

Magyar Pszichofiziológiai és Egészséglélektani Társaság

Kopp Mária – Martos Tamás

**A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség
viszonya**

Készült a Jövő Nemzedékek Állampolgári Biztosának megbízásából
2011. január

Bevezetés

Egyre több adat és elméleti megfontolás szól amellett, hogy az életminőség változásai nincsenek lineáris és egyirányú kapcsolatban a gazdasági fejlődéssel, azaz nem igaz, hogy a gazdasági fejlődés szükségszerűen a jóllét és boldogság növekedését vonja maga után. Egyes mutatók a gazdasági növekedéssel együtt akár romolhatnak is, másfelől az életminőség több aspektusa előfeltétele lehet a gazdasági prosperitásnak.

Tanulmányunkban először elméleti áttekintést adunk az életminőséggel kapcsolatos legfontosabb összefüggésekről, majd a magyarországi gazdasági növekedés és az életminőség elmúlt 20 évben tapasztalt összefüggéseire vonatkozó adatokat mutatunk be. Munkacsoportunk 1988 óta nemzetközileg egyedülállóan széleskörű országos reprezentatív felmérések segítségével vizsgálta a magyar népesség életminőségét és annak változásait. A jelen tanulmányban saját adataink és nyilvánosan hozzáférhető nemzetközi felmérések adatait elemezzük. Végül javaslatot teszünk egy Nemzeti Összjóllét Index kialakítására, melynek rendszeres felméréssel monitorozni lehet a magyar társadalom életminőségét, és így ellenőrizni lehet, hogy a gazdasági fejlődés mértéke hosszú távon milyen viszonyban van az egyének és a társadalom egészének jóllétével.

1. Életminőség a modern társadalmakban

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os meghatározása szerint az egészség a teljes testi, lelki és társadalmi jól-lét és nem egyszerűen a betegségek vagy fogyatékoságok hiánya. Ez a megfogalmazás egyértelművé teszi, hogy *az egészségnek több dimenziója van, ezek a testi egészség, a lelki egészség és a társas, szociális, társadalmi egészség* (Pikó 1996; Pikó, 1999). Az egészségnek ez a dimenzionalitása jól tükrözi a biopszichoszociális szemléletet is.

Az életminőség fogalmának megjelenése a modern "jóléti" államok alapvető célkitűzéseként

Míg az emberiség génjei évezredekken át a vadászó-halászó, illetve földműves életformához alkalmazkodtak, ma génjeink igen nehezen tudnak megbirkózni az utóbbi évszázadban tapasztalt igen gyors, és elsősorban pszichológiai válaszokat igénylő kihívásokkal szinte teljes életforma váltással. A korai anya-gyermek kapcsolat megváltozása, a lakóhelyi és munkahelyi környezet urbanizálódása, a nagycsalád értékátadó szerepének jelentős gyengülése, a tömegtájékoztatás norma és értékközvetítő szerepének előtérbe kerülése az emberi adaptációs képességeket rendkívül súlyos, és korábban nem tapasztalt szakítópróbának teszik ki, ami az adaptáció zavaraiából származó egyensúlyvesztés pszichológiai és élettani következményeit eredményezi (Nesse, 2004).

Ezeknek a felismeréseknek a hatására fogalmazták újra a társadalom alapvető céljait mind az USA-ban, mind Nyugat Európában azzal, hogy *a fejlődés célja nem a mindenáron való gazdasági növekedés, hanem az emberek jól-létének, életminőségének javítása* (Berger-Smitt, Noll, 2000). Ez a felismerés igen jelentős fordulatot jelez, annak felismerését, hogy a

társadalmi fejlődés központjában az embernek kellene állnia, az emberi személyiség fejlődésének támogatásának, és ne a gazdasági erők játékszere legyen a fejlődés. Míg a fizika, orvostudomány, biológia felismeréseit már sok szempontból sikerült az ember szolgálatába állítanunk, a társadalomtudományi kutatás a korábbiakban alapvetően a jelenségek leírására korlátozódott. Így alakulhatott ki, hogy az emberiség "kísérleti állattá" vált egy világméretű laboratóriumban, ahol a játékszabályokat a gazdasági, fogyasztói érdekek mozgatják és nem az ember alapvető érdekei.

A nyugati államokban a deklarációk szintjén az 1960-as évektől megjelent az életminőség javításának célkitűzése, amit többen Johnson elnök 1964-es, az elnöki kampányban tett kijelentésétől eredeztetnek, amely szerint "*Céljaink elérését nem mérhetjük bankszámlánk nagyságával, csak az emberek életminőségének javulásával.*" (Nordenfelt, 1993). Ez a célkitűzés azóta a jóléti államok alapvető jelszavává vált, ami elsősorban a kutatókra gyakorolt jelentős hatást. Egymással szinte párhuzamosan indult meg az "életminőség", az ebben a formában új fogalom kutatása a szociológia, pszichológia és az orvostudomány területén.

A leggyakrabban alkalmazott **szociológiai** életminőség kutatás az egyes országok, régiók, társadalmi rétegek életminőségét vizsgálja. Erre a célra igen jelentős nemzetközi központokat hoztak létre, amelyek azonos módszerekkel elemzik az egyes országok életminőségét, és elsősorban ennek összefüggéseit az értékekkel, anómiával, az utóbbi évtizedekben az ún. társadalmi tőke jellemzőivel. (Berger-Smitt, Noll, 2000, Helliwell, Putnam, 2004) Ezek a vizsgálatok, mivel igen széleskörű populációs felméréseken alapulnak, viszonylag igen rövid, az élettel való elégedettségre, boldogságra vonatkozó kérdésekkel vizsgálják az életminőséget és gyakorlatilag azonosítják a szubjektív jól-lét fogalmával. Ilyen folyamatos, rendszeres időközönként ismétlődő vizsgálatok a "*General Social Survey*" az Egyesült Államokban, az *Eurobarométer* (<http://www.eurobarometer.eu>) az Európai Unióban.

A **pszichológiai életminőség vizsgálatok** a már jól bevált és széles körben alkalmazott pszichológia kérdőíveket alkalmazzák az életminőség vizsgálatára, és mélyebb, részletesebben kidolgozott modelleket tesztelnek, jellemzően kisebb létszámú vizsgálati mintákon. Az életminőség pszichológiai vizsgálatának háttere az ún. pozitív pszichológiai irányzat, amelynek megalapozói Martin Seligman, Csikszentmihályi Mihály, Ed Diener. (Diener és mtai, 1999, Seligman, 2002, 2004, Csikszentmihályi, 1997) Az irányzat szakít a korábbi negatív, elsősorban a pszichopathológia vizsgálatára koncentráló szemlélettel és az emberi psziché erősségeinek feltérképezését, törvényszerűségeink vizsgálatát tartja alapvetőnek. Így tehát a tünetek és panaszok helyett az életminőség, a pozitív életminőség fogalma középpontba került.

Az egészségi állapot, és az egészségi állapot önbecslése, mint életminőség mutató

Az utóbbi években számos vizsgálat bizonyította, hogy az ún. "self-rated health", azaz az egészségi állapot önértékelése, a szubjektív egészség-érzet nagyon jó markere az objektív egészségi állapotnak (Winter, Lawton, Langston, Ruckdeschel & Sando, 2007), igazolódott továbbá, hogy a halálozás legmegbízhatóbb előrejelzője; megbízhatóbb, mint a ma használatos szűrővizsgálati eljárások (Idler és Benyamini, 1997).

A lelki egészség, mint a jóllét, pozitív életminőség alapja

A legújabb WHO 2010 meghatározás szerint a lelki (mentális) egészség a jóllét állapota, melyben a személy megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet átlagos stresszeivel, produktívan és eredményesen képes dolgozni és hozzájárulni a közösség működéséhez. Ezzel összhangban Seligman (2002) "*Authentic happiness*" című kötete három szintjét különíti el az életminőségnek, amelyet a boldogsággal azonosít. A boldogság (és boldogságkeresés) három szintje azonban igen eltérő mértékben van kapcsolatban a valódi jólléttel, pozitív életminőséggel. A három szint a következő:

A „Nemzeti összjóllét”, életminőség legtümörebb mutatója a boldogság mérésén alapulhat.

1. Fogyasztói boldogság ideál- minél több élvezet keresése
2. Bevonódás, flow állapot- Csikszentmihály Mihály
3. Az élet értelmének keresése- Aristoteles féle boldogság meghatározás

Az első szint a "pleasure", gyönyör, *élvezet szintje*, a hedonikus boldogság- elképzelés célkitűzése. Bár ez a szint is igen fontos a testi-lelki egyensúly fenntartásához, de ez önmagában még csupán az ösztönös késztetések szintjének felel meg. A modern társadalom igen gyakran egyedül ennek a szintnek az elérését tekinti boldogságnak, ez magyarázza a drog, alkohol átmeneti csúcsményt, kellemes élményeket előidőző használatának járványszerű terjedését a modern társadalmakban, főleg a fiatalok között. Ez a boldogság azonban nem felel meg az ember valódi lényének, nem a személyiség érettségének, hanem regressziójának az állapota.

A boldogság *második szintje a bevonódás*, elkötelezettség, amikor az ember teljesen feloldódik, a legmagasabb szintű élményt éli át egy feladat teljesítése közben. Ezt az optimális élményt nevezi Csikszentmihályi *flow élménynek*, áramlatnak (Csikszentmihályi, 1997), és kimutatta, hogy *ez a titka az eredményes tanulásnak, hatékony teljesítménynek*.

A boldogság *harmadik szintje az értelmes élet*, az élet értelmének keresése, ez felel meg az Aristoteles féle *eudemion*-nak, valódi boldogságnak, ami nem élmény, nem állapot, hanem aktivitás. A boldogságnak ezt a szintjét az önfogadás, életcélok, a személyes növekedés, a másokkal való pozitív kapcsolatok és az autonómia jellemzik. Míg a hedonista boldogság élmény nem áll kimutatható kapcsolatban az egészségi állapottal, az élet értelmével jellemezhető boldogság nemtől, életkortól és szociális helyzettől függetlenül lényegesen jobb egészségi mutatókkal jár együtt. (Ryff és mtsai, 2004)

A lelki egészség zavarai, mint az életminőség indikátorai

A pozitív életminőség tehát nem azonosítható a testi vagy lelki zavarok hiányával, azonban ezek mértékének növekedése, gyakoribb előfordulásuk szintén fontos jelzés az egyének és társadalmak megküzdőképességének, mentális és szociális erőforrásainak kimerüléséről. A lelki egészség zavarai, elsősorban a szorongás és következményei, valamint a depressziós

tünetegyüttes, mint a tartós stressz lelkiállapota számos negatív társadalmi jelenség mögött felfedezhető, például a gyermekvállalás csökkenésének, vagy az idő előtti halálozásnak alapvető háttértényezői.

A társas jóllét: a társadalmi tőke jelentősége az életminőség szempontjából

Az utóbbi évtizedekben vált a szociológiai, közgazdasági irodalom egyik központi fogalmává a társadalmi tőke. Az alapvető elméleti háttér az a megállapítás, hogy a bizalmon és együttműködésen alapuló emberi kapcsolatok hálózata jelentős társadalmi erőforrás és az emberi jóllét, boldogság lényegi összetevője. Egyértelmű igen szoros kétirányú kapcsolat mutatható ki a társadalmi tőke és a gazdasági fejlettség, gazdasági tőke között is. A társadalmi tőke meghatározásának négy fő megközelítése van, az antropológiai, a szociológiai, a közgazdasági és a politológiai (Skrabski, 2003).

Az **antropológiai** megközelítés alapja az a megállapítás, hogy az együttműködés, közösség és bizalom az ember alapvető szükséglete. A modern, posztmodern társadalomban újra kell fogalmazni a közösség, együttműködés jelentőségét és formáit. Például Fukuyama (1999) részletesen elemzi a társadalmi tőke biológiai és pszichológiai gyökereit, amelyek az emberi természet lényegéhez tartoznak.

A **szociológiai** megközelítés a társadalmi normák és az emberi motiváció jelenségeköréből indul ki. Ebből a szempontból írja le a bizalom, kölcsönösség és a közösségi hálózatok jelentőségét. A társadalmi tőke vizsgálatának gyökerei visszanyúlnak Emile Durkheim és Max Weber munkásságához. Magyarországon Andorka Rudolf (1991,1992,1996) alapvető tanulmányai nyomán Skrabski Árpád elemezte részletesen a társadalmi tőke és az egészségi állapot, életminőség összefüggéseit (Skrabski 2003).

A **közgazdasági** megközelítés azt hangsúlyozza, hogy az együttműködés, bizalom igen jelentős közgazdasági tényező, a gazdasági hatékonyság szempontjából alapvető (Akerlof, Schiller, 2009, Hunyady és Székely, 2003).

A **politikai tudományok** területén elsősorban azt emelik ki, hogy a társadalmi tőke erősítése alapvető a demokrácia megerősödése, a társadalmi szolidaritás és a fenntartható fejlődés megalapozásában. Itt hivatkozhatunk a társadalmi tőke kutatásban meghatározó két szerző, Robert Putnam (1993, 2000) és Frances Fukuyama (1995, 1999) alapvető munkásságára.

A társadalmi tőke nem az egyén tulajdona, hanem egy társadalmi csoport, közösség, vagy társadalom jellemzője. Olyan „közjó”-nak tekinthető, amellyel egy közösség bizonyos, meghatározott mértékben rendelkezik. Ugyanakkor a társadalmi tőke jellemzői a közösséghez tartozó egyének szintjén is vizsgálhatóak. A legtöbb meghatározás a bizalmat tekinti alapvetőnek a társadalmi tőke szempontjából. Általában a másokba vetett bizalom fontosságát szokták kiemelni, de legalább ilyen fontos az is, hogy az emberek mennyire tartják saját magukat megbízhatónak, bizalomra méltónak.

A társadalmi tőke és az életminőség kapcsolata

A svéd társadalom sok tekintetben a legegészségesebb Európában, mind a politikai, mind a társadalmi (horizontális) bizalom rendkívül magas, a svéd parlamentbe vetett bizalom kor, származási ország, végzettség, gazdasági stressz és társadalmi bizalom szerinti korrigálás után

a férfiak esetében 1.6-szor, a nők esetében 1.7-szer jobb lelki egészséggel jár együtt (Lindstrom és Mohseni, 2009). Magyarországon viszont a politikai bizalom az egyik legalacsonyabb volt 2009-ben Európában: a Parlamentbe vetett bizalom 2,2 volt a 0-10-ig terjedő skálán. A bizalmatlanság rendkívül rossz lelki egészséggel jár együtt: az alacsony bizalommal jellemezhető nők 3,02-szer, a férfiak 4,36-szor nagyobb valószínűséggel depressziósak.

Az életminőség spirituális dimenziója, élet értelme, koherencia

Az utóbbi időben egyre több figyelem fordul a hit, a vallás illetve a spiritualitás tudományos vizsgálatára. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a vallási közösséghez tartozás, illetve a vallásosság pozitív, személyes elkötelezettségen alapuló formái jelentős egészségi védőfaktort jelentenek (Oman és Thoresen, 2003; Chatters, 2000; Kark és mtsai, 1996; Fabriga, 2002, Kopp és mtsai, 2004a, Pikó, 2003b, Martos és Kézdy, 2008). Különösen jelentősek azok a prospektív vizsgálatok, amelyek több mint 20 ezer amerikai nyolc éves követése alapján megállapították, hogy a vallásgyakorlás várható élettartamra gyakorolt hatása erősebb, mint a nemi vagy a fehér-fekete különbség (McCullough és mtsai, 2000). A WHO újabb életminőség meghatározása ezért már a spiritualitás dimenzióját is magában foglalja (Kuyken és Orley, 1995). Fontos azonban, hogy a spiritualitás, a hit, a vallás szerepe ne egyszerűen mint egyfajta 'gyógymód' térjen vissza a gondolkozásba, hanem az a szemlélet kapjon újra polgárjogot, hogy az *ember nem csupán mechanikus tárgy, biológiai objektum, hanem a személyt kulturális és spirituális teljességében kell látnunk* (Kopp és Pikó, 2001).

A legújabb tanulmányok kiemelik azokat a vallási-kulturális erőforrásokat is, amelyek alapvetőek az egyén és a közösség megbirkózási készségeinek erősítésében, a leszakadó rétegekkel kapcsolatban olyan sokat emlegetett 'empowerment' erősítésében (Oman és Thoresen, 2003). A globális fogyasztói kultúrával szemben a vallás, a spiritualitás a közösségiség, az egyéni léten túlmutató pozitív célok lehetőségeit kínálják. A vallásokban megfogalmazott erkölcsi elvek alátámasztják a pozitív életminőség alapját képező önazonosságot, a nem anyagi érdekekkel összefüggő önértékelést, az értelmes társadalmi szerepeket és a segítő kapcsolatok értékelését (Maton és Wells, 1995). Robert Putnam szerint a mai amerikai társadalomban a vallási csoportok jelentik az ún. társadalmi tőke legfontosabb alapját (Putnam, 1993; 2000).

Az életminőséget meghatározó tényezők

Az életminőség leíró kategóriái mellett fontos számításba vennünk azokat a tényezőket, melyek a kutatások szerint befolyást gyakorolnak az életminőség alakulására mind egyéni, mind közösségi szinten. A rendszerszemléletű (bio-pszicho-szociális) megközelítésben a személy saját jóllétének aktív alakítója, de nem független biológiai örökségtől és attól a környezettől sem, melyben felnövekszik és melyben él. Az egyén életminősége annak a kölcsönhatásnak a függvénye, hogy milyen módon váltja ki, illetve dolgozza fel életeseményeit és életkörülményeinek változását. Az alábbiakban felsorolunk néhány olyan személyes tényezőt, mely

Személyes hatékonyság: Az életminőség egyik legfontosabb előrejelzője egyéni szinten a személyes hatékonyság érzete (Schwarzer, 1993; Kopp, 1993). A személyes hatékonyság azt a meggyőződést jellemzi, hogy általában mennyire érezzük úgy, hogy

tudjuk kezelni a nehéz élethelyzeteket. A kontrollvesztettség érzése szélsőséges állapotban a tanult tehetetlenség állapotához vezethet, melynek a depressziós tünetegyüttes az egyik megjelenési formája (Balog és Purebl 2008).

Koherencia-érzés: A koherencia-érzés, vagyis a személynek az a hite, hogy a világ értelmes, megismerhető és befolyásolható (Antonovsky, 1993), szintén fontos szerepet játszik a az életminőség fenntartásában nehéz, vagy ellentmondásos körülmények között is .

Személyes célok és önszabályozás: A testi és lelki egészség fenntartásának folyamatában kitüntetett szerepe lehet a célok által vezérelt önszabályozásnak. A boldogság és szubjektív jóllét állapota összefügg a megfelelő célok kitűzésével, megvalósításával (Brunstein és mtsai 2007, Little, Salmela-Aro és Phillips 2007).

Együttműködés: Az együttműködő, barátságos személyiség a konstruktív társas életvezetés egyik fontos feltétele. Ellentéte, az ellenségesség viszont rombolja a támogató kapcsolatok szövetét, másrészt az egyénnek is közvetlenül árt, hiszen kimutatták, hogy az ellenséges beállítódás a kardiovaszkuláris megbetegedések egyik rizikófaktora (ld. pl. Niaura, Todaro és mtsai 2002).

Megküzdés: A mindennapi stressz, a negatív érzelmek megfelelő szabályozása, intenzitásuk csökkentésének képessége

Aktivitás: A kezdeményező, aktív személyiség (extraverzió) a jóllét egyik fontos korrelátuma (Schimmack, Oishi, Furr, és Funder, 2004).

Mi magyarázza az egyes országok közötti boldogság különbségeket?

Az 1999-ben végzett World Value Survey eredményei szerint 50 ország adatai alapján az boldogság országok közötti különbségeinek 80 %-át, az öngyilkossági ráta különbségeinek 57 %-át magyarázza az alábbi hat tényező:

1. a válások alacsonyabb aránya- tehát a társas kapcsolatok minősége
2. az alacsonyabb munkanélküliségi arány- a munkahely biztonsága
3. a bizalom magasabb szintje
4. a civil szervezetekben való gyakoribb részvétel
5. a kormányzat jobb észlelt minősége
6. a hívők magasabb aránya

Más elemzések az autonómia és a közösségiség értékeinek fontosságára hívják fel a figyelmet. Kimutatták például, hogy azok az országok, melyekben az igazságosság és egyenlőség orientációja dominál a hierarchikus és egyenlőtlenül megosztott erőforrások értékei felett, magasabb az étellel való elégedettség és a várható élettartam is – a GDP nemzeti szintjére való kontrollálás után is (Downie, Koestner és Chua, 2007). Érdeemes kiemelni, hogy elsősorban kulturális és kapcsolati (nem-anyagi) természetű jellemzők határozzák meg a boldogság és jóllét országok közötti különbségeit.

Az életminőség mérése

Az életminőség mérése jellemzően a vizsgálati személyek megkérdezésével, becslőkálák illetve pszichológiai kérdőívek segítségével történik. Az erre a célra alkalmas eszközök nagy számban állnak rendelkezésre magyar nyelven is, számos kutatásban igazolták már ezek alkalmazhatóságát. Jelen tanulmány módszertani részében (2. fejezet) , illetve a Nemzeti Összjólét mérésére tett javaslatunkban (3. fejezet) röviden bemutatunk néhány ilyen eljárást.

Gazdasági növekedés és életminőség: egyéni és társadalmi perspektívák

Egyéni gazdagság és jóllét/boldogság

Számos vizsgálat eredménye szól amellett, hogy az anyagi helyzet, illetve a társadalmi státusz összefüggésben van mind a testi, mind lelki egészséggel. A magasabb jövedelműek, illetve a társadalmi értelemben magasabb pozíciókat betöltő személyek és társadalmi csoportok elégedettebbek, boldogabbnak érzik magukat és egészségi mutatóik is jobbak (Diener és Biswas-Diener 2002, Headey, Muffels és Wooden 2008, Marmot 2005). Magyar eredmények is megerősítik ezt az összefüggést (Kopp és mtsai 2004b, Kopp, Skrabski és Szedmak 2000). A státusz/anyagi helyzet kapcsolata azonban nem lineáris: az anyagi jólét egy alacsony küszöbének elérése után a nagyobb gazdagság már alig jár együtt a jóllét, boldogság és elégedettség növekedésével. Azt is kimutatták továbbá, hogy társadalmi szinten nem annyira a gazdagság abszolút értéke az előrejelző tényező, hanem az egyenlőtlenség mértéke, azaz a relatív távolság (pozícióban vagy jövedelmekben) a társadalom alsó és a felső rétegei között (Mackenbach, Stirbu és mtsai 2008). Végül az egyenlőtlenségek szempontjából fontosnak tűnik a szubjektív percepció, vagyis az, hogy a személy milyen mértékű egyenlőtlenséget *érez*. A kiszolgáltatottság és a döntési lehetőségekből való részesedés megvonása ezek szerint ugyanolyan deprivált helyzet, mintha valaki az anyagi lehetőségeit másokéval összehasonlítva látja magát jelentős hátrányban. A magyar társadalom rétegződését vizsgálva kimutatható volt, hogy a hátrányos szociális helyzet nem önmagában veszélyeztető tényező, hanem azáltal, hogy sokkal valószínűbben jár együtt a lemaradás szubjektív élményével (Kopp és Skrabski 1995, Kopp, Csoboth és Rethelyi 2004, Kopp, Skrabski és Szedmak 2000). Egy újabb elemzésben pedig azt találtuk, hogy a jóllét előrejelzésében – egyéb jellemzők mellett – nem a tényleges jövedelem játszott szerepet, hanem a szubjektív, a személy saját értékelése szerint értelmezett anyagi helyzet (Martos és Kopp, 2011).

Fejlettség és jóllét

A GDP „tündöklése” és „bukása”

A XX. század során a gazdasági, ipari, anyagi fejlődés soha nem látott eredményeket ért el, és ma már olyan anyagi helyzetet tesz lehetővé az un. "fejlett" társadalmak többsége számára, ami korábban elképzelhetetlen lett volna. Emögött az a feltételezés húzódik meg, hogy a fokozódó "jólét" egyúttal a "jól-lét", well-being jelentős javulásával fog együtt járni.

A nemzetgazdaság egy bizonyos jóléti szintjéig valóban javult az emberek "jól-léte", elégedettsége, azonban afölött már egyáltalán nem javult sem az Amerikai Egyesült Államokban, sem Nyugat-Európában. Az utóbbi évtizedekben az adaptáció zavarai eredő mentális tünetek és panaszok a civilizált világ országaiban egyre gyakoribbá váltak, és ez az életminőség rosszabbodását tükrözi, főleg a társadalom viszonylag rosszabb helyzetű rétegeiben. (Pikó, 2002). Gregg Easterbrook több könyvében, például a fejlődési paradoxon "*The Progress Paradox*" (2003) című kötetben, elemzi igen szellemesen azt a jelenséget, hogy miközben az életfeltételek folyamatosan javulnak a nyugati társadalmakban, az emberek jelentős része egyre rosszabbul érzi magát. Kína újabb fejlődésének példája még kijózanítóbb: a gazdaság bővülése mellett a boldogság csökkenése következett be, vélhetőleg azért, mert a bővülés kielezte a társadalmon belül különbségeket (Brockmann, Delhey, Welzel, Yuan, 2011). Ezek a jelenségek arra mutatnak rá, hogy a nemzeti össztermék, a GDP önmagában nem alkalmas egy társadalom jól-létének, életminőségének jellemzésére.

A GDP és életminőség/boldogság összefüggésének elméleti modelljei

Több tekintélyes szerző arra is felhívja a figyelmet, hogy az egyéni és társadalmi jóllét növekedése inkább feltétele a gazdasági fejlődésnek, mint következménye. Fukuyama (1997) szerint a gazdasági fejlődés szorosan összefügg a társadalmi tőkének is nevezhető bizalommal, amely megalapozza nemcsak a gazdasági társulások hatékonyságát, hanem a minőségi életet is. George Akerlof, a Berkeley egyetem Nobel-díjas (2001) közgazdaságtan professzora újonnan megjelent könyvében „Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism” (2009) amelyet a Yale egyetem professzorával, Robert Schillerrel közösen írt azt bizonyítja, hogy a közgazdasági folyamatok megértéséhez alapvető a társadalomban zajló pszichés folyamatok megértése. Például az optimizmus-pesszimizmus érzetének társadalmi hullámmozgása meghatározza a gazdasági fejlődés mutatóit, ennek hátterében azonban a legfontosabb tényező ismét a bizalom, az ún. társadalmitőke megléte vagy hiánya. Pszichológiai szempontból kiemelten fontosnak tartják a foglalkoztatottság ill a munkanélküliség szintjét, ez a mutató a társadalom lelkiállapotának egyik legfontosabb befolyásoló tényezője- a teljes foglalkoztatottság elérését alapvető célnak tekintik mind a gazdasági fejlődés, mind a társadalom jólléte, életminősége szempontjából. A közgazdaságtan legújabb elméletei, mint a később részletesen elemzett, Daniel Kahneman Nobel díjas által végzett boldogság kutatás rámutat arra, hogy bár szoros összefüggés van egy-egy ország gazdasági növekedése és életminősége között, az életminőség mutató, az ún. jóllét, wellbeing az elsődlegesek, és a gazdasági fejlődés ennek következménye. Ezért van szükség arra, hogy a gazdasági fejlődés mutatóinak változásait vizsgáljuk az életminőség tükrében és nem fordítva.

Életminőség Magyarországon: a nemzetközi összehasonlító vizsgálatok néhány adata

2009-ben a Gallup által végzett felmérés szerint a világ 120 országa közül Zimbabwe, Haiti és Burundi után (34,6 – 40,3 %) Magyarországon volt a legmagasabb azoknak az aránya, akik az életminőségüket rossznak minősítették és azt gondolták, hogy a következő 5 évben is ilyen marad (34 %) (Gallup World Poll, 2009). Az objektív egészségi mutatók szerint is rossz a helyzet nálunk, ami szorosan összefügg a szubjektív életminőséggel. A 15-60 éves korosztályban a férfiak halálozási aránya nálunk 25 %, minden nyugat-európai országban 10 % alatt, a cseheknel 15 %, a szlovákok, lengyelek, de a bolgárok és románok

arányai is jobbak a mienknél, csak Ukrajnában, Oroszországban és a Baltikumban rosszabb az idő előtti halálozási arány (OECD 2009)

Ugyanakkor az ún. Objektív Nemzetközi Életminőség-felmérés (www1.internationalliving.com) alapján, mely nem az emberek megkérdezésén, hanem 9 objektív mutatón alapul, Magyarország a 20. helyen áll a világ országai között, (Anglia, Csehország, Svédország előtt), mert az egyre fontosabb időjárási mutatók, a környezetszennyezés és a szabadidő eltöltésének lehetőségei szerint viszonylag jó a helyzetünk. Ugyanakkor a gazdasági helyzetünket igen rossznak minősítik. A Világbank 2008-as jelentése szerint az egy főre jutó GDP alapján Magyarország a világon a 41. helyen állt, az ENSZ 2009-es jelentése szerint Magyarország a Humán Fejlettségi Index rangsorban a világon a 43., a belga Legatum Institute 2009-es felmérése alapján 79 objektív és szubjektív életminőség mutató egyesített figyelembevételével Magyarország a jóléti rangsorban 104 ország közül a 27. helyen áll.

A magyar népesség életminősége a rendszerváltás óta

A Magatartástudományi Intézetben 1988 óta nagyléptékű, több ezres mintaelemszámú felmérésekben vizsgáljuk a magyar társadalom lelki egészségi mutatóit (Kopp 2008, Kopp és Kovács 2006, Kopp és Skrabski 1992). Az adatfelvételek sorozata egy olyan időszakot ölel fel, amikor a magyar társadalom egy jelentős mértékű gazdasági-társadalmi változást élt át („rendszerváltás”). A kutatások során így tehát „in vivo” lehetett megfigyelni azt, hogy a társadalom lelki- és egészségi állapotát hogyan befolyásolja egy tőle lényegében függetlenül bekövetkező, de rá jelentős hatást gyakoroló társadalmi méretű változás, illetve mely tényezők azok, amelyek védeltséget biztosíthatnak a változások okozta stressz hatásai ellen. Az alábbiakban kiemelünk néhány fontosabb összefüggést, és a kutatási részben is bemutatunk további, jelen tanulmány számára elvégzett elemzéseket.

A Hungarostudy 2002 felmérés alapján a magyar népesség 72 % mondta boldognak magát, a férfiak 75 %-a, a nők 69 %-a., a 40 évnél fiatalabbak között a nők tartották magukat boldogabbnak, a 40-69 éves korosztályban a nők sokkal kevésbé voltak boldogok, mint az azonos korú férfiak. A legboldogabbak a tanulók (91 %) és a GYES/GYED-en lévő édesanyák (86 %), majd a közalkalmazottak (82 %), vállalkozók (80 %), alkalmazottak (79%), alkalmi munkások (70%), munkanélküliek (70%), háztartásbeliek (67%), nyugdíjasok (62 %), eltartottak (59%), a rokkantnyugdíjasok közül csak 49% mondta boldognak magát. Ez arra mutat, hogy igen nagyok a társadalmon belüli életminőség különbségek, ami önmagában igen jelentős mutatója egy társadalom jóllétének. Pl a skandináv országokban igen kicsik ezek az eltérések, míg nálunk különösen nagyok a társadalmon belüli különbségek. Akik nagymértékben befolyásolni tudják, ami a munkahelyükön történik, 83%-ban mondták boldognak magukat, akik egyáltalán nem, azok csak 65 %-ban. A társas támogatás valamennyi formája igen szignifikáns kapcsolatban áll a boldogsággal. A társadalmi bizalmatlanság, a cinizmus és az anómiás lelkiállapot a boldogtalanság fontos előrejelzője, a boldogság fontos meghatározója az élet értelmébe vetett hit, valamint az önhatékonyság, kompetenciaérzés.

A Hungarostudy Epidemiológiai Panel 2006-os felmérése további magyarázó tényezőket vezetett be. Így például igazolódott, hogy az *életcélok értékorientációja*, mint a jövővel kapcsolatos irányultság egy fontos jellemzője jelentős magyarázó erővel bír a szubjektív

jóllét, valamint az élet értelmességének tapasztalata szempontjából (Martos és Kopp, 2011). Nemtől, életkortól, képzettségtől, objektív és szubjektív anyagi helyzettől, vallásosságtól és egészségi állapottól függetlenül az ún. *intrinzik életcélok* (belső fejlődés, kapcsolatok, közösségi elkötelezettség) fontossága pozitív, míg az *anyagias, extrinzik életcélok* (gazdagság, hírnév és jó megjelenés) fontossága negatív módon kapcsolódott az életminőség mutatóihoz.

2. A GDP és az életminőség legfontosabb trendjei Mo-on, 1990-2010

Módszertan

Az elemzés elkészítéséhez több nagymintás, reprezentatív felmérés adatbázisát használtuk fel, részben Kopp Mária vezetésével végzett felmérések eredményeit, részben pedig nyilvánosan elérhető, internetről letölthető adatbázisokat. A felhasznált adatbázisok a következők:

Hungarostudy 1995

A Magatartástudományi Intézet felmérése (vezető kutató Dr. Kopp Mária). Teljes esetszám 12.600 fő, a magyar 18 évnél idősebb népességet életkor, nem és kistérségek szerint képviselte.

Hungarostudy Egészség Panel 2002-2006

A Magatartástudományi Intézet felmérése (vezető kutató Dr. Kopp Mária). Teljes esetszám 2002-ben 12.600 fő, a magyar 18 évnél idősebb népességet életkor, nem és kistérségek szerint képviselte, 2006-ban 4689 fő. A 2006-os adatok esetkövetéssel készültek, az itt szereplő személyek megtalálhatók a 2002-es adatbázisban is. Ez a felmérés is reprezentatív életkor és nem szerint a 22 évesnél idősebb népességre.

European Values Study (EVS, <http://www.europeanvaluesstudy.eu/>)

Európa és a világ számos országában elvégzett érték- és életmódfelmérés, melyet 1991-ben, 1998-ban 1999-ben és 2008-ban Magyarországon is felvettek.

- o *European and World Values Surveys four-wave integrated data file, 1981-2004, v.20060423, 2006. Surveys designed and executed by the European Values Study Group and World Values Survey Association. File Producers: ASEP/JDS, Madrid, Spain and Tilburg University, Tilburg, the Netherlands. File Distributors: ASEP/JDS and GESIS, Cologne, Germany.*

European Social Survey (ESS, <http://www.europeansocialsurvey.org/index.php>)

Európa számos országában elvégzett érték- és életmódfelmérés, melyet 2002-ben, 2005-ben és 2009-ben Magyarországon is felvettek.

- o ESS Round 1: European Social Survey Round 1 Data (2002). Data file edition 6.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.
- o ESS Round 2: European Social Survey Round 2 Data (2004). Data file edition 3.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.
- o ESS Round 3: European Social Survey Round 3 Data (2006). Data file edition 3.2. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.

- o ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data (2008). Data file edition 3.0. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.

International Social Survey Program (ISSP, <http://www.issp.org/>)

Évente változó témákban elvégzett nemzetközi összehasonlító felmérés, melynek 2001-es felmérési szakaszában (Social Networks II) Magyarországra vonatkozó társas támogatás és boldogság-adatok is találhatóak.

- o International Social Survey Programme 2001: Social Networks II (ISSP 2001)

A hazai gazdasági növekedésre vonatkozó statisztikai adatok a Központi Statisztikai Hivatal nyilvános honlapjáról származnak (www.ksh.hu). A GDP esetében az 1990. évi adatokhoz viszonyított volumenindexet vettük alapul, mivel ez fejezi ki a GDP reálértéken, azaz az infláció beszámításával számított változását egy adott bázisévhez (esetünkben 1990-hez) viszonyítva.

Az egyes adatbázisokból elemzett jellemzőket összefoglalóan az 1. táblázatban mutatjuk be.

1. Táblázat: az idősoros elemzésben felhasznált változók

Jellemző	Adatbázisok	Megjegyzés
GDP volumenindex	KSH	
Szubjektív egészségi állapot (Self-rated health)	HungaroStudy 1995, 2002, 2006, EVS, ESS	5 fokú skálán
Boldogság	HungaroStudy 2002, 2006, EVS, ESS, ISSP	5 illetve 10 fokú skálákon, a skálák illesztésével
Bizalom („A legtöbb ember megbízható” állítás választóinak aránya %-ban)	EVS, ESS	Az ESS adatai kétfokú választási lehetőségre átkódolva az EVS-2008 és az ESS-2009 illesztése alapján
Beck Depresszió Kérdőív (rövidített változat)	Hungarostudy 1995, 2002, 2006	
Társas támogatás (rokon, barát, munkatárs, szomszéd)	Hungarostudy 1995, 2002, 2006	

Az adatok feldolgozásának módja

Az egyes jellemzők esetében külön számoltunk a férfiak és a nők válaszaival. Amennyiben legalább 4-fokú skálát használt a felmérés, a minta karakterisztikus értékének a mintaátlagot tekintettük, és ezzel kalkuláltunk a továbbiakban. Ugyanígy a mintaátlagokkal dolgoztunk skálák esetében is (BDI, társas támogatás).

Két fokú válaszadási lehetőség esetén (ilyen volt az EVS felmérésekben a bizalomra vonatkozó kérdés) a bizalomra vonatkozó válaszlehetőség százalékos megjelenésének arányát kalkuláltuk, majd ezt az adatot elemeztük tovább.

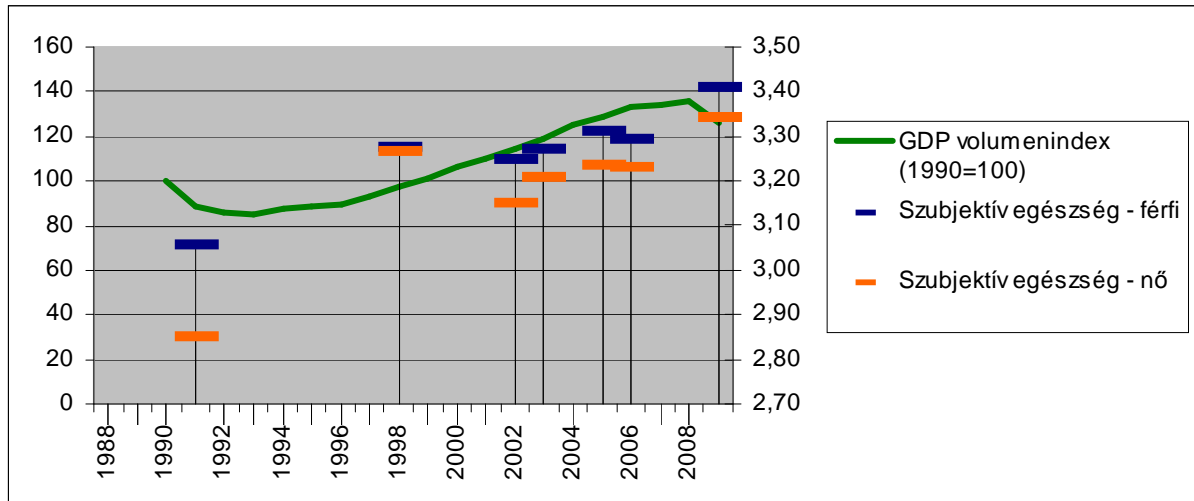
Az életkor kezelése: Az elemzésbe bevont minták átlagéletkora összességében hasonló volt (férfiak 43,7-től 49,6 év, nők 46,4-től 52,9 év). Mivel azonban olyan jellemzőket elemeztünk, melyek az életkor szerint változnak (ez különösen nyilvánvaló pl. az egészségi állapot önbecslése, vagy a depresszivitás mértéke esetén, de kimutatható volt valamilyen mértékben valamennyi jellemzőnél), az életkori átlagok kisebb, 5-6 éves ingadozásai is befolyásolhatták az összehasonlított értékeket. Ennek figyelmen kívül hagyása azt eredményezné, hogy a nyers adatokban nem a társadalomban lejárott változásokat látjuk viszont, hanem részben az egyes minták életkori jellemzőinek különbségeit. Ezért a bemutatott adatokat az összehasonlíthatóság érdekében az adott mintákra és konkrét jellemzőkre számított regressziós egyenletek alapján egységesen korrigáltuk egy 50 éves átlagéletkorra.

A boldogság-változó esetében az egyes felmérésekben eltért az alkalmazott skála: míg az EVS-ben és az ISSP-ben 5-fokú, addig az ESS-ben 11 fokú és a HEP-ben 10 fokú válaszadási lehetőséget adtak a válaszadónak saját boldogságuk jelzésére. A 10- és 11-fokú skálákat átkalibráltuk 5 fokúra az alábbi képletek segítségével: $x' = x * 4 / (0,8 * n)$ ahol n a skála fokozatainak száma (10 illetve 11). Az időben egymáshoz közel eső adatok összehasonlítása azt mutatta, hogy a becslés megfelelőnek tekinthető (az eredeti skálán mért 2001-es és az átkalibrált 2002-es adatok életkori korrekció után lényegében megegyeznek), de ezzel együtt is fontos szem előtt tartanunk a kétféle adatsor összevetésekor, hogy jelen esetben becslésről van csupán szó.

Eredmények

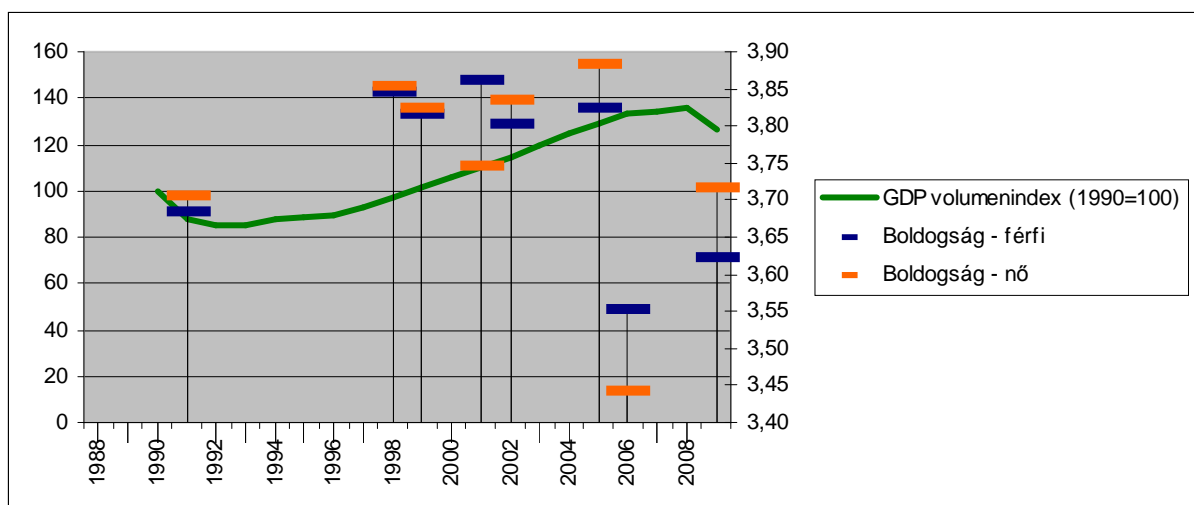
Az alábbiakban bemutatjuk a szubjektív életminőség öt fontos változójának alakulását a GDP háttérén. A GDP az 1990-es évek eleji mélyponthoz képest lényegében folyamatosan nőtt 2009-ig, amikor a világgazdasági recesszió következtében visszaesett.

Szubjektív egészség



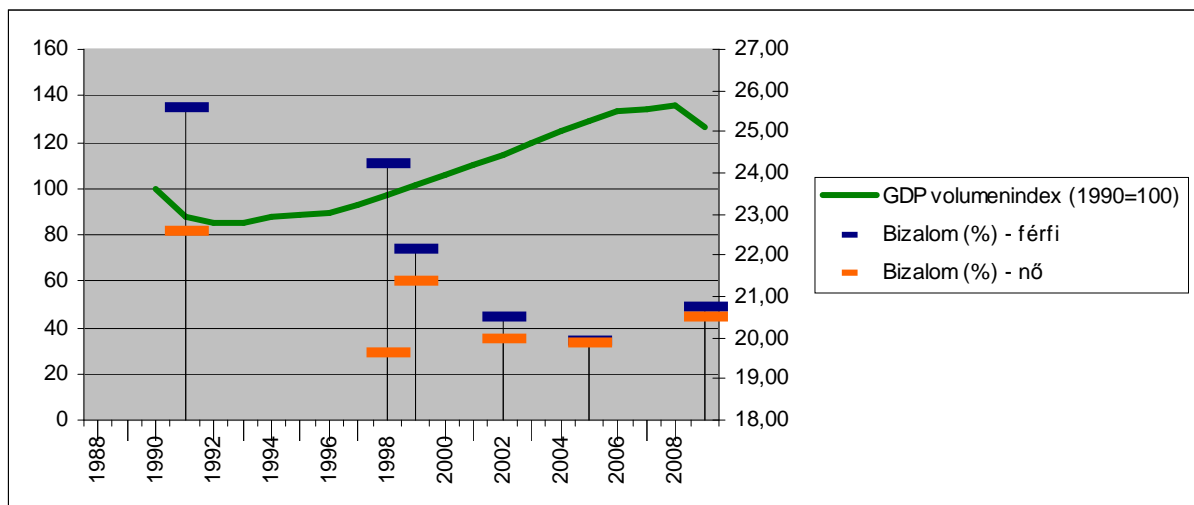
A szubjektív egészség alakulásáról hét mérési pont ismeretében elmondható, hogy mind a férfiak, mind a nők esetében növekvő tendenciát mutat, azaz egyre nagyobb azok aránya a felnőtt népességben belül, akik egészségi állapotukat összességében jónak minősítik.

Boldogság



Az egyszerű becslőskálával mért boldogság-szintről, mely a szubjektív jóllét másik fontos indikátora lehet, hat felmérési pont áll rendelkezésre. Az értékek összességében az 1998-tól 2005-ig tartó időszakban a legmagasabbak, ezen időszakban lényegében stagnálás látható, de az értékek magasabbak a 90-es évek elején tapasztaltnál. A boldogság-szint növekedése egybeesik a GDP növekedésével is, azonban 2006-ban annak ellenére figyelhető meg egy jelentős visszaesés, hogy a GDP-ben ez a tendencia nem látható viszont.

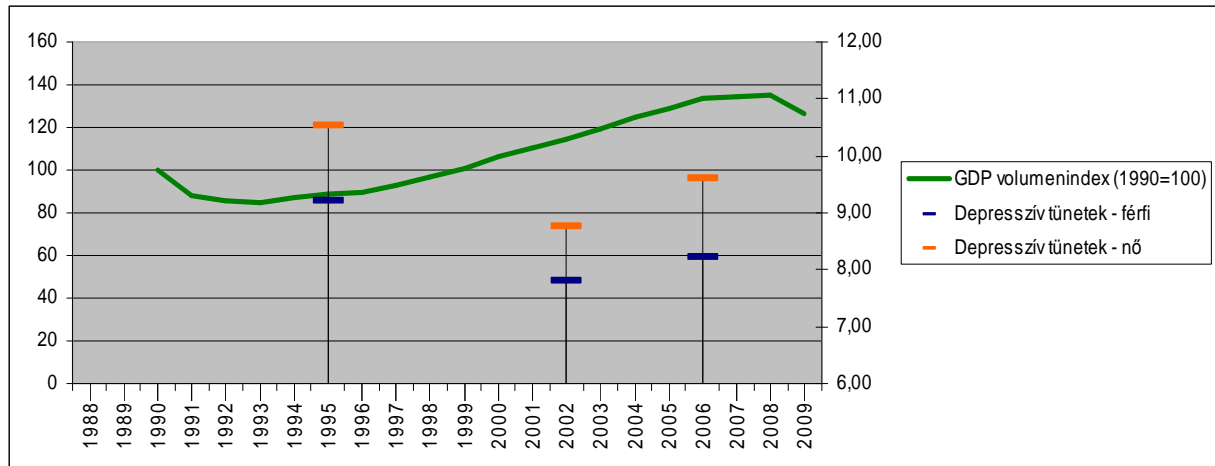
Bizalom-index



Az általánosságban vett bizalom („A legtöbb ember megbízható” állítás választóinak aránya %-ban) jelentős változáson ment át az elmúlt 20 év során, és ez a változás lényegében éppen ellentétes irányú, mint a gazdasági fejlődés tendenciája. Az adatok arra utalnak, hogy a magyar társadalomban az emberekbe vetett általános bizalom mértéke a rendszerváltozás óta folyamatosan csökken. Ez a csökkenés erőteljesebb a férfiak, mint a nők esetében.

Itt érdemes utalni arra, hogy régióink átalakuló társadalmában a bizalom, elsősorban a mindenkire kiterjedő bizalom lényegesen alacsonyabb, mint a legtöbb nyugati országban, és különösen alacsony a skandináv országokhoz viszonyítva (Rothstein, Stolle, 2003). Uslaner és Badescu (2003) kitűnő áttekintése a korrupció és a bizalmatlanság szoros összefüggéseit elemzi régióink átalakuló társadalmában. Valószínűleg ezzel a problémakörrel függ össze, hogy régióinkban az „ember nem lehet eléggé körültekintő, nem lehet eléggé óvatos” állítást sokkal fontosabbnak tartják a körültekintés nélküli bizalomnál, ami a társadalmi realitást tükrözi (vö. Seligman, 1997). Természetesen egy igen rendezett, normakövető társadalomban, mint például a skandináv országok népessége, nincs szükség ilyen fokú óvatosságra.

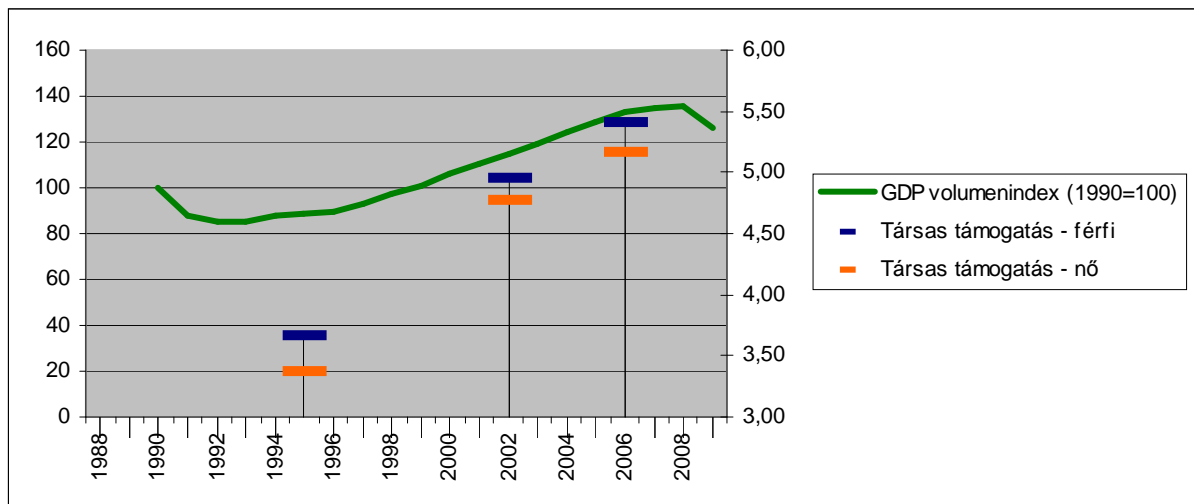
Depresszív tünetek (Beck Depresszió Kérdőív)



A depresszív tünetek mértéke (mely nem feltétlenül jelent klinikai értelemben vett depressziót) a szubjektív kontrollérzet elvesztésének és a krónikus stressz és a tanult tehetetlenség lelkiállapotának egyik legjobb indikátora: a magasabb érték több tünetet jelez. Bár csak három mérési pont áll rendelkezésre, az adatok arra utalnak, hogy az új évezred kezdetére a depresszív tünetek mennyisége a magyar népességben csökkent, figyelmeztető jel lehet azonban, hogy 2002 és 2006 között ismét valamelyest nőtt.

A depresszivitás átlagos szintje mellett érdemes röviden utalni a már klinikai értelemben is jelentős tüneteket mutató válaszadók számának alakulására is. 1988-ban még csak a felnőtt magyar népesség 2.7 %-a panaszkodott súlyos, feltétlenül kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttesről. Ez az arány 1995-ben már 7.1 %-ra emelkedett, és ugyanezt az arányt találtuk a 2002-es felmérésünk során is, miközben összességében csökkent a depresszivitás mértéke. 2005/2006-ban a súlyos depressziós tünetekről beszámoló aránya tovább nőtt, 11,2 %-ra. Ez az állapot már betegségnek tekinthető, és alapvetően akadályozza a munkavégzést és a családi élet egyensúlyát is. Szembetűnőek ezen a téren a társadalmi különbségek is: körülbelül a nyolc osztálynál kevesebbet végzettek 40 %-a, a nyolc osztályt végzettek 20 %-a szenved ilyen lelkiállapottól, míg a diplomásoknak csak a 4%-a, az érettségizetteknek 6 %-a. Tehát *nem mondhatjuk azt, hogy a magyarok általában depressziósabbak, mint más országok népei*, viszont a leszakadó rétegekben, az állandó krónikus stressz, bizonytalanság állapotában élők között rendkívül magas a negatív hangulati állapot, és az ezzel együttjáró negatív életminőség.

Társas támogatás



A társas támogatás indexét a közvetlen, de nem szoros társas kapcsolatok adataiból képeztük (a válaszadó milyen mértékű segítségre számíthat pl. barátok, kollégák, szomszéd részéről). Ez az index reprezentálhatja azt, hogy a személy milyen mértékben beágyazott közvetlen környezetébe, pontosabban hogyan észleli ezt. Ebből a mutatóból szintén csak három mérési pont áll rendelkezésre, de ezek trendje egyértelmű növekedést mutat 1995-höz képest. Eszerint a magyar népesség egyre nagyobb mértékben érzi úgy, hogy közvetlen környezetének kapcsolataiban segítségre számíthat, ha arra szüksége van. A változás tendenciája a GDP növekedésével lényegében párhuzamos, bár a kevés mérési pont a részletesebb elemzést nem teszi lehetővé.

Összefoglaló elemzés és értelmezés

Összefoglalóan a következőket állapíthatjuk meg: a GDP (reálértéken mérve) a 90-es évek közepének mélypontja óta fokozatosan nő. Ezzel nagyjából párhuzamosan az egyéni jellemzők, pl. szubjektív egészség és boldogság szintje is növekszik, bár éppen a boldogság szintjében látható visszaesés a GDP eddigi csúcspontja, 2007-2008 előtt, szinte megelőlegezve a 2009-es GDP-visszaesést. A BDI (depresszivitás) ebből a szempontból kevert mintázatot mutat (megjegyezzük, hogy itt sajnos nincs elég sok mérési pont a trend megbízható megállapításához): a GDP növekedésével együtt visszaesik, majd növekedésnek indul.

A társas jellemzők még kevertebb képet mutatnak. A társas támogatás (azaz a szoros, de nem közvetlen társas hálózat; barátok, munkatársak, szomszédok részéről remélhető támogatás) adataiban a GDP növekedésével párhuzamosan felfelé mutató a trend – ez azonban természetesen nem jelent ok-okozati kapcsolatot egyik irányban sem. A bizalom (a válaszadók hány % választja azt, hogy az emberekben meg lehet bízni) viszont egyértelműen lefelé irányuló tendenciát mutat a teljes elemzett időszakon belül. Összességében úgy tűnik, hogy a hazai gazdaság lassú bővülésének időszakában a társas jóllét / társadalmi tőke szférája egyre jobban két különálló területre vált szét: egy külső, általános világra, melyben egyre inkább a megbízhatatlanság a jellemző („farkastörvények”), és a közvetlen kapcsolatok

világára, ahol a személyek képesek megélni a támogatottság élményét. Ez utóbbi változás egyúttal párhuzamba állítható az egyéni jóllét fent bemutatott tendenciáival is.

Az egyéni és társas jóllét területén – párhuzamosan a gazdasági növekedéssel – tehát két fő tendencia együttes létezését valószínűsítjük. Egyrészt javulás tapasztalható egyéni szinten, ezt azonban árnyalják negatív jelenségek, visszaesések (pl. depresszivitás). Társas szinten viszont a köz- és a privát szféra egyre mélyebb szétválása tapasztalható, mely egy individualizálódásra beszükülő tendenciát jelez. Amennyiben ez a trend folytatódik, az a veszély fenyeget, hogy a magyar társadalom, mint közösség egyre jobban elveszíti hitét és ezáltal lehetőségei egy jelentős részét is arra, hogy aktívan részt vegyen saját belső folyamatainak befolyásolásában, illetve a külső, világgazdaság felől érkező jövőbeli kihívások kezelésében. Ehelyett ennek a trendnek a folytatódása azt valószínűsíti, hogy az egyének és kisebb közösségek egyre inkább magukra maradhatnak, kiszolgáltatva a külső trendek (pl. a gazdasági fejlődés, világgazdasági tendenciák) ambivalens hatásainak, hullámvasútnak.

Az elemzés korlátai

Az elemzés korlátjaként érdemes megemlíteni, hogy a különböző mérési pontokban részben eltérő mintaméretet (néhány száz főtől több ezer fős almintáig) álltak rendelkezésre. Bizonyos jellemzők esetében a válaszadás módja sem egyeztetett meg pontosan, amit jelen elemzésben a válaszok átkódolásával illesztettünk össze, de emiatt nem zárható ki teljesen annak lehetősége, hogy a tapasztalt különbségek részben az alkalmazott módszertan, és nem a valós változások számlájára írhatók.

3. Javaslat Nemzeti Összjólét Index kidolgozására

Természetesen azt, hogy a gazdasági növekedés *okozná* a fent bemutatott tendenciákat, nem lehet állítani. Az viszont elég egyértelmű, hogy a hosszú távú személyes és társas jóllét, valamint a társadalom egésze sorsának szempontjából a GDP önmagában számos fontos trendet nem képes reprezentálni. Ezért egy többdimenziós Nemzeti Összjólét Index (Gross National Wellbeing – GNW) bevezetése, és rendszeres, évenkénti monitorozása alapvető fontosságú a társadalom és az egyének jóllétének követése, a hosszútávú trendek megismerése érdekében. A Nemzeti Összjólét Index kifejezője lehet az ország lelkiállapotának, a nehézségekkel való megbirkózásnak, a társadalmi tőke változásainak, azoknak a tényezőknek, melyek a gazdaság fejlődésének, a népegészségügyi és demográfiai folyamatok trendjeinek is az alapja.

Nemzeti Összjólét Index indikátorai

Egészségi állapot:

Subjektív egészség (self-rated health) becslőskála

A pozitív lelkiállapot jellemzői:

Boldogság és elégedettség becslőskálák

Pozitív érzelmek gyakorisága az elmúlt két hétben (WHO-Jólét Skála) (Bech és mtsai., 1996, Rózsa és mtsai, 2003)

Élettel való Elégedettség Skála (SWLS, Diener et al., 1999)

Önbizalom, énhatékonyság (self-efficacy) (Schwarzer, 1993; Kopp 1993)

Élet értelmességének tapasztalata (Martos és Konkoly Thege, 2011, Skrabski és mtsai, 2005)

A negatív lelkiállapot jellemzői:

Depresszív tünetek gyakorisága az elmúlt két hétben (rövidített Beck Depresszió Kérdőív) (Beck, Beck, 1972, Beck és mtsai., 1961; Kopp, 2003, Kopp és mtsai., 1995, 1998, 2000; Kopp, Purebl, 2001, Réthelyi és mtsai, 2001; Rózsa és mtsai., 2001)

Szorongás (Zigmond és Snaith, 1983)

Vitális kimerültség (Kopp és mtsai, 1998, Appels, Mulder, 1988, Kopp et al, 1996, Falger, Appels, 1982)

Unalom (Crumbaugh, Maholick, 1964, Kopp, Skrabski, 1995, Kopp és mtsai, 2000)

Jövőirányultság jellemzői:

Reménytelenség (Beck és mtsai., 1974; Perczel-Forintos és mtsai., 2001)

Életcélok fontossága (Martos és mtsai, 2006)

Anómia – az értékvesztettség, a hosszú távú biztonságba vetett hit hiánya és a tervezés lehetetlensége (Andorka, 1996; Kopp és mtsai., 1999)

Társas jóllét jellemzői:

Társas támogatás index – a közvetlen kapcsolatok erőssége (Caldwell, 1987, Support Dimension Scale-jének a hazai viszonyokra adaptált változata, Kopp, Skrabski, 1995)

Együtműködés (Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőívből, Cloninger és mtsai., 1994; Rózsa és mtsai., in press) és ellenségesség (Cook-Medley, 1954; Kopp és mtsai., 1998; Kopp és mtsai., 2000)

Bizalom, megbízhatóság és kölcsönösség indexe (az emberekre általában vonatkoztatva); a Hungarostudy felmérésekben alkalmazott becslőskálák (Kopp és Skrabski, 1995)

A fenti jellemzők kérdőíves lekérdezése az alapvető demográfiai adatokkal együtt összesen kb. 100 kérdést, egy 10-15 perces interjút jelent.

4. Konklúziók

A modern fogyasztói kultúrában az ember a fogyasztás illúziójának bűvöletében él, amely azt sugallja, mintha a jobb életminőséget a fogyasztás útján lehetne megszerezni. A tartalmas élet helyett a szerzés ideig-óráig tartó öröme elleplezi az élet valódi célját és értelmét (Hankiss, 1997; Pikó, 2003a). Ugyanakkor a szorongásos, depressziós tünetek terjedése jelzi, hogy az adaptációs zavarok mindennapossá váltak, s a fogyasztás hajszolása erre semmiképpen nem jelent valódi megoldást.

Erre a kihívásra minden országnak újszerű válaszokat kell adnia. A jelenlegi válság idején a társadalmi tőke megerősítése ellensúlyozhatná a pénztőkébe vetett hit megingását. Bár a magyar társadalomban a társadalmi tőke alapjai, a bizalom, kölcsönösség, az erős civil szervezetek rendkívül meggyengültek. A magyarokra jellemző pozitív értékelvárások és életcélok (ld. pl. Martos, 2008) jó feltételeket teremthetnek arra, hogy közös célok érdekében összefogjanak a társadalom szereplői.

Legáltalánosabb elv, hogy a tanult tehetetlenség, (*learned helplessness*) 'segítség nélküliség' helyett a tanult leleményesség, sikeresség, tanult erőforrás-gazdagság (*learned resourcefulness, learned optimism*) élményét kell elsajátítani már gyermekkorban, aminek alapfeltétele a bizalom és az együtműködés élménye és képessége. (Seligman, 2004) Ezek a megbirkózási képességek a pozitív életminőség alapfeltételei, egyben jelentős egészségvédő tényezők. Az együtműködés, a bizalom, a kölcsönösség, az önkéntes szerveződés, azaz az ún. társadalmi tőke erősítése alapvető cél kell legyen, hiszen a modern társadalomban ez mind az életminőség, mind az egészség javításának alapvető feltétele (Skrabski és mtsai, 2003).

Irodalom

- Akerlof, G., Schiller, R.: „Animal Spirits: How Human Psychology Drives the Economy, and Why It Matters for Global Capitalism, Princeton, 2009.
- Andorka R. (1990) 1988 utözöngéi- mit kell meghallani 1990-ben. *Közgazdasági Szemle*, 37, 10, 1194-1210.
- Andorka R. (1996) Merre tart a magyar társadalom? *Lakitelek, Antológia*.
- Antonovsky, A. (1993) The Structure and Properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science & Medicine*, Vol. 36. No.:6 pp. 725-733.
- Appels A, Mulder P: Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 9:758-764, 1988.
- Balog P, Purebl Gy. A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 584-591.
- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. (1996). The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 183-190.
- Beck AT, Beck RW (1972) Shortened version of BDI, *Post Grad Med*, 52, 81-85.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42., 861-865.
- Berger-Smitt, R, Noll HH (2000) Conceptual framework and Structure of a European System of Social Indicators, EU Reporting Working Paper, No.9., ZUMA, Mannheim
- Brockmann, H., Delhey, J., Welzel, Ch., Yuan, H. (2011). The China Puzzle: Falling Happiness in a Rising Economy. *Journal of Happiness Studies*. DOI 10.1007/s10902-008-9095-4
- Brunstein JC, Maier GW, Dargel A. Persönliche Ziele und Lebenspläne: Subjektives Wohlbefinden und proaktive Entwicklung im Lebenslauf. In: Brandtstaedter J, Lindenberger U (szerk.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Ein Lehrbuch*. Kohlhammer, Stuttgart, 2007: 270-304.
- Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. (1987) Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13, 1: 5-17.
- Chatters LM (2000) Religion and health: Public health research and practice. *Ann Rev Publ Health* 21: 335-367.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M., Wetzel, R. D. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. Washington University, St Louis, MO.
- Cook, W., Medley, D. (1954) Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

- Crumbaugh, J. C., Maholick, L. T. (1964). An experimental study in existentialism: the psychosomatic approach to Frankl's concept to noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- Csikszentmihályi M (1997, 2001) Finding flow: The psychology of engagement with everyday life , Basic Books, New York.
- Diener E, Biswas-Diener R. (2002) Will money increase subjective well-being? A literature review and guide to needed research. *Soc Indic Res*, 57: 119-169.
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychol Bull* 125: 276-302.
- Downie M, Koestner R, Chua SN. (2007) Political support for self-determination, wealth, and national subjective well-being. *Motiv Emotion*, 31: 174-181.
- Easterbrook, G (2003) *The Progress Paradox*, Random House, New York
- Fabriga H (2002) Culture, spirituality and psychiatry. WPA on line <http://www.wpanet.org/sectorial/forums.html>
- Falger P, Appels A (1982) Psychological risk factors over the life course of myocardial infarction patients, *Advances in Cardiology*, 29, 132-139.
- Fukuyama F. (1997) *Bizalom. A társadalmi erények és a jólét megteremtése*. Budapest: Európa.
- Hankiss E (1997) *Az emberi kaland - Egy civilizáció-elmélet vázlata*. Budapest: Helikon.
- Headey B, Muffels R, Wooden M. (2008) Money does not buy happiness: or does it? A reassessment based on the combined effects of wealth, income and consumption. *Soc Indic Res*, 87: 65-82.
- Helliwell, JF, Putnam RD (2004) The social context of well-being, *Phil. Trans. R.Soc.London*, 359, 1435-1446.
- Hunyady, Gy., Székely, M. (2003). (szerk) *Gazdaságpszichológia*. Osiris, Budapest
- Idler EL, Benyamini Y (1997) Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 38: 21-37.
- Kark JD, Shemi G, Friedlander Y, Martin O, Manor O, Blondheim SH (1996) Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel. *Am J Public Health* 86(3): 341-346.
- Kop WJ, Appels A, Mendes de Leon CF, et al: Vital exhaustion predicts new cardiac events after successful coronary angioplasty. *Psychosom Med* 56:281-287,
- Kopp M (2003) A magatartástudományi kutatások lehetőségei az orvoslás területén, *Magyar Tudomány*, 11,1352-1363.
- Kopp M. *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008.
- Kopp M, Kovács M (szerk) (2006) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*, Semmelweis Kiadó, Budapest
- Kopp M, Pikó B (2001) A magatartástudományok szerepe a nemzetközi és a hazai orvostudományban: Helyzetkép és lehetőségek. *Orv Hetilap* 142: 2715-2721.
- Kopp M, Székely A, Skrabski Á (2004a) Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, 103-125.

- Kopp M: (2003) A mentális és magatartási betegségek és zavarok gyakorisága és az általuk okozott társadalmi teher, In: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón, szerk: Ádány R., Medicina, MTA Orvosi Osztály, Budapest, pp.191-206.
- Kopp MS, Skrabski Á, Réthelyi J, Kawachi I, Adler N (2004b) Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Beh Med*.
- Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S (2000) Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Soc Sci Med* 51: 1350-1361.
- Kopp, M. S., Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1993). *Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross-Cultural Self-Efficacy Research*. Zentrale Universitäts Druckerei der FU Berlin.
- Kopp, M., Falger, P, Appels, A., Szedmák, S. (1998). Depression and Vital Exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary heart disease, *Psychosomatic Medicine*, 60, 752-758.
- Kopp, M., Skrabski Á, Szedmák, S. (1999). A testi és lelki egészség összefüggései országos reprezentatív felmérések alapján. *Demográfia*, XLII, 1-2, 88- 119.
- Kopp M, Skrabski Á. (1992) Magyar lelkiállapot. Végeken, Budapest.
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1995). *Alkalmazott magatartástudomány. A megbirkózás egyéni és társadalmi stratégiái*, Corvinus Kiadó, Budapest.
- Kuyken W, Orley J (Eds.) (1995) The WHO quality of life assesment, *Soc Sci Med* 41: 1403-1409.
- Lindstrom M, Mohseni M (2009) Social capital, political trust and self-reported psychological health: a population based study, *Soc Sci Med* 68, 436-443.
- Little BR, Salmela-Aro K, Phillips SD. Personal project pursuit. Goals, action and human flourishing. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah 2007.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, Schaap MM, Menvielle G, Leinsalu M, Kunst AE. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New Engl J Med*, 358: 2468-2481.
- Marmot M. (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365: 1099-1104.
- Martos T. (2008): Életcélok és esélyteremtés. In Kopp M. (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 47-58.
- Martos T., Szabó G., Rózsa S. (2006): Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 171-192.
- Martos T., Kézdy A. (2008): Vallásosság, lelki egészség, boldogság. In Horváth-Szabó K. (szerk.): Vallásosság és személyiség. Pázmány Kiadó, Piliscsaba, 51-83.
- Martos, T., Konkoly Thege, B. (2011) Az Élet Értelme Kérdőív (MLQ) magyar változata. kézirat
- Martos, T., Kopp, M. (2011) Life Goals and Well-Being: Does Financial Status Matter? Evidence from a Representative Hungarian sample. *Social Indicators Research*, DOI: 10.1007/s11205-011-9788-7
- Maton KI, Wells EA (1995) Religion as a community resource for well-being: prevention, healing and empowerment pathways. *J Soc Issues* 51: 177-193.

- McCullough ME, Hoyt WT, Larson DB, Koenig HG, Thoresen C (2000) Religious involvement and mortality: a meta-analytical review. *Health Psychol* 19: 211-222.
- Nesse RM (2004) Natural selection and the elusiveness of happiness, *Phil. Trans. R.Soc.London*, 359, 1333-1347.
- Niaura R, Todaro JF, Stroud L, Spiro III A, Ward KD, Weiss S. (2002) Hostility, the metabolic syndrome, and incident coronary heart disease. *Health Psychol*, 21: 588-593.
- Nordenfelt L (1993) *Quality of life, Health and Happiness*, Atheneum Press, Newcastle upon Tyne
- Oman D, Thoresen CE (2003) Without spirituality does critical health psychology risk fostering cultural iatrogenesis? *J Health Psychol* 8: 223-229.
- Perczel-Forintos, D., Sallai, J., Rózsa, S. (2001). A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16 (6), 632-643.
- Pikó B (1996) Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *LAM* 6: 474-477.
- Pikó B (1999) Teaching the mental and social aspects of medicine in Eastern Europe: Role of the WHO definition of health. *Adm Pol Ment Health* 26: 435-438.
- Pikó B (2002) A depresszió:társadalom-lélektana: kórtünet vagy kortünet? *Valóság*, 45, 53-62.
- Pikó B (2003a) *Kultúra, társadalom és lélektan*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Pikó B (2003b) Vallásosság és káros szenvedélyek fiatalok körében. *Addict Hung* 2: 53-64.
- Putnam R (1993) *Making democracy work*. Princeton: Princeton University Press.
- Putnam R (2000) *Bowling alone: the collapse and revival of american community*, Simon and Schuster, New York.
- Réthy, J., Berghammer, R., Kopp, M. S. (2001). Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary, *Pain*, 93, 2,115-121.
- Rothstein, B., Stolle, D. (2003), "Social Capital, Impartiality and the Welfare State: An Institutional Approach", in Hooghe, M., Stolle, D. (eds) (2003), *Generating Social Capital: Civil Society and Institutions in Comparative Perspective*, New York, Palgrave
- Rózsa, S., Kállai, J., Osváth, A., Bánki, M. Cs. (in press). *Temperamentum és Karakter: Cloninger pszichobiológiai modellje. A Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív felhasználói kézikönyve*. Medicina.
- Rózsa, S., Réthy, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., Kopp M. (2003). A középkorú magyar népesség egészségi állapota: a Hugarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés módszertana és a minta leíró jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18, 2, 83-94.
- Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 384-402.
- Ryff CR, Singer BH, Love GD (2004) Positive health: connecting well-being with biology, *Phil. Trans. R.Soc.London*, 359, 1383-1394.
- Schimmack, U., Oishi, S., Furr, F. M., & Funder, D. C. (2004). Personality and life satisfaction: A facet level analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 1062-1075.

- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.
- Seligman (2002) *Authentic happiness*, Free Press, New York
- Seligman M (2004) *A balanced psychology of a full life, 1379-1381*.
- Skrabski Á, Kopp MS, Kawachi I. (2003) Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Commun Health* 57: 114-119.
- Skrabski, Á. (2003) *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Hét szabad művészet könyvtára. Budapest.
- Skrabski, A., Kopp MS, Sándor Rózsa, János Réthelyi, Richard Rahe (2005) Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population, *Int J. Behavioral Medicine*, 12,2, 78-8.
- Uslaner, E. M., Badescu, G. (2003) (eds.) *Social Capital and the Democratic Transition*. London, Routledge
- Winter, L., Lawton, M. P., Langston, C. A., Ruckdeschel, K., & Sando, R. (2007). Symptoms, affects, and self-rated health. Evidence for a subjective trajectory of health. *Journal of Aging and Health*, 19, 453-469.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.