). Perceived stress, internal resources, and social support as determinants of mental health among young adults. *Quality of Life Research* 13: 161–170, 2004.
- Böge K., Karnouk C., Hahn E., Demir Z., Bajbouj M. (2020). On Perceived Stress and Social Support: Depressive, Anxiety and Trauma-Related Symptoms in Arabic-Speaking Refugees in Jordan and Germany. *Frontiers Public Health* (8) 239. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00239
- Brickman P., Coates D., Janoff-Bulman R. (1978) Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, Volume 395, p912-920, 2020. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Brück, T., Ferguson, N., & Justino, P. (2020). Trust in time of Corona. Working paper, UNU-WIDER, 10.35188/UNU-WIDER/2020/839-9
- Castel, R. (1998). *A szociális kérdés alakváltozásai*. Budapest: Szociálpolitikai Értesítő Könyvtára.
- Chen H., Zhao X., Zeng M., Li J., Ren X., Zhang M., ... Yang, J. (2020). Collective self-esteem and perceived stress among the non-infected general public in China during the 2019 coronavirus pandemic: A multiple mediation model. *Personality and Individual Differences*, 110308. doi:10.1016/j.paid.2020.110308
- Cheshire, L. (2015). ‘Know your neighbours’: disaster resilience and the normative practices of neighbouring in an urban context. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 47(5), 1081–1099. <https://doi.org/10.1177/0308518X15592310>
- Chi X, Jiang W, Guo T, Hall DL, Luberto CM, Zou L. (2022). Relationship between adverse childhood experiences and anxiety symptoms among Chinese adolescents: The role of self-compassion and social support. *Curr Psychol*. 2022 Jan 8;1-13. doi: 10.1007/s12144-021-02534-5. Online ahead of print. PMID: 35035184
- Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 24 (December):385-396
- Cohen S., Wills T.A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Colaianna M., Schiavone S., Zotti M., Tucci P., Morgese M. G., Bäckdahl L., ... Trabace L. (2013). Neuroendocrine Profile in a Rat Model of Psychosocial Stress: Relation to Oxidative Stress. *Antioxidants & Redox Signaling*, 18(12), 1385–1399. doi:10.1089/ars.2012.4569.
- 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.

- Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Library Issue 9*, John Wiley & Sons, Ltd, 2013.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. (2003). Social Vulnerability to Environmental Hazards. *Social Science Quarterly*, 84(2), 242–261. <http://www.jstor.org/stable/42955868>
- Csikós G., Mokos J., Fenyvesi L., Törő K. (2021). Stressz, betegség- és halálfélelem a koronavírusjárvány idején. *Pozitív Pedagógia És Nevelés Konferencia Kötet II* Publisher: Jobb Veled a Világ Alapítvány 69-82.
- De Wazières B., Gil H., Vuitton D.A., Dupond J.L. (1999). Treatment of recurrent oro-genital ulceration with low doses of thalidomide. *Clin Exp Rheumatol*, 17(3):393.
- Devine, D., Gaskell, J., & Jennings, W. (2020). Trust and the coronavirus pandemic: What are consequences of and for trust? An early review of the literature. *Political Studies Review*, 19(2), 274–285. <https://doi.org/10.1177%2F1478929920948684>
- Diener E. (1984) Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 93, 542-575.
- Diener, E., Lucas, R.E., Oishi, S. (2002). Subjective well-being. The science of happiness and life satisfaction. In: Snyder, C.R., Lopez, S.J. (Eds) 2002. *Handbook of Positive Psychology* (63-73). New York: Oxford University Press.
- Dozois D. J. A., Mental Health Research Canada. (2020). Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/cap0000251>
- Edman J. S., Greeson J. M., Roberts R. S., Kaufman A. B., Abrams D. I., Dolor R. J., Wolever R. Q. (2017). Perceived Stress in Patients with Common Gastrointestinal Disorders: Associations with Quality of Life, Symptoms and Disease Management. *EXPLORE*, 13(2), 124–128. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2016.12.005>
- Ellis W. E., Dumas T. M., Forbes L. M. (2020). Physically isolated but socially connected: Psychological adjustment and stress among adolescents during the initial COVID-19 crisis. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 52(3), 177–187. <http://dx.doi.org/10.1037/cbs0000215>
- Endreß, M., & Maurer, A. (2015). *Resilienz im Soziale*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. 10.1007/978-3-658-05999-6_2,
- Estêvão, P., Calado, A., & Capucha, L. (2017). Resilience: moving from a “heroic” notion to a sociological concept, *Sociologia, Problemas e Práticas*, 85(2017), 9–25.
- Fernández-Prados, J. S., Lozano-Díaz, A., & Muyor-Rodríguez, J. (2021). Factors explaining social resilience against COVID-19: the case of Spain. *European Societies*, 23:sup1, S111–S121. 10.1080/14616696.2020.1818113

- Fodor, É., Gregor, A., Koltai, J., & Kováts, E. (2021). The impact of COVID-19 on the gender division of childcare work in Hungary, *European Societies*, 23(sup1), S95–S110, 10.1080/14616696.2020.1817522
- Folke, C. (2006). Resilience: The emergence of a perspective for sociological system analyses. *Global Environmental Change*, 16(3), 253–267. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2006.04.002>
- Fraser, T., Aldrich, D. P., & Page-Tan, C. (2020). Bowling Alone or Masking Together? The Role of Social Capital in Excess Death Rates from COVID19. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3744251>
- Galea S., Merchant R. M., Lurie N. (2020). The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing. *JAMA Internal Medicine*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562
- Giovannini, E., Benczur, P., Campolongo, F., Cariboni, J., & Manca, A. (2020). Time for transformative resilience: the COVID-19 emergency. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 10.2760/062495, JRC120489.
- Gotham, K. F., & Powers, B. (2015). Constructing and contesting Resilience in post-disaster urban communities. *Contemporary Sociology*, 44(1), 139–152.
- Grey I., Arora T., Thomas J., Saneh A., Tomhe P., Abi-Habib R. (2020). The role of perceived social support on depression and sleep during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 293, 113452. doi:10.1016/j.psychres.2020.113452
- Guddal M.H., Stensland S.Ø., Småstuen M.C., Johnsen M.B., Zwart J.A., Storheim K. (2019). Physical activity and sport participation among adolescents: associations with mental health in different age groups. Results from the Young-HUNT study: a cross-sectional survey. *BMJ open*, Volume 9, 2019.
- Hamvai C., Fáber Á., Thege B. K. (2021). Az Észlelt Stressz Kérdőív járványspecifikus verziójának validálása. *Orvosi Hetilap*, 162(35), 1391–1396. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32207>
- Hobfoll S. E. (2004). *Stress, Culture, and Community: The Psychology and Philosophy of Stress*. Springer Science Business Media. Letöltve: 2021.12.01 https://books.google.hu/books?id=dysdbPLW4T4C&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Holling, C. S. (1973). Resilience and Stability of Ecological Systems. *Annual Review of Ecology and Systematics*, 4, 1–23. <http://www.jstor.org/stable/2096802>
- Holtzman S., Newth S., Delongis A. (2004). The role of social support in coping with daily pain among patients with rheumatoid arthritis. *J Health Psychol*. 2004 Sep;9(5):677-95. doi: 10.1177/1359105304045381.PMID: 15310421

- https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef21064en.pdf
- Jacobs M.B., Harville E.W. (2015). Long-Term mental health among lowincome, minority women following exposure to multiple natural disasters in early and late adolescence compared to adulthood. *Child Youth Care Forum* 44:511–25
- Jewett R., Sabiston C.M., Brunet J., O’Loughlin E.K., Scarapicchia T., O’Loughlin J. (2014). School sport participation during adolescence and mental health in early adulthood. *Journal of adolescent health*, Volume 55, 640-644.
- Johnson D. R., Lubin H.R. Rosenheck A., Fontana S., Southwick D., Charney D. (1997). The impact of the homecoming reception on the development of posttraumatic stress disorder: the West Haven Homecoming Stress Scale. *Journal of Traumatic Stress* 10:259-277. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490100207>
- Kállai J. (2007). Egészség és társas támogatás. (szerk.), Egészségpszichológia a gyakorlatban (199-214. o.) In: J. Kállai, J. Varga A., Oláh A. Budapest: Medicina Kiadó.
- Kaplan B.H., Cassel J.C., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Karadag E., Ugur O., Mert H., Erunal M. (2019). The Relationship Between Psychological Resilience and Social Support Levels in Hemodialysis Patients *J Basic Clin Health Sci* 3:9-15. <https://doi.org/10.30621/jbachs.2019.469>
- Kaufman J, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, et al. Brain-derived neurotrophic factor-5-HTTLPR gene interactions and environmental modifiers of depression in children. *Biol Psychiatry*. 2006;59:673–80.
- Keczeli D. (2019). Sport, mint a stressz ellenszere. *International Journal of Engineering and Management Sciences*, 4(3), 69-78.
- Khoubaeva D., Popel N., Kcomt A., MacIntosh M., McCrindle M., Omrin D., Michalak E., Faulkner G., Roane J., Fiksenbaum L.M., Mitchell R.H.B., Shickh R., Armel T., Timmins V.H., Goldstein B. (2022). Toward exercise as medicine for adolescents with bipolar disorder (TEAM-BD): A feasibility study. *Mental Health and Physical Activity* 22 (2022) 100441 <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2>
- Killgore W. D.S., Taylor, Emily C., Cloonan S.A.; Dailey, Natalie S. (2020). Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Research*, 291(0), 113216–. [doi:10.1016/j.psychres.2020.113216](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113216).
- Kim Y.S., Park Y.S., Allegrante J.P., Marks R., Ok H., Cho K.O., Garber C.E. (2012). Relationship between physical activity and general mental health. *Preventive medicine*, Volume 55, 458-463.

- Kirmayer, L. J., Shedeve, M., Whitley, R., Dandenau S., & Isaac C. (2009). Community resilience: Models, metaphors and measures. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 62–117. <https://doi.org/10.3138/ijih.v5i1>
- Koçak Özet (2020). The examination of the social support and psychological well-being COVID-19 in terms of various factors Kocaeli University 9. Social Sciences Congress. <http://sbe.kocaeli.edu.tr/upload/duyurular//270720015924544fd.pdf>
- Koenen K. C., J. M. Stellman S. D. Stellman J. F., Sommer Jr. (2003). Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American Legionnaires. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71:980-986. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.980>
- Koos, S., & Seibel, V. (2019). Solidarity with refugees across Europe. A comparative analysis of public support for helping forced migrants, *European Societies*, 21(5), 704–728. 10.1080/14616696.2019.1616794
- Kopp M., & Skrabski Á. (2007). Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, 19(86), 32–52. www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf
- Kopp M., Réthelyi J. (2004). Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality - the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62: 351-367.
- Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. (1998): A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában, In: Glatz (ed.), *Magyarország az ezredfordulón*, MTA Stratégiai Kutatások, Népegészség, orvos, társadalom, Budapest, pp. 15–37
- Kovács, E., Pikó, B. (2007): Válságban a család? *Középisokások párkapcsolati preferenciái*, *Demográfia*, 2–3. sz. 282–296
- Kövesdi A. (2018). A személyiségfaktorok és a reziliencia összefüggése az anorexia nervosában. *Psychologia Hungarica Caroliensis* 4:2, 7-22.
- Kövesdi A., Csikós G., Törő K., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa, S., F. Földi R. (2021). “The Role of Self-efficacy in Adaption Regarding Parental and Child Resilience - A Longitudinal Study on the Two Waves of Covid 19”. *Acta Scientific Neurology* 4.3
- Kövesdi A., Törő K., Hadházi É., Takács Sz., Rózsa S., Csikós G., Földi R. (2020). The protective Role of Self-Efficacy for Resilience in the COVID-19 Period. *Acta Scientific Neurology* 3:11. 87-91.
- Kusenbach, M. (2006). Patterns of Neighboring: Practicing Community in the Parochial Realm. *Symbolic Interaction*, 29(3), 279–306. <https://doi.org/10.1525/si.2006.29.3.279>
- Lazarus R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology* (44) 1-21.

- Lazarus R. S., Folkman S. F. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company. Letöltve: 2021.10.26. https://books.google.hu/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=hu&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Li F., Sihui Luo, Weiqi Mu, Yanmei Li, Liyuan Ye, Xueying Zheng, Bing Xu, Yu Ding, Ping Ling, Mingjie Zhou, Xuefeng Chen (2021). Effects of sources of social support and resilience on the mental health of different age groups during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry* (2021) 21:16 6 <https://doi.org/10.1186/s12888-020-03012-1>
- Li Y., Wang A., Wu Y., Han N., Huang H., (2021). Impact of the Covid-19 Pandemic on the mental health of college students: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 12. 1-14.
- Liang L., Ren H., Cao R., Hu Y., Qin Z., Li C., Mei, S. (2020). The Effect of COVID-19 on Youth Mental Health. *The Psychiatric quarterly*, 91(3), 841–852. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09744-3>
- Liu Y., Gayle A. A., Wilder-Smith, A., Rocklöv J. (2020). The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of Travel Medicine*. doi: 10.1093/jtm/taaa021
- Longstaff, P. (2005). *Security, resilience, and communication in unpredictable environments such as terrorism, natural disasters, and complex technology*. Syracuse, New York: Author.
- Lorenz, D. F. (2013). The diversity of resilience: contributions from a social science perspective. *Natural Hazards*, 67(1), 7–24. <https://doi.org/10.1007/s11069-010-9654-y>
- Lucini, B. (2014). *Disaster resilience from sociological perspective. Humanitarian solution in 21st century*. Switzerland: Springer International Publishing.
- Maclean, K., Cuthill, M., & Ross, H. (2013). Six attributes of social resilience. *Journal of Environmental Planning and Management*, 57(1), 144–156. <http://dx.doi.org/10.1080/09640568.2013.763774>
- Martínez de Toda, I., Miguélez, L., Siboni, L., Vida, C., De la Fuente, M. (2019). High perceived stress in women is linked to oxidation, inflammation and immunosenescence. *Biogerontology*, 20(6), 823–835. <https://doi.org/10.1007/s10522-019-09829-y>
- Masten A. S. (2001). Ordinary magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56. 227-238.
- Matthew H. S., Leung, D. W., Pittman, J. O. E., Floto, E., Afari, N. (2018). Race/ethnicity, psychological resilience, and social support among OEF/OIF combat veterans. *Psychiatry Research*, 265, 265–270. doi:10.1016/j.psychres.2018.04.052
- Maugeri G, Castrogiovanni P, Battaglia G, Pippi R, D'Agata V, Palma A, Di Rosa M, Musumeci G. (2020). The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy, *Heliyon*, Volume 6, 2020.

- Mileti, D. (1999). *Disasters by Design. A Reassessment of Natural Hazards in the United States*. Washington DC: Joseph Henry Press.
- Moravcsik-Kornyicki Á.R., Fedor A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészségpszichológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinæ et Sociologica* (2021) Vol. 12. No. 32. (21-46) doi: <https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>
- Morvay-Sey K., Pálvölgyi Á., Prémusz V., Ács P., Stocker M., Makai A., Melczer Cs., Laczkó T., Szentei A., Paár D. (2020). A covid-19 kijárási korlátozás első hullámának hatása a magyar felnőtt lakosság szubjektív pszichés mutatóira, jól-létére, fizikai aktivitására és sportolási szokásaira. <https://www.researchgate.net/publication/347729105> Letöltve: 2021. január 19.
- Mouissi F, Torki A, Bouabdellah S. (2015). Physical Activity and Sport and their Impact on Mental Health of Algerian Adolescents. *Proceedings of Intcess 15-2nd International Conference on Education and Social Sciences*. Istanbul, Turkey 1296-1300.
- Murphy, B.L. (2007). Locating social capital in resilient community-level emergency management. *Natural Hazards*, 41(2), 297–315. 10.1007/s11069-006-9037-6
- Nagy H., Oláh A., (2013). A pozitív pszichológia. In.: Bányai É. & Varga K. (szerk.). *Affektív pszichológia: az emberi késztetések és érzelmek világa*, (pp :557-579). Budapest: Medicina Könyvkiadó.
- Neumayer E, Plümper T (2007). The gendered nature of natural disasters: the impact of catastrophic events on the gender gap in life expectancy, 1981–2002. *Ann Assoc Am Geogr* 2007;97:551–66.
- Norris, F. H., Stevens, S. P., Pfefferbaum, B., Wyche, K. F., & Pfefferbaum, R. L. (2008). Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *American journal of community psychology*, 41(1-2), 127–150. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9156-6>
- Okubo R., Yoshioka T., Nakaya T., Hanibuchi T., Okano H., Ikezawa S., Tsuno K., Murayama H., Tabuchi T. (2021). Urbanization level and neighborhood deprivation, not COVID-19 case numbers by residence area, are associated with severe psychological distress and new-onset suicidal ideation during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2021 May 15;287:89-95. doi: 10.1016/j.jad.2021.03.028. Epub 2021 Mar 15. PMID: 33774320
- Olsson, L., Jerneck, A., Thoren, H., Persson, J., & O’Byrne, D. (2015). Why resilience is unappealing to social science: Theoretical and empirical investigations of the scientific use of resilience. *Science advances*, 1(4), e1400217. <https://doi.org/10.1126/sciadv.1400217>
- Osváth P. (2021). A COVID–19-pandémia mentálhigiénés következményei. Hogyan tudunk felkészülni a pszichodémiás krízisre? *Orvosi Hetilap*, 162(10), 366-374. Letöltve: 2022.01.14. <https://akjournals.com/view/journals/650/162/10/article-p366.xml>

- Ozbay F, Johnson D.C., Dimoulas E., Morgan C.A., Charney D., Southwick S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry* (Edgmont). May; 4(5): 35–40.
- Paluska S.A., Schwenk T.L. (2000). Physical Activity and Mental Health. *Sports Med*, Volume 29, 167–180. Fox K. (1999) The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, Volume 2(3a), 411–418.
- Panshikar M., Mullen S.P., (2022). Cognitive and psychosocial effects of an acute sun salutation intervention among adults with stress, *Mental Health and Physical Activity* (22), March 2022, 100431
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámbori, S. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Park C.L., Russell B.S., Fendrich, M., Finkelstein-Fox L., Hutchison M., Becker J. (2020). Americans' COVID-19 stress, coping, and adherence to CDC guidelines. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2296–2303. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05898-9>
- Park S.H, Petrunoff, N.A., Wang N.X., van Dam N.R., Sia A., Tan C.S., Müller-Riemenschneider F. (2022). Daily park use, physical activity, and psychological stress: A study using smartphone-based ecological momentary assessment amongst a multi-ethnic Asian cohort. *Mental Health and Physical Activity* (22), March 2022, 100440
- Penkler, M., Müller, R., Kenney, M., & Hanson, M. (2020). Back to normal? Building community resilience after COVID-19. *The lancet. Diabetes & endocrinology*, 8(8), 664–665. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30237-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30237-0)
- Perczel-Forintos D. (2020). A jól keresd, ne a rosszat – megküzdés járvány idején. A COVID-19 pszichés hatásai. *ORVOSKÉPZÉS XCV. ÉVFOLYAM*, 562-569.
- Pfeifer, C.J. (2011). The Effects Of Perceived Social Support And Coping Self-Efficacy On Trauma Symptoms After A Traumatic Event. MA Thesis, Psychology Department, Graduate School of Western Carolina University.
- Pitas, N., & Ehmer, C. (2020). Social Capital in the Response to COVID-19. *American Journal of Health Promotion : AJHP*, 34(8), 942–944. <https://doi.org/10.1177/0890117120924531>
- Quarantelli, E. (1989). Characteristics of citizen groups which emerge with respect to hazardous waste sites. In: D. Peck (Ed.): *Psychosocial effects of hazardous toxic waste disposal on communities* (pp.177–195.) Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Radu, B. (2018). Influence of social capital on community resilience in the case of emergency situations in Romania. *Transilvanian Review of Administrative Science*, 54., 73–89. [10.24193/tras.54E.5](https://doi.org/10.24193/tras.54E.5)
- Rahman M.S. (2013). Climate change, disaster and gender vulnerability: a study on two divisions of Bangladesh. *Am J Hum Biol* 2013;2:72–82.

- Rassa F.S., McFadden M., Aaron R.V., Wegener S.T., Ephraim P.L., Lane E., Brennan G., Minick K.I., Fritz J.M., Skolasky R.L. (2021). The Relationship Between Neighborhood Deprivation and Perceived Changes for Pain-Related Experiences Among US Patients with Chronic Low Back Pain During the COVID-19 Pandemic. *Pain Med.* 2021 Nov 26;22(11):2550-2565. doi: 10.1093/pm/pnab179.PMID: 34181008
- Ren Y., Qian, W., Li Z., Liu Z., Zhou Y., Wang R., et al. (2020). Public mental health under the long-term influence of COVID-19 in China: geographical and temporal distribution. *J. Affect. Disord.* 277, 893–900. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.045
- Rippon, S., Bagnall, A-M., Gamsu, M., South, J. & Woodward, J. (2020). Towards transformative resilience: community, neighbourhood and system responses during the COVID-19 pandemic, *Cities & Health*, 10.1080/23748834.2020.1788321
- Riyad F. S., Islam M., East L., Usher K. (2019). Women’s health-related vulnerabilities in natural disasters: a systematic review protocol. *BMJ Open.* 2019;9(12):e032079. doi: 10.1136/bmjopen-2019-032079
- Rodela, T. T., Sultana, A., McKyer, E. L. J., Bhattacharaya, S., & Hossain, M. (2020). Social capital and mental health during the Covid-19 pandemic. *SocArXiv Papers*, <https://doi.org/10.31235/osf.io/zrkgh>
- Roohafza H., Feizi A., Afshar H., Mazaheri M., Behnamfar O., Hassanzadeh-Keshteli A., Adibi P. (2016). Path analysis of relationship among personality, perceived stress, coping, social support, and psychological outcomes. *World Journal of Psychiatry*, 6(2), 248.doi:10.5498/wjpv.v6.i2.248
- Ryff C.D. (1989) happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Salguero J. M., Palomera R., Fernández-Berrocal P. (2011). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: a 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27(1), 21–34. doi:10.1007/s10212-011-0063-8.
- Salovey P., Bedell B., Detweiler J.B., Mayer J.D. (2000): Current directions in emotional intelligence research, In: Lewis, Haviland-Jones (Eds.) *Handbook of Emotions*, Guilford Press, New York, pp. 504–520.
- Selye H. (1950). *Stress. The Physiology and Pathology of Exposure to Stress*, Montreal: Acta, Inc.
- Selye H. (1955). The stress concept in 1955. *Journal of Chronic Diseases*, 2(5), 583–592. doi:10.1016/0021-9681(55)90155-7 Letöltve: 2022.01.14.
- Selye H. (1974). *Stress without distress*. New York: The New American Library
- Selye H. (1976). *Stress in health and disease*. Butterworths. <https://doi.org/10.1016/C2013-0-06263-9>

- Selye J. (1976). *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Sherrieb, K., Norris, F., & Galea, S. (2010). Measuring capacities for community resilience. *Social Indicators Research*, 99(2), 227–247. <https://doi.org/10.1007/s11205-010-9576-9>
- Sik, D. & Zakariás, I. (2021a). Járvány és válság – rászorultsági és segítési viszonyok a COVID 2019 első hulláma idején. *Régió*, 29(2), 24–72. <https://doi.org/10.17355/rkkpt.v29i2.24>
- Sik, D. & Zakariás, I. (2021b). A szolidaritási mező – járvány idején. *Socio.hu*, 11(1), 1–30. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.1.1>
- Sik, E. & Giczi, J. (2009). Bizalom, társadalmi tőke, intézményi kötődés. In: I. Gy. Tóth (Ed.), *Európai társadalmi jelentés 2009*. (pp. 65–84.) Budapest: TÁRKI.
- Sik, E. (2006). Tőke-e kapcsolati tőke, s ha igen, mennyiben nem? *Szociológia Szemle*, 2006(2), 72–95.
- Sippel L. M., R. H. Pietrzak D. S. Charney, L. C. Mayes, S. M. Southwick. (2015). How does social support enhance resilience in the trauma-exposed individual? *Ecology and Society* 20(4):10. <http://dx.doi.org/10.5751/ES-07832-200410>
- Skrabski, Á. (2003). *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Budapest: Corvinus Kiadó.
- Stauder A., Konkoly-Thege B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7 (2006) 3, 203-216.
- Stauder, A. & Konkoly-Thege, B. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 7(3), 203–216. 10.1556/Mental.7.2006.3.4
- Susánszky É., Konkoly Thege B., Stauder A., Kopp M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255.
- Székely, I. (2015). Reziliencia: a rendszerelmélettől a társadalomtudományokig. *Replika*, 94(5-6), 7–23.
- Szkody E., Stearns M., Stanhope L., McKinney C. (2020). Stress-Buffering Role of Social Support during COVID-19. *Family Process*.doi:10.1111/famp.12618
- Thai T. T., Le P.T. V., Huynh Q. H. N., Pham P. T. T. Bui H.T.H. (2021). Perceived Stress and Coping Strategies During the COVID-19 Pandemic Among Public Health and Preventive Medicine Students in Vietnam, *Psychology Research and Behavior Management* 2021:14, 795–804.
- Tóth I. G., & Hudácskó, S. (2020). A koronavírus-járvány társadalmi hatásai a közvélemény-kutatások tükrében. In: T. Kolosi, I. Szelényi, & I. G. Tóth (Eds.), *Társadalmi Riport 2020*. (pp. 553 – 572.) Budapest: TÁRKI.

- Uchino B. N., Cacioppo J. T., Kiecolt-Glaser J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119(3), 488–531. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.3.488> [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Ursin H., Eriksen H. R. (2004) The cognitive activation theory of stress. Review. *Psychoneuroendocrinology*, 29 (5): 567-592
- Vincenzo, A., & Salvatore, E. (2020). Bonding and bridging social capital and lockdown. An analysis of the Italian region. *Rivista economica del Mezzogiorno*, Società editrice il Mulino, 3, 437–454. [10.1432/99055:y:2020:i:3:p:437-454](https://doi.org/10.1432/99055:y:2020:i:3:p:437-454)
- Vinkers C. H., van Amelsvoort T., Bisson J. I., Branchi I., Cryan J. F., Domschke K., Howes O. D., Manchia M., Pinto L., de Quervain D., Schmidt M. V., van der Wee N. J. A. (2020). Stress resilience during the coronavirus pandemic. *European Neuropsychopharmacology*, 35, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2020.05.003>
- Voicu, B.C., Peral, E.B., Rusu, H., Rosta, G., Comşa, M., Vasile, O., Coromina, L., & Tufis, C.D. (2020). COVID-19 and orientations towards solidarity: the cases of Spain, Hungary, and Romania. *European Societies*, 23, S887–S904.
- Werner E. E. Smith R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press. Westen D. & Harnden-Fischer J. (2001). Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between axis I and axis II. *Am J Psychiatry* 158:547-562.
- WHO (1981). Global strategy for health for all by the year 2000. Health for all. Series. Nr.3. Geneva forrás: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf>, letöltve: 2022.01.03.
- K.A.S. Wickrama, K.A. Thulitha Wickrama (2008). Family context of mental health risk in tsunami affected mothers: Findings from a pilot study in Sri Lanka. *Social Science & Medicine*, 66(4), 994– 1007. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.11.012>
- Wisner B. (2001). Risk and the neoliberal state: why post-Mitch lessons didn't reduce El Salvador's earthquake losses. *Disasters*, 25(3), 251–268. <https://doi.org/10.1111/1467-7717.00176>
- Wong, A., & Kohler, J. C. (2020). Social capital and public health: responding to the COVID-19 pandemic. *Globalization and health*, 16(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00615-x>
- Woodgate R.L. (1999). Conceptual understanding of resilience in the adolescent with cancer: Part I. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 16; 35-43.
- World Health Organization (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf> (Elérve: 2020.október 23.)

- Wu, C. (2021). Social capital and COVID-19: a multidimensional and multilevel approach. *Chinese Sociological Review*, 53(1), 27–54. 10.1080/21620555.2020.1814139
- Xiao H., Zhang Y., Kong D., Li S., Yang N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.12659/MSM.923921> [Crossref], [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Xiong X, Harville EW, Mattison DR, et al. (2010). Hurricane Katrina experience and the risk of post-traumatic stress disorder and depression among pregnant women. *Am J Disaster Med* 2010;5:181–7.
- Xu J., Wei Y. (2013). Social support as a moderator of the relationship between anxiety and depression: An empirical study with adult survivors of Wenchuan earthquake. *PLoS One*, 8(10), e79045. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0079045> [Crossref], [PubMed], [Web of Science ®], [Google Scholar]
- Yağcı H. Ş., Akfırat O. N. (2020). Examination of relation between people's traumatic stress levels and perceived social support levels in the COVID-19 pandemic process. *Kocaeli University 9. Social Sciences Congress*. <http://sbe.kocaeli.edu.tr/upload/duyuru- lar//270720015924544fd.pdf>
- Ye Z., Yang X., Zeng C., Li X., Wang Y., Shen Z., Lin D. (2020). Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology. Health and Well-being*. <https://doi.org/10.1111/aphw.12211>
- Yokoyama Y, Otsuka K, Kawakami N, et al. (2014) Mental health and related factors after the great East Japan earthquake and tsunami. *PLoS One* 2014;9:e102497.
- Zeibig J. M., Seiffer B., Sudeck G., Rosel I., Hautzinger M., Wolf S. (2021). Transdiagnostic efficacy of a group exercise intervention for outpatients with heterogenous psychiatric disorders: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), 313. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03307-x>
- Zhang Y, Ho S.M.Y. (2011). Risk factors of posttraumatic stress disorder among survivors after the 512 Wenchuan earthquake in China. *PLoS One* 2011;6:e22371.
- Zhao X., Zhang D., Wu M., Yang Y., Xie H., Li Y., Su Y. (2018). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268, 143–151. doi:10.1016/j.psychres.2018.07.011
- Zhou S. J., Zhang L. G., Wang L. L., Guo Z. C., Wang J. Q., Chen J. C., és Chen J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child és Adolescent Psychiatry*, 1-10.

- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, D.K. (1988). The multidimensional scale of social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41.

3. A COVID-19-járvány hatása az oktatásra

- Andrabi, Tahir, Benjamin Daniels, and Jishnu Das (2010): Human capital accumulation and disasters: Evidence from the Pakistan earthquake of 2005.” OSF. <http://doi.org/10.17605/OSF.IO/3QG98> (2020).
- Baker, Michael (2013): Industrial Actions in Schools: Strikes and Student Achievement. *The Canadian Journal of Economics*, vol.46, no.3, August 2013, pp. 1014–1036.
- Blaskó, Zsuzsa, da Costa, Patricia, Schnepf, Sylke V. (2021). Learning Loss and Educational Inequalities in Europe: Mapping the Potential Consequences of the COVID-19 Crisis. IZA DP No. 14298
- Bloom, H. S., Hill, C. J., Black, A. R., & Lipsey, M. W. (2008). Performance trajectories and performance gaps as achievement effect-size benchmarks for educational interventions. *Journal of Research on Educational Effectiveness*, 1(4), 289-328.
- Carrasco, R., Dingus, D., Erfurth, M., Farías, M., Pershad, D., Ridge, N. & Zacarias, I. (2021): Beyond COVID-19: What can countries do to address the learning loss caused by the pandemic? Policy brief, September 2021, Task Force 6. Social Cohesion and the Future of Welfare Systems. ISPI, IAI, Univaersitá Bocconi, THINK 20 Italy 2021, G20 Italia 2021.
- Chetty, R., Friedman, J. N., Hendren, N., Stepner, M., & Team, T. O. I. (2020). The Economic Impacts of COVID-19: Evidence from a New Public Database Built Using Private Sector Data (Working Paper Sz. 27431; Working Paper Series). National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w27431>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Csapó, B. & Molnár, G. (2019). Online diagnostic assessment in support of personalized teaching and learning: The eDia system. *Frontiers in Psychology*, 10, <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2019.01522>.
- Csapó, B., Csíkos, C., & Molnár, G. (Eds.). (2015)a. A matematikai tudás online diagnosztikus értékelésének tartalmi keretei. Budapest: Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.
- Csapó, B., Korom, E., & Molnár, G. (Eds.). (2015)b. A természettudományi tudás online diagnosztikus értékelésének tartalmi keretei. Budapest: Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.
- Csapó, B., Steklács, J., & Molnár, G. (Eds.). (2015)c. Az olvasás-szövegértés online diagnosztikus értékelésének tartalmi keretei. Budapest: Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet.

- Dupéré, V., Dion, E., Nault-Brière, F., Archambault, I., Leventhal, T., & Lesage, A. (2018). Revisiting the Link Between Depression Symptoms and High School Dropout: Timing of Exposure Matters. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 62(2), 205–211. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.09.024>
- Engzell P., A. Frey, and M.D. Verhagen, (2020), Learning inequality during the Cov-id-19 pandemic <https://doi.org/10.31235/osf.io/ve4z7>
- Eurofound. (2020). Living, working and COVID-19 (COVID-19 Series). Publications Office of the European Union. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19>
- Fiaschi, D., & Tealdi, C. (2021). Young People between Education and the Labour Market during the COVID-19 Pandemic in Italy (IZA Discussion Papers Sz. 14479). IZA Institute of Labor Economics. <https://www.iza.org/publications/dp/14479/young-people-between-education-and-the-labour-market-during-the-covid-19-pandemic-in-italy>
- Hanover Research (2020): Best Practices for Learning Loss Recovery, December 2020, 19 o.
- Hanushek, E. A. & Woessmann, L: The Economic Impacts of Learning Losses, OECD, Paris, September 2020.
- Hanushek, E. A., Woessmann, L., & Peterson, P. E. (2012). Is the US Catching Up?. *Education Next*, 12(4), n4.
- https://t-tudok.hu/files/2/kutatasi_zarjelentes_t-tudok_magyar_210x297mm.pdf
- Ichino, Andrea, and Rudolf Winter-Ebmer(2004): The long-run educational cost of World War II. *Journal of Labor Economics* 22, no. 1 (2004): 57-87.
- Konle-Seidl, R., & Picarella, F. (2021). Youth in Europe: Effects of COVID-19 on their economic and social situation. 63.
- Lannert Judit (2021). Zárótanulmány az emberi erőforrás-szűkösségekről a magyar közoktatásban. T-Tudok Tudásmenedzsment és Oktatókutatató Központ Kft., Budapest.
- Maldonado J. and K. De Witte, (2020), The effect of school closures on standardised student test outcomes, KU Lueven De-partment of Economics Discussion Paper Series DPS20.17
- Marcotte, Dave E., and Steven W. Hemelt (2008): Unscheduled school closings and student performance. *Education Finance and Policy* 3, no. 3 (2008): 316-338.
- McKinsey (2021). COVID-19 and education: The lingering effects of unfinished learning (US)
- Molnár, G. & Csapó, B. (2019). A diagnosztikus mérési rendszer technológiai keretei: Az eDia online platform. *Iskolakultúra*, 29(4-5), 16-32.

- Molnár, G., Pásztor, A., Kiss, R., & Csapó, B. (2021). Az eDia online diagnosztikus értékelő rendszer: a személyre szóló fejlesztés alapvető eszköze. *Új Pedagógiai Szemle*, 71(09-10), 42-53.
- Molnár, G., Turcsányi-Szabó, M., & Kárpári, A. (2020). Digitális forradalom az oktatásban - perspektívák és dilemmák. *Magyar Tudomány*, (1), 56–67.
- OECD (2020): The impact of COVID-19 on student equity and inclusion: supporting vulnerable students during school closures and school re-openings. OECD Policy Brief, 37 o.
- OECD. (2021). Supporting young people’s mental health through the COVID-19 crisis. https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1094_1094452-vvnq8dqm9u&title=Supporting-young-people-s-mental-health-through-the-COVID-19-crisis&_ga=2.236017025.1279677299.1623673416-1595378193.1598879284
- Psacharopoulos G., V. Collis, H. Patrinos, and E. Vegas, (2020), Lost Wages. The COVID-19 Cost of School Closures, World Bank, <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34387/Lost-Wages-The-COVID-19-Cost-of-School-Closures.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Schoon, I., & Mann, A. (2020). School-to-work transitions during coronavirus: Lessons from the 2008 Global Financial Crisis. OECD Education and Skills Today. <https://oecd-edutoday.com/school-work-during-coronavirus-2008-global-financial-crisis/>
- Tsolou, O., Babalis, T., & Tsoli, K. (2021). The Impact of COVID-19 Pandemic on Education: Social Exclusion and Dropping out of School. *Creative Education*, 12(3), 529–544. <https://doi.org/10.4236/ce.2021.123036>
- UNESCO (2020). Don’t remediate, accelerate! Effective catch-up learning strategies – evidence from the United States
- UNESCO (2021). Recovering lost learning: What can be done quickly and at scale? Education Sector issue notes. Issue note no. 7.4 – June 2021.
- Wise, A. F. (2019). Learning Analytics: Using Data-informed Decision-Making to Improve Teaching and Learning. In: O. O. Adesope & A. G. Rud (Eds.), *Contemporary technologies in education* (pp. 119–144). Cham: Springer Nature. DOI: 10.1007/978-3-319-89680-9_7

4. A COVID-19-járvány munkaerőpiaci vonatkozásai

- Baert S Lippens L Moens E Sterkens P Weytjens J (2020b) The COVID-19 crisis and telework: a research survey on experiences, expectations and hopes. GLO Discussion Paper, No. 532, Global Labor Organization (GLO), Essen.
- Barrero, Jose Maria, Nicholas Bloom, and Steven J. Davis. (2021) Why working from home will stick. No. w28731. National Bureau of Economic Research

- Barrero, Jose Maria, Nicholas Bloom, Steven J. Davis, és Brent H. Meyer. (2021). „COVID-19 Is a Persistent Reallocation Shock.” *AEA Papers and Proceedings*, 111: 287-91
- BM (2021): Havi tájékoztatás a közfoglalkoztatásról. <https://kozfoglalkoztatatas.kormany.hu/havi-tajekoztatatas-a-kozfoglalkoztatatasrol>
- Boza István és Krekó Judit (2022a): Regisztrált munkanélküliség a járvány alatt, in: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet
- Boza István és Krekó Judit (2022b): Mi történik az álláskeresővel, miután nyilvántartásba vették őket?, in: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet
- Costa Dias, M., Joyce, R., Postel-Vinay, F. és Xu, X. (2020), The Challenges for Labour Market Policy during the COVID-19 Pandemic*. *Fiscal Studies*, 41: 371-382. <https://doi.org/10.1111/1475-5890.12233>
- Davies és szerzőtársai (2021): Davies NG, Barnard RC, Jarvis CI, Russell TW, Semple MG, Jit M Edmunds WJ; Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group; ISARIC4C investigators. Association of tiered restrictions and a second lockdown with COVID-19 deaths and hospital admissions in England: a modelling study. *Lancet Infect Dis.* 2021 Apr;21(4):482-492. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30984-1. Epub 2020 Dec 24. PMID: 33357518; PMCID: PMC7758181.
- Dingel, Jonathan I., and Brent Neiman. (2020). How many jobs can be done at home?. *Journal of Public Economics* 189 (2020): 104235.
- Drabancz, Áron István és El-Meouch, Nedim Márton és Lang, Péter (2021) A koronavírus-járvány miatt bevezetett jegybanki és állami hitelprogramok hatása a magyar foglalkoztatásra. *KÖZGAZDASÁGI SZEMLE*, 68 (9). pp. 930–965. ISSN 0023-4346
- EC (2013): Public works: how can PES contribute to increasing their value as an activation tool? European Commission, Employment, Social Affairs & Inclusion, MobilityLab. https://ec.europa.eu/social/main.jsp?advSearchKey=public+works&mode=advanced-Submit&catId=22&doc_submit=&policyArea=0&policyAreaSub=0&country=0&year=0
- Elsby, M. W., & Solon, G. (2019). How prevalent is downward rigidity in nominal wages? International evidence from payroll records and pay slips. *Journal of Economic Perspectives*, 33(3), 185-201.
- EY-ULI (2020): Future of Work. https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/es_es/topics/real-estate-hospitality-and-construction/ey-uli-fow-global-survey-2020-report.pdf
- Fazekas Károly, Varga Júlia (2004, szerk.): *Munkaerőpiaci Tükör 2014*, MTA Közgazdaságtudományi Intézet, Országos Foglalkoztatási Közalapítvány Budapest, 2004. http://www.econ.core.hu/file/download/mt_2004_hun/egyben.pdf

- Grigsby, J., Hurst, E., & Yildirmaz, A. (2021). Aggregate nominal wage adjustments: New evidence from administrative payroll data. *American Economic Review*, 111(2), 428–71.
- Hajdu Tamás, Hermann Zoltán Horn Dániel, Kertesi Gábor, Kézdi Gábor, Köllő János, Varga Júlia (2015): Az érettségi védelmében, *Budapesti Munkagazdaságtani Füzetek*, 2015/1. http://old.mta.hu/data/cikk/13/57/87/cikk_135787/Erettségi_vedelmeben_bwp1501.pdf
- Janovics László (2019) A magyar foglalkoztatási szolgálat jövője? *Munkaügyi Szemle* 62. évf. (2019) 2. szám <https://drive.google.com/file/d/1bUpzDxozstnc6D4m4oejM5gSv3XvNVyY/view>
- Konle-Seidl, Regina (2021) Strengthening minimum income protection in the EU, *European Parliament Briefing*, IPOL, Directorate-General for Internal Policies, Brussels.
- Koren, Miklós és Pető Rita (2021). Mely iparágakban és régiókban van lehetőség hosszú távon is távmunkára?. In: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (Eds.), *Munkaerőpiaci Tükör 2020*. (pp. 158–168). Közgazdasági és Régióanalízis Tudományi Kutatóközpont, ELKH Budapest 2021
- Koren, Miklós, and Rita Pető. (2020). Business disruptions from social distancing. *PLoS ONE* 15.9: e0239113. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239113>
- Köllő János (2022): A munkaerőpiac fő adatai, in: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet
- Köllő János (2022): Mérési problémák. in: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet
- Köllő János és Reizer Balázs (2021): A koronavírus-járvány első hullámának hatása a foglalkoztatásra és a vállalatok árbevételére. *Közgazdasági Szemle*, XVIII. évf., 2021. április (345–374. o.)
- Köllő János, Nyíró Zsanna, Tóth István János (2017): Az alapvető hiányindikátorok alakulása, in: Fazekas Károly, Köllő János (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2017*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet, 63–71.
- Köllő János, Oblath Gábor és Scharle Ágota (2022): Helyzetkép a válság előtt. in: Fazekas Károly, Kónya István, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet,
- Köllő, János (2020). Foglalkoztatás a koronavírus-járvány első hullámának idején. In: Fazekas Károly, Elek Péter, Hajdu Tamás (Eds.), *Munkaerőpiaci Tükör 2019*. (pp 220–232). Közgazdasági és Régióanalízis Tudományi Kutatóközpont, ELKH Budapest 2021

- Krekó Judit, Erős Hanna, Greskovics Bori, Hajnal Áron, Lawson Adrienn, Scharle Ágota (2022). A magyar adórendszer újraelosztási hatásai. Kutatási jelentés. Elérhető: http://www.budapestinstitute.eu/uploads/BI_adorendszer_ujraelo_hatas_2022.pdf Letöltés ideje: 2022.02.09
- L'Angiocola PD, Monti M. (2020): COVID-19: the critical balance between appropriate governmental restrictions and expected economic, psychological and social consequences in Italy. Are we going in the right direction?. *Acta Biomed.* 2020;91(2):35-38. Published 2020 May 11. doi:10.23750/abm.v91i2.9575
- Lena Anayi, Jose Maria Barrero, Nicholas Bloom, Philip Bunn, Steven Davis, Julia Leather, Brent Meyer, zyrto Oikonomou, Emil Mihaylov, Paul Mizen, Gregory Thwaites (2021): Labour market reallocation in the wake of Covid-19, *VoxEU.org*, 13 August.
- Magyarország számokban, 2019. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2020b. ISSN: 2063-0190. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mosz/mosz19.pdf>
- Magyarország számokban, 2020. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2021. ISSN: 2063-0190. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mosz/mosz20.pdf>
- Magyarország, 2019. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest 2020a. ISSN: 1416-2768. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo_2019.pdf
- McLaren, John and Su Wanf (2020): Effects of Reduced Workplace Presence on COVID-19 Deaths: An Instrumental-Variables Approach. NBER WORKING PAPER 28275. DOI 10.3386/w282750
- Melitz, M.J., Polanec, S., (2015). Dynamic Olley-Pakes productivity decomposition with entry and exit. *The RAND Journal of Economics* 46, 362–375. doi: 10.1111/ 1756-2171.12088.
- Milasi, Santo, Ignacio González-Vázquez, and Enrique Fernández-Macías. (2020). Telework in the EU before and after the covid-19: Where we were, where we head to. JRC Science for Policy Brief https://ec.europa.eu/jrc/sites/jrcsh/files/jrc120945_policy_brief_-_covid_and_telework_final.pdf
- Mongey, Simon, Laura Pilossoph, and Alexander Weinberg. „Which workers bear the burden of social distancing?.” *The Journal of Economic Inequality* 19.3 (2021): 509-526.
- Nyikos, Györgyi, Bettina Soha and Attila Béres (2021): Entrepreneurial resilience and firm performance during the COVID-19 crisis – Evidence from Hungary, *Regional Statistics*, Vol. 11. No. 3. 2021: 29–59; DOI: 10.15196/RS110307
- OECD (2020), „How COVID-19 could accelerate local labour market transitions”, in *Job Creation and Local Economic Development 2020: Rebuilding Better*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/a0361fec-en>.

- OECD (2021) Scaling up policies that connect people with jobs in the recovery from COVID-19. OECD, Paris. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/scaling-up-policies-that-connect-people-with-jobs-in-the-recovery-from-covid-19-a91d2087/>
- OxCGRT (2021): COVID-19 Government Response Tracker, Oxford University, Blavatnik School of Government. <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker>
- Röst és szerzőtársai (2020): Röst, Gergely, Ferenc A. Bartha, Norbert Bogya, Péter Boldog, Attila Dénes, Tamás Ferenci, Krisztina J. Horváth, Attila Juhász, Csilla Nagy, Tamás Teke-li, Zsolt Vizi and Beatrix Oroszi: Early Phase of the COVID-19 Outbreak in Hungary and Post-Lockdown Scenarios. *Viruses* 2020, 12(7), 708; <https://doi.org/10.3390/v12070708>
- Sebők Anna (2019): A KRTK Adatbank Kapcsolt Államigazgatási Paneladatbázisa. *Közgazdasági Szemle*, 66. évf. 11. sz. 1230–1236. o. <https://doi.org/10.18414/KSZ.2019.11.1230>.
- Stubnya Bence (2020): Magyarország bértámogatási programja volt a legszűkmar-kúbb az egész EU-ban. *G7*, 2021. március 11. <https://g7.hu/kozelet/20210311/magyar-orszag-bertamogatasi-programja-volt-a-legszukmarkubb-az-egesz-eu-ban/>
- Varga Júlia (2022): Nemzetközi és hazai intézkedések. in: Fazekas Károly, Kónya Ist-ván, Krekó Judit (szerk.), *Munkaerőpiaci Tükör 2021*, MTA Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont Közgazdaság-tudományi Intézet
- WorkLab Microsoft. „The Work Trend Index, 2021” <https://www.microsoft.com/en-us/worklab/work-trend-index/hybrid-work>