

A Modern Homonegativitás Skála magyarországi adaptációja

TÖRÖK ZSÓFIA^{1*} – RAKOVICS MÁRTON² – PÉNZES MELINDA¹ –
TEREBESSY ANDRÁS¹ – PONGOR VINCE¹ – CSÉPE PÉTER¹

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Népegészségtani Intézet, Budapest

² Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar,
Statisztika Tanszék, Budapest

(Beérkezett: 2017. április 3., elfogadva: 2018. március 13.)

Háttér: A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) személyek a többi kisebbségi csoporthoz hasonlóan egészségi szempontból veszélyeztetett populációnak számítanak. Megfelelő ellátásukat nehezítheti az egészségügyi személyzet részéről megmutatkozó előítéletesség, amely befolyásolja a megfelelő orvos–beteg kapcsolatot is. Mindezidáig nem készült olyan magyar felmérés, amely az egészségügyben dolgozók LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdjeit vizsgálta volna, azért sem, mert nem állt rendelkezésre erre alkalmas validált, magyar nyelvű kérdőív. *Célkitűzés:* A kutatás célja a Modern Homonegativitás Skála (MHS) kérdőív kulturális adaptációja és pszichometriai jellemzőinek vizsgálata. *Módszerek:* Az MHS kérdőív hazai adaptációját hat lépésből álló módszertan szerint végeztük. A magyar nyelvű változatot 194 orvostanhallgató (Semmelweis Egyetem) és gyógypedagógus-hallgató (Eötvös Loránd Tudományegyetem) töltötte ki a keresztmetszeti vizsgálat során (31,8% férfi; átlagéletkor: 22,2 év, SD = 1,60 év, terjedelem: 18–29 év). *Eredmények:* A kérdőívet magas belső konzisztencia jellemezi (Cronbach- α : 0,91, illetve 0,90 a homoszexuális férfiakra (MHS-G) és a leszbikus nőkre (MHS-L) vonatkozó változatokban). Konfirmatív faktoranalízissel igazoltuk a skála egydimenziós struktúráját (MHS-G: χ^2 (54) = 135,69; $p < 0,001$; RMSEA = 0,09; CFI = 0,92; TLI = 0,91; MHS-L: χ^2 (54) = 182,45; $p < 0,001$; RMSEA = 0,11; CFI = 0,89; TLI = 0,86). A három hét időintervallumban mért teszt–reteszt korreláció értéke 0,94. Az MHS mindkét alskáláján mért értékek pozitívan korrelálnak a kérdőív validálásának érdekében felvett, régi típusú homonegativitást vizsgáló Orvostanhallgatói Attitűd Kérdések pontszámaival (MHS-G: $r = 0,59$; $p < 0,001$; MHS-L: $r = 0,56$; $p < 0,001$). *Következtetések:* Az MHS adaptációja sikeres volt, magyar változata homoszexuális és leszbikus személyekkel kapcsolatos attitűdök vizsgálatára alkalmas mérőeszköznek bizonyult.

Kulcsszavak: LMBT, homonegativitás, attitűd, kulturális adaptáció

* Levelező szerző: dr. Török Zsófia, Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészségtani Intézet, 1085 Budapest, Üllői út 26. E-mail: drtorokzsofia@gmail.com

Fogalmak és rövidítések

- Cisznemű – az a személy, akinek a biológiai neme megegyezik a nemi identitásával
 Coming out – előbújás, a szexuális orientáció vagy nemi identitás nyílt felvállalása
 Homofóbia – a homoszexualitás-ellenesség LMB(T) személyekkel szembeni negatív emóciókat (félelem, undor, düh, irtózás) tartalmazó megnyilvánulása
 Homonegativitás – homoszexualitás-ellenes megnyilvánulások meleg személyekkel szembeni kognitív hiedelmeket is magába foglaló széles spektruma, egyes szerzők a homofóbiát a homonegativitás részének tekintik (Hudson & Ricketts, 1980)
 LMBT – leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű szexuális és nemi kisebbségek összefoglaló megjelölésére alkotott betűszó
 Transznemű – az a személy, akinek biológiai neme nem egyezik meg a nemi identitásával
 Queer – gyűjtőfogalom azokra a nem heteroszexuális és/vagy nem cisznemű személyekre, akiknek a nemi vagy szexuális identitása az LMBT kategóriákon kívül esik

1. Bevezetés

A szexuális orientáció és nemi identitás, csakúgy, mint más biológiai és szociális egészségdeterminánsok, hatással vannak az egyén egészségi állapotára. A leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (a továbbiakban LMBT) személyek, más kisebbségi csoportokhoz hasonlóan, fokozottan veszélyeztetettek bizonyos kórállapotok és betegségek kialakulására. Átfogó tanulmányok számolnak be arról, hogy az LMBT személyek esetében nemcsak a köztudatban leginkább elterjedt HIV és STD (sexually transmitted diseases – szexuális úton terjedő betegség) (Newcomb, 2013), hanem más kórképek kockázata is nagyobb a heteroszexuális és cisznemű populációhoz képest (Mayer és mtsai, 2008). Gyakoribbak a körükben a szenvedélybetegségek (Trocki, Drabble, & Miadnik, 2009), például a dohányzás (Bennett, McElroy, Johnson, Munk, & Everett, 2015), a pszichoaktív szerek használata (Marshall és mtsai, 2008), valamint az alkoholfogyasztás (Miadnik, Drabble, Trocki, & Sell, 2007) is. Leszbikus nők esetében a túlsúly és az elhízás (Laska és mtsai, 2015), meleg férfiaknál pedig a testképzavarok (Matthews-Ewald, Zullig, & Ward 2014) kockázata fokozottabb a heteroszexuális személyekéhez képest, és mind az eltérő sexualitású, mind a transznemű személyek körében – az őket érő kisebbségi stressz következtében (Meyer, 2003) – nagyobb a mentális problémák, például a depresszió és az öngyilkosság kockázata (King és mtsai, 2008). Mindezek miatt az LMBT személyek az egészségi állapotuk szempontjából veszélyeztetett csoportnak tekinthetők.

Bár Magyarországnak az Európai Unióhoz történő csatlakozása óta több mint egy évtized eltelt, a homoszexualitás társadalmi megítélése hazánkban még mindig heves vitákkal övezett. Miközben a nyugati országokban az LMBT személyek jogi egyenlőségét biztosító törvények rendre elfogadásra kerültek, Magyarországon – hasonlóan számos más kelet- és közép-európai

országához – sem a jogi egyenlőségük, sem a társadalmi elfogadásuk nem megfelelő. Az összehasonlító nemzetközi vizsgálatok eredményei szerint Magyarország a homoszexualitást leginkább elítélő országok közé tartozik Európában (van den Akker, Ploeg, & Scheepers, 2013). Az Európai Társadalmi Felmérés (European Social Survey; ESS) négy egymást követő, húsz országban lefolytatott felmérésének adatait feldolgozó tanulmány szerint Magyarországnál mindössze Ukrajna, Szlovákia és Lengyelország volt elutasítóbb a homoszexualitással szemben (van den Akker és mtsai, 2013). Štulhofer és Rimac 2009-es közleményében, amely az Európai Értékkutatói Felmérés (European Values Study; EVS) 1999/2000-es felmérésének adatait dolgozta fel, Magyarország bizonyult a leginkább elutasító társadalomnak a harmincegy résztvevő ország közül. Takács és Szalma (2014) szintén a fenti két longitudinális felmérés (ESS és EVS) adatait elemezve jutott arra a következtetésre, hogy bár Magyarországon 1990 és 2008 között jelentősen csökkent a homoszexuális személyek elutasítottsága, hazánk még mindig a kevésbé elfogadó országok közé tartozik az európai mezőnyben.

Számos vizsgálat született a meleg férfiak és leszbikus nők iránti attitűdök, valamint a nem, a vallásosság és a világnézet kapcsolatáról. A nemek közti különbséget vizsgálva, több kutatás egybehangzó eredménye szerint a férfiak jellemzően előítéletesebbeknek bizonyulnak a nőknél a szexuális kisebbségek iránt (Grollman, 2008; Morrison & Morrison, 2003; Newman, 2002). Hasonlóképpen, számos vizsgálat írta le a vallásosság, valamint a templomba járás és az előítéletesség kapcsolatát, ezek szerint a vallásosság és a templomba járás gyakorisága pozitívan korrelál az előítéletességgel (Herek, 1988; Newman, 2002). Hasonló különbségeket tártak fel továbbá a világnézettel való összefüggésben: a konzervatív válaszadók rendre előítéletesebbeknek bizonyultak a szabadelvű válaszadóknál (Morrison, Kenny, & Harrington, 2005; Morrison & Morrison, 2003).

A magyar társadalom széles rétegeit áthatja a melegekkel szembeni előítélet, ami diszkriminációhoz, megbélyegzéshez, súlyosabb esetben erőszakos cselekedetekhez vezethet az LMBT vagy annak vélt személyekkel szemben (Takács, 2011). A hátrányos megkülönböztetés egyetlen társadalmi csoport részéről sem elfogadható, bizonyos csoportok előítéletessége azonban még súlyosabb következményekkel járhat. Ilyenek a pedagógusok, a rendvédelmi szervek, a szociális, valamint az egészségügyi intézmények dolgozói. A meleg, illetve transznemű személyekkel kapcsolatba kerülő egészségügyi dolgozók előítéletes magatartásukkal alapvetően befolyásolják a hozzájuk forduló LMBT betegek számát és gyógyulási esélyeit (Bonvicini & Perlin, 2003). A kisebbségekkel szembeni előítéletesség meghatározó a betegek ellátásának szempontjából: befolyásolja annak minőségét (Freeman & Payne, 2000), valamint az orvos–beteg kapcsolatot (Moskowitz és mtsai, 2011).

Magyarországon a korábbi években többen vizsgálták az LMBT személyek által tapasztalt diszkriminációt az egészségügyi ellátás igénybevétele során. Egy hazai felmérésében az LMBT válaszadók 28%-a számolt be hátrányos megkülönböztetésről (Takács, Mocsonaki & P. Tóth, 2008). A Háttér Társaság¹ 2010-es vizsgálata szerint az orvoshoz forduló lesbikus, meleg és biszexuális személyek közül az orientációjukat felvállalók 11,5%-a tapasztalt diszkriminációt a házi orvosánál, míg a rejtőzködőknek csupán 3,4%-a számolt be hátrányos megkülönböztetésről (Faix-Prukner & Rózsa, 2015). Mindez arra utal, hogy a szexuális orientációjukat vállaló személyeket nagyobb mértékben diszkriminálják az egészségügyben. A felmérés szerint a saját házi orvosa előtt mindössze a válaszadók 16%-a vállalta fel a szexuális irányultságát, annak ellenére, hogy az érintettek 71%-a tisztában volt annak fontosságával, hogy az orvos tudomást szerezzen a páciens szexuális irányultságáról vagy nemi identitásáról (Faix-Prukner & Rózsa, 2015).

Hasonló arányokat mutatnak Neményi és munkatársai (2011) kutatásának eredményei, amely szerint egy 200 fős LMBT mintából a válaszadók 13%-a bújt el a házi orvosa, és 21%-a a nőgyógyász vagy urológus előtt. A felmérés kvalitatív részében az LMBT személyek számos indokot hoztak fel arra, hogy miért nem vállalják a nemi identitásukat az orvosuk előtt. A leggyakoribb okok a félelem az orvos előítéletességétől, a diszkriminációtól, a megszégyenítéstől és a megaláztatástól, illetve attól, hogy a coming out elterelné az orvos figyelmét a betegségről a diagnózis vagy a kezelés során. E kutatás egyik következtetése, hogy mérsékelten ugyan, de jelen van a hazai egészségügyben a LMBT személyek nyílt diszkriminációja, és ennek hatására, valamint a hátrányos megkülönböztetéstől való félelem következtében sérül az orvos–beteg kapcsolat bizalmi légköre (Neményi és mtsai, 2011).

Egy HIV-vel élő meleg férfiak körében végzett kvalitatív vizsgálat résztvevői szintén számos alkalommal tapasztaltak negatív diszkriminációt és stigmatizációt az egészségügyi ellátás során. Beszámolóik szerint éppen az egészségügy volt az egyik olyan közeg, ahol HIV-pozitív státuszuk miatt el-lenségességgel, negatív hozzáállással és elutasítással találkoztak az ott dolgozók részéről (P. Tóth, Takács, & Mocsonaki, 2017).

¹ A Háttér Társaság (régi nevén Háttér Társaság a Melegekért) 1995 óta működő magyar LMBTQ-egyesület. Tevékenységei közé tartozik lelki- és jogsegélyszolgálat működtetése lesbikus, meleg, biszexuális, transz és queer embereknek és hozzátartozóiknak, a HIV-vonal, archívum és könyvtár működtetése, kulturális és közösségi programok valamint LMBTQ témájú kutatások és képzések szervezése.

Az LMBT személyek tapasztalatait feltáró kutatásokon túl azonban a szerzők tudomása szerint még nem került sor olyan hazai vizsgálatra, amely az orvosok és más egészségügyi dolgozók attitűdjeit mérte volna fel. Feltételezhetően ennek egyik oka, hogy nem állt rendelkezésre megfelelő magyar nyelvű mérőeszköz, amely alkalmas lett volna a homonegatív attitűdök elemzésére. Emiatt tűztük ki célul a Morrison és Morrison (2003) által kidolgozott Modern Homonegativity Scale (Modern Homonegativitás Skála, a továbbiakban MHS, illetve ezen belül a homoszexuális férfiakra vonatkozó MHS-G és a leszbikus nőkre vonatkozó MHS-L) magyar nyelvre fordítását és hazai adaptációját.

Jelen közleményben beszámolunk az MHS kulturális adaptációjának eredményeiről és bemutatjuk az adaptált kérdőív pszichometriai jellemzőit, valamint a modern típusú homonegativitás nemmel, világnézettel és vallásossággal való kapcsolatát. Hipotéziseink szerint: 1. a férfiak előítéletesebbek a nőkhöz képest; 2. a magukat konzervatívként megjelölő válaszadók előítéletesebbek a szabadelvűekhez képest; 3. a magukat vallásosként megjelölők előítéletesebbek a nem vallásos válaszadókhoz képest; illetve 4. a vallásukat rendszeresen gyakorlók előítéletesebbek a vallásukat nem gyakorló társaikhoz képest.

2. Módszerek

2.1. Vizsgálati személyek és eljárás

AZ MHS pszichometriai jellemzőinek vizsgálata érdekében a skálát orvostanhallgatók ($n = 163$; a Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Karának [SE ÁOK] IV. évfolyamos hallgatói), valamint segítő szakmában tanuló hallgatók ($n = 52$; az Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Karának [ELTE BGGyK] II. évfolyamos hallgatói) töltötték ki egy keresztmetszeti kutatás során.

A mintaválasztás kényelmi módszerrel történt. A papíralapú, önkitöltős kérdőívek kitöltésére a hallgatókat az egyetemi gyakorlati foglalkozások ideje alatt kértük fel. A résztvevők beleegyező nyilatkozat aláírásával egyeztek bele a vizsgálatban való részvételbe, valamint szóban és írásban is tájékoztattuk őket arról, hogy a válaszadás önkéntes és anonim, a kitöltést bármikor megszakíthatják, és az adatokat bizalmasan kezeljük. A kérdőívek kitöltése 20 percet vett igénybe. A teszt-reteszt reliabilitás megállapítása érdekében az első felmérés után az eredeti mintánk egy részével ($n = 71$) három héttel később újra kitöltöttük a kérdőívet. A kutatást a Semmelweis Egyetem, Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte (TUKÉB 9/2015).

Összesen 214 kitöltött kérdőívet kaptunk vissza, egy fő visszautasította a részvételt. Négyen a „szexuális orientáció” kérdésre a „nem válaszolok” opciót jelölték meg. Ezeket a kérdőíveket, valamint azokat, ahol a „szexuális orientáció” kérdésre heteroszexuálistól eltérő válaszokat jelöltek meg (8 fő), nem dolgoztuk fel, mivel Morrison és Morrison (2003) vizsgálatához hasonlóan csak a heteroszexuális hallgatók attitűdjeit vizsgáltuk. Kizártuk az elemzésből továbbá azokat a résztvevőket, akiknél hiányos volt az MHS kérdőív kitöltése (8 fő). Az elemzésre szánt végső mintába így 194 hallgató került.

A Semmelweis Egyetem férfi hallgatóit célzottan igyekeztünk elérni, mivel arra törekedtünk, hogy mintánk közel azonos arányban tartalmazza mindkét nem képviselőit. Ezt olyan módon tettük, hogy a kérdőívek kitöltésébe azokat az orvostanhallgató csoportokat vontuk be, amelyekbe névsorok alapján több férfi hallgató járt. Így a megbízhatóság megállapítására alkalmasabb mintát tudtunk alkotni, bár ez a minta nem reprezentálja az ÁOK hallgatóinak nemi megoszlását, amelyre a női hallgatók túlsúlya jellemző, szemben a férfi hallgatókkal (60,8% vs. 39,2% a 2015/2016 tanévben).² Mintánkat az 1. táblázatban mutatjuk be részletesen.

A két intézmény hallgatóinak összehasonlítása során a legmarkánsabb különbség a női hallgatók túlsúlya az ELTE BGGyK karán (95,8% vs. 59,2%). Szignifikáns különbséget találtunk továbbá az életkorban (a gyógypedagógus hallgatók átlagosan 2 évvel voltak fiatalabbak), a lakóhely típusában (az orvostanhallgatók 46,3%-a fővárosi, míg a gyógypedagógus hallgatóknál ez az arány 20,9%), valamint a világnézetben (a gyógypedagógus hallgatók 72,9%-a szabadelvű vagy inkább szabadelvű, az orvostanhallgatók esetében ez 56,8%). A vallásosság és a vallásgyakorlás tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a két intézmény hallgatói között.

² Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Dékáni Hivatal, Hallgatói nyilvántartás 2016, intézeti közlés, 2017.02.27.

1. táblázat. A minta leíró jellemzői

Változók		ELTE BGGyK (n = 48)	SE ÁOK (n = 147)	Teljes minta (n = 194)	Próbastatisztika értékek
Nem % (n)	Férfiak	4,2 (2)	40,8 (60)	31,8 (62)	$\chi^2(1) = 22,41$; $p < 0,001$
	Nők	95,8 (46)	59,2 (87)	68,2 (133)	
Életkor (év)	Átlag (SD)	20,7 (1,24)	22,7 (1,38)	22,2 (1,60)	$t(187) = -8,95$; $p < 0,001$
	Terjedelem	18–24	21–29	18–29	
Lakóhely % (n)	Főváros	20,9 (10)	46,3 (68)	40,0 (78)	$\chi^2(3) = 11,11$; $p = 0,011$
	Megyei jogú város	18,8 (9)	17,0 (24)	17,4 (33)	
	Város	37,5 (18)	25,2 (37)	28,2 (55)	
	Község	22,9 (11)	11,6 (17)	14,4 (28)	
Világ- nézet % (n)	Szabadelvű	25,0 (12)	11,0 (16)	14,5 (28)	$\chi^2(3) = 8,37$; $p = 0,039$
	Inkább szabadelvű	47,9 (23)	45,5 (66)	46,1 (89)	
	Inkább konzervatív	20,8 (10)	38,6 (56)	34,2 (66)	
	Konzervatív	6,3 (3)	4,8 (7)	5,2 (10)	
Vallásos- ság % (n)	Nagyon vallásos	12,5 (6)	3,4 (5)	5,6 (11)	$\chi^2(3) = 6,93$; $p = 0,074$
	Vallásos	43,8 (21)	42,9 (63)	43,1 (84)	
	Inkább nem vallásos	29,8 (14)	29,3 (43)	29,2 (57)	
	Egyáltalán nem vallásos	14,6 (7)	24,5 (36)	22,1 (43)	
Vallás- gyakorlás % (n)	Rendszeres	33,3 (16)	23,1 (34)	25,6 (50)	$\chi^2(3) = 4,18$; $p = 0,243$
	Fontosabb egyházi ünnepeken	12,5 (6)	18,4 (27)	16,9 (33)	
	Vallásos a maga módján	27,1 (13)	20,4 (30)	22,1 (43)	
	Nem gyakorolja a vallását	27,1 (13)	38,1 (56)	35,4 (69)	

Megjegyzés: SE ÁOK – Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ELTE BGGyK – Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

2.2. Mérészközök

2.2.1. A Modern Homonegativitás Skála bemutatása

A Modern Homonegativitás Skálát (Modern Homonegativity Scale; MHS; Függelék) a kétezres évek elején fejlesztették ki Morrison és Morrison (2003) a Modern Szexizmus Skála (Swim, Aikin, Hall, & Hunter, 1995) és a Modern Rasszizmus Skála (McConahay, 1986) mintájára, mivel úgy vélték, hogy a többi régi típusú attitűdhez hasonlóan az utóbbi évtizedekben az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdök is megváltoztak. A klasszikus, biológiai és jellembeli alacsonyabbrendűségre alapozó, valamint a betegség-alapú, a vallási és morális háttérű előítéleteket és tévhiteket elkezdtek felváltani az olyan vélekedések, amelyek szerint az LMBT személyek nem-megérdemelt előnyökhöz próbálnak jutni, illetve túl nagy figyelmet követelnek a többségi társadalomtól, hátrányos helyzetükre hivatkozva. Az olyan vélekedéseket, mint például „A homoszexualitás a társadalom erkölcsi hanyatlásához vezet” (Homosexuality Attitude Scale; Kite & Deaux, 1986) vagy „A meleg férfiak undorítóak” (Attitudes Toward Lesbians and Gay Men Scale; Herek, 1998) a fiatalabb korosztály jellemzően idejétmúltnak tartja, ezek helyett azonban másfajta előítéleteket vall, mint például a meleg személyek jogtalan vagy felesleges követelésekkel állnak elő (mint a házassághoz való jog); az LMBT személyek diszkriminációja már a múlté; valamint, hogy a meleg vagy leszbikus személyek indokolatlanul és fölöslegesen hangsúlyozzák a másságukat, így önmaguk felelősek azért, hogy nem tudnak beilleszkedni a hagyományos kultúrába.

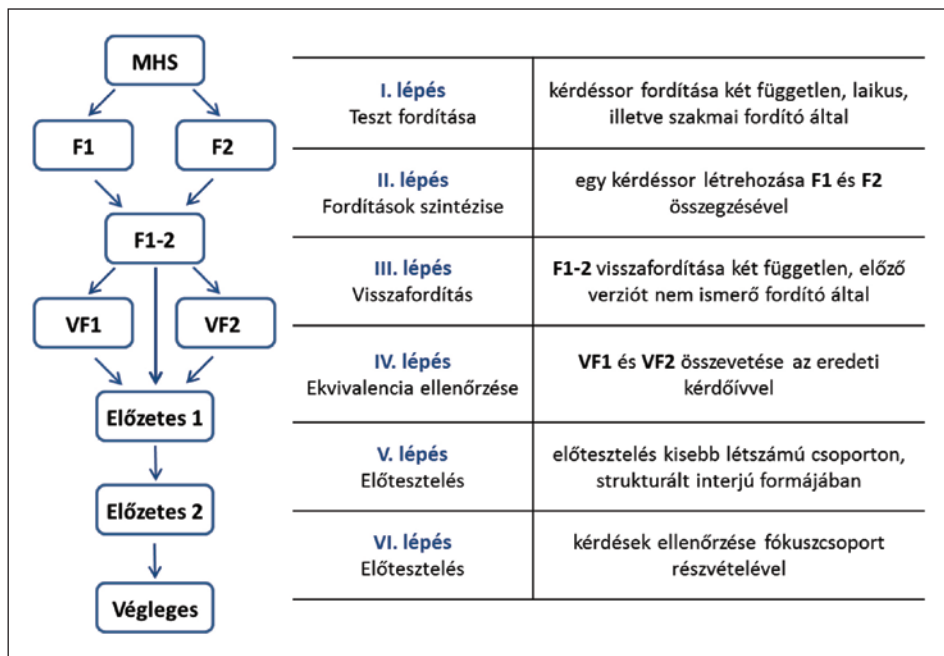
Értelemszerűen a modern típusú előítéleteket valló fiatalabb korosztály körében a régi típusú attitűdöket mérő skálák már nem érvényesek és nem megbízhatóak. Ezen túlmenően, a klasszikus homonegativitást mérő skálák gyakran ki vannak téve a szociális kívánatosság (Crowne & Marlowe, 1960) torzító hatásainak, azaz lehetőséget nyújtanak arra, hogy a válaszadók a valódi véleményüket eltítolva azt válaszolják, amit a társadalom a meglátásuk szerint elfogadhatónak tart a kérdésről.

Az MHS érdemi módon különbözik a régi típusú, leszbikusokkal és melegekkel szembeni előítéleteket vizsgáló attitűdkérdőívektől. Morrison és munkatársai (2003) a kérdőívet a Saskatchewan Egyetemen tanuló LMBT hallgatók bevonásával alkották meg, és olyan kijelentésekből állították össze, amelyek egy magát nem konzervatívnak tartó személy előítéleteit tükrözik. A kérdőív első változata 50 tételből állt. Az első tesztfelmérés során Benson és Vincent (1980) kritériumainak megfelelően kizárták azokat a kérdéseket, amelyeknél 1) a válaszadók több, mint 50%-a ugyanazt a válasz kategóriát választotta; 2) ha két olyan kategória is volt, amelyet a válaszadók kevesebb, mint 10%-a választott; 3) ha a harmadik válaszlehetőséget („nem

tudom”) a válaszadók több, mint 30%-a jelölte meg. A megmaradó 25 tétel közül a faktoranalízis során a 0,3 alatti faktorsúllyal bíró kérdéseket is kihagyták. Ilyen módon egy egydimenziós skálaszerkezet igazolódott, az MHS skála végső verziójának alakjában. Ennek jelenleg két formáját (MHS-G – Modern Homonegativitás Skála meleg férfiakra vonatkozó alskálája, MHS-L – Modern Homonegativitás Skála leszbikus nőkre vonatkozó alskálája) használják (Morrison & Morrison, 2003).

2.2.2. A Modern Homonegativitás Skála kulturális adaptációja

Az MHS kérdőív kulturális adaptációját, vagyis a magyarországi kulturális közegbe történő átültetését (Rózsa, 2006) hat lépésben végeztük el Beaton, Bombardier, Guillemin és Ferraz (2000) módszerét véve alapul (1. ábra).



1. ábra. A tesztadaptáció folyamata

Megjegyzés: F1: első fordítás, F2: második fordítás, F1-2: két fordítás szintézise, VF1: első visszafordítás, VF2: második visszafordítás.

I. lépés: A kérdőív lefordítása. Első lépésként két, egymástól független, magyar anyanyelvű, és az angol nyelvet anyanyelvi szinten beszélő fordítót kértünk

fel a kérdőív lefordítására. A két fordító egyike társadalomtudományi kutatásokban járatos, szakmai kompetenciával rendelkező szakember, a másik fordító laikus személy volt. Ennek eredményként két egymástól független fordítást (F1, F2) kaptunk.

II. lépés: A fordítások szintézise. Az elkészült fordításokat a munkacsoportunk összehasonlította, és konszenzusos alapon létrehoztunk egy változatot a két lefordított kérdőívből (F1-2).

III. lépés: Visszafordítás. Ezek után felkértünk két, az eredeti szöveget nem ismerő, a magyar és az angol nyelvet anyanyelvi szinten beszélő fordítót arra, hogy fordítsák vissza a kérdőívet az eredeti nyelvre. Az egyik kétnyelvű fordító szakmailag kompetens (orvos), a másik laikus volt. A lépés eredményeként kaptunk két visszafordított (VF) angol nyelvű kérdőívet (VF1, VF2).

IV. lépés: Az ekvivalencia ellenőrzése. Munkacsoportunk egy angol anyanyelvű tanácsadó részvételével összevetette az eredeti és a visszafordított angol nyelvű kérdőíveket. Ennek a lépésnek a célja a fordítás ellenőrzése volt, azt vizsgáltuk, hogy a lefordított kérdések tartalmilag ugyanazt jelentik-e, mint az eredeti kérdőívben. A megbeszélés során összeállítottuk a kérdőív megközelítőleg végleges változatát (Előzetes 1).

V. lépés. Előtesztelés. A megközelítőleg végleges verziót első lépéseként egy kisebb létszámú csoport (30 orvostanhallgató) töltötte ki. A strukturált interjú során több kérdéssel kapcsolatosan kaptuk azt a visszajelzést, hogy a megfogalmazásuk nem egyértelmű, ezért a kérdőív fordításának pontosságát további módszerekkel ellenőriztük és módosítottuk a kritikus kérdéseket (Előzetes 2).

VI. lépés. A végleges verzió kialakítása. Húsz önként jelentkező orvostanhallgató részvételével fókuszcsoportot szerveztünk. A fókuszcsoport résztvevőivel átbeszéltük a kérdőív kérdéseit, és azonosítottuk azt a hármat, amelyeket a hallgatók nem találtak egyértelműnek. Ezeket a kérdéseket egy újbóli megbeszélés alkalmával – amelyen a munkacsoport tagjai mellett a nyelvi szakértő is részt vett – átfogalmaztuk, és ez alapján alakítottuk ki a végleges kérdőívet.

2.2.3. Kérdőívcsomag

Alapadatok: A kérdőívcsomag demográfiai adatokra, világnézetre, vallásosságra és szexuális orientációra vonatkozó kérdéseket tartalmazott, valamint az alább bemutatott attitűdskálákat.

Modern Homonegativitás Skála: Az MHS 12 kérdésből álló, ötfokozatú Likert-típusú skálán értékelendő (1 = egyáltalán nem értek egyet, 2 = inkább nem értek egyet, 3 = nem tudom, 4 = inkább egyetértek, 5 = teljes mértékben

egyetertek) önjellemző kérdőív, amelynek három tétele fordított irányú (3., 6. és 9. item). Az MHS összpontszám meghatározása a tételek összeadásával történik, 12 és 60 közötti értéket vehet fel. A magasabb érték nagyobb fokú előítéletességet jelöl. Viszonyítási pontnak az MHS tartomány elméleti középértékét, a 36 pontot tekintik (ez az a pontszám, amelyet a kitöltő minden kérdésre a „nem tudom” opciót választva ér el; Morrison & Morrison, 2003). A középérték alatti pontszámot elérőket az inkább elfogadó, míg az a fölötti értéket elérőket az inkább nem elfogadó csoportba sorolják.

Orvostanhallgatói attitűdkérdések (OAK): Az orvostanhallgatók által kitöltött kérdőívcsomag tartalmazott 5, olyan régi típusú előítéleteket megfogalmazó kérdést, amelyek LMB személyek egészségügyi ellátása során merülhetnek fel (1. „Egy meleg személy gyógykezelése veszélyesebb a kezelőorvosára nézve, mint egy heteroszexuális személyé.” 2. „Egy meleg orvos veszélyes lehet a betegeire nézve.” 3. „Nem lenne szabad megengedni, hogy homoszexuális orvos gyermeket gyógyítson.” 4. „Tiltani kellene az asszisztált reprodukív technológiák igénybevételét meleg és lesbikus párok számára.” 5. „A homoszexuális betegeknek a külön számukra kijelölt egészségügyi intézményekben kellene ellátást kapniuk.”). Ezeket a kérdéseket a gyógytárgypedagógus-hallgatók kérdőíve nem tartalmazta. A kérdéseket LMB személyekkel, valamint a Háttér Társaság kutató tagjaival való konzultációt követően fogalmaztuk meg, kiválasztásuk során az egészségügyben megjelenő LMB személyekkel kapcsolatos hiedelmekre és az ezekkel kapcsolatos orvosi attitűdökre és magatartásformákra fókuszáltunk. Az OAK értékelése 5 fokozatú Likert-típusú skálán történt (1 = egyáltalán nem értek egyet, 2 = inkább nem értek egyet, 3 = nem tudom, 4 = inkább egyetértek, 5 = teljes mértékben egyetértek). Az összpontérték kiszámítása a tételek összeadásával történik, 5 és 25 közti értéket vehet fel, ahol a magasabb érték nagyobb fokú előítéletességet jelöl. A skála középértéke 15 pont, az ez alatti pontszámot elérőket az inkább elfogadó, míg az a fölötti értéket elérőket az inkább nem elfogadó csoportba soroltuk.

2.2.4. Statisztikai elemzés

A statisztikai elemzésekre az IBM-SPSS 22.0 és az R3.1.3 verziószámú statisztikai programokat alkalmaztuk. A kérdőív fordításának megbízhatóságát teszt-reteszt módszerrel, valamint Hamblton (1993) által ismertetett, kétnyelvű válaszadókat felhasználó módszerrel végeztük.

AZ MHS elméleti faktorstruktúrájának vizsgálata megerősítő faktoranalízissel (confirmatory factor analysis; CFA) történt. A modell illeszkedésének jóságát a következő mutatókkal vizsgáltuk: χ^2 -próba, a reziduumok átlagos négyzetgyöke (RMSEA), komparatív illeszkedési mutató (CFI),

Tucker-Lewis illeszkedési mutató (TLI). Az RMSEA értéke 0,05 alatt kiváló, 0,08 körül közepes, 0,10 felett pedig gyenge illeszkedésre utal. A CFI és a TLI értéke $\geq 0,90$ elfogadható, $\geq 0,95$ pedig jó illeszkedést jelez (Brown, 2006). Az OAK esetében feltáró faktoranalízist (exploratory factor analysis; EFA) végeztünk.

A kérdőívek belső megbízhatóságának tesztelésére Cronbach- α mutatókat számítottunk, valamint tétel-összskála korreláció elemzéseket végeztünk. A konstruktum validitás vizsgálata során egyszempontos varianciaanalízist használtunk, emellett az MHS és OAK pontszámmal Pearson-féle korrelációelemzést végeztünk. Az MHS pontszámokkal kapcsolatos összefüggés-vizsgálat során pedig kétmintás t -próbát, egyszempontos varianciaanalízist és lineáris regresszió elemzést alkalmaztunk.

3. Eredmények

3.1. Az Orvostanhallgatói Attitűd Kérdések pszichometriai elemzése

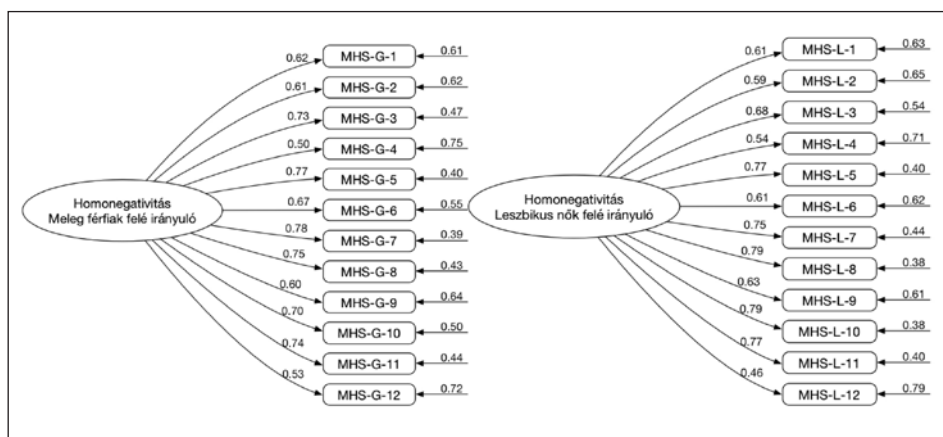
Elvégeztük a kutatás keretében kidolgozásra került Orvostanhallgatói Attitűd Kérdések pszichometriai elemzését. Az 5 kérdésből álló OAK skála megbízhatóságának értékelése során a Cronbach- α 0,64 volt, amely az alacsony tételszámra való tekintettel elfogadható. A feltáró faktoranalízis alapján a Bartlett-teszt szerint nem korrelálatlanok a változók, de a KMO (Kaiser-Meyer-Olkin kritérium) értéke (0,65) kérdésessé teszi a dimenziócsökkentés lehetőségét, tehát úgy tűnik, hogy nincs egyszerűbb látens struktúra a megfigyelt változók mögött. Bár ezek az eredmények nem támasztják alá a kérdések önálló kérdőívként való alkalmazását, azt viszont nem zárják ki, hogy validálási céllal használjuk az MHS skálák mellett.

3.2. A Modern Homonegativitás Skála faktorstruktúrája

Az MHS struktúrájának vizsgálatához megerősítő faktoranalízist alkalmaztunk, mert a sikeres adaptáció esetén arra lehetett számítani, hogy az eredeti MHS egydimenziós struktúrájának megfelelően, az adaptált kérdőív-struktúra is jó közelítéssel egydimenziós lesz.

A vártak megfelelően, a 12 tételes MHS-G skálára alkalmazott CFA alapján az egydimenziós modell illeszkedett az adatokra (2. ábra). Bár az illeszkedésvizsgálat khi-négyzet-próbája szignifikáns ($\chi^2(54) = 135,69$; $p < 0,001$), az RMSEA 0,09-es értéke elfogadhatóan alacsony; a CFI értéke 0,92, a TLI-é pedig 0,91, így elfogadhatóan magas értéket mutatnak.

Az MHS-L skála esetében rosszabb illeszkedési mutatók adódtak ($\chi^2(54) = 182,45$; $p < 0,001$; RMSEA = 0,11; CFI = 0,89; TLI = 0,86). Figyelembe véve azonban a minta méretét és az egydimenziós struktúra merevségét, összességében megállapítható, hogy a modell még elfogadhatóan illeszkedett az adatokra (Byrne, 2012), az MHS-L kérdéssora alkalmas az elméleti egydimenziós látens faktor megragadására.



2. ábra. Az MHS skálák konfirmatív faktorelemzése alapján igazolt struktúra

Megjegyzés: Standardizált factorsúlyok (balra) és a hibatagok varianciái (jobbra) az egyes MHS-G és MHS-L tételeknél.

3.3. A Modern Homonegativitás Skála további pszichometriai jellemzői

3.3.1. A Modern Homonegativitás Skála megbízhatósága

A kérdőív homoszexuális férfiakra és leszbikus nőkre vonatkozó változatainak belső megbízhatóságát jellemző Cronbach- α érték mindkét esetben 0,91 volt. Ez lényegében nem különbözik Morrison és Morrison (2003) eredeti vizsgálatának reliabilitás-értékeitől (Cronbach- α MHS-G = 0,91; Cronbach- α MHS-L = 0,89). Hasonló értékeket közölt Romero, Morera és Wiebe (2015) nagy esetszámú ($n = 789$) texasi vizsgálatában: a Cronbach- α érték 0,88-nak bizonyult a kérdőív MHS-G és 0,85-nek a skála MHS-L változatára.

Vizsgálatunkban a korrigált item-total korrelációk értékei az MHS-G-nél 0,48 és 0,74 között, az MHS-L-nél pedig 0,44 és 0,74 között helyezkedtek el. Az átlagos korreláció mindkét skálánál 0,63. Ezek alapján minden kérdés kellően jó diszkrimináló erővel bírt.

A teszt-reteszt reliabilitás megállapítása érdekében mintánk egy részével (71 fő orvostanhallgató) az első adatfelvételt követően három héttel újra felvettük a tesztet. Az ismételt tesztkitöltők intraklassz korrelációs együttható (intra-class correlation coefficient; ICC) értéke 0,94 (95% CI: 0,85–0,97). Az egyedi kérdésekre adott válaszok ismétlései közötti korreláció átlagosan 0,72, a legalacsonyabb 0,40, a legmagasabb 0,89 értékű.

3.3.2. A Modern Homonegativitás Skála validitása

Számos vizsgálatban leírták, hogy a modern típusú homonegativitás korrelál a régi típusú homonegativ előítéletességgel, ugyanakkor konceptuálisan különbözik tőle (Morrison és mtsai, 2005). Az MHS validálásának érdekében az MHS pontszámokat korreláltattuk az Orvostanhallgatók Attitűd Kérdőívének pontszámaival. Megállapítottuk, hogy az MHS mindkét alskáláján mért értékek pozitívan korrelálnak az OAK-értékekkel (MHS-G: $r = 0,59$; $p < 0,001$; MHS-L: $r = 0,56$; $p < 0,001$). Az Orvostanhallgatói Attitűd Kérdőívet 147 fő töltötte ki, az attitűdskála átlaga 9,16 (SD = 3,6; terjedelem: 5–22), de az eloszlás jobbra ferdült, az elméleti középérték (az a pontszám, amelyet a kitöltő minden kérdésre a „nem tudom” opciót választva ér el) vagy afeletti értéket elérő hallgatók száma 11 fő (7%). A női és férfi válaszadók között nem találtunk szignifikáns különbséget az elért pontszámokban (a férfiak átlaga: 9,60, a nők átlaga: 8,86; $t(145) = 1,24$; $p = 0,22$).

A kérdőív fordításának érvényességét a Hambelton (1993) által ismertett módszerrel is ellenőriztük, hét fő kétnyelvű válaszadó töltötte ki a kérdőívek eredeti angol és a magyar nyelvre adaptált verzióját, majd teszt-reteszt módszerrel hasonlítottuk össze a két nyelven adott válaszokat. Az eljárás széles körben nem használt, mivel nehéz nagyobb számban kétnyelvű személyeket elérni, azonban más validálási módszerek kiegészítésére használható. Esetünkben a két nyelven kapott válaszok osztályon belüli korrelációs együttható (ICC) értéke 0,94 (CI 95%: 0,91–0,96), ami magas szintű megfelelést jelez. A kétnyelvű válaszadók a szerzők ismerősi köréből kerültek ki, személyes megkereséssel kértük fel őket a skálaválalásában történő részvételre ($n = 7$, valamennyien férfiak; átlagéletkor 33,5 év, SD = 2,88 év, terjedelem: 29–37 év).

3.4. A Modern Homonegativitás Skála és a vizsgált változók közötti összefüggések

Az MHS-G és MHS-L skálák összpontszámának átlagát csoportonként kétmintás t -próbával hasonlítottuk össze (2. táblázat). Az ELTE BGGyK hallga-

tói és a SE ÁOK hallgatói által elért átlag MHS pontszámok között szignifikáns különbséget találtunk: mindkét esetben az orvostanhallgatók körében bizonyult kedvezőtlenebbnek az attitűd (Cohen-*d*: MHS-G = -0,81; Cohen-*d*: MHS-L = -0,82). A nemek szerinti különbségek nem tekinthetők szignifikánsnak, azonban az MHS-G skála esetében talált tendenciaszintű eltérés összhangban van a szakirodalmi adatokkal, amelyek szerint a férfiak jellemzően előítéletesebbek a nőknél a szexuális kisebbségek iránt (Grollman, 2008; Morrison & Morrison, 2003; Newman 2002).

2. táblázat. A Modern Homonegativitás Skála átlag- és szórás értékei nemenként és intézményenként

	MHS-G				MHS-L			
	n	Átlag (SD)	t (df)	p	n	Átlag (SD)	t (df)	p
<i>Teljes minta</i>	194	36,9 (10,96)			188	37,0 (10,80)		
<i>Nem</i>								
Férfi	61	39,1 (11,76)	1,94 (192)	0,054	59	38,8 (11,56)	1,53 (186)	0,127
Nő	133	35,8 (10,45)			129	36,2 (10,38)		
<i>Oktatási intézmény</i>								
ELTE BGGyK	48	30,2 (8,90)	5,17 (192)	<0,001	48	30,4 (9,22)	5,22 (186)	<0,001
SE ÁOK	146	39,0 (10,70)			140	39,2 (10,39)		

Megjegyzés: MHS-G - Modern Homonegativitás Skála meleg férfiakra vonatkozó alszála, MHS-L - Modern Homonegativitás Skála leszbikus nőkre vonatkozó alszála. SE ÁOK - Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ELTE BGGyK - Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar.

Morrison és Morrison (2003) tanulmányukban az MHS tartomány elméleti középértékét, a 36 pontot tekintették viszonyítási pontnak. Mintánkban a válaszolóknak összesen 52,0%-a ért el középérték feletti értéket az MHS-G és 55,9%-a az MHS-L skálán. Alcsoportokra lebontva a gyógypedagógushallgatók 20,8%-a ért el az MHS-G és 31,0%-a az MHS-L kérdőívén középérték feletti értéket, míg az orvostanhallgatók esetében ez az arány 62,4% (MHS-G) és 64,3% (MHS-L) volt. A khi-négyzet próba eredményei szerint az orvostanhallgatók körében szignifikánsan gyakoribb volt az elutasító

attitűd a homoszexualitással kapcsolatban, mint a gyógypedagógus-hallgatóknál mindkét alskála esetében (MHS-G: $\chi^2(1) = 24,92; p < 0,001$; MHS-L: $\chi^2(1) = 15,82; p < 0,001$).

A hallgatók nemi arányában tapasztalható jelentős különbség miatt külön is összehasonlítottuk a női hallgatók MHS-átlagait a két egyetemen (a férfiakkal nem tudtuk elvégezni ezt az összehasonlítást az ELTE BGGyK férfi hallgatóinak alacsony száma miatt). A kétmintás *t*-próba szignifikáns különbséget mutatott a két intézmény hallgatónői között: a gyógypedagógusok átlagai (30,7 [SD = 8,7] és 31,0 [SD = 9,0]) szignifikánsan alacsonyabbak voltak az MHS-G és MHS-L skálákon, mint a medikáké (átlag: 38,5 [SD = 10,4] és 39,0 [SD = 10,0]; MHS-G: $t(131) = 4,35; p < 0,001$; MHS-L: $t(127) = 4,52; p < 0,001$).

Az MHS-G és MHS-L pontszámok összefüggését a politikai konzervativizmussal, a vallásossággal, valamint a vallásgyakorlással egyszempontos varianciaanalízissel vizsgáltuk (3. táblázat). Eredményeink szerint az egyes csoportátlagok szignifikánsan különböznek egymástól, az összefüggés pedig lineáris: minél inkább szabadelvű a válaszoló, minél kevésbé tartja magát vallásosnak és minél kevésbé gyakorolja a vallását, annál inkább elfogadó a homoszexualitással kapcsolatban.

Az egyszempontos varianciaanalízis eredményei alapján a világnézet, a vallásosság, és a vallásgyakorlás változók összefüggése az MHS-G és MHS-L pontszámokkal lineáris. Dichotomizált formában a többi kontrollváltozóval együtt beépíthetőek egy lineáris regresszió elemzésbe, így az egymáshoz viszonyított magyarázó erejük vizsgálható. A regressziós diagnosztikák alapján a modell megfelelően illeszkedik az adatokra, így a kapott eredmények megbízhatóak. A végső modellben magyarázó változóként szerepel a kérdezettek neme, az egyetem, amelynek hallgatói, a világnézet, valamint a vallásosság (4. táblázat). A vallásosság és a vallásgyakorlás erős kollinearitása miatt a két változó közül csak a nagyobb magyarázó erővel bíró vallásgyakorlást tartottuk meg a modellben.

Eredményeink szerint a nemen kívül minden magyarázó változó szignifikáns ($p < 0,05$) kapcsolatot mutat az MHS-G pontszámmal. A mintába került SE ÁOK hallgatók – még a többi változóra kontrollálva is – több, mint 7 ponttal magasabb átlaggal rendelkeznek, mint az ELTE BGGyK hallgatók. A világnézet és a vallásgyakorlás nagyjából hasonlóan jelentős hatású, ha inkább konzervatívabb egy hallgató, átlagosan magasabb az MHS-G pontszáma, illetve ha inkább rendszeresebben és formálisabban gyakorolja a vallását, átlagosan kevésbé toleráns attitűdöt képvisel. A leszbikusokra vonatkozó MHS-L skála esetében az összefüggések hasonló mintázatát találtuk.

3. táblázat. A Modern Homonegativitás Skála átlagának alakulása a politikai világnézet, a vallásosság és a vallásgyakorlás figyelembe vételével egyszempontos varianciaanalízis alapján

Változók	MHS-G			MHS-L		
	összpontszám átlaga (SD)	F (df)	eta ² p	összpontszám átlaga (SD)	F (df)	eta ² p
<i>Világnézet</i>						
Szabadelvű (n = 28)	28,8 (9,41)	20,4 (1 \ 188)	0,25 < 0,001	29,3 (9,29)	20,8 (1 \ 182)	0,26 < 0,001
Inkább szabadelvű (n = 89)	33,9 (9,69)			34,1 (9,89)		
Inkább konzervatív (n = 66)	42,8 (9,69)			42,6 (9,15)		
Konzervatív (n = 10)	46,0 (8,76)			49,1 (5,56)		
<i>Vallásosság</i>						
Nagyon vallásosnak tartom magam (n = 11)	45,0 (8,68)	7,4 (1 \ 190)	0,11 < 0,001	45,6 (7,78)	8,6 (1 \ 184)	0,12 < 0,001
Vallásosnak tartom magam (n = 84)	39,6 (10,66)			39,8 (10,33)		
Inkább nem tartom magam vallásosnak (n = 57)	34,5 (8,87)			35,0 (8,86)		
Egyáltalán nem tartom magam vallásosnak (n = 43)	32,6 (12,19)			32,0 (11,94)		
<i>Vallásgyakorlás</i>						
Vallásomat rendszeresen gyakorlom (n = 50)	43,5 (9,88)	11,3 (1 \ 190)	0,15 < 0,001	43,3 (9,72)	10,8 (1 \ 184)	0,15 < 0,001
A fontosabb egyházi ünnepeket megtartom (n = 33)	37,6 (9,22)			37,7 (9,03)		
Vallásos vagyok a magam módján (n = 43)	35,6 (9,81)			36,6 (9,87)		
Nem gyakorolom a vallásomat (n = 69)	32,6 (10,98)			32,5 (10,74)		

Megjegyzés: MHS-G - Modern Homonegativitás Skála meleg férfiakra vonatkozó alszkálája, MHS-L - Modern Homonegativitás Skála lesbikus nőkre vonatkozó alszkálája.

4. táblázat. A homonegativitás összefüggése a demográfiai, világnézet és vallásgyakorlás változókkal lineáris regressziós modellben

Magyarázó változók	Regressziós modell - MHS-G			Regressziós modell - MHS-L		
	β	t	p	β	t	p
<i>Oktatási intézmény</i>						
ELTE BGGyK	referencia kategória			referencia kategória		
SE ÁOK	0,28	4,47	< 0,001	0,31	4,72	< 0,001
<i>Nem</i>						
Férfi	referencia kategória			referencia kategória		
Nő	-0,07	-1,16	0,246	-0,03	-0,46	0,646
<i>Világnézet</i>						
Inkább szabadelvű	referencia kategória			referencia kategória		
Inkább konzervatív	0,37	5,51	< 0,001	0,35	5,50	< 0,001
<i>Vallásgyakorlás</i>						
Inkább nem gyakorolja a vallását	referencia kategória			referencia kategória		
Inkább gyakorolja	0,25	3,95	< 0,001	0,23	3,58	< 0,001
R²	0,34			0,34		

Megjegyzés: MHS-G - Modern Homonegativitás Skála meleg férfiakra vonatkozó alskálája, MHS-L - Modern Homonegativitás Skála lesbikus nőkre vonatkozó alskálája. SE ÁOK - Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ELTE BGGyK - Eötvös Loránd Tudományegyetem, Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar. R²: a megmagyarázott variancia a valóságos, alapsokaságbeli megmagyarázott hányad torzítatlan becslése (adjusted R²).

4. Megbeszélés

A szerzők tudomása szerint mostanáig nem állt rendelkezésre olyan magyar nyelvű kérdőív, amely alkalmas lett volna az LMBT személyekkel szembeni attitűdök mérésére, annak ellenére, hogy ez az LMBT személyek egészségi veszélyeztetettsége miatt indokolt (Bonvicini & Perlin, 2003) és fontos lenne. A hiány pótlása érdekében magyar nyelvre adaptáltuk a Modern Homonegativitás Skálát (Modern Homonegativity Scale; MHS; Morrison & Morrison, 2003). Jelen tanulmányban az MHS magyar változatának hazai adaptációjáról, valamint annak pszichometriai jellemzőiről számoltunk be. Az MHS kérdőív magyar változatának pszichometriai elemzé-

se jó eredménnyel zárult. A konfirmatív faktoranalízis alapján igazolható az MHS egydimenziós struktúrája. A teszt-reteszt eljárás során kapott magas ICC érték megerősítette az adaptáció időbeli megbízhatóságát, míg a belső reliabilitást jellemző Cronbach- α értékek a skála homoszexuális férfiakra és leszbikus nőkre vonatkozó változataira kellőképpen magasnak bizonyultak és nem különböznek számottevően más vizsgálatok Cronbach- α értékeitől (Morrison & Morrison, 2003; Romero és mtsai, 2015).

A szakirodalom áttekintése során egyetlen másik közleményt találtunk, amely az MHS kulturális adaptációjáról számol be. Górska, Bilewicz, Winiewski és Waszkiewicz (2017) egy Magyarországhoz hasonlóan szocialista múlttal rendelkező közép-kelet európai országban, Lengyelországban adaptálták a skálát. Eredményeink összevetése csak részben sikerült: Górska és munkatársai (2017) ugyanis nem közölték a Cronbach- α értéket, az MHS egyfaktoros elméleti modellje eredményeik szerint csak akkor illeszkedett az adatokra megfelelően, ha kihagyták az MHS1, MHS9 kérdéseket, illetve figyelembe vették, hogy az MHS3 és MHS7 kérdések erősen korrelálnak egymással. További különbség, hogy a skálának a legkorábbi, 13 kérdésből álló verzióját használták, vagyis belevették azt a kérdést is, amit Morrison és Morrison (2003) végül kihagytak a kérdőív végleges verziójából („The media devote far too much attention to the topic of homosexuality”, azaz „A média túlságosan sok figyelmet fordít a homoszexualitásra”) valamint a válaszokat 7-fokozatú Likert típusú skálán értékelték. Az adaptációt mindazonáltal sikeresnek ítélték és a skálát felhasználták a modern, valamint régi típusú homonegativitást összehasonlító felmérésükben.

Vizsgálatunk eredményei közül kiemeljük az összefüggéseket a modern típusú homonegativitás, valamint a világnézet, a vallásosság, és a vallásgyakorlás között. Ezek szerint a konzervatívabb, magukat vallásosnak tartó és vallásukat rendszeresen gyakorló válaszadók előítéletesebbnek bizonyultak a szabadelvű, nem vallásos és vallásukat nem gyakorló hallgatókhoz képest. Az eredeti felméréshez hasonlóan – a páronkénti kapcsolatokat vizsgálva – a férfiak előítéletesebbnek bizonyultak a nőknél mind a meleg férfiakkal, mind a leszbikus nőkkel szemben. Elemzésünk megerősíti a hasonló vizsgálatokban kapott eredményeket a nem, a politikai világnézet, valamint a vallásosság és a vallásgyakorlás homonegativitással mutatott összefüggését tekintve, és alátámasztja kérdőívünk érvényességét (Grollman, 2008; Kite & Deaux, 1986).

Az ELTE BGGyK hallgatói és a SE ÁOK hallgatói által elért MHS pontszámok közötti szignifikáns különbség szintén a kérdőív érvényessége mellett szól. Miközben mindkét felsőoktatási csoport tagjai segítő hivatást választó hallgatók, feltételezhető, hogy a gyógypedagógus-hallgatók – választott szakmájuk jellegéből adódóan – az átlagosnál nagyobb érzékenységet mutatnak a hátrányos helyzetű személyekkel és kisebbségekkel szemben.

Eredményeink azt sejtetik, hogy ez a nagyobb mértékű tolerancia egyéb kisebbségek irányába is megfigyelhető.

Vizsgálatunk korlátai között megemlítendő az alacsony mintaelemszám, valamint a kényelmi mintavétel, így mintánk nem reprezentatív. Ez nem volt gátja a pszichometriai jellemzők elemzésének (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999), azonban a felmérésünk során kapott MHS értékekből nem tudunk általános következtetéseket levonni a vizsgált mintáink homonegativitásáról. Hiányossága továbbá, hogy a tesztadaptáció negyedik lépésébe nem vontuk be a kérdőív megalkotóit, noha azok a kérdőív használatához hozzájárultak. Összességében elmondhatjuk, hogy az MHS magyar változata magas megfelelő megbízhatósággal jellemezhető egyfaktoros kérdőív. Pszichometriai jellemzőinek ellenőrzése során alkalmas mérőeszköznek találtuk felsőoktatásban tanuló egészségügyi hallgatók homoszexuális és lesbikus személyekkel kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálatára.

Irodalom

- Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M.B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191.
- Bennett, K., McElroy, J.A., Johnson, A.O., Munk, N., & Everett, K.D. (2015). A persistent disparity: Smoking in rural sexual and gender minorities. *LGBT Health*, 2(1), 62–70.
- Benson, P.L., & Vincent, S. (1980). Development and validation of the Sexist Attitudes Toward Women Scale (SATWS). *Psychology of Women Quarterly*, 5(2), 276–291.
- Bonvicini, K.A., & Perlin, M.J. (2003). The same but different: clinician–patient communication with gay and lesbian patients. *Patient Education and Counseling*, 51(2), 115–122.
- Brown, T. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York: Guildford Press
- Byrne, B.M. (2012). *Structural equation modeling with Mplus: basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge Academic
- Crowne, D.P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24(4), 349–354.
- Faix-Prukner, Cs. & Rózsa, K. (2015). *A lesbikus, meleg és biszexuális emberek tapasztalatai az egészségügyben Magyarországon, Kutatási beszámoló*. Letöltve: 2016.02.03-án: http://www.ilga-europe.org/sites/default/files/Attachments/hungary_-_hatter_0.pdf
- Freeman, H.P., & Payne, R. (2000). Racial injustice in health care. *New England Journal of Medicine*, 342(14), 1045–1047.
- Górska, P., Bilewicz, M., Winiewski, M., & Waszkiewicz, A. (2017). On old-fashioned versus modern homonegativity distinction: Evidence from Poland. *Journal of Homosexuality*, 64(2), 256–272.
- Grollman, E.A. (2008). Old-fashioned and modern homonegativity within an American college student sample. *UMBC Review*, 9, 76–101.
- Hambelton, R.K. (1993). Translating achievement tests for use in cross-national studies. *European Journal of Psychological Assessment*, 9(1), 57–68.
- Herek, G.M. (1988). Heterosexuals' attitudes toward lesbians and gay men: Correlates and gender differences. *Journal of Sex Research*, 25(4), 451–477.

- Herek, G.M. (1998). The Attitudes Toward Lesbians and Gay Men (ATLG) scale. In C.M. Davis, W.L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, & S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (392-394). Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Hudson, W.W., & Ricketts, W.A. (1980). A strategy for the measurement of homophobia. *Journal of Homosexuality*, 5(4), 357-372.
- King, M., Semlyen, J., Tai, S.S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D., & Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8:70. Doi: 10.1186/1471-244X-8-70
- Kite, M.E., & Deaux, D. (1986). Attitudes toward homosexuality: Assessment and behavioral consequences. *Basic and Applied Social Psychology*, 7(2), 137-162.
- Laska, M.N., VanKim, N.A., Erickson, D.J., Lust, K., Eisenberg, M.E., & Rosser, B.R.S. (2015). Disparities in weight and weight behaviors by sexual orientation in college students. *American Journal of Public Health*, 105(1), 111-121.
- MacCallum, R.C., Widaman, K.F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological methods*, 4(1), 84-99.
- Marshal, M.P., Friedman, M.S., Stall, R., King, K.M., Miles, J., Gold, M.A., et al. (2008). Sexual orientation and adolescent substance use: a meta-analysis and methodological review. *Addiction*, 103(4), 546-556.
- Matthews-Ewald, M.R., Zullig, K.J., & Ward, R.M. (2014). Sexual orientation and disordered eating behaviors among self-identified male and female college students. *Eating Behaviors*, 15(3), 441-444.
- Mayer, K.H., Bradford, J.B., Makadon, H.J., Stall, R., Goldhammer, H., & Landers, S. (2008). Sexual and gender minority health: What we know and what needs to be done. *American Journal of Public Health*, 98(6), 989-995.
- McConahay, J.B. (1986). Modern racism, ambivalence, and the Modern Racism Scale. In J.F. Dovidio, & S.L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, Discrimination, and Racism* (91-125). Orlando, FL: Academic Press
- Meyer, I.H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697.
- Miadnik, L.T., Drabble, L., Trocki, K., & Sell, R.L. (2007). Sexual orientation and alcohol use: Identity versus behavior measures. *Journal of LGBT Health Research*, 3(1), 25-35.
- Morrison, M.A., & Morrison, T.G. (2003). Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. *Journal of Homosexuality*, 43(2), 15-37.
- Morrison, T.G., Kenny, P., & Harrington, A. (2005). Modern prejudice toward gay men and lesbian women: Assessing the viability of a measure of modern homonegative attitudes within an Irish context. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 131(3), 219-250.
- Moskowitz, D., Thom, D.H., Guzman, D., Penko, J., Miaskowski, C., & Kushel, M. (2011). Is primary care providers' trust in socially marginalized patients affected by race? *Journal of General Internal Medicine*, 26(8), 846-851.
- Neményi, M., Laki, I., Ságvári, B., Takács, J., Tardos, K., & Tibori, T. (2011). Az egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogtudatosság növekedésének mértéke- fókuszban a nők, a romák, a fogyatékos és az LMBT emberek. Kutatási zárójelentés. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia Szociológiai Kutatóintézet. Letöltve: 2015.07.28.-án: http://www.egyenlobanasmod.hu/tamop/data/MTA_1hullam.pdf
- Newcomb, M.E. (2013). Moderating effect of age on the association between alcohol use and sexual risk in MSM: Evidence for elevated risk among younger MSM. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1746-1754.

- Newman, B.S. (2002). Lesbians, gays and religion: Strategies for challenging belief systems. *Journal of Lesbian Studies*, 6(3–4), 87–98.
- P. Tóth, T., Takács, J., & Mocsonaki, L. (2017). A stigmatizáció hatásai HIV-vel élő meleg férfiakra Magyarországon. *Esély*, 28(1), 45–71.
- Romero, D.H., Morera, O.F., & Wiebe, J.S. (2015). Assessing the gender invariance of the Modern Homonegativity Scale. *Journal of Homosexuality*, 62(11), 1539–1559.
- Rózsa, S. (2006). A pszichológiai tesztek kultúrközi adaptációja In S. Rózsa, O. Nagybányai Nagy, & A. Oláh (Szerk.), *A pszichológiai mérés alapjai. Elmélet, módszer és gyakorlati alkalmazás* (169–180). Budapest: Bölcsész konzorcium. Letöltve: 2015.07.09-én: <http://mek.niif.hu/05500/05536/05536.pdf>
- Štulhofer, A., & Rimac, I. (2009). Determinants of homonegativity in Europe. *Journal of Sex Research*, 46(1), 24–32.
- Swim, J.K., Aikin, K.J., Hall, W.S., & Hunter, B.A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(2), 199–214.
- Takács, J. (2011). Homofóbia Magyarországon és Európában. In J. Takács (Szerk.), *Homofóbia Magyarországon* (15–35). Budapest: L'Harmattan Kiadó
- Takács, J., Mocsonaki, L., & P. Tóth, T. (2008). A lesbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) emberek társadalmi kirekesztettség Magyarországon. *Esély*, 19(3), 16–54.
- Takács, J., & Szalma, I. (2014) A homoszexualitással kapcsolatos társadalmi attitűdök vizsgálata Magyarországon és Romániában. *Erdélyi Társadalom*, 12(1), 9–30.
- Trocki, K.F., Drabble, L.A., & Midanik, L.T. (2009). Tobacco, marijuana, and sensation seeking: Comparisons across gay, lesbian, bisexual, and heterosexual groups. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 620–631.
- van den Akker, H., van der Ploeg, R., & Scheepers, P. (2013). Disapproval of homosexuality: comparative research on individual and national determinants of disapproval of homosexuality in 20 European countries. *International Journal of Public Opinion Research*, 25(1), 64–86.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük Todd Morrison professzornak, az MHS kidolgozójának, hogy engedélyezte számunkra kérdőívének magyar nyelvű történet adaptációját, valamint Neumark Péternek, Radó Eszternek, Trencsényi Mártonnak és Dominic Wardnak a kérdőív fordítását és visszafordítását. Köszönet illeti továbbá dr. Fekete Mónikát a kérdőívek felvételében és rögzítésében nyújtott segítségért.

Szerzői munkamegosztás

A kutatás operatív vezetője Török Zsófia, szakmai vezetője Csépe Péter volt. Az eredmények elemzését Török Zsófia és Rakovics Márton végezték. A kézirat szövegezése Török Zsófia, Pénzes Melinda, Terebessy András és Pongor Vince, a kézirat korrektúrázása Pénzes Melinda munkája.

Nyilatkozat érdekütközésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

Függelék

Modern Homonegativitás Skála – meleg férfiak

Alább olyan állítások vannak felsorolva, amelyeket egyesek megfogalmaznak a meleg férfiakkal kapcsolatban. Kérjük, jelezze az 1-től 5-ig terjedő skálán, mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi kijelentésekkel.

	egyáltalán nem érték egyet	inkább nem érték egyet	nem tudom	inkább egyérték	teljes mértékben egyérték
1. Sok meleg különleges előjogok megszerzésére használja a szexuális orientációját.	1	2	3	4	5
2. Úgy tűnik, hogy a melegek a heteroszexuálisoktól való különbözősége helyezik a hangsúlyt, és figyelmen kívül hagyják azt, amiben ugyanolyanok.	1	2	3	4	5
3. A meleg férfiaknak nem rendelkeznek minden joggal, ami megilletné őket.*	1	2	3	4	5
4. Nevetséges az a gondolat, hogy egyetemi alapképzésen lehessen homoszexualitással és lesbikussággal kapcsolatos tanulmányokat folytatni és ebből diplomát szerezni.	1	2	3	4	5
5. A Meleg Büszkeség Napjához hasonló rendezvények nevetségesek, mert arra utalnak, hogy a szexuális orientációra büszkének kell lenni.	1	2	3	4	5
6. A melegeknek még mindig küzdeniük kell az egyenlő jogokért.*	1	2	3	4	5
7. A melegeknek abba kellene hagyniuk, hogy másokra erőltessék az életmódjukat.	1	2	3	4	5

	egyáltalán nem érték egyet	inkább nem érték egyet	nem tudom	inkább egyérték	teljes mértékben egyérték
8. Ha a melegek azt szeretnék, hogy ugyanúgy bánjanak velük, mint bárki mással, akkor nem kellene olyan nagy ügyet csinálni a szexualitásukból és kultúrájukból.	1	2	3	4	5
9. Azokat a melegeket, akik nyíltan vállalják másságukat (coming out) csodálni kell a bátorságukért.*	1	2	3	4	5
10. A melegeknek be kell fejezniük a panaszkodást, hogy hogyan bánt velük a társadalom, és egyszerűen csak élni az életüket.	1	2	3	4	5
11. A mai nehéz gazdasági helyzetben magyar adófizetők pénzét nem kellene meleg szervezetek támogatására költeni.	1	2	3	4	5
12. A melegek mára túlságosan is konfrontatívvá váltak az azonos jogokért való küzdelemben.	1	2	3	4	5

* fordított tételek

Skálaképzés: Az MHS-G pontszám meghatározása a fordított tételek megfordítása után, a tételek összeadásával történik

Modern Homonegativitás Skála – leszbikus nők

Alább olyan állítások vannak felsorolva, amelyeket egyesek megfogalmazzanak a leszbikus nőkkel kapcsolatban. Kérjük, jelezze az 1-től 5-ig terjedő skálán, mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi kijelentésekkel.

	egyáltalán nem érték egyet	inkább nem érték egyet	nem tudom	inkább egyérték	teljes mértékben egyérték
1. Sok leszbikus különleges előjogok megszerzésére használja a szexuális orientációját.	1	2	3	4	5
2. Úgy tűnik, hogy a leszbikusok a heteroszexuálisoktól való különbözősége helyezik a hangsúlyt, és figyelmen kívül hagyják azt, amiben ugyanolyanok.	1	2	3	4	5
3. A leszbikus nők nem rendelkeznek minden joggal, ami megilletné őket.*	1	2	3	4	5
4. Nevetséges az a gondolat, hogy egyetemi alapképzésen lehessen homoszexualitással és leszbikussággal kapcsolatos tanulmányokat folytatni és ebből diplomát szerezni.	1	2	3	4	5
5. A Meleg Büszkeség Napjához hasonló rendezvények nevetségesek, mert arra utalnak, hogy a szexuális orientációra büszkének kell lenni.	1	2	3	4	5
6. A leszbikus nőknek még mindig küzdeniük kell az egyenlő jogokért.*	1	2	3	4	5

	egyáltalán nem érték egyet	inkább nem érték egyet	nem tudom	inkább egyérték	teljes mértékben egyérték
7. A leszbikus nőknek abba kellene hagyniuk, hogy másokra erőltessék az életmódjukat.	1	2	3	4	5
8. Ha a leszbikusok azt szeretnék, hogy ugyanúgy bánjanak velük, mint bárki mással, akkor nem kellene olyan nagy ügyet csinálni a szexualitásukból és kultúrájukból.	1	2	3	4	5
9. Azokat a leszbikusokat, akik nyíltan vállalják máságukat (coming out) csodálni kell a bátorságukért.*	1	2	3	4	5
10. A leszbikusoknak be kell fejezniük a panaszkodást, hogy hogyan bánt velük a társadalom, és egyszerűen csak élni az életüket.	1	2	3	4	5
11. A mai nehéz gazdasági helyzetben magyar adófizetők pénzét nem kellene leszbikus szervezetek támogatására költeni.	1	2	3	4	5
12. A leszbikusok mára túlságosan is konfrontatívvá váltak az azonos jogokért való küzdelemben.	1	2	3	4	5

* fordított tételek

Skálaképzés: Az MHS-L pontszám meghatározása a fordított tételek megfordítása után, a tételek összeadásával történik

Hungarian adaptation of the Modern Homonegativity Scale

TÖRÖK, ZSÓFIA - RAKOVICS, MÁRTON - PÉNZES, MELINDA -
TEREBESSY, ANDRÁS - PONGOR, VINCE - CSÉPE, PÉTER

Background: Compared to the general population, lesbian, gay, bisexual and transgender (LGBT) people experience health disparities similarly like other minorities. The prejudice of the health care personnel towards these groups may affect their appropriate medical care and the health professional-patient relationship. To date, there have not been any Hungarian studies assessing attitudes of healthcare workers towards LGBT people due to the lack of a validated Hungarian questionnaire. *Objective:* The aim of this study was to conduct the cultural adaptation of the Modern Homonegativity Scale (MHS) and evaluate the psychometric properties of its Hungarian version. *Method:* The Hungarian adaptation of the scale was performed in a 6-step methodology. A total of 194 students enrolled at Semmelweis University, Faculty of Medicine, and Eötvös Loránd University, Faculty of Special Education completed the MHS in the cross-sectional study (31.8% male; mean age: 22.20 years, SD = 1.6 years, range: 18–29 years). *Results:* The internal consistency of the scale was satisfactory (Cronbach- α : 0.91 and 0.90 for Gay (MHS-G) and Lesbian (MHS-L) subscales, respectively). Results of the confirmatory factor analysis supported the unidimensional structure of the MHS (MHS-G: $\chi^2(54) = 135.69$, $p < 0.001$, RMSEA = 0.09, CFI = 0.92, TLI = 0.91; MHS-L: $\chi^2(54) = 182.45$, $p < 0.001$, RMSEA = 0.11, CFI = 0.89, TLI = 0.86). The intraclass correlation coefficient for the reliability of test repetition within subjects was 0.94. The scores on both subscales of MHS correlated positively with the scores of the Medical Students' Attitude Questions measuring old-fashioned homonegativity (MHS-G: $r = 0.59$, $p < 0.001$; MHS-L: $r = 0.56$, $p < 0.001$). *Conclusions:* Adaptation of the MHS was successful and the scale is an appropriate measurement tool for assessing negative attitudes towards gay men and lesbians.

Keywords: LGBT, homonegativity, attitude, cultural adaptation