

Balog Piroska:

A rossz házasság és az egészségi állapot összefüggései. A válás és az egészségi állapot összefüggései, a válás hosszú távú hatása.

A házasságról, családról általában

A pár, illetve a család a legkisebb társas egység, melynek részesei vagyunk. Az ember családba születik, majd bizonyos kort elérve megalapítja saját családját. Gyakran hajlamosak vagyunk e két rendszert egymástól függetlennek tekinteni, pusztán azért, mert látszólag a saját család megalapításakor váltás történik, az ember „elhagyja” a családot, melybe beleszületett és új, saját családi rendszert alakít ki.

Előfordul, hogy a fiatalok új családjukban mintegy rekonstruálják eredeti családjuk viszonyait, és szinte észrevétlenül megvalósítják azokat a szülői mintákat, melyeket otthon láttak, és ezzel párhuzamosan a családi diszfunkciók is hasonlatosak lesznek a szülői házban átéltekhez. Ez a folyamat többnyire nem tudatos, sőt akár nem is tudatosul. Jogos az a cél, hogy az ember az érettség megfelelő fokán olyan saját életet, családot alakítson ki, mely az eredeti családjától független, ám ebben a folyamatban az eredeti család jellemzőit, tudatos és tudattalan örökségét is fel kell dolgozni, és integrálni kell. Ez az integráció gyakran elmarad a családalapítás időszakában, és a különböző krízisek, vagy akár természetes életesemények (pl. gyerekszületés, munkahelyváltás, szülő halála stb.) aktiválhatják a hozott tudattalan mintát. Mindezek a jelenségek, különösen az „örökség” koncepciója jól értelmezhetők a tárgykapcsolat elmélet segítségével (Székely, 2003, Balog és mtsai, 2001).

Székely hangsúlyozza a „Törékeny kincs, boldog házasság” című videósorozatában, hogy az igaz szerelmen, és a jó párválasztáson túl tudatosítanunk kell a gyermekkori családunkból hozott mintákat, értékeket, lelki késztetéseinket, hogy képesek legyünk egy olyan közös identitás kialakítására, amelyben egyéni fejlődésünk is kibontakozhat.

Cole és Cole (1998) idézi Bowlbyt (1980), aki a *korai anya-csecsemő* vizsgálatai alapján leírta, hogy megkülönböztethetünk biztonságos *kötődést*, valamint bizonytalan (ambivalens) szorongó/elkerülő, és bizonytalan szorongó/ellenálló kötődést. Ezek a korai anya-csecsemő kapcsolatban kialakult kötődési mintázatok a későbbiek során, a felnőtt párkapcsolati kötődésekben is leképeződnek. Vagyis az a csecsemő, aki a mamájához bizonytalan szorongó kötődési mintázattal kötődik, felnőtté válva, párkapcsolatában, házasságában is ilyen módon fog kötődni. A tárgykapcsolat-elmélet képviselői gyakran hozták összefüggésbe a későbbi házastársi elégedetlenséget kötődési problémákkal. A koragyermekkorban megélt szülő-gyermek kapcsolati ősminták – állítják – tudattalanul működnek bennünk és lényegesen színezik igényeinket, elvárásainkat. Ezek tudatosítása elősegíti a boldog házasság egyik feltételét: egymás megértését és elfogadását.

Erik Erikson (Cole és Cole, 1998) az emberi életutat nyolc stádiumra osztja, melyek mindegyikét egy sajátos, az egyén által megoldandó konfliktus jellemez. A párválasztás a fiatal felnőttkor „feladata”, ami azonban csak akkor valósulhat meg sikeresen, ha a korábbi konfliktusok megoldása is sikeres volt. Vagyis, ha a korábbi fejlődési fázisainkban sikeresen kialakult az „ösbizalmunk”, az autonómiaigényünk, a kezdeményező-készségünk, képesek vagyunk önálló alkotó munka végzésére, és kialakul egy szilárd, másoktól (szüleinktől is) független identitásunk – csak e készségek,

képességek sikeres kialakulása után lehet sikeres a párválasztásunk, a párkapcsolati elköteleződésünk, a házasságunk.

Gottman és Silver (1999) szerint a házasság működőképessége az *érzelmi intelligencia* függvénye: „A boldog házasságban élők sem nem kedvesebbek, sem nem gazdagabbak, vagy pszichológiailag képzetebbek, mint mások. Mindössze arról van szó, hogy megtalálták a módját, hogyan akadályozzák meg azt, hogy az egymással kapcsolatos (minden pár életének részét képező) negatív gondolataik és érzéseik felülkerekedjenek a pozitív érzéseken”. A szerző állítja, hogy mindössze ötperces megfigyelés után előre tudja jelezni, hogy elválik-e egy pár vagy sem, és hangsúlyozza, hogy az érzelmi intelligencia az, ami esélyt biztosíthat a válás elkerülésére.

Bognár és Telkes (1994) hangsúlyozzák, hogy különbséget kell tennünk házassággal való *elégedettség* és a házasság *stabilitása* között. Idézik Levingert, aki azokat a visszatartó erőket, amelyek az elégedetlen házasságoknál is léteznek, és a stabilitás irányába hatnak, gátaknak (barriereknek) nevezte. Így leírtak rossz, és instabil házasságokat, jó, de instabil házasságokat, jó, és stabil házasságokat, valamint rossz, de stabil házasságokat is. Azt is kiemelik, hogy a házassággal való elégedettség nem jelenti feltétlenül ugyanazt a két fél számára: „*minden házasságban két házasság van, az egyik a férjé, a másik a feleségé*”.

Mivel napjainkban egyre fontosabbá válik kapcsolataink minősége, növekednek a házastársi kapcsolattal szemben támasztott követelmények, a fokozott igények pedig sebezhetőbbé teszik a házasságokat.

A házasság minőségét tehát az *eredeti családjunk tudatos és tudattalan öröksége, a korai kötődésmintázatok, a korábbi fejlődési stádiumok megoldott vagy megoldatlan konfliktusai, érzelmi intelligenciánk* egyaránt befolyásolják, ugyanakkor a házassággal való elégedettség még nem jelent stabilitást. A házassággal szemben támasztott megnövekedett elvárások, valamint a babonaként hagyományozódó „mítoszokhoz” való viszonyítás igencsak sérülékennyé, törékennyé teszi a házasságokat.

Családi állapot és egészségi állapot összefüggései

Számos tanulmány igazolta, hogy a házasságok szemben a nem-házasságokkal boldogabbak, elégedettebbek és egészségesebbek: morbiditási és mortalitási mutatóik jelentősen alacsonyabbak. Azonban a családi állapot és a halálozás összefüggéseit a legtöbb tanulmány keresztmetszeti elemzésre alapozza, amely értelemszerűen, nem tud választ adni az ok-okozati összefüggés irányára vonatkozó kérdésre. Ugyanakkor találunk longitudinális vizsgálatokat is, ugyanezzel a konklúzióval (Mastekaasa, 1994, Johnson és mtsai, 2000).

Jóllehet Johnson és mtsai (2000) tanulmánya longitudinális, hátránya, hogy túl kevés rizikótényezőre kontrollálják az adataikat. És találunk olyan elemzést is, mely amellet, hogy longitudinális, figyelembe vett több rizikótényezőt is (egészségi állapotra, szocioökonomiai tényezőkre és egészségkárosító magatartás jellemzőire is kontrollál), és nem talált különbséget a házasságok, elváltak és özvegyek halálozási arányában (Ebrahim és mtsai, 1995, Cheung, 2000).

Bár az eredmények egymásnak ellentmondóak, annak magyarázatára, hogy miért jobbak a házasságok egészségi és halálozási mutatói, mint a nem-házasságokéi, két kiemelő hipotézis is született: a „szelekciós” és a „protektív” elmélet. A „*szelekciós*” elmélet szerint az egészségi állapot meghatározza a családi állapot alakulását: az eleve egészségesebb egyének nagyobb valószínűséggel házasodnak és maradnak házasságban,

jobb anyagi jólléttel rendelkeznek, több társas támogatottsággal és kevesebb egészségkárosító szokással. A „*protektív*” elmélet képviselői szerint a halálozás alakulása okozati összefüggésben van a családi állapottal: tehát a „nem-házás” családi állapot okozója a nagyobb arányú mortalitásnak, a házasság pedig önmagában is egészségvédő.

A fentebb említett longitudinális vizsgálatok is (Huston és mtsai, 2001, Previti és Amaro, 2003), melyek szerint a válás bekövetkezése már az udvarlás szakaszában, vagy a házasság korai szakaszában bejósolható, leginkább a szelekciós elméletnek kedveznek, de nézzünk meg néhány, a szelekció tesztelésére tervezett longitudinális vizsgálatot.

Joung és mtsai (1998) az egészségi állapot változásainak és a családi állapot változásainak összefüggéseit elemezte, és a „szelekciós” elméletet érvényesnek találta a házasságból válásba való átmenet esetén: a válás bekövetkeztenek valószínűsége akkor is nagyobb volt azoknál, akiknek két vagy több krónikus panaszuk is volt, amikor az eredményeket kontrollálták az általános egészségi állapotra, és a szubjektív egészségi panaszokra is. A szerzők megkülönböztettek „indirekt” szelekciót is: az egészségi állapotot determináló tényezőket (mint a szocioökonómiai státus, a fizikai megjelenés, magasság, obesitas), és az egészségi állapotot befolyásoló magatartást (alkoholfogyasztási szokások). Ugyanakkor azt találták, hogy a szelekciós hatás erősebb férfiak, mint nők esetében: 2,53-szor volt nagyobb az esély a válásra férfiaknál, nőknél viszont csak 1,64-szer volt nagyobb, ha két vagy több krónikus panaszuk volt a vizsgálat kezdetén.

Ezekhez hasonló, de a nemi különbségek tekintetében mégis ellentmondó eredményekre jutott Cheung (1998) is: férfiak és nők esetében különböző szelekciós tényezők érvényesülnek, és ezek összefüggésben vannak az érvényes nemi szerepelvárásokkal. A váláshoz vezető szelekciós tényezők a szocioökonómiai státus, egészségi állapot és a „tetszetősség” területeiről kerültek ki, beleértve azt is, hogy fizikailag mennyire vonzó valaki, milyen egészségkárosító szokásai vannak és milyen a temperamentuma. A házas és elvált férfiak egészségi állapota közötti különbség nagyon kicsi volt, és teljességgel magyarázható volt a szelekciós tényezőkkel. Nőknél ez a különbség erősebb volt, és a szelekciós tényezőkre való kontrollálás után is megmaradt. Ebből persze nem következik egyenesen, de mindenesetre itt kézenfekvő az a feltételezés, miszerint nőkre a válás erőteljesebb negatív hatást gyakorol, mint férfiakra. A szelekcióval kapcsolatos nemi különbségek mellett az is kiderült, hogy a különböző életkorokban különböző szelekció működik (Cheung és Sloggett 1998). A 16-23 évesek között egy „ellentétes” szelekció működött: az alacsonyabb szocioökonómiai státusszal rendelkezők, és a dohányzók nagyobb valószínűséggel házasodtak. A 23-33 évesek között megszűnt ez az „ellentétes” szelekció, és az egészségi állapotot, a szocioökonómiai státust, az egészségvédő magatartást illetően jobb életésélyekkel rendelkezők nagyobb valószínűséggel házasodtak.

Találunk olyan longitudinális vizsgálatot is (Overbeek és mtsai, 2003), amely a „szelekciós” és a „protektív” elméletet, egymást kölcsönösen elősegítő folyamatokként írja le: a korábbi hangulatzavarok növelték a válás vagy szakítás előfordulási valószínűségét, ugyanakkor a korábbi kapcsolati zavarok bejósolták a hangulati zavarokat.

Surján (2004) idézi Franklint (2000), aki a szívinfartus túlélési esélyeit tanulmányozta egyedülállóknál és házasoknál. Nem a házasságnak, mint jogintézménynek volt protektív szerepe: azok is a jobb túlélési esélyű csoportba

tartoztak, akiknek házastársa ugyan nem volt, de bizalmas jó barátja igen. A „tartozom valakihez”, „fontos vagyok valakinek” érzésen volt a hangsúly. Az a szerencsés helyzet, hogy valakinek mind házastársa, mind jó barátja volt, már nem növelte tovább a szívinfarktus túlélésének esélyeit.

A protektív elméletet megkérdőjelezzik azok a tanulmányok is, melyek a *házastársi stressz és egészségi állapot* összefüggéseit elemzik. A házastársi stressz a kardiovaszkuláris beteg nőknél erőteljesen rontotta a betegség prognózisát (Orth-Gomer és mtsai, 2000). Baker és mtsai (2000) longitudinális tanulmányának eredményei szerint a házassággal való elégedetlenség szignifikánsan együtt járt a szív falának megvastagodásával, és ennek megfelelően, magasabb vérnyomásértékekkel. A házastárs egyszerű jelenléte ugyanis nem feltétlenül protektív: egy problémás házasság önmagában stresszforrás, ugyanakkor limitálja a házastársak más kapcsolatokból való támogatáskeresési lehetőségeit (Blom és mtsai, 2003). Mind nőknél, mind férfiaknál leírják, hogy a házastársi konfliktusokkal együtt járó negatív, ellenséges viselkedést követi a stresszhormonszint, és a kardiovaszkuláris reaktivitás megemelkedése, valamint az immunfunkciók csökkenése. A fiziológiai kutatások szerint a házastársi konfliktus erőteljesebb negatív hatással van a nők egészségi állapotára, mint a férfiakéra, de amikor a fiziológiai mutatókat nem mérték, akkor ez a különbség nem volt annyira egyértelmű (Kiekolt-Glaser és Newton, 2001). Öt éves utánkövetés eredményei azt mutatják, hogy az egyidejűleg kettős (házastársi és munkahelyi) stressznek kitettség jelenti a legnagyobb kockázatot (Krantz és Östergren, 2001) és rontja leginkább a szív-műtéten átesett nők prognózisát (Orth-Gomer és Leineweber, 2005).

Vagyis a házasság minősége, működési jellemzői fiziológiai változásokkal járnak, és ennek hosszú távú következményei az egészségi állapot változásain megmutatkoznak.

Az országos magyar reprezentatív felmérés adatait elemezve kiderült, hogy nőknél, férfiaknál egyaránt a rossz házastársi kapcsolat együtt járt a mentális egészségi állapot mutatóinak romlásával. A magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz házasságban élők, az elváltaknál is rosszabb életminőségről, magasabb depresszióról, szorongásról, vitális kimerültségről, és több alvászavarról számoltak be (Balog, 2005b).

A házastársi stressz több úton is hozzájárulhat az egészség romlásához: indirekt úton a pszichiátriai zavarok, depresszió, szorongás előfordulási gyakoriságának, intenzitásának növekedésével, valamint az egészségkárosító magatartásformák útján (gyógyszer-, alkoholabúzus, elhízás, rossz étkezési szokások), ugyanakkor direkt úton, a szív-érrendszer, neuro-, endokrin- és immunrendszer fiziológiai folyamataira hatva (Robles és Kiekolt-Glaser, 2003).

A jó házastársi kapcsolat viszont jó egészségi állapottal jár. Egy négy éves utánkövetéses vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy akik a házasságuk minőségével elégedettek voltak, szignifikánsan kevesebb fizikai tünetről, panaszról számoltak be, mint azok, akik elégedetlenek voltak. Ugyanakkor azon házastársaknál, akiknek házassága javult a négy év alatt, ezzel egyidejűleg nagymértékben csökkent a fizikai panaszuk száma is (Wickrama és mtsai, 1997). A házastárs a terápiában is részt vehet, és segítheti társát az orvossal való együttműködésben. A relaxáció hatékonyan bizonyult az esszenciális magas vérnyomás kezelésében: egy nyolc hétig tartó terápiás program után szignifikáns csökkenés mutatkozott a vérnyomásértékekben, mely csökkenés öt hónappal később is jellemző volt. A tanulmány hangsúlyozza a páciens házastársának szerepét: akik a relaxációt a házastársukkal együtt gyakorolták, jobban kitartottak a gyakorlásban, mint azok, akik egyedül (Wadden, 1983).

Egy három éves utánkövetéses vizsgálatban, hemodialízissel kezelt vesebetegek esetében a párkapcsolati elégedettség 29%-kal csökkentette a mortalitás kockázatát, míg a kapcsolattal szembeni negatív beállítódás 46%-kal növelte a mortalitás kockázatát, akkor is, ha a betegség súlyosságára, a terápiára, valamint a demográfiai változókra is kontrollálták az adataikat (Kimmel és mtsai, 2000).

A házastársi stressz és a depresszió összefüggései

Ismert, hogy a házastársi kapcsolattal való elégedetlenség növeli a pszichiátriai betegségek, és különösen a depresszió előfordulási gyakoriságát (Burg és Seeman, 1994, Kiekolt-Glaser és Newton, 2001, Beach és mtsai, 1990, Wishman, 1999). Mind a depressziós tünetegyüttes, mind a klinikai depresszió szoros kapcsolatban áll a házastársi stresszel (Beach és mtsai, 1998, Fincham és Beach, 1999). Különböző tanulmányok különböző eredményeket szolgáltatnak e kapcsolat „szorosságára” vonatkozóan: egy tanulmány szerint a házastársi viszálykodás tízszeresére növelte a depressziós tünetegyüttes előfordulásának esélyét (O’Learly és mtsai, 1994). Egy másik tanulmány (átfogó epidemiológiai elemzés) szerint mind férfiak, mind nők esetében a boldogtalan házasság (szemben a boldog házassággal) 25-szörös kockázati tényezőnek bizonyult a major depresszióban való megbetegedésre (Weissman, 1987, Shroeder és mtsai, 1996).

A kapcsolat úgy tűnik, kétirányú: a rossz házastársi kapcsolat növeli a depressziós tünetek előfordulási gyakoriságát, ugyanakkor a depresszió hozzájárul a házasság minőségének romlásához (Beach és mtsai, 1998, Fincham és Beach, 1999), bár a házastársi kapcsolattal való elégedetlenség gyakrabban előzi meg a depressziót, mint fordítva, és a családterápia depresszió kezelésében hatékonynak bizonyult (Beach és mtsai, 1998).

A kutatók véleménye eltér a tekintetben, hogy a házastársi stressz és a depresszió összefüggéseiben vannak-e nemi különbségek. Egyes szerzők állítják ugyanis, hogy a nőknek fontosabbak a kapcsolatok (Cross és Madson, 1997), valamint hogy a klinikai depresszió kétszer gyakoribb nőknél, mint férfiaknál (Weissman, 1987), vagyis nem lehet, hogy a házastársi stressz ugyanolyan szoros kapcsolatban álljon a depresszióval férfiaknál, akárcsak nőknél (O’Learly és mtsai, 1994). Egy utánkövetéses vizsgálatban, a házastársi viszony és a depresszió ok-okozati összefüggéseit elemezve, az összefüggés irányára vonatkozóan nemi különbségeket találtak: a házastársi elégedetlenség irányából mutatott a depresszió irányába nőknél, ezzel szemben férfiaknál inkább a depresszió növelte a házastársi elégedetlenséget. Vagyis a házastársi kapcsolat minősége a depresszió tekintetében erőteljesebb prediktív tényezőnek bizonyult nők esetében, mint férfiaknál (Fincham és mtsai, 1997).

Viszont nemcsak a depressziós nők, de a depressziós férfiak között is a visszaesés legjobb előrejelzője annak az egyszerű kérdésnek az igenlő megválaszolása volt, hogy „házastársa kritikus önnel?” (Hooley és Teasdale, 1989). Ugyanakkor a családi támogatással való elégedettség, azaz a pozitív partneri, családi támogatás a rosszindulatú mellodaganatos nők depresszióját is nagymértékben csökkentette (Balog és Dégi, 2005).

Házasság, házastársi stressz és egészségmagatartás.

Longitudinális vizsgálatokban a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás a családon belüli erőszak előrejelzője. A férj alkoholfogyasztása előre jelezte az agresszió későbbi előfordulását, de ennek mértéke nagyban függött a feleség ivási szokásaitól is: a

„nagyívó férj és absztinens feleség” párosítás volt a legjobb előrejelzője az agresszió előfordulásának (Quigley és Leonard, 2000). Ugyanakkor a házastársi agresszió előfordulása is növelte a nagy mennyiségű alkoholfogyasztás esélyét. Az alkoholfogyasztás coping stratégiaként is működhet: a házastársi stressz okozta feszültség oldására. Longitudinális vizsgálatban a későbbi, családon belüli erőszak legjobb prediktorának a házastársi konfliktus „stílusa” bizonyult: a verbális agresszió, a visszahúzóds, a problémamegoldás képtelensége (Leonard és Senchak, 1996).

A keresztmetszeti kutatások nem engednek rálátást az oksági viszonyra: az alkoholizmus megelőzi, együtt jár, avagy egy következménye a családon belüli erőszaknak. A legtöbb longitudinális vizsgálat arra a következtetésre jut, hogy az alkohol felerősíti a már addig is létező házastársi problémákat.

Felnőtt drogfogyasztókat vizsgálva, a depresszió magas pontszáma együtt járt a keményebb drogok és alkohol fogyasztásának növekedésével, iskola- és munkakerüléssel és alacsony házastársi elégedettséggel (Donohue és mtsai, 1999).

Egy alkoholfogyasztás csökkentésére fókuszáló, rövid távú (hat alkalommal egy óra), kognitív terápiás program nemcsak hogy csökkentette az alkoholfogyasztást, és a depresszív tünetek számát, de ugyanakkor növelte a házastársi elégedettséget is, és ez a hatás egy éves utánkövetés alatt is fennmaradt (Kelly és mtsai, 2000).

Tehát itt is cirkuláris oksági összefüggéseket láthatunk, vagyis a rendszer bármelyik pontján avatkoznánk be, változást várhatunk az összefüggésekben: alkoholfogyasztásra irányuló terápia javítja a házastársi elégedettséget, másfelől pedig családterápiás eseteírásokból kiderül, hogy a családterápia csökkentheti az alkoholfogyasztást (Telkes, 1982).

Egy tanulmány a stressz és egészségmagatartás összefüggéseinek elemzése után felhívja a figyelmet a nemi különbségekre, melyeket javasol a prevenciós programok tervezésénél figyelembe venni. Férfiaknál a magas munkastressz együtt járt a dohányzás gyakoriságának növekedésével, nőknél pedig a teljes munkaidő és a házastársi konfliktusok jártak együtt magasabb alkoholfogyasztással. Nőknél, férfiaknál egyaránt a dohányzás szorosan összefüggött a depresszióval (Cohen és mtsai, 1991). Egy másik, nemi különbségeket elemző tanulmány szerint nők gyakrabban fogyasztanak alkoholt házastársi stressz csökkentése céljából, mint a férfiak (Olenick és Chalmers, 1991).

A családi állapot változásai gyakran járnak együtt az életmód változásaival. Például a házasságkötés, vagy az együttélés gyakran jár együtt a táplálkozási szokások és a mozgás gyakoriságának megváltozásával: elhízással és ülő életmóddal (Kahn és mtsai, 1991, Egger és Mowbray, 1993, Marshall és Anderson, 2002), magasabb koleszterinszinttel, magasabb vérnyomásértékekkel (Burke és mtsai, 2004). Longitudinális vizsgálatok szerint is, a házasságkötés, nőknél, férfiaknál egyaránt, együtt jár az elhízással (Rissanen és mtsai, 1991, Sobal és mtsai, 2003). Az együttélést éppen csak megkezdő párok esetében a táplálkozási szokásokra és a mozgás gyakoriságára fókuszáló intervenciós program hatékonyan bizonyult, ezáltal csökkentek a hagyományos kardiovaszkuláris kockázati tényezők (Burke és mtsai, 2003).

A család egy rendszer, melyben az egészségkárosító szokások a rendszer részévé válnak. Az elhízást a házastárs érdeklődése is fenntarthatja. Súlyosan elhízott nők gyomorszűkítő műtét következtében átlag 35 kg-ot fogytak. A műtét után magukat vonzóbbnak és szociálisabbnak élték meg, ezzel szemben férjeiket velük szemben kevésbé érdeklődőnek, mint műtét előtt. Férjeiket is meginterjúvolták, és szerintük

feleségük a műtét után „túlságosan szociábilissá” vált, ők jobban kedvelték feleségeiket a műtét előtt (Hafner, 1991).

Egy másik tanulmány szerint a házastársi elégedettség negatívan korrelált a testsúlycsökkentő program hatékonyságával. Egy éves terápiás intervenció, és azt követően három hónapos utánkövetés alatt, azok a túlsúlyosak, akik az intervenció előtt közepesen elégedetlenek voltak a házasságukkal, szignifikánsan nagyobb testsúlyt veszítettek, és közülük szignifikánsan többen érték el az ideális testsúlyt, mint azok, akik elégedettek voltak a házasságukkal. Ugyanakkor a testsúly csökkenése nem járt együtt a házastársi elégedettség növekedésével.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy ezek a résztvevők csak közepesen voltak elégedetlenek, és feltételezik, hogy a nagyfokú elégedetlenség másképpen hatott volna az intervenció program hatékonyságára (Black, 1988).

A családi állapot változásai tehát együtt járnak a táplálkozási, mozgási szokások megváltozásával, gyakran a szív- és érrendszeri kockázati tényezők növekedésével. Vagyis a házasság hozzájárulhat az egészségkárosító szokások kialakulásához, a házassággal való elégedetlenség növelheti a dohányzás, alkoholfogyasztás gyakoriságát. Másfelől pedig az egészségkárosító szokások is növelhetik a házassággal való elégedetlenséget.

A fizikai, alkati jellemzők, mint például az elhízás vagy az alacsony termet, nem járt együtt a válások nagyobb gyakoriságával, ezzel szemben egészségkárosító szokások mindkét nemnél növelték a válások előfordulási gyakoriságát (Fu és Goldman, 2000).

A házastársi stressz összefüggése a kardiovaszkuláris reaktivitással és a magas vérnyomással

Kísérleti kutatások sora igazolta, hogy a vérnyomás különösen érzékeny a számunkra fontos kapcsolatok minőségére: a társas interakciók minősége közvetlenül befolyásolja a vérnyomásértékeket. Egy kísérleti tanulmány résztvevőinek egy házastársi konfliktusra kellett gondolniuk, és arról beszélni a párjukkal negyvenöt percen át. A konfliktusról való beszélgetés előtt és után is önkítöltős kérdőívvel mérték a hangulati állapotukat, valamint minden második percben mérték a vérnyomás és szívritmus értékeiket is. A nők a konfliktusról való beszélgetés alatt (az önkítöltős kérdőív alapján) depressziósbabbnak és ellenségesebbnek bizonyultak, mint a férfiak, és mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomásértékeik is magasabbak lettek, mint a konfliktusról való beszélgetést megelőzően. Viszont a szisztolés vérnyomásértékek férfiak esetében is szignifikáns emelkedést mutattak (Mayne és mtsai, 1997).

Esszenciális magasvérnyomás-betegségben szenvedők családi veszekedése és a vérnyomásértékek közötti összefüggéseket elemezték. A pácienseknek és a házastársuknak tíz percen át egy házastársi konfliktusról kellett beszélni. Klinikailag szignifikáns növekedést tapasztaltak a vérnyomásértékekben, ez a növekedés pedig nőknél egyértelműen összefüggött az ellenséges interakciók számával, míg a támogató vagy a semleges interakciók nem változtattak a vérnyomásértékeken. Férfiaknál a vérnyomásértékek változása a beszédidő hosszával volt összefüggésben (Ewart és mtsai, 1991).

Egy másik tanulmányban, ahol esszenciális hipertenzióban szenvedő nők és férfiak, valamint egészséges normotenziós nők és férfiak házastársi kapcsolatainak minőségét vizsgálták, és azt találták, hogy a házastársi elégedetlenség (férfiak esetében), valamint a kölcsönösség hiánya (nők esetében) szignifikáns összefüggést mutat az esszenciális hipertenzióval. A szerzők már akkor hangsúlyozták, hogy az esszenciális

magasvérnyomás-betegségben szenvedők vizsgálatánál a klinikusok minden esetben feltehetnének egy, a házastársi kapcsolat minőségére vonatkozó rutinkérdést (Hafner és mtsai, 1983).

Egészséges nők kardiovaszkuláris reaktivitását vizsgálták házastársukkal való konfliktus tíz perces párbeszéde alatt. Az eredmények azt mutatták, hogy a negatív érzelmek kulcsfontosságú szerepet játszanak: a szisztolés vérnyomásértékek 20%-ért a kifejezett negatív érzelmek voltak felelősek, és 53%-ban magyarázták a házastársi stressz összpontszámát is (Morell és Apple, 1990).

Együttélő párok kardiovaszkuláris reaktivitását vizsgálták két különböző konfliktus megbeszélése közben: amikor ők kérték a házastársukat, hogy változtasson valamely szokásán, illetve, amikor őket kérték, hogy változzanak. Mind a férjek, mind a feleségek akkor mutattak magas diasztolés vérnyomásértékeket, amikor nagyon negatívan viszonyultak a társukhoz, és amikor ők kívánták volna, hogy a társuk változzon (Newton és Sanford, 2003).

Néhány vizsgálatban a házastársi veszekedések nagyobb pszichológiai és fiziológiai hatást gyakoroltak a feleségekre, mint a férjekre: a feleségek kardiovaszkuláris reaktivitása megemelkedett, a férjeké nem változott. Amikor viszont feladathelyzet elé állították őket, akkor a férjek kardiovaszkuláris reaktivitása emelkedett, a feleségeké nem (Brown és Smith, 1992, Brown és mtsai, 1998, Smith és mtsai, 1998, Smith és Gallo, 1999, Helgeson, 1994).

Carels és munkatársai házas, és aktívan dolgozó nőket vizsgáltak, három, különböző laboratóriumi stressz szituációban: házastársi konfliktust felelevenítő, munkahelyi konfliktust felelevenítő, valamint matematikai feladat időegységen belül való megoldási stressz helyzetekben. Azt találták, hogy csak a házastársi konfliktus felelevenítése járt együtt a vérnyomásértékek emelkedésével (Carels és mtsai, 1998). Egy másik tanulmányból az derül ki, hogy csak otthoni környezetben (és nem munkahelyi környezetben) emelkedett meg a magas stressz-szintű nők vérnyomásértéke (Carels és mtsai, 2000).

Az ellenségesség és a kardiovaszkuláris reaktivitás összefüggéseit vizsgálták házastársaknál, alacsony és magas veszélyeztetettség érzése közben, illetve amikor egyetértenek, vagy nem a házastársukkal. A férjek ellenségessége magas szisztolés vérnyomásértékekkel járt együtt, de csak magas veszélyérzet esetén, a feleségek ellenségessége nem járt együtt a kardiovaszkuláris reaktivitás emelkedettségével. Az ő szívrítmusuk akkor emelkedett meg, amikor nem értettek egyet férjeikkel (Smith és Gallo, 1999).

Menedzseri pozícióban lévő nők vérnyomásértékeit és a vizeletben kimutatható stresszhormonokat vizsgálták egy átlagos munkanap alatt és azt követő éjszaka. Azoknál a nőknél, akik munkahelyüket stresszesebbnek ítélték, mint az otthonukat, munkaidőben magasabb szisztolés és diasztolés vérnyomásértékeket mértek, valamint éjszakai szisztolés vérnyomásértékeik is magasabbak voltak. Azoknál a nőknél viszont, akik az otthonukat ítélték stresszesebbnek, az otthoni stresszpontszámuk szignifikánsan korrelált az otthon mért pulzusszámukkal, valamint az éjszakai szisztolés vérnyomásértékekkel is (Kario és mtsai, 2002). Ugyanakkor azt is kimutatták, hogy már egy tíz percig tartó, meghitt partnerkapcsolat csökkenti a szisztolés és diasztolés vérnyomásértékeket. A kísérleti személyek tíz percen át házastársukkal egymás kezét fogva egy romantikus filmet néztek, míg a kontroll csoport tagjai csak pihentek ez idő alatt, majd mindkét csoport tagjainak egy stresszkeltő feladatot (közönség előtt előadás megtartása) kellett megoldaniuk. A kísérleti csoport tagjainál az előadás alatt, a csak

pihenő csoporténál alacsonyabb szisztolés és diasztolés vérnyomásértékeket, valamint alacsonyabb szívritmusértékeket mértek, és ez férfiakra, nőkre egyaránt jellemző volt (Grewen és mtsai, 2003). A házastárral való ölelések gyakorisága összefüggést mutatott a plazmaoxitocin-szinttel, és alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt (Light és mtsai, 2005). Tartós párkapcsolatban élő férfiakat és nőket vizsgálva, a házastárs támogatásának érzése mindkét nemnél magasabb plazmaoxitocin-szinttel járt együtt. Ugyanakkor a magasabb oxitocin-szint (valamint az alacsony norepinephrin-szint) és az alacsony vérnyomásértékek között csak nők esetében volt szignifikáns az összefüggés. Vagyis e tanulmány konklúziója szerint a plazmaoxitocin-szint szimpatikus aktivitásra gyakorolt kardioprotektív szerepe nőknél erőteljesebb (Grewen és mtsai, 2005a).

Vagyis a meghitt kapcsolat egy támogató partnerrel hozzájárulhat ahhoz, hogy a stresszel teli életeseményekre alacsonyabb kardiovaszkuláris reaktivitással reagáljunk. Egészséges férfiak és nők vérnyomását mérték három napig, minden interperszonális interakció öt percében. Az interakció után a kísérleti személyek kitöltöttek egy naplót, melyben kategorizálták a kapcsolatot és értékelték a kapcsolat minőségét. A családtagokkal való pozitív kapcsolat alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt, míg az ambivalens kapcsolatok jártak a legmagasabb szisztolés vérnyomásértékekkel (Holt-Lunstad és mtsai, 2003).

Egy másik új tanulmányban egészséges felnőtteket vizsgáltak: egy tipikus munkanapon a vérnyomásértékeket és a vizeletben kimutatható stresszhormonokat mérték. A kapcsolatban, illetve az egyedül élők vérnyomásértékei összességében nem mutattak különbséget. Viszont a kapcsolatban élőket a kapcsolattal való elégedettség alapján (elégedett, közepesen elégedett és elégedetlen) megkülönböztetve, azt találták, hogy a kapcsolatukkal elégedettek mutatták a legalacsonyabb ébredési vérnyomásértékeket. A kapcsolatukkal elégedett férfiaknál mind a szisztolés, mind a diasztolés vérnyomásértékek alacsonyabbak voltak, mint akár a kapcsolatukkal csak közepesen elégedettek, akár az elégedetlenek, akár az egyedül élők vérnyomásértékei. Nőknél csak a szisztolés vérnyomásértékekre volt igaz ez a különbség. A kapcsolatukkal elégedettek mutatták a legalacsonyabb stressz-szintet, és ők számoltak be a legkevesebb negatív érzésről a nap folyamán. Vagyis a kapcsolat minősége jobb előrejelzője a vérnyomásértékeknek, és a stressz-szintnek, mint a családi állapot. A jó kapcsolat alacsonyabb vérnyomásértékekkel járt együtt mindkét nemnél (Grewen és mtsai, 2005b).

Nemcsak kísérleti, de utánkövetéses vizsgálatok is igazolják a családi, házastársi kapcsolat minőségének szerepét a kardiovaszkuláris reaktivitás, a vérnyomásértékek alakulásában.

Esszenciális magasvérnyomás-betegségben szenvedők egészségi állapotát és a házastársi kapcsolatuk minőségét három éven át követték, és azt találták, hogy azok, akik elégedettek voltak a házasságukkal, és sok időt is töltöttek együtt házastársukkal, szívük bal kamra falának vastagsága 8%-kal csökkent, és a 24 órás diasztolés vérnyomásértékeik is szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyultak. Ezzel szemben azoknál, akiknél a házastársi támogatás alacsony volt (házasságukkal elégedetlenek voltak, és kevés időt is töltöttek a házastársukkal), 6,26%-kal nőtt szívük bal kamra falának vastagsága. Az együtt töltött idő mennyisége és minősége is meghatározó volt: ugyanis azoknál, akik elégedetlenek voltak a házastársi kapcsolattal, ha sok időt töltöttek együtt, vérnyomásértékeik magasabbak voltak, számukra tehát vérnyomásértékeik szempontjából kedvezőbb volt a házastárstól való távolmaradás. A

kutatók tehát a házastársi elégedettséget, és a „kohéziót” (az együtt töltött időt) egyaránt fontosnak tartották (Baker és mtsai, 2000, 2003).

A házastársi konfliktusok tehát nemcsak a mentális egészséget rontják, de fiziológiai változásokat is okoznak, a házastársi viszony minőségétől függetlenül is (Kiekolt-Glaser és mtsai, 1993, 1996, 1997).

Nemcsak a házastársi stresszről, de a depresszióról is elmondható, hogy módosítja a kardiovaszkuláris, az immun- és endokrin funkciókat, ezáltal növelve az egészségi állapot fenyegetettségét (Prigerson és mtsai, 1999). Több tanulmány igazolta a depresszió szerepét a koronária patológiájában (Frasure-Smith és mtsai, 1993, 1995, 1999, Barefoot és Schroll, 1996, Barefoot és mtsai, 1996, Orth-Gomer és mtsai, 1997, Horsten és mtsai, 1997, Glassman és Shapiro, 1998, Kopp és mtsai, 1998, Nemeroff és Musselman, 2000, Lederbogen és mtsai, 2001, Roy és mtsai, 2001, Maddock és Pariante, 2001, Shimbo és mtsai, 2002, Purebl és Kovács, 2005, Balog, 2005a).

E patológiás hatás a tanulmányok szerzői szerint különböző utakon valósulhat meg, és elmondható, hogy az ismert pszichoszociális kockázati tényezők közül a depresszió a legkönnyebben diagnosztizálható és a leginkább elfogadott a klinikai kardiológusok számára (De Backer és mtsai, 2003a, 2003b).

Családi állapota: „elvált”

Mind a felnőttek (Holmes és Rahe, 1967), mind a gyermekek (Davies, Cummings, 1994), a válást az egyik legstresszkeltőbb életeseeménynek minősítik.

A válás folyamatát és következményeit értelmező gondolkodási keretek: kötődélmélet (Hazan, Shaver, 1992), rendszerszemlélet (Emery, 1994), életminőség (Amato, Booth, 1997), krízis modell (u.az), krónikus stressz (McLanahan 1983), családi stressz és coping (Plunkett, Sanchez, Henry, Robinson 1997), szelekciós elmélet (Capaldi, Patterson, 1991)

A Magyar Statisztikai Évkönyv (2002) adatai azt mutatják, hogy az 1960-as évektől kezdődően az elváltak aránya gyorsan és jelentős mértékben növekedett. Férfiaknál 1,4%-ról (1960) 8%-ra emelkedett (2003), nőknél pedig 2,6%-ról 10,4%-ra (1. táblázat).

1. táblázat. Válás arányának változása, Magyar Statisztikai Évkönyv, 2002.

	Férfiak/elváltak	Nők/elváltak
1960	1,4%	2,6%
1970	2,2%	3,8%
1980	3,7%	5,6%
1990	6,4%	8,2%
2001	7,6%	9,9%
2002	7,8%	10,2%
2003	8,0%	10,4%

A válási arányok növekedésének, a válás jelenségének magyarázatára sokféle feltevés és magyarázat látott napvilágot. Ezek közül említésre méltó a házasság felbontására vonatkozó törvények reformja, nevezetesen a nem vétkességi alapú válás széleskörű elfogadása. Phillips (2004) könyvében hangsúlyozza, hogy a válástörvény-reformok nem kiváltották a válások szaporodását, inkább csak felerősítették a meglévő tendenciákat. A liberálisabb váláspolitikával mellett a terjedő női munkavállalást, a

nőmozgalmakat, a szexuális erkölcsöket, a megváltozott egyéni szemléletet, a házassággal szemben támasztott elvárások fokozódását okolták.

Az utóbbi évtizedekben a válások számának növekedése mellett folyamatosan csökkentek a házasságkötési arányszámok, és fokozatosan felfelé tolódott a házasságkötési életkor. A párkapcsolatok formálódásában bekövetkezett legfontosabb változásokat, a házassági hajlandóságot meghatározó tényezőket, az élettársi kapcsolatok elterjedését, a házasság megszűnését befolyásoló legfontosabb jellemzőket a Központi Statisztikai Hivatal külön kiadványa (KSH, 2002) elemzi.

A válást leginkább befolyásoló tényezők közül a házasságkötési életkort, a házasságtartamot, az iskolai végzettséget, és munkaerő-piaci helyzetet, valamint a vallási háttér szerepét emeli ki. Mára a korai házasságok váltak sérülékenyebbé: az 1980-as években és utána házasságkötők között a *házasságkötési életkor* emelkedésével csökkent a házasság felbomlásának kockázata. Korábban ez a tendencia fordított volt: akik az 50-es, 60-as, 70-es években kötöttek házasságot, ha idősebb korban léptek frigyre, nagyobb volt a valószínűsége a házasság felbomlásának.

A *házasságtartammal* kapcsolatban kiderült, hogy a párkapcsolat felbomlásának az esélye éppen olyan magas az együttélés későbbi, mint a korai szakaszaiban. Sőt, a statisztikai nyilvántartások szerint a 90-es években éppen a húsz évnél hosszabb ideje fennálló kapcsolatok között emelkedett leginkább a válás aránya.

Ami az *iskolai végzettséget* illeti, a 80-as évek elejéig házasságkötők esetében az iskolai hierarchián felfelé haladva, emelkedett az elváltak aránya. A 90-es években a tendencia ennek épp a fordítottja volt: a magasabb iskolázottság előnynek bizonyult a házasság megőrzésében. A válás időzítését illetően is egy lényeges különbség fedezhető fel az iskolai végzettség tekintetében: a diplomások későbbre „időzítik” a válást, mint képzetlenebb társaik.

Ami a *vallás* szerepét illeti, a hazai adatok is alátámasztják a külföldi vizsgálatok tapasztalatait: a magukat vallásosnak mondók körében lényegesen alacsonyabb a házasság felbomlásának kockázata, mint a vallástalanok között.

A házasság stabilitását, a házastársi stresszt és válást befolyásoló, korai gyökereket több külföldi, longitudinális vizsgálat is elemezte (Huston, 2001, Previti, 2003). Previti hangsúlyozza, hogy a házasság stabilitását nemcsak bizonyos „jutalmak”, hanem bizonyos akadályok, „barriererek” is, valamint a „más, jobb lehetőségek hiánya” is segíti. Ilyen „*jutalmak*”: az egymás iránti szerelem, szeretet, tisztelet, bizalom, pozitív kommunikáció, egymás beavatása a múlt történéseibe, boldogság egymás jelenlétében, kompatibilitás (hasonló célok, érdeklődések), érzelmi biztonság, a házastárshoz való elköteleződés, jó szexuális kapcsolat. A házasság stabilitását segítő „*barriererek*” például a gyerekek: „csak a gyerekek tartanak minket együtt”, a vallás, anyagi egymásrautaltság, egymást kiegészítő, hagyományos szerepelvárások és munkamegosztás („én elvégzem a házimunkát, ő hozza a pénzt, amiből kifizetjük a számlákat, ennyi”), a házasság intézményéhez való elköteleződés. Előfordul, hogy egy „*jobb alternatíva hiánya*” miatt maradnak együtt a párok: „egyedül biztosan rosszabb lenne, ez az egy, ami engem ebben a házasságban tart”. A tizenhét éves utánkövetéses vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy kortól, nemtől, iskolai végzettségtől, családi jövedelemtől, a házasságban eltöltött évek számától függetlenül, azok, akik a házasságuk stabilitását a belőle származó „*jutalmaknak*” tulajdonítják, elégedettek voltak a házasságukkal, és nem váltak el. Ezzel szemben azok, akiket csak a „*barriererek*” tartottak össze, nagyon alacsony pontszámmal szerepeltek a „*Házassági Boldogság Skálán*”, és a legtöbben közülük az idők során előbb vagy utóbb elváltak. A

szerzők hangsúlyozták, hogy a „barrierék”, vagy a „jobb alternatíva hiánya” működhetnek összetartó erőként, de mégsem képeznek olyan erőteljes kohéziós erőt, mint a „jutalmak”. Huston (2001) azt rója fel a korábbi kutatásoknak, hogy „egy kalap alá veszik” a boldogtalan, de együtt élő, és a már elvált házaspárokat. Sőt, kiemeli, hogy az elváltak csoportját is külön csoportba kellene sorolni aszerint, hogy mennyi ideig tartott a házasság. Longitudinális vizsgálatukban négy csoportot különböztettek meg: boldog párok (a házastárs mindkét tagja boldog), boldogtalan párok (legalább az egyik tag boldogtalan), a korán elváltak (2-6 évet éltek együtt a válás előtt), és a későn elváltak (legalább hét évet éltek együtt a válás előtt). A vizsgálat eredményei szerint a válás bejósolható volt abból, ahogyan a párok tagjai még az udvarlás időszakában egymáshoz viszonyultak. A „korán elváltak”-nál az egymással való elégedetlenség már a házasságkötés előtt is megjelent, házasságuk kezdetben is kevésbé volt ígéretes: egymáshoz kevésbé vonzódtak, és kevésbé voltak gyöngédek egymáshoz. Azzal a reménnyel léptek a házasságba, hogy kapcsolatuk majd javulni fog, és majd kevésbé lesznek negatívak egymáshoz. Amikor ezek a remények nem valósultak meg, a közöttük lévő, amúgy is gyenge kötelék könnyen megszakadt. Nem mutattak egymás iránt nagyobb fokú negativitást később sem, mint a házasságba való belépéskor. Ugyanez volt jellemző az együttmaradó, de boldogtalan párokra is: egymással szembeni elégedetlenségük már a házasságba lépés előtt megjelent és ez nem változott az együttélés során sem. Azoknál, akik később váltak el, a házasságba lépéskor megvolt ugyan az egymás iránti szerelem és gyöngédség, viszont az első két évben nagyon megváltoztak az egymás iránti érzelmeik, ambivalensek és ellenségesek lettek egymáshoz. A tartósan boldog párok házasságuk sikerét a tartós kötődésnek, az érzelmi közelség érzésének, valamint annak tulajdoníthatják, hogy egymással szemben gyakran mutattak gyöngédséget, törődést, barátságot. Vagyis, ha az udvarlás időszakából nem is, de az együttélés első két évéből bejósolható a házasság tartama – állítják a tanulmány szerzői.

A családi állapot és az *elhalálozás*, valamint az *egészségi állapot* ok-okozati összefüggéseit elemző tanulmányok, a módszertan függvényében egymásnak nagyon ellentmondó eredményekhez is vezettek. Nem ez a helyzet a párkapcsolat megszakadását követő *hangulati változások* elemzéseit illetően. Nem vitatott, hogy a kapcsolat megszakadása mindkét nem mentális egészségi állapotára negatív hatással van (Gottman, 1998). Viszont leírtak nemi különbségeket is (Aseltine, 1993, Horwitz, 1996, Willits, 2004): minél frissebb volt az esemény annál erősebb volt ez a negatív hatás, amin egy új kapcsolat kialakítása férfiaknál javított, de nőknél nem, és a talpraállás nőknél hosszabb időt vett igénybe. Az viszont nem semleges tényező, hogy milyen házasságból lépnek ki: a válást követően csak azoknál emelkedett a depresszió, valamint az alkoholfogyasztás, akik korábban harmonikusnak ítélték a házasságukat (Aseltine, 1993, Prigerson, 1999).

Egy tanulmány szerint (Richards, 1997) a válás akkor is összefüggött a szorongással, és depresszióval, ha az eredményeket kontrollálták a végzettségre, a házasságkötési életkorra, a származási családban történt válásra, a gyerekkori agresszióra és neuroticitásra, a jelenlegi anyagi nehézségekre, a társas kapcsolatok (barátok) hiányára. Vagyis a válás (lévén szó egy krízishelyzetről, veszteségről), a korai sérülékenységtől, a jelenlegi anyagi, és kapcsolati nehézségektől függetlenül is gyakorol egy érzelmi-hangulati negatív hatást.

Kast (2000) a *gyászfolyamat* szakaszait elemzi, és leírja a válást követő gyász sajátosságait, nehézségeit, szemben azzal a gyászsal, amit akkor érzünk, ha valakit a

halál választ el tőlünk. Megkülönböztet „*belső választ*” és „*külső választ*”. A „belső választ” természetes fejlődési szakasza egy párkapcsolatnak, amikor a tagok inkább az individuációra törekednek, és kicsit eltávolodnak egymástól (de benne maradnak a párkapcsolatban, nincs is szándékukban kilépni). Amikor a „belső választ” sorozatosan nem tudják egymásnak megengedni, gyakran akkor kerül sor a „külső”, egzisztenciális válásra. „Az életünk oldások és kötések sorozata” – állítja.

Persze az sem lényegtelen, hogy milyen kontextusban történt a válás: például, hogy *krónikus házastársi és/vagy munkahelyi stressz* mellett következik-e be. A kutatók, akik csak a krónikus stresszt, vagy csak az akut stresszt elemzik, és nem veszik figyelembe az interakciót, hibát követnek el, állítja a szerző (Wheaton, 1990).

Viszont úgy tűnik, *hosszútávon* eltűnik a válás negatív hatása (Duffy ME, 2002): a válásuk után tíz évvel meginterjúvolt nők pozitívan nyilatkoztak az életükről, bár nagyon kevesen vettek részt pszichoterápiában. Ugyanakkor, ahogyan házasságkötési életkor meghatározó a válás előfordulási gyakoriságát illetően, úgy a válási életkor is meghatározó a válás negatív hatásait, a válás utáni alkalmazkodást illetően (Gander, 1991): a később válókra a válás kevésbé gyakorolt negatív hatást.

Easterlin (2003) tanulmányában a „*boldogság-alapérték modell*”-t elemzi, miszerint mindannyiunknak van egy boldogság-alapértékünk, egy genetikai és személyiség-tényezők által meghatározott egyéni átlagunk, és a különböző életesemények, mint a családi állapot változása, állás elvesztése, egy műtét, vagy a különböző betegségek, esetleg a különböző apró sikerek kilendítik a boldogságunkat az átlagunk fölé vagy alá, de idővel ezek a kilengések visszatérnek az alapértékünkhöz. Hangsúlyozza, hogy az alapértékhez való visszatérés hosszabb-rövidebb időt vehet igénybe. Az egészségi állapotunkban vagy a családi állapotunkban bekövetkező változások esetében boldogságunk, jóllétünk alapértékünkhöz való visszatérése hosszabb időt igényel (például válás esetén). Amato (2000) szerint vannak, akiknek jólléte a válás következtében átmeneti zavart szenved, vannak, akiknek pályáját ez olymértékben lefelé kényszeríti, hogy előfordul, hogy sosem épülnek fel teljesen, és vannak viszont olyanok, akiknek javára szolgál a válás. A jövőbeli kutatások egyik fő célja azoknak a körülményeknek a megértése lehetne, melyek ezekhez a különböző „*válási outputokhoz*” vezetnek.

Hernádi (1989) házasságtípusokat, és azoknak megfelelő válástípusokat különböztet meg. Hangsúlyozza, hogy a válások számának csökkentéséhez a válások „minőségének” javításán át vezet az út. „A válások „ellégiesítése” eleinte talán nem szépíti a statisztikákat (de csak azért, mert a statisztikusok a válások számát és nem kárait mérik), viszont - azonnali hatásként - megjavítja az élet minőségét.” Későbbi könyvében (2001) említi, hogy a modernizálódás előrehaladottabb fokán (az Egyesült Államokban) a családbomlási folyamatok affektív vonásai sokkal fontosabbak, mint az instrumentális (materiális, pénzügyi) vonásai. A szerző szerint ennek ismerete segíthet a magyarországi tendenciák kimenetelének jobb megértésében. Krantzler és Krantzler (1999) könyvük bevezetőjében állítják: „Nem hisszük, hogy a válás „jobb”, mint a házasság, de azt sem, hogy a házasság „jobb”, mint a válás. A válás és a házasság külön-külön konstrukciók, de nem megoldások. Lehetnek hasznosak, és ártalmasak is, attól függ, hogyan használjuk őket.” A válás tehát pszichológiai szempontból több mint egy jogi aktus, nem egyszeri esemény, hanem hosszú folyamat, ami a válás fontolgatásától a válás utáni életvitel megszilárdulásáig tart (Telkes, Bognár 1993). Általános érvényű, hogy próbára teszi a biopszichoszociális alkalmazkodóképességet, veszteséggel jár (még akkor is, ha lehetnek nyereségei is): ilyen veszteségek a „tárgyvesztés”,

szerepvesztés, a szociális státusnak, kapcsolatoknak, anyagiaknak, a megszokott életformának, identitásnak az elvesztése.

A válás lélektana

Tedeschi és Calhoun a traumákat, veszteségeket (2004, in: Kulcsár, 2005) ú.n. „szeizmikus” történéseknek nevezik, olyan élménynek, amely megrendíti az ember korábbi világképét, megkérdőjelezi az önmagáról és másokról kialakított kép érvényességét, és a meglévő kognitív sémák, struktúrák összeomlásához vezet. Azaz a kritikus élethelyzet a feltételezett világ alapkomponeenseit teszi bizonytalanná, „beleértve a világ jóindulatára, bejósolhatóságára, kontrollálhatóságára, az ember biztonságára, identitására és jövőjére vonatkozó feltevéseket” (Janoff- Bulman, 1992, id: Tedeschi, Calhoun, 2004 in: Kulcsár, 2005, 44.o). A válás sokak számára ilyen „szeizmikus” történés.

Minden veszteség, így a válás jelentése is mindig személyes természetű (Viorst, 2002), ugyanakkor néhány általános jellemzője mindenképpen megragadható. A váláshoz vezető út, és a válás jogi és pszichológiai folyamata, stresszel való telítettsége miatt tüneti szinten sokszor gyötrő emóciókat (szorongás, félelem, depresszív hangulat, düh, ellenségesség), negatív gondolkodási mintázatokat (bénultság, negatív ruminatív gondolatok, jövőtlenség), negatív fizikai reakciókat (általános diszkomfort érzés, fáradtság, szomatikus panaszok), destruktív magatartásformákat (dohányzás, alkohol, evés hiánya vagy túlevés) hívhat elő. A tünetek kiterjedtsége, intenzitása és idői lefutása azonban jelentős mértékben függ a személyre jellemző megküzdési módoktól, azok adaptivitásától, amelyek szintén az egyén élettörténetébe ágyazottan, korábbi élettapasztalatai háttérén alakulnak ki. Ahogy korábban is írtuk, Amato (2000) szerint a válás egyeseknél a jóllét átmeneti zavarát okozza, másokat örökre térdre kényszerít, de vannak, akiknek javukra válik a válás. Ezzel együtt, nem feledkezhetünk meg a válás általános következményeiről: az egyszülős családok és az egyedül élők számának növekedése, a termékenység csökkenése, (el)szegényedés.

A megnövekedett válási arányok lehetséges „okainak” és „következményeinek” magyarázatára született gondolkodási keretek: *kötődéelmélet* (Hazan, Shaver, 1992), *rendszerzemlélet* (Emery, 1994), *életminőség* (Amato, Booth, 1997) *krízis modell* (u.az), *krónikus stressz* (McLanahan 1983), *családi stressz és coping* (Plunkett, Sanchez, Henry, Robinson 1997) *szelekciós elmélet* (Capaldi, Patterson, 1991).

A kutatások többnyire a válás negatív következményeit tárják fel: NPHS, Canada (1994/94, 2004/05): az elváltak 6-szor veszélyeztetettebbek a depresszió kialakulásában, mint a házasságban élők, (veszteség, anyagi nehézségek, társas támogatás csökkenése, szülői szerepek, felelősségek megváltozása). Hajnal,Á. (1998) a gyermek-elhelyezési perek szereplőit (felnőttek és gyerekek) vizsgálta (100 pár+gyermekük) és megállapította, hogy a válási krízis és harc a család egészének és egyes tagjainak krízisét okozza, ez a család valamennyi funkcióját érinti. A felnőtteknél pszichés dekompenzációk halmozódása figyelhető meg a válási folyamatban: öngyilkossági kísérletek, alkoholfüggőség, depresszió, hipertóniás krízis, önhibás karambol, gyomorvérzés. Az elváltakra jellemző az alacsonyabb szintű jóllét, több distressz tünet, alacsony önértékelés, elégedetlenség a szexuális élettel, több negatív életesemény, több egészségi probléma, szociális izoláció, a mortalitás nagyobb esélye, anyagi nehézségek, nehézségek a gyereknevelésben (áttekinti Amato, 2000).

Vajon mi tekinthető adaptív megküzdésnek a válást követően? Egy lehetséges megközelítés értelmében a sikeres adaptáció eredményeként viselkedésünk

kompetenssé válik (Kopp, Pikó, 2006), azaz képesek leszünk környezetünk különböző kihívásaihoz eredményesen alkalmazkodni, és ez az élmény beépül az önmagunkról alkotott tudásunkba, én-sémáinkba. Ezen a ponton kapcsolódhatunk a koherens identitás kérdéséhez. Az identitás normatív és akcidentális krízisekkel, konfliktusokkal való megküzdés folyamatában alakul (Erikson, 1957, 1985). A koherens identitás kialakításának kulcsa tehát a sikeres megküzdés.

A pozitív pszichológia követői erre a fejlődésre helyezik a hangsúlyt, és rávilágítanak arra, hogy a kritikus életeseményekkel való sikeres megküzdés nemcsak azt teszi lehetővé, hogy a konkrét helyzeten túljussunk, hanem lehetőséget kínálnak pozitív személyiségváltozásra is (Cowen, Kilmer, 2002, Seligman, Csikszentmihályi, 2000).

Az új, Tedeschi és Calhoun (1996) által bevezetett terminus, a poszttraumás növekedés (melynek mérésére kidolgozták a Poszttraumás Növekedés Kérdőívet), a szenvedés, a kritikus életesemények pozitív transzformatív erejére hívja fel a figyelmet. Ennek nyomán a kutatások egy része a poszttraumás fejlődés és a megbirkózási (coping) mechanizmusok közötti összefüggések feltárására irányul (Park és Folkman 1997, Davis 1998 in: Kulcsár, 2005, Kulcsár, Rózsa, Reinhardt, 2006). A self-narratívum és az élet-narratívum tartalmazza és közvetíti az identitás konstruktív újjászerveződését (mint ahogy tudósítanak ennek ellenkezőjéről, a maladaptív spirál nyomán kialakuló inkompetens énről is). Az élettörténeti elbeszélések csomópontjai mindig valamilyen, az identitás koherenciája szempontjából fontos eseményeket jelölnek, és ezek szinte kivétel nélkül a biztonságvesztés és biztonságnövekedés élményeihez kapcsolódnak. Ezért a veszteségek feldolgozásának folyamatát és az ebben újjászülető én-identitás minőségét a narratívumok vizsgálatával ismerhetjük meg, általuk a belső nézőpont válik megragadhatóvá (Erős, Ehmann 1996, László, 2002, Erős, 2004).

A válást mindenképpen veszteségek és változások sorozataként foghatjuk fel, folyamatában ily módon a krónikus stressz jellemzőit kereshetjük. A változások sorozatában (pl. szociális státus, kapcsolatok átrendeződése, anyagi helyzet, életforma megváltozása, stb) sérül a személy identitásának koherenciája is. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy a bírósági folyamat megindításával gyakorlatilag a felek elveszítik, vagy kiadják kezükből a helyzet és a végeredmény feletti kontrolljukat. Külső hatalom dönt helyettük és felettük. A folyamat kísérői a stresszel járó szorongás, reménytelenség, bizonytalanság, gyanakvás, ellenségesség, vád és önvád érzése. Vagyis az életminőséget negatívan befolyásoló negatív emóciók, amelyek természetesen nemcsak a felnőtteket érintik. A válási folyamat passzív részesei, elszenvetői, végső kárvallottai a gyerekek.

Ezért elengedhetetlenül fontos minden olyan módszer és szemlélet terjesztése és tanítása, amely a konfliktusok konstruktív kezelését célozza (pl. mediáció, családterápia, családkonzultáció, erőszakmentes kommunikáció), még abban az esetben is, amikor a kapcsolat már nem javítható meg, s a megoldás mégiscsak a válás. S fontosak azok a válás folyamatában és nyomán alkalmazott segítő intervenciók is, amelyek a felek megküzdését és épülését szolgálják.

Ehhez azonban ismernünk kell a válás „természetét”, folyamatát, hatását, és az adaptív és/vagy poszttraumás növekedéshez is vezető megküzdés specifikumait. A téma kutatása által olyan pszichológiai jelenségeket ismerhetünk meg, amelyek fontos információkkal szolgálhatnak azok számára, akik súlyos életkrízisekkel, veszteségekkel küzdő személyeknek nyújtanak segítséget.

SAJÁT VIZSGÁLATOK A HUNGAROSTUDY 2002 ÉS 2006, VALAMINT A HUNGAROSTUDY EGÉSZSÉGPANEL (2002-2006) ALAPJÁN

EREDMÉNYEINK A HUNGAROSTUDY 2002 KERESZTMETSZETI VIZSGÁLAT ALAPJÁN

A szakirodalmi áttekintésben ismertetett tanulmányok alapján megfogalmazott hipotéziseim:

Hipotézisem ebben a kutatásban az volt, hogy mind a szív- és érrendszeri beteg nők, mind az egészséges nők körében a magas házastársi stressz és a depressziós tünetek szignifikánsan összefüggenek, sőt nem csak a depressziós tünetek, de a mentális egészségi állapot más mutatói, mint a vitális kimerültség, a szorongás, és az alvászavarok is szignifikánsan gyakrabban fordulnak elő a rossz házastársi kapcsolatban élő nők körében. Férfiak körében viszont azt feltételeztem, hogy nem fogok találni szignifikáns összefüggést a magas házastársi stressz és a depressziós tünetek gyakorisága, valamint a mentális egészségi állapot más mutatói, mint a vitális kimerültség, a szorongás, és az alvászavarok között.

Ugyancsak nemi különbségeket feltételeztem a házastársi stressz és a depresszió miatti betegnapok számának összefüggéseiben.

A szakirodalom szerint a házastársi stressz és depresszió közötti kapcsolat kétirányú: nemcsak a magas házastársi stressz jár együtt több depressziós tünettől, de a depresszió is hozzájárul a házastársi kapcsolat romlásához. Ezért vizsgáltam a depressziós betegek házastársi stressz-szintjét, és hipotézisem az volt, hogy a depressziós betegek házastársi stressz-szintje magasabb, mint a nem depressziós betegeké.

Vizsgáltam továbbá a magas házastársi stressz és az egészségkárosító magatartás összefüggéseit, azzal a hipotézissel, miszerint a magas házastársi stressz mindkét nemnél együtt jár az egészségkárosító magatartások fokozott előfordulási gyakoriságával (gyakoribb dohányzással, több alkoholfogyasztással, elhízással, ülő életmóddal).

Vizsgáltam a magas házastársi stressz és a különböző betegségek előfordulási gyakoriságát, feltételezve, hogy nemi különbségeket találok.

Végül a magas házastársi stressz, a depresszió és a magasvérnyomás-betegség összefüggéseit vizsgáltam azzal a szakirodalommal egybecsengő (Knox és mtsai, 1988, Theorell, 1990, Perini és mtsai, 1990) hipotézissel, hogy férfiak esetében a ki nem fejezett és nem kezelt depresszió következményeként a házastársi stressz szignifikánsan növeli a magasvérnyomás-betegség esélyét. Feltételeztem, hogy míg nőknél a magas házastársi stressz és a kezelt depresszió, addig férfiaknál a magas házastársi stressz és a magasvérnyomás-betegség között találok szignifikáns összefüggést.

Vizsgált minta:

A Hungarostudy 2002 országos magyar reprezentatív felmérés célja a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának felmérése, az egészségi mutatók egyes környezeti, szociális és gazdasági háttértényezőkkel összefüggésben történő vizsgálata volt. 12680 személyt interjúoltak meg szociodemográfiai adatairól, egészségi állapotáról, magatartási szokásairól, pszichológiai jellemzőiről, vallásosságáról, etnikai hovatartozásáról. A kiválasztott személyek reprezentálják a 18 év feletti magyar lakosságot nem, kor, és lakóhely szerint. A kérdőív közel 700 kérdést tartalmaz, és interjú formájában került felvételre. Az egészségügyi adatok mérésére 39 tételből álló betegséglista szolgált (pl. daganatos betegség, depresszió, szívinfarktus, gyomorfekély). A visszautasítási ráta 17,6%-os volt, mely reprezentatív lakossági felmérések esetében nemzetközi viszonylatban alacsonynak mondható, és a résztvevők 56,9%-a utánkövetéses vizsgálatra is vállalkozott. A Hungarostudy 2002 módszertanáról, valamint a minta leíró jellemzőiről részletesen olvashatunk (Rózsa és mtsai, 2003).

A felnőtt magyar nők 51,9%-a házas és együtt él házastársával, 4,7%-a élettársi kapcsolatban él, 1,6%-a házas ugyan, de nem él együtt házastársával, 8,6%-a elvált, 19%-a özvegy és 14,2%-a hajadon, egyedülálló. A férfiak esetében a családi állapot a következőképpen alakul: a felnőtt magyar férfiak 61%-a házas és együtt él házastársával, 4,9%-a élettársi kapcsolatban él, 2%-a házas ugyan, de nem él együtt házastársával, 5,1%-a elvált, 4,2%-a özvegy és 22,8%-a nőtlen, egyedülálló.

Mivel a házastársi stressz mérésére használt kérdőív elsősorban a kapcsolat minőségét méri, elemzéseim során a házastársával együtt élő, illetve az élettársi kapcsolatban élő csoportokat összevontam.

Célkitűzéseimnek megfelelően különböző vizsgálati mintákat elemzek.

A házastársi stressz és a pszichoszociális tényezők összefüggései

A házastársi stressz és a depresszió, valamint a mentális egészségi állapot egyéb mutatói közötti összefüggések elemzésekor vizsgáltam a házastársi vagy élettársi kapcsolatban élő, és aktív, egészséges nőket (N=765) és férfiakat (N=915), valamint a szív- és érrendszeri beteg nőket (N=1353) és férfiakat (N=1292). Vizsgáltam ugyanakkor a depresszió miatt kezelést kapott nők (teljes populáció, N=341) és a depresszióval is kezelt szív- és érrendszeri beteg nők (N=111), illetve depresszió miatt soha nem kezelt nők (teljes populáció, N=3572) és a depresszió miatt soha nem kezelt szív- és érrendszeri beteg nők (N=1182) házastársistressz-szintjét.

A szív-és érrendszeri betegségek négy kategóriáját vizsgáltuk: magas vérnyomás, agyérbetegség, szívinfarktus és egyéb szív- és érrendszeri betegség. A betegségcsoportot négyértékű skálán kellett megítélnie a válaszadónak: „Állott-e kezelés alatt a *nevezett betegség* miatt?” Válaszadási lehetőségek: 0 – nem, 1 – igen, régebben, 2 – igen, az elmúlt év során kezelték járóbetegként, 3 – igen, az elmúlt év során feküdt kórházban. Elemzéseim során szív-és érrendszeri betegek tekintetében azokat a férfiakat (N=1292) és nőket (N=1353), akik a négy kérdés bármelyikére az 1-es, 2-es vagy 3-as választ adták, mivel ezek a betegségek krónikus betegségek. Kontrollként azokat az egészséges nőket (N=756) és férfiakat (N=915) választottuk ki, akiket a 39 tételből álló betegséglista közül egyik betegség miatt sem kezelték sem az elmúlt évben, sem régebben.

A házastársi stressz és az egészségkárosító magatartás összefüggései

A házastársi stressz és az egészségkárosító magatartás összefüggéseinek kutatásakor

vizsgáltuk a házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiak (N=3517) és nők (N=3766) adatait (teljes populáció), de külön elemeztük az egészséges férfiak (N=915) és nők (N=756), valamint a szív- és érrendszeri beteg férfiak (N=1292) és nők (N=756) egészségmagatartását is.

Vizsgáltam a magas házastársi stresszt, mint az alkoholbetegség kockázati tényezőjét. A betegségcsoportot itt is négyértékű skálán kellett megítélnie a válaszadónak: „Állott-e kezelés alatt *alkoholbetegség* miatt?” Válaszadási lehetőségek: 0 – nem, 1 – igen, régebben, 2 – igen, az elmúlt év során kezelték járóbetegként, 3 – igen, az elmúlt év során feküdt kórházban. Alkoholbetegnek tekintettem azokat a férfiakat (N=14), akik akár az elmúlt évben, akár régebben alkoholbetegség miatt kezelést kaptak. Az alacsony esetszám miatt az alkoholbeteg nőket (N=3) nem vontam be a vizsgálatba.

A házastársi stressz összefüggései a magasvérnyomás-betegséggel és a kezelt depresszióval

Első lépésben a 35–45 éves nők (N=917) és férfiak (N=839) egészségi állapotát (betegségek előfordulási gyakoriságát) elemeztem a házastársi stressz függvényében. Azért választottam a 35–45 éves korcsoportot, mivel egyrészt ebben a korcsoportban legnagyobb a házasok/élettársi kapcsolatban élők száma (77%), másrészt a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élők és a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők átlagéletkora megegyezett (39,89 és 40,06).

Amikor a házastársi stressz, a magasvérnyomás-betegség és a kezelt depresszió összefüggéseit többváltozós modellben elemeztük, a házasságban (élettársi kapcsolatban) élő és aktívan dolgozó (gazdaságilag aktív), 65 évnél fiatalabb férfiakat (N=2206) és nőket (N=1820) vettük nagyító alá. Közülük 242 férfi és 280 nő számolt be magas házastársi stresszről, 343 férfit és 300 nőt kezeltek magas vérnyomással, illetve 49 férfit és 106 nőt kezeltek depresszióval. Kontrollként azokat a házastársi/élettársi kapcsolatban élő, és aktívan dolgozó, 65 évnél fiatalabb egészséges férfiakat (N=731) és nőket (N=434) választottuk ki, akik a kérdőívben felsorolt 39 tételből álló betegséglista közül egyik betegség miatt sem álltak kezelés alatt, sem az elmúlt évben, sem régebben.

Alkalmazott mérőeszközök

A Rövidített Házastársi Stressz Skála (melyet az Országos Kardiológiai Intézet Kockázat Vizsgálatában teszteltünk) öt kérdést tartalmaz a 17 tételes Házastársi Stressz Skálából, és a *házastársi kapcsolat minőségére* kérdez rá: bizalommal vannak-e a házastársuk iránt, közösen oldják-e meg a felmerülő problémákat, vannak-e olyan problémáik, amelyekről nem tudnak nyíltan beszélni, közösen töltik-e a szabadidejüket, voltak-e korábban komoly problémák a kapcsolatukban. A Skála Cronbach-alfa értéke 0,69. A skála összpontszáma 0–5-ig terjed (igen-nem válaszok 1-0 pontozással).

A pszichoszociális sérülékenységet mérésére használt mérőeszközök:

A *depressziót* a Rövidített Beck Depressziós Kérdőívvel mértük (Beck és mtsai, 1961, Beck és Beck, 1972, Kopp és Skrabski, 1990, Rózsa és mtsai, 2001). A skála az alábbi tünetekre kérdez rá: munkaképesség-csökkenés, közömbösség, érdeklődés elvesztése, döntésképtelenség, alvászavar, fáradtság, testi panaszok, reménytelenség, önvádolás. 9 állítást tartalmaz az elmúlt két hétre vonatkozóan, például: „Minden érdeklődésemet elveszítettem mások iránt”, „Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni”, „Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok”, „Állandóan hibáztatom magam”, stb. A skála négyfokozatú (0 – egyáltalán nem

jellemző, 1 – alig jellemző, 2 – jellemző, 3 – teljesen jellemző), Cronbach-alfa értéke 0,85.

A *szorongást* a „Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban? Feszült vagy ideges voltam”, kérdéssel mértük, melyet 0–3 fokozatú skálán kellett megítélni: egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző. Ezt a kérdést egy szorongásmérő kérdőív faktoranalízisével választottuk ki, ez a kérdés mutatta a legnagyobb átfedést a teljes skálával.

A *vitális kimerültség* (krónikus fáradtság) mérésére a Vitális Kimerültség Skála (Appels és Mulder, 1988, Kop és mtsai, 1994, Appels, 2004) rövidített magyar változatát használtuk. Az eredeti 21 ítemes kérdőívet Paul Falger rövidítette le (Falger és Schouten, 1992), és Kopp Mária és mtsai (1998) adaptálták magyarra. A rövidített skála 10 kérdést tartalmaz, 0–1 pontozással, például „Gyakran érzi fáradtnak magát?”, „Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?”, „Érzi-e úgy néha, hogy a teste olyan, mint egy kimerülő elem?”. A skála Cronbach-alfa értéke 0,78.

Az *alvászavarokat* pedig az Alvászavarok Skálával (Atheni Inszomnia Skála rövidített, magyar változata) mértük (Soldatos és mtsai, 2003, Novak és mtsai, 2004). A skála 8 kérdést tartalmaz, például: Problémát okoz az elalvás? Az éjszakai felébredés? A túl korai ébredés? Az alvás teljes időtartama? 0–3 pontozással (0 – nem okoz problémát, 1 – enyhe problémát okoz, 2 – jelentős problémát okoz, 3 – súlyos problémát okoz, vagy egyáltalán nem aludt). A skála Cronbach-alfa értéke 0,91.

Életkorra, végzettségre, valamint az egészségkárosító magatartás mutatóira: dohányzásra, alkoholfogyasztásra, a sportolás gyakoriságára, magasságra és testsúlyra vonatkozó kérdések szintén részét képezték a vizsgálatnak.

A *végzettséget* hat kategóriával mértük: „legmagasabb végzettsége”: 1 – kevesebb, mint nyolc általános, 2 – nyolc általános, 3 – szakmunkásképző, 4 – szakközépiskolai érettségi, 5 – gimnáziumi érettségi, 6 – főiskolai vagy egyetemi diploma.

A *dohányzással* kapcsolatban két kérdést vettem figyelembe: „Hány éven keresztül dohányzott (dohányzik)?” valamint „Ha jelenleg dohányzik, hány szál cigarettát szív naponta?”

Az *alkoholfogyasztásra* vonatkozóan a következő kérdés válaszait vettem figyelembe: Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél 4) alkohol tartalmú italt (pl. 5 (4) üveg sört, vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci tömény italt?) A válaszlehetőségek: 0 – soha, 1 – havonta vagy kevesebbszer, 2 – havonta kétszer-négyszer, 3 – hetente kétszer-háromszor, 4 – hetente négyszer vagy többször.

A *sportolás* gyakoriságát a következő kérdéssel mértük: „milyen gyakran sportol?” (pl. úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.). A válaszlehetőségek: 0 – soha, 1 – rendszertelenül, 2 – ritkábban, mint havonta, 3 – havonta egyszer, 4 – hetente egyszer, 5 – hetente többször, 6 – naponta.

Származtatott változók

A jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők mutatóinak összehasonlítása céljából létrehoztuk az alacsony, illetve magas házastársi stressz kategóriákat. Mind a férfiak, mind a nők több mint 60%-ánál (68% és 63%) a Rövidített Házastársi Stressz Skála összpontszáma nulla, ezért egyesített minta alapján, csak alacsony (a *skála pontszáma* ≤ 1) és magas (a *skála pontszáma* 2–5) házastársi stressz kategóriát különböztettem meg, a magas házastársi stressz kategória létrehozásához a határt 75%-nál húztam meg (felső quartilis). Így összességében a párkapcsolatban élő nők 18,5%-a számolt be *magas házastársi stresszről* (felső quartilis), ezzel szemben a férfiaknak csak 14%-a tartozik a magas házastársi stresszrel jellemezhető csoportba ($p=0,01$).

Hagyományosan a Rövidített Beck Depressziós Kérdőív összpontszámát az eredeti verzióra átszámolva (összpontszám/9×21) a kapott érték alapján négy depresszió kategória különböztethető meg: 0–9 a depressziós tünetek nem jellemzőek, 10–18 enyhe depressziós tünetek, 19–26 közepes depresszió, 26 felett súlyos depressziós tünetek. A bevezetőben ismertetett tanulmányok szerint a szív- és érrendszeri betegségek tekintetében már az enyhe depresszió is ugyanolyan kockázatonövelő szereppel bír, akárcsak a közepes vagy súlyos depressziós tünetegyüttes. Ennek ismeretében létrehoztuk a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív kétkategóriás változatát: 0 – nincs depresszió (a skála pontértéke 0–9), 1 – enyhe, közepes vagy súlyos depresszió (a skála pontértéke 10 felett). (Ezt a változót használtuk a logisztikus regresszió elemzések során.)

Korcsoportok szerint is megvizsgáltuk a házastársi stresszt. 3 korcsoportot hoztunk létre: fiatal felnőtt – 45 év alatti; középkorú – 46–65 éves és idős – 66 feletti korcsoport.

A *szocioökonómiai státus* változót három másik változóból képeztük: a jövedelem, a foglalkoztatottság és a végzettség. A jövedelem ez esetben az egy főre jutó családi jövedelmet (és nem a saját jövedelmet) jelenti. A kérdés: „Mennyi háztartásának havi jövedelme (nettó)?” A válaszlehetőségek: 1. 0–50 000, 2. 50 000–100 000, 3. 100 000–150 000, 4. 150 000–200 000, 5. 200 000–250 000, 6. 250 000–300 000, 7. 300 000–500 000, 8. 500 000–700 000. A családi jövedelem változó kategóriáinak közepéből átlagjövedelem változót alakítottunk ki (pl. 50 000–100 000 kategóriánál 75 000 lett az átlagérték), és ezt elosztottuk a lakásban lakók számával. A foglalkoztatottság: 0 – nincs, 1 – szakképzetlen fizikai, 2 – szakképzett fizikai, 3 – ügyviteli, 4 – szakalkalmazott, 5 – vezető, diploma nélkül, 6 – diplomás vezető. A végzettség esetében kétszer két kategóriát vontunk össze, így a következő kategóriákat kaptuk: 1 – nyolc általános vagy kevesebb, 2 – szakmunkás, 3 – érettségi, 4 – felsőfok. E három változóból faktoranalízis útján képeztünk egy új, látens, folyamatos változót. A 25%, 50%, 75%-os határokat figyelembe véve képeztük a négy kategóriás szocioökonómiai státus (SES) változót.

A *testtömegindexet* a testsúlyból és magasságból számítottuk: testsúly/magasság².

Alkalmazott statisztikai módszerek

Első lépésként a két csoport (egészségesek és szív- és érrendszeri betegek) összehasonlítására a folyamatos változók esetében (életkor, végzettség, házastársi stressz, depressziós tünetek gyakorisága, szorongás, vitális kimerültség, alvászavarok, testtömegindex, hány évig dohányzott, naponta hány szál cigarettát szív, milyen gyakran sportol, alkoholfogyasztás gyakorisága) *Mann–Whitney-próbát* használtunk, tekintettel arra, hogy a változók normalitása nem volt biztosított.

Az alacsony és a magas házastársi stressz kategóriákban a depressziós tünetek (mint folyamatos változó), a szorongás, a vitális kimerültség, az alvászavarok, illetve a depresszió miatti betegnapok átlagának összehasonlítására *többváltozós varianciaanalízist* végeztünk *General Linear Modellben*, 95%-os konfidencia-intervallummal, akárcsak a depresszióval valaha kezelt, illetve soha nem kezelt kategóriákban a házastársi stressz esetében is. Utótesztnek a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk, SPSS 9.0. programmal. Adatainkat kontrolláltuk a hagyományos kockázati tényezőkre: életkor, végzettség, testtömegindex, dohányzás, egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása és sportolás gyakorisága.

Az alacsony és a magas házastársi stressz kategóriákban az egészségkárosító magatartás mutatóit: a naponta elszívott cigaretták számát és a testtömegindexet

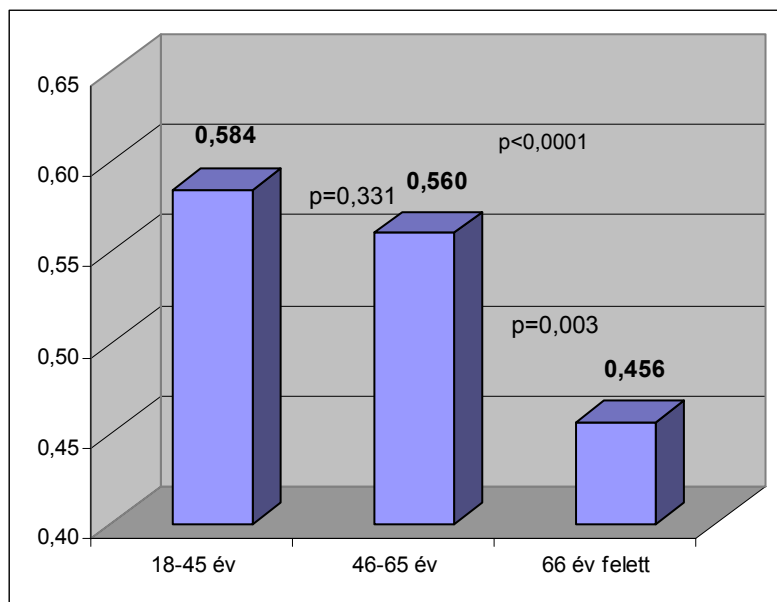
ugyancsak *többszörös varianciaanalízissel* vizsgáltam, az eredményeket életkorra és végzettségre kontrollálva. Az egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholfogyasztás gyakoriságát és a sportolás gyakoriságát, mivel kategoriális változók, a jó és a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban khi-négyzet próbával vizsgáltuk

A betegség előfordulásának tesztelésére a jó, illetve rossz kapcsolatban élő 35–45 éves férfiak és nők körében ugyancsak khi-négyzet próbát használtunk.

A magas házastársi stressz kockáztnövelő hatását, az alkoholbetegség, a magasvérnyomás-betegség illetve a kezelt depresszió tekintetében, többszörös modellben, *hierarchikus logisztikus regresszió* módszerével elemeztük, és esélyhányadosokat számoltunk (OR), 95%-os konfidencia-intervallummal. Első lépésben mindig az életkor és a szocioökonómiai státus, majd az egészségmagatartás mutatói (testtömegindex, dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás gyakorisága) kerültek be a modellbe, és csak ezt követően építettük be a házastársi stressz, illetve a Rövidített Beck Depresszió Skála pontértékét, hogy a házastársi stressz és a vizsgált betegség tekintetében a hagyományos kockázati tényezőktől független összefüggést láthassuk. Referenciakategóriaként az egészséges férfiakat, illetve nőket választottam, de ellenőrzésképpen elvégeztem az elemzéseket úgy is, hogy referenciaként az egyes betegségek miatt nem (de esetleg más betegség miatt) kezelt férfiak (illetve nők) szerepelnek, ezeket az eredményeket már csak a szövegben közlöm, táblázatban nem.

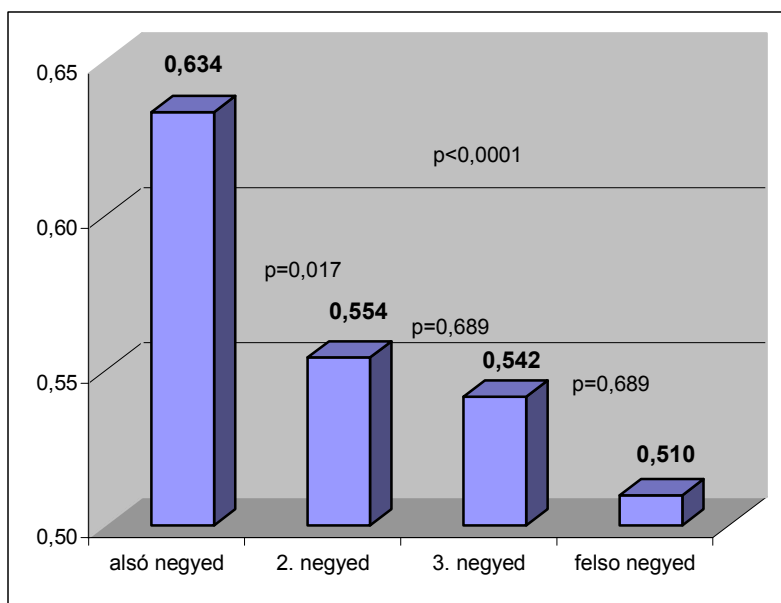
Eredmények

Első lépésként vizsgáltuk a házastársi stressz (*a Rövidített Házastársi Stressz Skála átlag*) alakulását a korcsoportok szerint. A házastársi/élettársi kapcsolatban élők 45,7%-a fiatal felnőtt, 39,6%-a középkorú és 14,5%-a idős. Azt találtuk, hogy a házastársi stressz csökken az életkorral $p < 0,001$ (1. ábra).



1. ábra: A házastársi stressz alakulása korcsoportok szerint

Vizgáltuk a házastársi stressz alakulását szocioökonómiai státus szerint. A házastársi/élettársi kapcsolatban élők 22,0%-a a SES alsó negyedébe, 24,6%-a a második negyedébe, 25,8% a harmadik negyedébe, míg 27,7%-a felső negyedébe tartozik. Azt találtuk, hogy a házastársi stressz csökken a szocioökonómiai státus növekedésével ($p < 0,001$), vagyis a házastársi kapcsolat minősége szempontjából a magas szocioökonómiai státus védőfaktorak bizonyul (2. ábra).



. ábra: A házastársi stressz alakulása SES szerint

A házastársi stressz és a pszichoszociális tényezők összefüggései nőknél

Vizgáltam a jó házastársi/élettársi kapcsolatban, illetve a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő egészséges, valamint szív- és érrendszeri beteg nők pszichoszociális sérülékenységmutatóit.

Az egészséges valamint a szív- és érrendszeri beteg nők szinte minden vizsgált változóban különböznek (leíró adataikat lásd a 2. táblázatban). Az egészséges nők fiatalabbak, magasabb végzettségűek, alacsonyabb házastársi stresszről, kevesebb depressziós tünetről, kevesebb szorongásról, kimerültségről, alvászavarról számolnak be. Alacsonyabb a testtömegindexük, kevesebb éven át dohányoztak, gyakrabban sportolnak, és fogyasztanak alkoholt, viszont ha dohányoznak, akkor ugyanannyi szál cigarettát szívnak, mint szív- és érrendszeri beteg nőtársaik. Éppen ezért a későbbi elemzések során az életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, a sportolás gyakoriságára, és alkoholfogyasztásra mindig kontrolláltam.

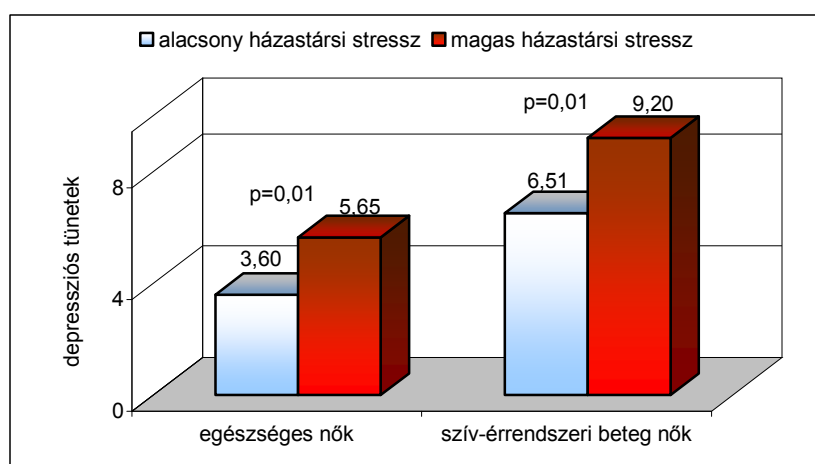
2. táblázat: Az egészséges valamint a szív- és érrendszeri beteg nők leíró adatai (Hungarostudy 2002)

	Egészséges nők		Szív- és érrendszeri beteg nők		Mann-Whitney (p)
	n=756		n=1353		
	átlag	szórás	átlag	szórás	
Életkor (év)	38,70	12,06	55,83	13,37	<0,0001
Végzettség (1–6)	3,67	1,47	3,17	1,50	<0,0001
Házastársi stressz (0–5)	0,53	0,98	0,66	1,11	0,007
Depressziós tünet (0–60)	4,25	6,30	10,80	11,57	<0,0001
Szorongás (0–3)	0,59	0,79	1,14	1,01	<0,0001
Vitális kimerültség (0–10)	1,60	1,90	3,80	2,75	<0,0001
Alvászavarok (0–24)	1,46	2,58	4,65	5,27	<0,0001
Testtömegindex (kg/m ²)	24,22	4,21	28,26	5,06	<0,0001
Hány évig dohányzott	5,11	8,64	6,09	11,27	0,028
Hány szál cigarettát szív naponta	13,35	7,63	13,59	7,01	NS
Milyen gyakran sportol (0–6)	1,63	2,10	1,13	2,00	<0,0001
Alkoholfogyasztás (0–4)	0,66	0,85	0,54	0,88	0,003

* A végzettséget az alábbi kérdéssel mértük fel: Legmagasabb végzettsége: 1. kevesebb, mint 8 általános, 2. 8 általános, 3. szakmunkásképző, 4. szakközépiskolai érettségi, 5. gimnáziumi érettségi, 6. főiskolai v. egyetemi diploma. Sportolás: milyen gyakran sportol? (pl. úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.) 0. soha, 1. rendszertelenül, 2. ritkábban, mint havonta, 3. havonta egyszer, 4. hetente egyszer, 5. hetente többször, 6. naponta. Alkoholfogyasztás: Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél négy) alkohol tartalmú italt /pl. 5 (4) üveg sört, vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci tömény italt/ ? 0. soha, 1. havonta vagy kevesebbszer, 2. havonta kétszer-négyszer, 3. hetente kétszer-háromszor, 4. hetente négyszer, vagy többször. Testtömegindex kiszámítása: testsúly/magasság²

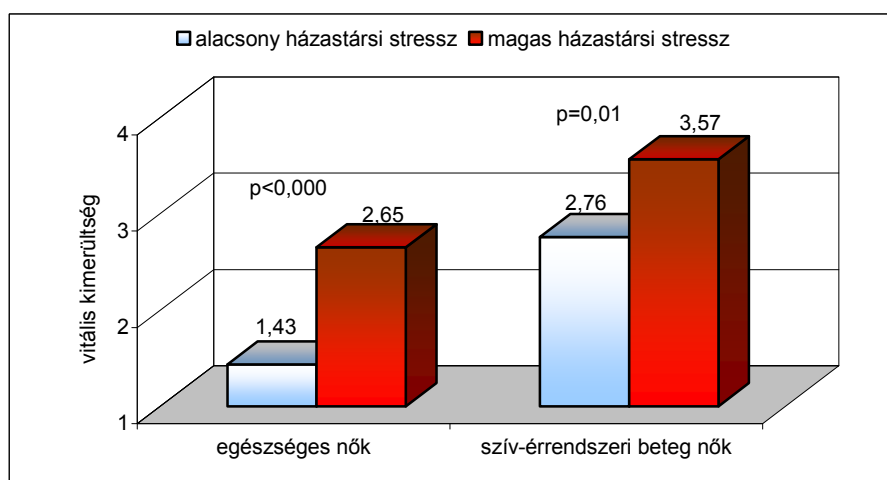
Hangsúlyoznám, hogy számomra az összehasonlítás fő szempontja a rossz házasságban élők pszichoszociális sérülékenysége, szemben a jó házasságban élők pszichoszociális sérülékenységével. A rossz házasságban élő egészséges nőket a jó házasságban élő egészséges nőkkel, valamint a rossz házasságban élő szív- és érrendszeri beteg nőket a jó házasságban élő szív- és érrendszeri beteg nőkkel hasonlítom össze.

Azt találtam, hogy a depressziós tünetek átlaga szignifikánsan magasabb a rossz házastársi/élettársi, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élők körében, mind az egészséges, mind a szív- és érrendszeri beteg nőcsoportban, akkor is, ha az eredményeket életkorra, végzettségre, valamint az egészségkárosító magatartásra (dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, mozgáshiány) is kontrolláltam 3. ábra).

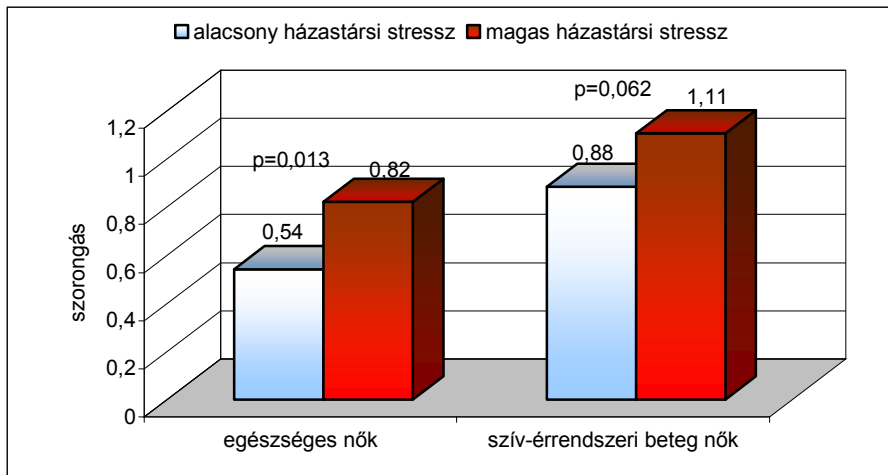


. ábra: Depressziós tünetegyüttes a házastársi stressz függvényében, nőknél (A p értékek az alacsony és magas házastársi stresszű nők depresszió átlagai közötti különbségek szignifikanciáját mutatják az egészséges, illetve a beteg csoportokon belül.)

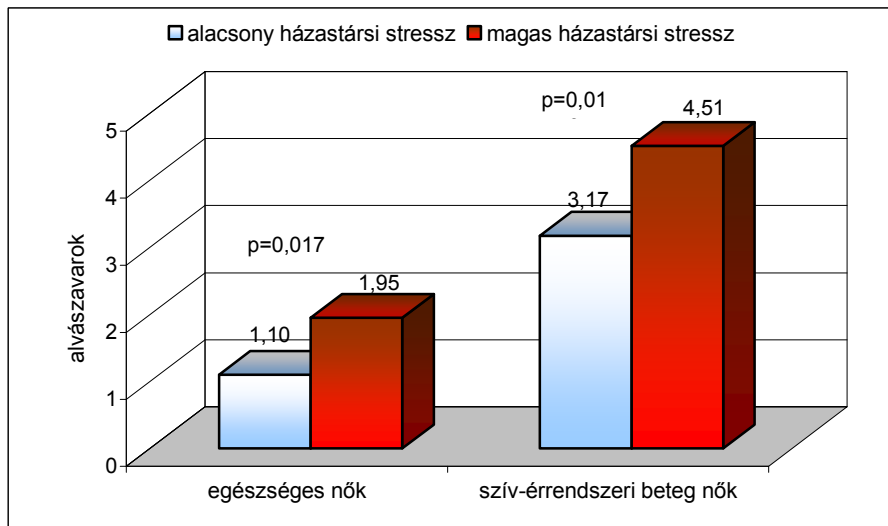
Hasonló különbséget találtam a vitális kimerültség, a szorongás és az alvászavarok skálákon elért pontszámok esetében is: a rossz házasságban élők magasabb vitális kimerültségről, magasabb szorongásról, és több alvászavarról számoltak be, mint a jó házasságban élők, mind az egészséges, mind a szív- és érrendszeri nők körében (4., 5., 6. ábra).



. ábra: Vitális kimerültség a házastársi stressz függvényében, nőknél

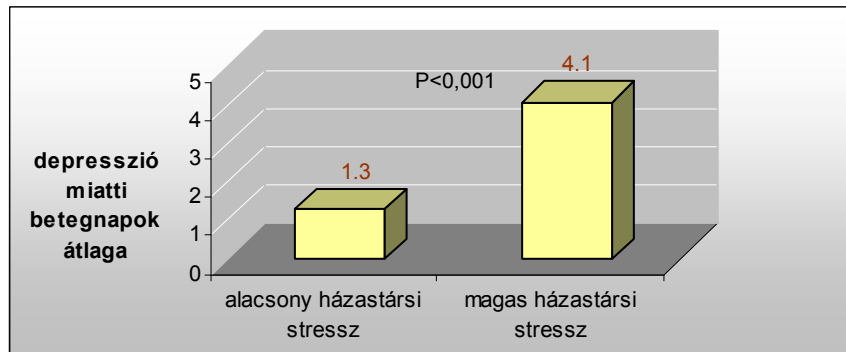


. ábra: Szorongás a házastársi stressz függvényében, nőknél



. ábra: Alvászavarok a házastársi stressz függvényében, nőknél

Vizsgáltam a jó és rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő, szív- és érrendszeri beteg nők depresszió miatti munkaképtelen napjainak átlagát. Az eredményeket itt is kontrolláltam az életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, alkoholfogyasztásra és a sportolás gyakoriságára, és szignifikáns különbséget találtam (7. ábra). Vagyis a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő szív- és érrendszeri beteg nők szignifikánsan gyakrabban maradnak depresszió miatt otthon, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élő nő társaik.

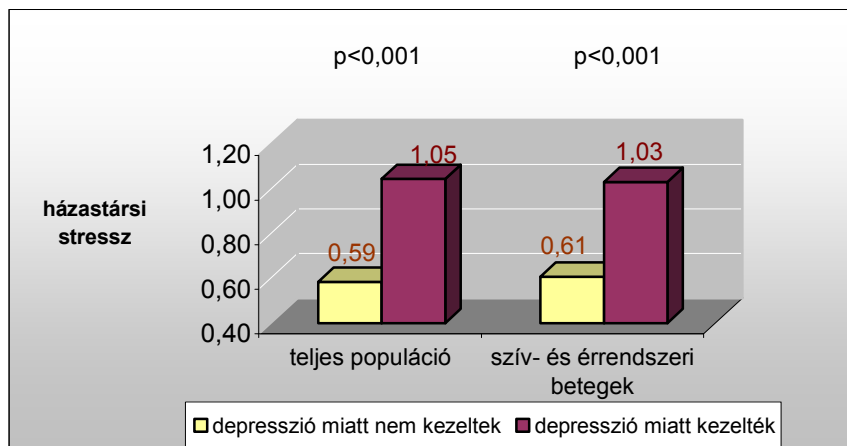


. ábra: Jó és rossz házasságban élő szív- és érrendszeri beteg nők depresszió miatti munkaképtelen napjainak átlaga

Eleméztem a depresszió miatt kezelést kapott (N=341), illetve depresszió miatt soha nem kezelt (N=3572) nők házastársistressz-szintjét. Az eredményeket kontrolláltuk életkorra, végzettségre, testtömeg indexre, dohányzásra, alkoholfogyasztásra, és a mozgás gyakoriságára, és azt találtuk, hogy a depressziós nőbetegek házastársistressz-szintje szignifikánsan magasabb ($p < 0,001$), mint a depresszió miatt soha nem kezelt nők házastársistressz-szintje (8. ábra).

Hasonlóképpen összehasonlítottam a depresszió miatt kezelést kapott, szív-és érrendszeri beteg nők (N=189) házastársistressz-szintjét a depresszió miatt soha nem kezelt szív- és érrendszeri beteg nők (N=1164) házastársistressz-szintjével (7. ábra).

Eredményeink szerint a depresszió miatt is kezelt szív- és érrendszeri beteg nők házastársistressz-szintje szignifikáns mértékben magasabb, mint a depresszió miatt soha nem kezelt szív- és érrendszeri beteg nők házastársistressz-szintje ($p < 0,001$). Hipotézisem szerint ez azért lehetséges, mert a depresszió miatt valaha kezelték között magasabb a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakorisága, mint a depresszió miatt soha nem kezelt nők körében. E hipotézis tesztelésére elemeztük a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív alapján megkülönböztetett négy kategória, a normál (a skála pontértéke 0–9), az enyhe (a skála pontértéke 10–19), a közepes (a skála pontértéke 20–25) és a magas (a skála pontértéke 25 fölött) kategóriák mentén a depresszióval valaha kezelt, és a depresszióval soha nem kezelt nőknél a depressziós tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát. A depresszióval már kezelt nők 68,4%-a enyhe, közepes, vagy súlyos mértékben a vizsgálat időpontjában is depressziós, míg a depresszióval soha nem kezelték között ez az arány csak 34%.



ábra: A nők házasági stresszének alakulása a kezelt depresszió függvényében

A házasági stressz és a pszichoszociális tényezők összefüggései férfiaknál

Elemeztem a házasági/élettársi kapcsolatban élő egészséges férfiak (N=915), valamint szív- és érrendszeri beteg férfiak (N=1292) pszichoszociális sérülékenységszintjét a házasági stressz függvényében. Az egészséges, valamint szív- és érrendszeri beteg férfiak szinte minden vizsgált változóban különböznek (leíró adataikat lásd a 3. táblázatban). Éppen ezért a későbbi elemzések során eredményeinket mindig kontrolláltuk életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, az egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholfogyasztás gyakoriságára, valamint a sportolás gyakoriságára.

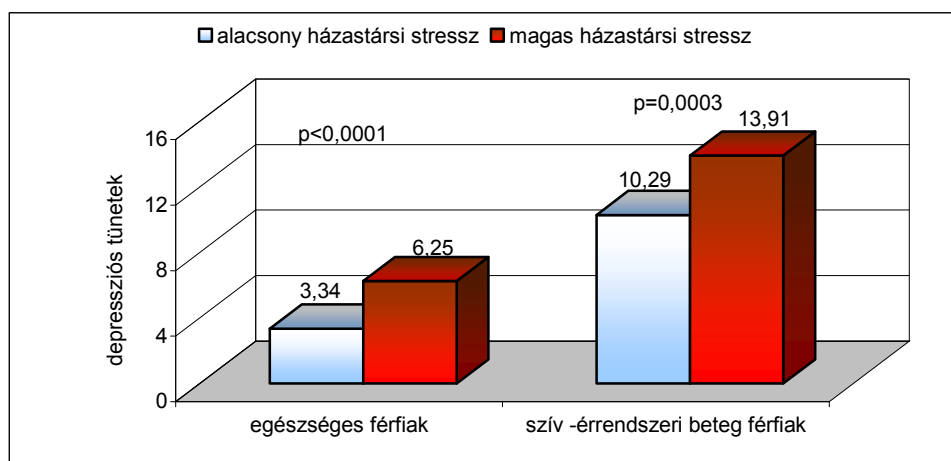
3. táblázat: Az egészséges valamint a szív- és érrendszeri beteg férfiak leíró adatai

Házasságban vagy élettársi kapcsolatban élnek	Egészséges férfiak		Szív- és érrendszeri beteg férfiak		Mann-Whitney (p)
	átlag	szórás	átlag	szórás	
	N=915		n=1292		
Életkor (év)	42,92	12,86	58,63	12,80	<0,0001
Végzettség (1-6)	3,57	1,37	3,39	1,47	0,003
Házastársi stressz (0-5)	0,45	0,82	0,46	0,85	0,65
Depressziós tünet (0-60)	3,63	5,98	10,66	11,48	<0,0001
Szorongás (0-3)	0,57	0,77	1,00	0,95	<0,0001
Vitális kimerültség (0-10)	1,29	1,64	3,27	2,60	<0,0001
Alvászavarok (0-24)	1,19	2,45	3,33	4,58	<0,0001
Testtömegindex (kg/m ²)	26,55	3,75	28,25	4,55	<0,0001
Hány évig dohányzott	10,06	11,95	17,04	17,45	<0,0001
Hány szál cigarettát szív naponta	18,96	8,39	17,97	8,98	0,12
Milyen gyakran sportol (0-6)	1,53	1,93	1,04	1,82	<0,0001
Alkoholfogyasztás (0-4)	1,76	1,29	1,90	1,52	0,017

A végzettséget az alábbi kérdéssel mértük fel: Legmagasabb végzettsége: 1. kevesebb, mint 8 általános, 2. 8 általános, 3. szakmunkásképző, 4. szakközépiskolai érettségi, 5. gimnáziumi érettségi, 6. főiskolai v. egyetemi diploma. *Sportolás*: milyen gyakran sportol? (pl. úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.) 0. soha, 1. rendszertelenül, 2. ritkábban, mint havonta, 3. havonta egyszer, 4. hetente egyszer, 5. hetente többször, 6. naponta. *Alkoholfogyasztás*: Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél négy) alkohol tartalmú italt /pl. 5 (4) üveg sört, vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci tömény italt/ ? 0. soha, 1. havonta vagy kevesebbszer, 2. havonta kétszer-négyszer, 3. hetente kétszer-háromszor, 4. hetente négyszer, vagy többször. Testtömegindex kiszámítása: testsúly/magasság²

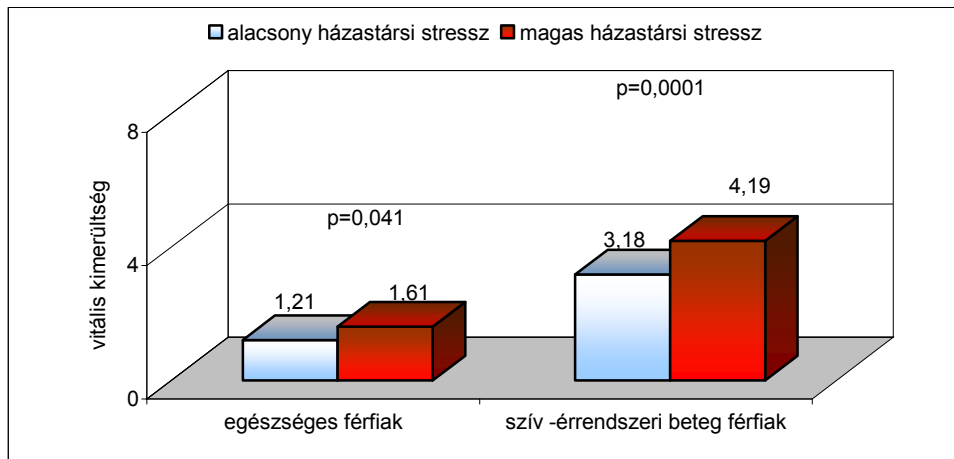
Itt szintén hangsúlyoznám, hogy számomra az összehasonlítás fő szempontja a rossz házasságban élők pszichoszociális sérülékenysége, szemben a jó házasságban élők pszichoszociális sérülékenységével. A rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő egészséges férfiakat a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élő egészséges férfiakkal, valamint a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő szív- és érrendszeri beteg férfiakat a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élő szív- és érrendszeri beteg férfiakkal hasonlítjuk össze.

A nők eredményeihez hasonlóan azt találtuk, hogy a depressziós tünetek átlaga szignifikánsan magasabb a rossz házastársi/élettársi, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élők között, mind az egészséges, mind a szív- és érrendszeri beteg férficsoportban, akkor is, ha az eredményeket életkorra, végzettségre, valamint az egészségkárosító magatartásra (dohányzás, alkoholfogyasztás, elhízás, mozgáshiány) is kontrolláltuk (9. ábra).

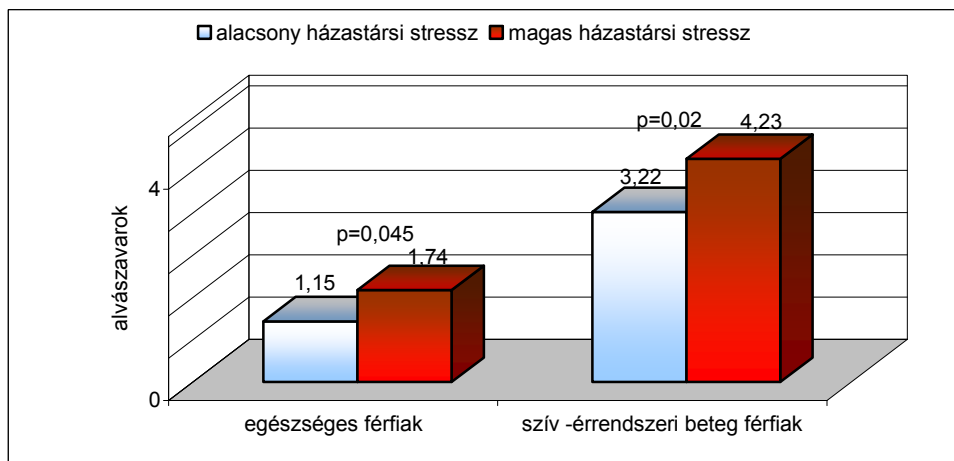


. ábra: Depressziós tünetegyüttes a házastársi stressz függvényében, férfiaknál

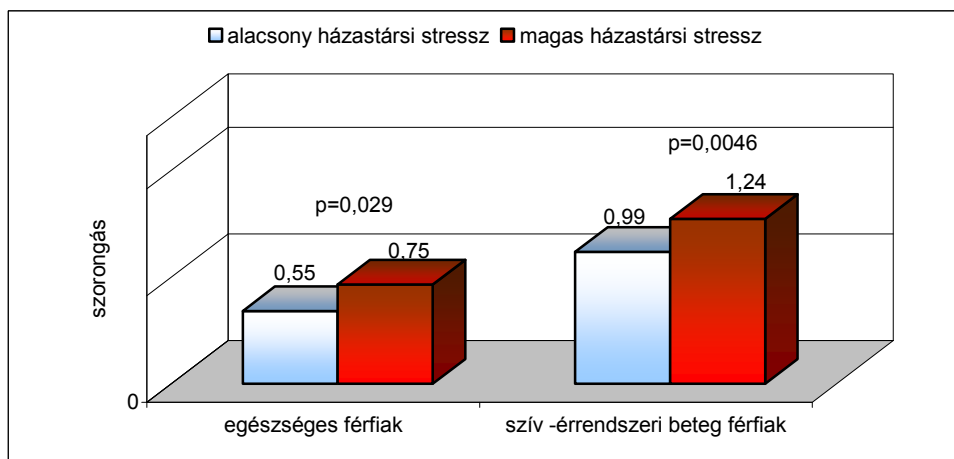
A depressziós tünetegyütteshez hasonlóan, a vitális kimerültség, alvászavarok, és a szorongás összefüggéseiben is hasonlóan alakultak a különbségek (10., 11., 12.. ábra).



. ábra: Vitális kimerültség a házastársi stressz függvényében, férfiaknál



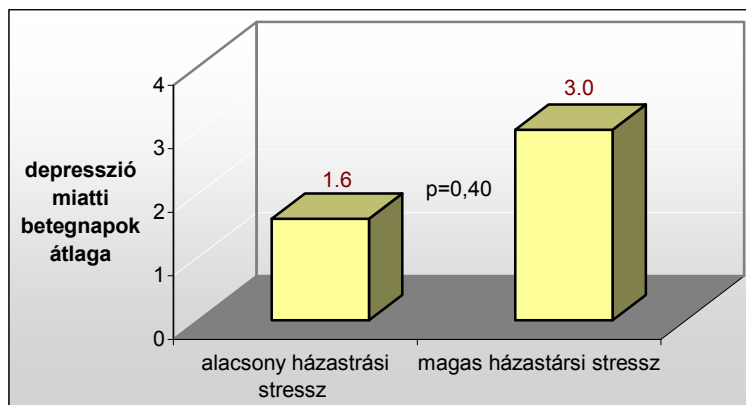
. ábra: Alvászavarok a házastársi stressz függvényében, férfiaknál



. ábra: Szorongás a házastársi stressz függvényében, férfiaknál

Vizsgáltuk a jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő, szív- és érrendszeri beteg férfiak depresszió miatti munkaképtelen napjainak átlagát. Az eredményeket itt is kontrolláltuk az életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, alkoholfogyasztásra és a sportolás gyakoriságára, és nem találtunk szignifikáns

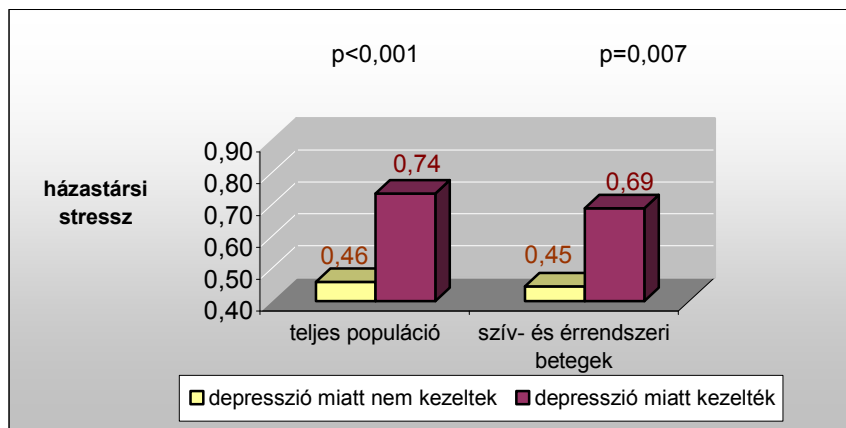
különbséget (13. ábra). Vagyis a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő szív- és érrendszeri beteg férfiak nem maradnak otthon gyakrabban depresszió miatt, mint a jó kapcsolatban élő férfitársaik.



. ábra: Jó és rossz házasságban élő szív- és érrendszeri beteg férfiak depresszió miatti munkaképtelen napjainak átlaga

Elemeztem a depresszió miatt kezelést kapott (N=165), illetve depresszió miatt soha nem kezelt (N=3519) férfiak házastársistressz-szintjét. Az eredményeket kontrolláltuk életkorra, végzettségre, testtömegindexre, dohányzásra, alkoholfogyasztásra, és a mozgás gyakoriságára, és azt találtuk, hogy a depresszióval kezelt férfiak házastársistressz-szintje szignifikánsan magasabb ($p < 0,001$), mint a depresszió miatt soha nem kezelt férfiak házastársistressz-szintje (14. ábra).

Hasonlóképpen összehasonlítottam a depresszió miatt kezelést kapott, szív- és érrendszeri beteg férfiak (N=111) házastársistressz-szintjét a depresszió miatt soha nem kezelt szív- és érrendszeri beteg férfiak (N=1182) házastársistressz-szintjével (14. ábra). A nők eredményeihez hasonlóan, eredményeink itt is azt mutatták, hogy a depresszió miatt (elmúlt évben vagy régebben) kezelést kapott szív- és érrendszeri beteg férfiak házastársistressz-szintje szignifikáns mértékben magasabb, mint a depresszió miatt soha nem kezelt szív- és érrendszeri beteg férfiak házastársistressz-szintje ($p = 0,007$). Hipotézisem szerint ez azért lehetséges, mert a depresszió miatt valaha kezelték között magasabb a depressziós tünetek száma a vizsgálat időpontjában is, mint a depresszió miatt soha nem kezelt férfiak körében. E hipotézis tesztelésére elemeztük a Rövidített Beck Depresszió Kérdőív alapján megkülönböztetett négy kategória, a normál (a skála pontértéke 0–9), az enyhe (a skála pontértéke 10–19), a közepes (a skála pontértéke 20–25) és a magas (a skála pontértéke 25 fölött) kategóriák mentén a depresszióval valaha kezelt, és a depresszióval soha nem kezelt férfiaknál a depressziós tünete együttes előfordulási gyakoriságát. A nők eredményeihez hasonlóan, a depresszióval már kezelt férfiak 65,6%-a enyhe, közepes, vagy súlyos mértékben a vizsgálat időpontjában is depressziós, míg a depresszióval soha nem kezelték között ez az arány csak 37%.



Ábra: A férfiak házasági stresszének alakulása a kezelt depresszió függvényében

A házasági stressz összefüggései az egészségkárosító magatartással

Vizsgáltam a házasági stressz összefüggését az egészségkárosító magatartással, a házasági/élettársi kapcsolatban élő férfiak és nők körében. A *Rövidített Házasági Stressz Skála* alapján megkülönböztetett jó házasági/élettársi kapcsolatban, illetve rossz házasági/élettársi kapcsolatban élő férfiak és nők esetében elemeztem a dohányzásnak, az egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztásának gyakoriságát, a testtömegindex mértékét, mint az elhízás egyik lehetséges mutatóját, és a mozgás gyakoriságát (4. táblázat).

4. táblázat: A jó, illetve a rossz házasági/élettársi kapcsolatban élő férfiak és nők egészségmagatartása

	Férfiak (n=3517)			Nők (3766)		
	Jó házasági kapcsolatban an (n=3122) %	Rossz házasági kapcsolatban an (n=395) %	p	Jó házasági kapcsolatban an (n=3211) %	Rossz házasági kapcsolatban an (n=555) %	p
<i>Alkoholfogyasztás (0-4)</i>						
<i>soha</i>	78,0	65,6		97,4	94,8	
<i>havonta vagy kevesebb</i>	13,4	13,3		1,9	3,2	
<i>havonta kétszer-négy</i>	4,4	9,2		0,4	1,2	
<i>hetente kétszer-három</i>	2,3	4,6		0,2		
<i>hetente négy vagy többször</i>	2,0	7,2	<0,0001	0,1	0,8	0,002
<i>Milyen gyakran sportol</i>						

(0–6)						
<i>soha</i>	49,9	52,9		50,0	53,3	
<i>rendszeretlenül ritkábban, mint havonta</i>	22,9	20,6		22,4	18,5	
<i>havonta egyszer</i>	5,1	4,8		3,2	4,0	
<i>havonta egyszer</i>	2,4	2,3		1,5	2,8	
<i>hetente egyszer</i>	5,9	3,8		5,8	4,9	
<i>hetente többször</i>	7,3	7,5		9,0	8,3	
<i>naponta</i>	6,6	8,3	0,42	8,1	8,1	0,07
<i>Cigaretta szál naponta</i>	18,63	21,16	<0,0001	13,26	14,09	0,14
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	27,12	26,90	0,32	26,03	25,58	0,03

Sportolás: milyen gyakran sportol? (pl. úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.) 0. soha, 1. rendszeretlenül, 2. ritkábban, mint havonta, 3. havonta egyszer, 4. hetente egyszer, 5. hetente többször, 6. naponta. *Alkoholfogyasztás:* Milyen gyakran iszik egy alkalommal több mint öt (nőknél négy) alkohol tartalmú italt /pl. 5 (4) üveg sört, vagy 5 (4) pohár bort, vagy 5 (4) fél deci tömény italt/ ? 0. soha, 1. havonta vagy kevesebbszer, 2. havonta kétszer-négyszer, 3. hetente kétszer-háromszor, 4. hetente négyszer, vagy többször. *Testtömegindex kiszámítása:* testsúly/magasság²

A rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiak és nők szignifikánsan többször fogyasztanak egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt, és a férfiak szignifikánsan több szál cigarettát szívnak el naponta, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élő társaik. Érdekes eredmény nőknél, hogy a testtömegindex a rossz házastársi kapcsolatban élő nőknél szignifikánsan alacsonyabb, mint a jó házastársi kapcsolatban élő nők körében. Viszont a mozgás gyakorisága sem nő, sem férfiak esetében nem különbözött a házastársi stressz függvényében: akár jó, akár rossz a házastársi kapcsolat, mind a férfiak és mind a nők több mint 70%-a soha nem vagy csak rendszeretlenül mozog.

Vizsgáltam az egészséges férfiak és nők egészségmagatartását a házastársi stressz függvényében. Az egészséges férfiak is, ha rossz kapcsolatban élnek, szignifikánsan gyakrabban fogyasztanak egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt, sőt kevesebbet sportolnak, mint a jó kapcsolatban élő férfitársaik. Viszont az egészséges férfiak akár rossz, akár jó kapcsolatban élnek, ha dohányoznak, ugyanannyi szál cigarettát szívnak el naponta..

A rossz kapcsolatban élő egészséges nők sem az alkoholfogyasztás, sem a dohányzás, sem a sportolás gyakorisága tekintetében nem különböznek a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élő nőtársaiktól. Az egyetlen, inkább „pozitívnak” mondható különbség nők esetében a testtömegindexben mutatkozott: a rossz házastársi kapcsolatban élő egészséges nők alacsonyabb testtömegindexszel rendelkeznek, mint a jó házastársi kapcsolatban élők. Összességében elmondható, hogy az egészséges nők esetében, a magas házastársi stressz nem járt együtt az egészségkárosító magatartások fokozott

szintjével, férfiaknál viszont fokozottabb alkoholfogyasztással és kevesebb mozgással járt együtt.

A szív- és érrendszeri beteg férfiak, ha rossz házastársi kapcsolatban élnek, szintén gyakrabban fogyasztanak egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt, és naponta több szál cigarettát szívnak, mint a jó házastársi kapcsolatban élő társaik. Érdekes eredmény a szív- és érrendszeri beteg férfiak esetében is, hogy a magas házastársi stressz szignifikánsan alacsonyabb testtömegindexszel járt együtt. A szív- és érrendszeri beteg nők, ha rossz kapcsolatban élnek, szintén gyakrabban fogyasztanak egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholt, más tekintetben viszont a házastársi stressz nem változtat a szív- és érrendszeri beteg nők egészségmagatartásán (5., 6. táblázat).

5. táblázat: Egészséges, valamint szív- és érrendszeri beteg férfiak egészségmagatartása a házastársi stressz függvényében (Hungarostudy 2002)

Férfiak	Egészséges (n=915)			Szív- és érrendszeri beteg (n=1292)		
	Jó házastársi kapcsolatban	Rossz házastársi kapcsolatban	P	Jó házastársi kapcsolatban	Rossz házastársi kapcsolatban	P
Alkoholfogyasztás (0–4) soha	77,4	67,6		82,0	70,5	
havonta vagy kevesebbszer	14,7	14,1		10,1	9,0	
havonta kétszer-négyszer	3,1	7,0		4,2	6,6	
hetente kétszer-háromszor	2,8	4,2		1,9	6,6	
hetente négyszer vagy többször	2,1	7,0	0,04	1,8	7,4	<0,0001
Milyen gyakran sportol (0–6) soha	40,9	59,3		63,3	56,9	
rendszeretlenül	27,9	15,1		17,3	23,4	
ritkábban, mint havonta	6,4	4,7		3,5	3,6	
havonta egyszer	3,1	3,5		1,5	2,9	
hetente egyszer	7,7	4,7		3,5	2,9	
hetente többször	8,4	8,1		4,9	5,1	
naponta	5,7	4,7	0,05	6,1	5,1	0,52

<i>Cigaretta szál naponta</i>	18,47	19,20	0,51	17,77	20,07	0,05
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	26,48	26,01	0,20	28,28	27,49	0,04

6. táblázat: Egészséges, valamint szív- és érrendszeri beteg nők egészségmagatartása a házastársi stressz függvényében

<i>Nők</i>	<i>Egészséges (n=756)</i>			<i>Szív- és érrendszeri beteg (n=1353)</i>		
	<i>Jó házastársi kapcsolatban</i>	<i>Rossz házastársi kapcsolatban</i>	<i>p</i>	<i>Jó házastársi kapcsolatban</i>	<i>Rossz házastársi kapcsolatban</i>	<i>p</i>
<i>Alkoholfogyasztás (0–4) soha</i>	97,6	95,8		98,1	96,8	
<i>havonta vagy kevesebb</i>	1,5	2,8		1,5	0,5	
<i>havonta kétszer-négyszer</i>	0,4	0,0		0,3	2,1	
<i>hetente kétszer-háromszor</i>	0,4	0,0		0,0	0,0	
<i>hetente négyszer vagy többször</i>	0,2	1,4	0,40	0,1	0,5	0,008
<i>Sportolás gyakorisága (0–6) soha</i>	43,8	50,0		64,8	66,2	
<i>rendszeretlenül ritkábban, mint havonta</i>	26,4	19,3		15,1	12,3	
<i>havonta egyszer</i>	3,4	3,4		2,1	2,0	
<i>hetente egyszer</i>	1,6	3,4		0,9	1,5	
<i>hetente többször</i>	6,6	6,8		2,9	2,0	
<i>naponta</i>	10,2	8,0		5,2	7,8	
	8,1	9,1	0,66	8,9	8,3	0,63
<i>Cigaretta szál naponta</i>	13,21	15,10	0,12	13,69	14,59	0,39
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	24,12	23,17	0,01	28,33	27,83	0,13

Elemeztem a magas házastársi stresszt, mint az alkoholbetegség kockázati tényezőjét, férfiaknál (7. táblázat).

7. táblázat: A magas házastársi stressz, mint az alkoholbetegség kockázati tényezője, férfiaknál

	Alkoholbetegség miatti kezelés kockázata		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,06	0,97–1,16	NS
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	8,66	0,81–92,85	NS
<i>SES(3)</i>	1,71	0,12–23,93	NS
<i>SES(4)</i>	3,86	0,37–40,29	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	0,78	0,63–0,97	*
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,07	1,00–1,14	*
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,89	0,59–1,34	NS
<i>Házastársi stressz (magas)</i>	7,45	1,86–29,78	**

(Megjegyzés: *= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges férfiak)

Vagyis egy rossz házastársi kapcsolatban élő férfinak hétszer nagyobb az esélye az alkoholbetegsége, mint egy jó házastársi kapcsolatban élő társának. Nőknél az alacsony esetszám miatt ez az elemzés nem végezhető el (3 alkoholbeteg nő).

Amennyiben nem az egészségesekkel, hanem az alkohol miatt nem, de esetleg egyéb betegség miatt kezeltekkel állítom szembe az alkoholbetegeket, a magas házastársi stressz férfiaknál 6,2-szeres kockázattal bír (CI=1,89–20,37, $p < 0,01$). Ha a depresszió is szerepel a modellben, férfiaknál akkor is megmarad a házastársi stressz alkoholbetegség-kockázatnövelő hatása (8. táblázat).

8. táblázat: A magas házastársi stressz mint az alkoholbetegség depressziótól független kockázati tényezője, férfiaknál

	Alkoholbetegség miatti kezelés kockázata		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,07	0,98–1,18	NS
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	9,27	0,81–105,53	NS
<i>SES(3)</i>	1,14	0,07–17,85	NS
<i>SES(4)</i>	3,53	0,31–39,86	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	0,77	0,61–0,97	*
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,05	0,98–1,12	NS
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,96	0,64–1,45	NS

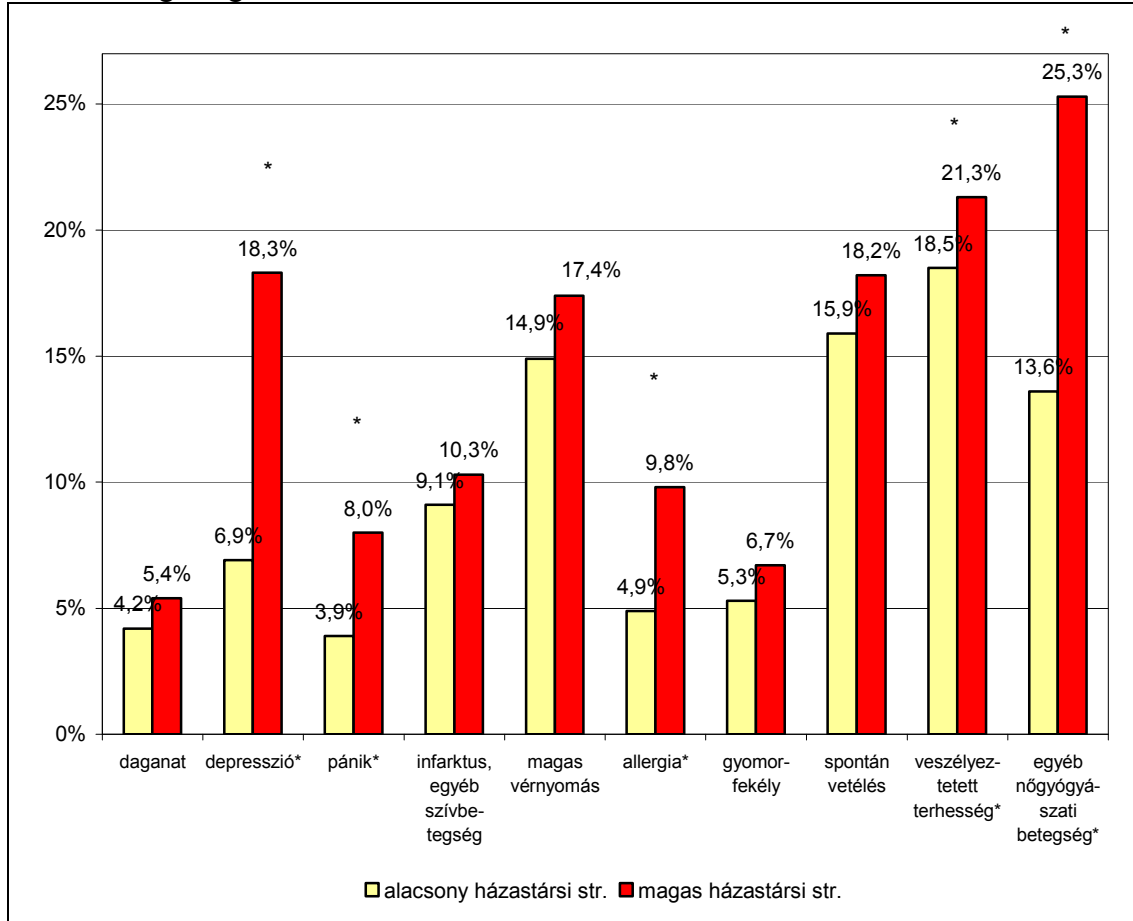
Házastársi stressz (magas)	5,00	1,16–21,57	*
Depresszió (0–nem depressziós, 1–enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)	5,04	1,02–24,92	NS

(Megjegyzés: $*=p<0,05$, NS=nem szignifikáns;
referenciakategória az egészséges férfiak)

Tehát a depresszió is kockázati tényező – 5,04 (1,02–22,92) –, de a depressziótól függetlenül a házastársi stressz kockázatonövelő hatása is megmarad: 5,00 (1,16–21,57). Vagyis egy rossz kapcsolatban élő férfinak a depressziótól függetlenül is ötször nagyobb az esélye az alkoholbetegségre, mint jó kapcsolatban élő férfitársának.

A házastársi stressz és az egészségi állapot összefüggései.

Első lépésként a Rövidített Házastársi Stressz Skála alapján megkülönböztetett jó házastársi/élettársi kapcsolatban, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő 35–45 éves nők egészségi állapotát (a különböző betegségek előfordulási gyakoriságát) elemeztem (15. ábra). Az alacsony esetszám miatt a szívinfarktus miatti, valamint az egyéb szív- és érrendszeri megbetegedéseket összevontam.

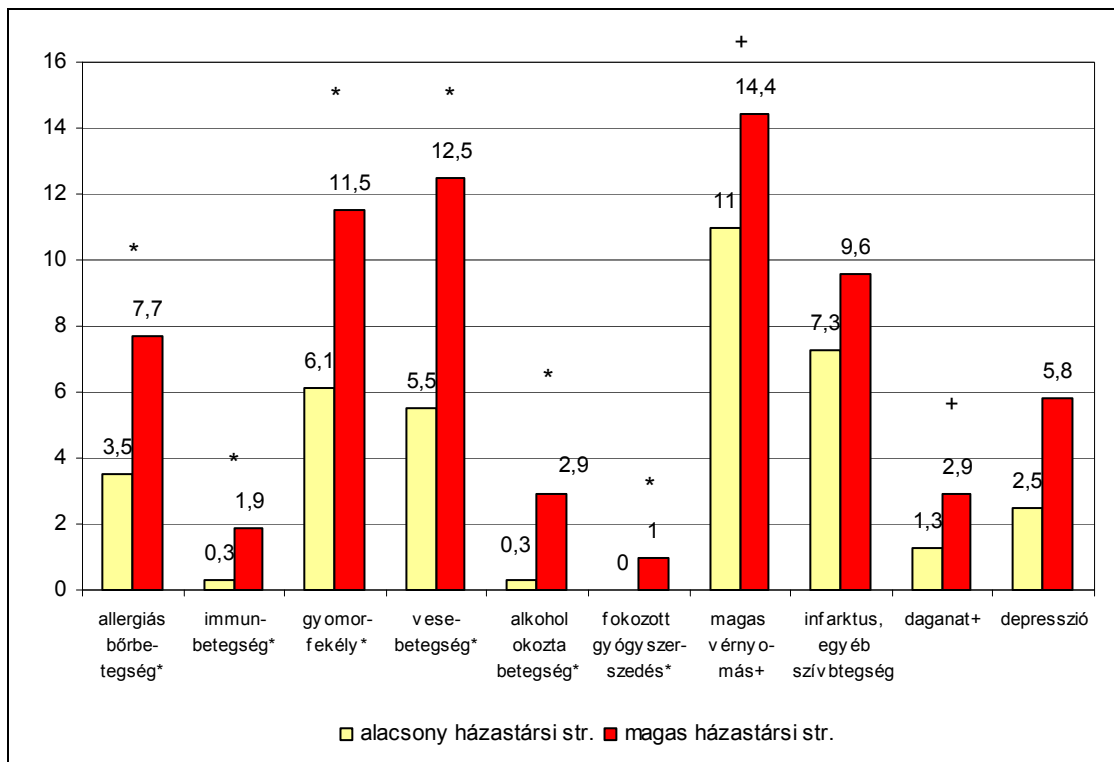


. ábra: A 35–45 éves házastársi/élettársi kapcsolatban élő nők egészségi állapota a házastársi stressz függvényében (Hungarostudy 2002)

(Megjegyzés: $p < 0,05$)

Bár minden vizsgált betegség gyakrabban fordult elő a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők között, különös figyelmet érdemelnek azok a betegségek, melyek *szignifikánsan* nagyobb arányban fordulnak elő. A depresszió ($p < 0,0001$), a pánik ($p = 0,001$), az allergia ($p = 0,001$), a veszélyeztetett terhesség ($p = 0,04$) és egyéb nőgyógyászati megbetegedések ($p < 0,0001$) fordultak elő szignifikánsan nagyobb gyakorisággal a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő nők körében.

Férfiak esetében a nők eredményeihez hasonló eredményeket találtam. Minden vizsgált betegség nagyobb gyakorisággal fordult elő a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők között, de kiemelném azokat a betegségeket, amelyek szignifikánsan nagyobb gyakorisággal fordultak elő: az allergiás bőrbetegség, az immunbetegség, a gyomorfekély, a vesebetegség, az alkoholbetegség és a fokozott gyógyszeresedés, valamint tendenciaszerűen a magasvérnyomás-betegség és a daganatos megbetegedés (16. ábra).



Ábra: A 35–45 éves házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiak egészségi állapota a házastársi stressz függvényében (Hungarostudy 2002)

(Megjegyzés: *= $p < 0,05$; += $p < 0,1$)

A házastársi stressz összefüggései a magasvérnyomás-betegséggel, és a kezelt depresszióval

Mint érdekes nemi különbséget a depresszió miatti orvoshoz fordulást emelném ki: nők esetében a depresszió miatti orvoshoz fordulás gyakoribb a rossz házasságban élők körében, férfiak esetében viszont nem találtunk szignifikáns különbséget a rossz, illetve jó kapcsolatban élők depresszió miatti orvoshoz fordulása tekintetében. Férfiaknál viszont az alkoholbetegség valamint a magasvérnyomás-betegség előfordulási gyakoriságában mutatózó különbséget emelhetnénk ki. E betegségek előfordulási gyakoriságában mutatózó különbségek hívták fel a figyelmem a többváltozós elemzések szükségességére. E kezdeti elemzéseket követően tehát többváltozós modellben elemeztük a házastársi stressz, a magasvérnyomás-betegség valamint a depresszió közötti összefüggéseket.

A házastársi/élettársi kapcsolatban élő és aktívan dolgozó (gazdaságilag aktív), 65 évnél fiatalabb és egészséges, valamint magas vérnyomás miatt, illetve depresszió miatt kezelt férfiak és nők leíró adatait lásd a 9. és 10. táblázatban.

9. táblázat: Az egészséges, a magas vérnyomás miatt, illetve depresszió miatt kezelt férfiak leíró adatai

	Férfiak		
	Egészséges (N=731)	Magas vérnyomás miatt kezelték (N=343)	Depresszió miatt kezelték (N=49)

	% (N)	% (N)	% (N)
<i>Szocioökonómiai státus (végezettség és családi jövedelem alapján) (1–4)</i>	SES1 10,4% (76) SES2 27,5% (201) SES3 29,5% (216) SES4 32,6% (238)	SES1 8,7% (30) SES2 28,9% (99) SES3 30,0% (103) SES4 32,4% (111)	SES1 16,3% (8) SES2 18,4% (9) SES3 18,4% (9) SES4 46,9% (23)
	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>
<i>Életkor</i>	39,83 (9,3)	47,6 (9,2)	46,8 (9,1)
<i>Házastársi stressz (0–5)</i>	0,42 (0,7)	0,57 (0,9)	0,75 (1)
<i>Depresszió (BDI pontszám 0–60)</i>	3,39 (5,7)	6,57 (7,3)	8,79 (8,1)
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	26,56 (3,7)	29,10 (4,4)	27,24 (4,7)
<i>Alkohol (0–4)</i>	1,74 (1,2)	2,04 (1,3)	1,92 (1,4)
<i>Hány évig dohányzott?</i>	9,53 (10,7)	13,96 (13,7)	13,55 (12,6)
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	1,66 (1,9)	1,41 (1,8)	1,51 (2)

10. táblázat: Az egészséges, a magas vérnyomás miatt, illetve depresszió miatt kezelt nők leíró adatai

	<i>Nők</i>		
	<i>Egészséges (N=434)</i>	<i>Magas vérnyomás miatt kezelték (N=300)</i>	<i>Depresszió miatt kezelték (N=106)</i>
	% (N)	% (N)	% (N)
<i>Szocioökonómiai státus (végezettség és családi jövedelem alapján)</i>	SES1 15,9% (69) SES2 15,0% (65) SES3 32,5% (141) SES4 36,6% (159)	SES1 16,3% (49) SES2 16,7% (50) SES3 32,7% (98) SES4 34,3% (103)	SES1 16,0% (17) SES2 16,0% (17) SES3 34,9% (37) SES4 33,0% (35)
	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>
<i>Életkor</i>	39,4 (8,7)	46,8 (8,2)	43,2 (8,9)
<i>Házastársi stressz (0–5)</i>	0,59 (1,02)	0,70 (1,1)	1,30 (1,6)
<i>Depresszió (BDI pontszám 0–60)</i>	3,89 (5,6)	6,90 (8,3)	10,37 (9,9)
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	24,37 (4,2)	28,69 (5,3)	26,96 (5,4)
	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>	<i>Átlag (SD)</i>
<i>Alkohol (0–4)</i>	0,77 (0,8)	0,72 (0,9)	0,71 (0,9)
<i>Hány évig dohányzott?</i>	5,41 (8,9)	6,98 (11,1)	7,38 (9,9)
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	1,85 (2,1)	1,62 (2,2)	1,47 (1,9)

Vizsgáltuk a jó házastársi/élettársi kapcsolatban, illetve a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiaknál és nőknél a depressziós tünetegyüttes alakulását. Az életkor és a szocioökonómiai státus, mint kontrolltényező szerepeltek (11. táblázat).

11. táblázat: A depressziós tünetegyüttes (BDI) alakulása a házastársi stressz függvényében

	<i>Jó házastársi kapcsolatban BDI átlag (95%-os CI)</i>	<i>Rossz házastársi kapcsolatban BDI átlag (95%-os CI)</i>
<i>Férfiak (egészséges, 731)</i>	3,03 (2,59–3,47)	7,15 (5,76–8,55)***
<i>Férfiak (magasvérnyomásbeteg, 343)</i>	6,15 (5,30–7,00)	9,43 (7,36–11,50)**
<i>Nők (egészséges, 434)</i>	3,62 (3,04–4,19)	5,88 (4,41–7,35)**
<i>Nők (magasvérnyomás-beteg, 300)</i>	6,25 (5,23–7,27)	9,42 (7,03–11,80)*

A házastársi/élettársi kapcsolatban élő, gazdaságilag aktív, 65 évnél fiatalabb férfiak, és nők depressziója szorosan összefügg a házastársi stresszrel, mind az egészségesek, mind a magasvérnyomás-betegek körében, és ez az összefüggés független az életkortól, és a szocioökonómiai státustól.

Többváltozós modellben (logisztikus regresszió elemzéssel) vizsgáltuk annak esélyét, hogy a jó illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiaknak és nőknek, a hagyományos kockázati tényezőktől függetlenül, milyen esélyük van arra, hogy magasvérnyomás-betegséggel, illetve depresszióval kezeljék (12., 13. táblázat).

12. táblázat: A magas házastársi stressz mint a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezője, férfiaknál

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
Életkor	1,08	1,06–1,10	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,87	0,48–1,57	NS
SES(3)	1,04	0,70–1,56	NS
SES(4)	1,01	0,69–1,50	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,16	1,12–1,21	***
Hány évig dohányzott?	1,01	1,00–1,02	*
Alkohol (0–4)	1,06	0,94–1,19	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,97	0,89–1,05	NS
Házastársi stressz (magas)	1,76	1,10–2,82	*

(Megjegyzés: *=p<0,05, ***=p<0,001, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges férfiak)

13. táblázat: A magas házastársi stressz mint a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezője, nőknél

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
Életkor	1,08	1,05–1,10	***
Szocioökonómiai státus			
SES(1)			
SES(2)	0,69	0,39–1,22	NS
SES(3)	1,10	0,61–1,99	NS
SES(4)	0,89	0,56–1,40	NS
Testtömegindex (kg/m ²)	1,20	1,15–1,26	***
Hány évig dohányzott?	1,00	0,98–1,02	NS
Alkohol (0–4)	0,94	0,76–1,16	NS
Milyen gyakran sportol? (0–6)	0,97	0,89–1,06	NS
Házastársi stressz (magas)	1,12	0,66–1,89	NS

(Megjegyzés: ***=p<0,001, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges nők)

Eredményeink azt mutatták, hogy a férfiak esetében a magas házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség önálló kockázati tényezője, nők esetében viszont nem.

Amennyiben a magasvérnyomás-beteget nem az egészségesekkel, hanem a magas vérnyomás miatt nem, de esetleg egyéb betegség miatt kezeltékkel állítom szembe, a magas házastársi stressz férfiaknál így is 1,49-szoros kockázattal bír (CI=1,01–2,17, p<0,05), míg nőknél így sem találunk szignifikáns összefüggést.

Szakirodalmi ismereteink alapján feltételeztük, hogy a házastársi stressz és a magasvérnyomás-betegség összefüggésének közvetítő tényezője a depresszió, így az előző modellbe betettük a depressziós tünetegyüttes pontszámát. Az esélyhányadosok a következőképpen alakultak (14. táblázat).

14. táblázat: A magas házastársi stressz, valamint a depressziós tünetegyüttes mint a magas vérnyomás kockázati tényezője, férfiaknál

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR	Konfidencia- intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,08	1,06–1,10	***
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	0,79	0,43–1,46	NS
<i>SES(3)</i>	0,93	0,62–1,41	NS
<i>SES(4)</i>	0,96	0,64–1,43	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	1,17	1,13–1,22	***
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,02	1,00–1,03	*
<i>Alkohol (0–4)</i>	1,04	0,92–1,17	NS
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,98	0,90–1,07	NS
<i>Házastársi stressz (magas)</i>	1,45	0,89–2,36	NS
<i>Depresszió (0–nem depressziós, 1–enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)</i>	2,77	1,83–4,20	***

(Megjegyzés: *= $p < 0,05$, ***= $p < 0,001$, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges férfiak)

Eredményeink igazolták elvárásainkat: a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő férfiak esetében a házastársi stressz a magasvérnyomás-betegség a hagyományos rizikótényezőktől független kockázati tényezője mindaddig, amíg a depressziós tünetegyüttes nem szerepel a modellben. Amint a depresszió bekerül a változók közé, az életkor, a testtömegindex és a dohányzás mellett a depresszió válik a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjévé, a házastársi stressz hatása eltűnik.

Férfiak esetében elemeztük házastársi stressz magasvérnyomás-betegség kockázatonövelő hatását akkor, ha a depresszió helyett a vitális kimerültséget építjük be a modellbe. A házastársi stressz hatása így is szignifikáns maradt. Vagyis a magas házastársi stressz nemcsak életkortól, szocioökonómiai státustól, egészségkárosító magatartástól, de a vitális kimerültségtől függetlenül is a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult (OR: 1,77 (1,07-2,91)). Jóllehet, kiemelném, hogy a vitális kimerültség esélyhányadosa a magasvérnyomás-betegsége: OR 8,56 (2,70-27,14). Amint a depresszió is bekerül a változók közé, a házastársi stressz hatása eltűnik. Mind a vitális kimerültség (OR: 5,00 (1,54-16,21)), mind a depresszió azonban (OR: 2,46 (1,57-3,86)) egymástól függetlenül is növeli annak esélyét, hogy egy férfi a magasvérnyomás-betegek csoportjába kerüljön.

Nők esetében a házastársi stressz nem bizonyult a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének. A házastársi stressztől függetlenül, férfiakhoz hasonlóan nők körében is vizsgáltuk a depressziós tünetegyüttes szerepét. Feltételeztük, hogy nők körében is a

depressziós tünetegyüttes önállóan (a házastársi stressztől függetlenül), a magasvérnyomás-betegség rizikófaktora lehet. (15. táblázat).

15. táblázat: A magas házastársi stressz, valamint a depressziós tünetegyüttes mint a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezője, nőknél

	Magasvérnyomás-betegség		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,08	1,06–1,11	***
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	0,62	0,35–1,12	NS
<i>SES(3)</i>	0,96	0,53–1,75	NS
<i>SES(4)</i>	0,85	0,54–1,35	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	1,20	1,15–1,25	***
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,01	0,99–1,03	NS
<i>Alkohol (0–4)</i>	0,89	0,72–1,11	NS
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,99	0,90–1,08	NS
<i>Házastársi stressz (magas)</i>	1,05	0,61–1,78	NS
<i>Depresszió (0–nem depressziós, 1–enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)</i>	1,94	1,17–3,21	*

(Megjegyzés: *= $p < 0,05$, ***= $p < 0,001$, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges nők)

Eredményeink nők esetében is igazolták elvárásainkat: az életkor és a testtömegindex mellett a depressziós tünetegyüttes bizonyult a 65 évnél fiatalabb, gazdaságilag aktív, házastársi/élettársi kapcsolatban élő nők esetében a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének.

Vizsgáltuk a magas házastársi stresszt a depresszió mint kezelt betegség (a kezelt depresszió) kockázati tényezőjeként (16., 17. táblázat).

16. táblázat: A magas házastársi stressz mint a kezelt depresszió kockázati tényezője, férfiaknál

	Kezelt depresszió		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,05	1,02–1,09	**
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	0,41	0,15–1,12	NS
<i>SES(3)</i>	0,35	0,12–0,98	*
<i>SES(4)</i>	0,95	0,39–2,33	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	1,01	0,94–1,09	NS
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,00	0,98–1,03	NS
<i>Alkohol (0–4)</i>	0,93	0,74–1,17	NS
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,96	0,82–1,12	NS
Házastársi stressz (magas)	1,34	0,59–3,05	NS

(Megjegyzés: *= $p<0,05$, **= $p<0,01$, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges férfiak)

17. táblázat: A magas házastársi stressz mint a kezelt depresszió kockázati tényezője, nőknél

	Kezelt depresszió		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
<i>Életkor</i>	1,01	0,98–1,03	NS
<i>Szocioökonómiai státus</i>			
<i>SES(1)</i>			
<i>SES(2)</i>	1,10	0,53–2,29	NS
<i>SES(3)</i>	1,19	0,62–2,26	NS
<i>SES(4)</i>	1,10	0,57–2,13	NS
<i>Testtömegindex (kg/m²)</i>	1,07	1,03–1,11	**
<i>Hány évig dohányzott?</i>	1,01	0,99–1,03	NS
<i>Alkohol (0–4)</i>	0,81	0,62–1,05	NS
<i>Milyen gyakran sportol? (0–6)</i>	0,95	0,86–1,06	NS
Házastársi stressz (magas)	2,34	1,48–3,72	***

(Megjegyzés: **= $p<0,01$, ***= $p<0,001$, NS=nem szignifikáns; referenciakategória az egészséges nők)

Itt is markáns nemi különbségeket figyelhetünk meg: a magas házastársi stressz majdnem háromszorosára növeli annak esélyét, hogy egy nő depresszió miatt orvoshoz forduljon, férfiak esetében nem növeli szignifikáns mértékben ennek valószínűségét.

A házastársi stressz tehát férfiak esetében a hagyományos kockázati tényezőktől (életkor, szocioökonómiai státus, dohányzás, alkoholfogyasztás, testtömegindex, mozgáshiány), sőt a vitális kimerültségtől függetlenül is, a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult (OR 1,74 (1,09–2,79)), nőknél nem. Ugyanakkor, ha a depressziós tünetegyüttest betesszük a modellbe, a házastársi stressz független kockázattnövelő szerepét átveszi a depresszió. Tehát férfiaknál a magas házastársi stressz magasvérnyomás-betegség kockázattnövelő hatása a depressziós tünetegyüttes közvetítésével valósulhat meg.

A depressziós tünetegyüttes nők esetében is a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjének bizonyult (OR 1,94 (1,17–3,21), a házastársi stressz nem).

A magas házastársi stressz nők esetében a depresszió miatti orvoshoz fordulás esélyeit növelte szignifikáns mértékben (OR 2,78 (1,58–4,88)), férfiakét nem.

Vizsgáltuk a magasvérnyomás-betegek között a Rövidített Beck Depresszió Skála alapján megkülönböztetett depressziókatéóriák előfordulását (18. táblázat).

18. táblázat: A Rövidített Beck Depresszió Skála alapján megkülönböztetett depresszió kategóriák megoszlása a magas vérnyomás beteg férfiak és nők körében

	Férfiak N=343 (%)	Nők N=300 (%)
Normál (nem depressziós)	246 (73,4%)	224 (76,2%)
Enyhe depresszió	63 (18,8%)	43 (14,6%)
Közepes depresszió	21 (6,3%)	12 (4,1%)
Súlyos depresszió	5 (1,5%)	15 (5,1%)

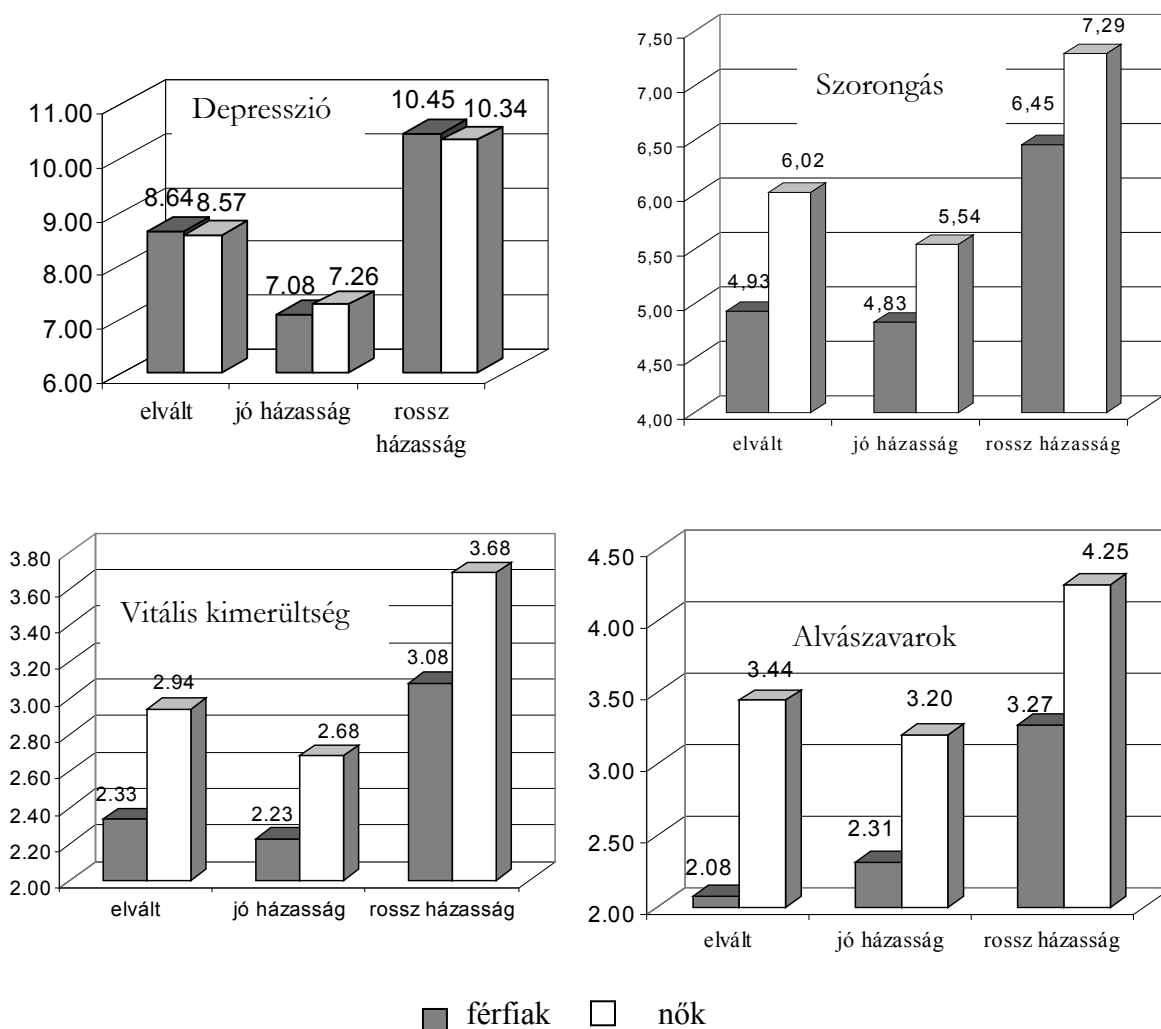
Figyelemre méltó különbségekkel találkozhatunk itt is: a magasvérnyomás-beteg férfiak körében összességében gyakoribb a depresszió, mint nők körében, viszont kevesebb férfi részben depresszió miatt kezelésben, mint nő. A magasvérnyomás-beteg férfiak (N=343) 26,6%-a a Rövidített Beck Depresszió Skála alapján (enyhe, közepes, vagy súlyos mértékben) depressziós (N=89). Közülük viszont depresszió miatt csak 19-en kaptak kezelést, azaz 5,5%-uk. Összességében a magasvérnyomás-beteg nők (N=300) 23,8%-a depressziós (N=70), és depresszió miatt kezelést kapott közülük 31 nő, azaz 10,3%-uk. Tehát itt is megtalálhatjuk a szakirodalomban a depresszió előfordulására oly gyakran leírt nő: férfi=2:1 arányt. Láthatjuk viszont, hogy ez az arány a „kezelt depresszióra”, vagyis a depresszió miatti orvoshoz fordulásra vonatkozik, és nem a depressziós tünetek gyakoriságára.

Mind az enyhe, mind a közepes szintű depresszió nagyobb gyakorisággal fordult elő férfiak, mint nők körében, viszont a súlyos depresszió nők körében gyakoribb. Ez tehát egyrészt érthetővé teszi az orvoshoz fordulásban megjelenő különbségeket, másrészt érdemes kiemelni, hogy a szív- és érrendszeri betegségek tekintetében az enyhe depresszió is ugyanolyan fontos kockázati tényező, akárcsak a súlyos depresszió, tehát a férfiak e tekintetben is megjelenő nagyobb sérülékenységét hangsúlyoznánk.

A válás és a pszichoszociális tényezők összefüggései

Összehasonlítottuk a *hangulati életminőség* mutatókat a három családi állapot függvényében (elvált, jó házasság, rossz házasság). Azt találtuk, hogy mind férfiaknál, mind nőknél a depresszió, a szorongás, a vitális kimerültség és az alvászavarok előfordulásának aránya is, a rossz házasságban élők között volt a legmagasabb, vagyis nemcsak a jó házasságban élőkénél volt szignifikánsan magasabb, hanem az elváltakénál is ($p < 0,0001$) (17. ábra).

A hangulati életminőség mutatók a családi állapot és a házastársi stressz függvényében.



. ábra: Depresszió, szorongás, vitális kimerültség és alvászavarok a családi állapot függvényében (Hungarostudy 2002)

Ezek után nem találtuk meglepőnek, hogy a *WHO Jólét Index* pontszáma a rossz házasságban élők között a legalacsonyabb, nőknél, férfiaknál egyaránt, és az elváltakénál is szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyult ($p < 0,0001$).

Az életminőség egyik fizikális mutatóját, a *munkaképességet* illetően a férfiaknál a munkaképesség csökkenésében nem találtunk különbséget a családi állapot függvényében (19. táblázat). A rossz házasságban élő nők szignifikánsan gyakrabban számoltak be munkaképesség csökkenéséről, mint az elváltak ($p = 0,009$), viszont a napi tevékenységet korlátozó *fájdalmak* előfordulási gyakoriságában nem találtunk különbséget, sem nőknél, sem férfiaknál.

19. táblázat: A WHO- Jólét Index átlagai, valamint az életminőség fizikális mutatói, férfiaknál és nőknél, a családi állapot és a házastársi stressz függvényében.

	Férfiak			Nők		
	elvált	jó házasság	rossz házasság	elvált	jó házasság	rossz házasság
WHO-jólét	7.98	8.13	6.97	7.48	7.79	6.56
Munkaképesség csökkenés	0.99	0.96	1.06	0.73	0.81	0.92
Fájdalmak korlátozzák-e	1.86	1.95	1.96	1.93	1.91	2.00

Ami az *egészségkárosító magatartást* illeti, az átdohányzott évek száma az elváltak esetében a legmagasabb, nőknél, férfiaknál egyaránt, és őket a rossz házasságban élők követik (20. táblázat). Az egy alkalommal nagy mennyiségű alkohol fogyasztása a rossz házasságban élőkénél a legmagasabb, szignifikánsan magasabb, mint a jó házasságban élők között, nőknél, férfiaknál egyaránt ($p < 0,001$). A testtömegindex, mely az elhízásnak (vagyis az egészségkárosító táplálkozásnak) lehet egy mutatója, a jó házasságban élőkénél a legmagasabb, nőknél, férfiaknál egyaránt, viszont szignifikáns mértékben csak az elváltakétól különbözik ($p < 0,001$).

Érdekes eredmény a *mozgással* kapcsolatban: a családi állapottól függetlenül, nők, férfiak egyaránt keveset, vagy egyáltalán nem mozognak, kivételt képezve az elvált nők, akik többet mozognak, mint az akár jó, akár stresszes házasságban élő nőtársaik ($p = 0,006$).

20. táblázat: Az egészségkárosító magatartás mutatói, férfiaknál és nőknél, a családi állapot és a házastársi stressz függvényében.

	Férfiak			Nők		
	elvált	jó házasság	rossz házasság	elvált	jó házasság	rossz házasság
Átdohányzott évek száma	17.83	13.87	14.72	9.53	5.71	7.84
Testtömeg-index	25.91	27.12	27.07	25.03	26.14	25.85
Alkohol-fogyasztás	0.69	0.38	0.78	0.06	0.04	0.09
Sport gyakorisága	1.39	1.37	1.36	1.73	1.44	1.43

Röviden összefoglalva eredményeinket: a jó házasságban élő férfiak és nők életminőség-mutatói a legjobbak, és egészségesebb életmódot követnek. Ugyanakkor a rossz házasságban élők életminőség-mutatói az elváltakénál is rosszabbnak bizonyultak. Mindez azonban csak a nők esetében okoz nagyobb fokú munkaképesség-csökkenést. Ami az egészséggel kapcsolatos magatartást illeti: az elváltak a dohányzásban vezetnek, a rossz házasságban élők az alkoholfogyasztásban, az elhízás viszont a jó házasságban élők között a leggyakoribb, és az elvált nők előnyére írható, hogy gyakrabban sportolnak, mint a házasságban élők.

Eredményeink a „protektív” elmélet hiányosságaira hívják fel a figyelmet, vagyis a házasság önmagában nem egészségvédő, hanem a jó kapcsolat, a felmerülő problémák megoldásának közös keresése, a bizalom, a kapcsolattal való elégedettség az egészségvédő.

Új vizsgálataink a HUNGAROSTUDY 2002 ALAPJÁN

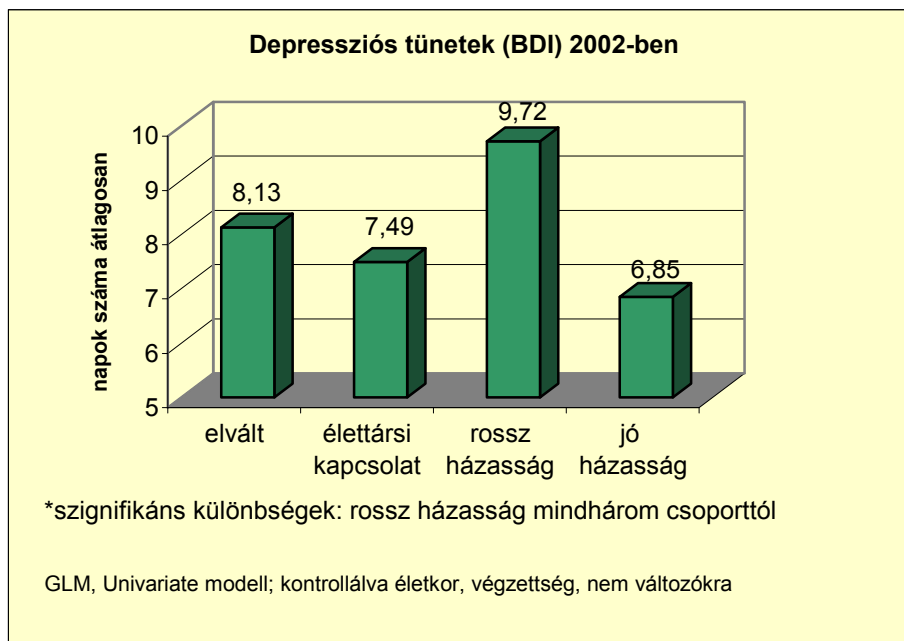
A rossz házasság, az élettársi kapcsolat és a válás összefüggései az egészségi állapottal

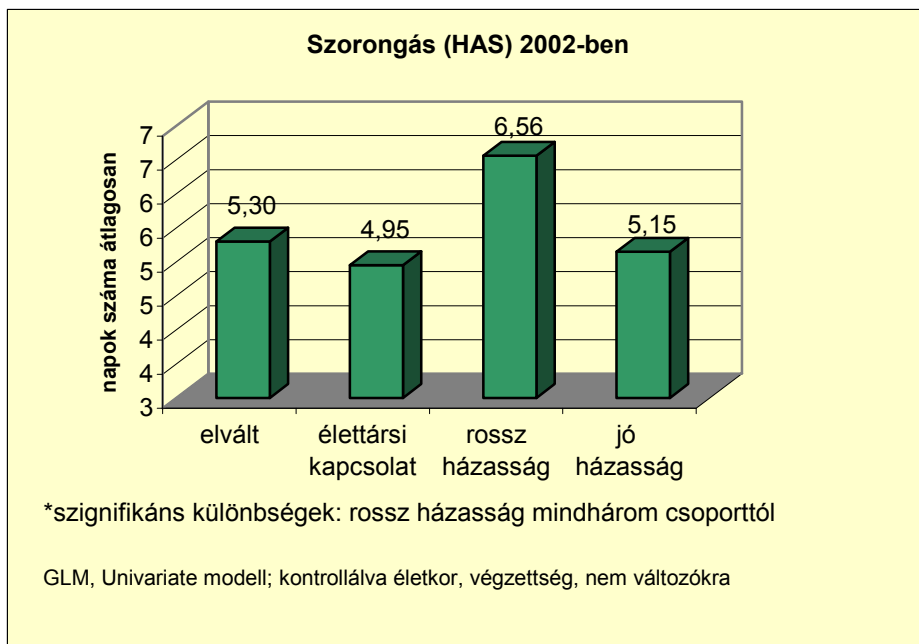
Hungarostudy 2002

Új elemzéseinkben külön vizsgáltuk az élettársi kapcsolatban élőket és a házasokat. Tehát a négy családi állapot: az elvált (N=270), az élettársi kapcsolat (N=215), a magas házastársi stresszel jellemezhető rossz házasság (N=290), illetve az alacsony házastársi stresszel jellemezhető jó házasság (N=2132) és az egészségi állapot mutatói közötti összefüggéseket elemeztük.

Kezdetben vizsgáltuk a 2002-es adatainkból a depresszió (18.ábra), szorongás (19.ábra), vitális kimerültség (20.ábra) és alvászavarok (21.ábra) előfordulását e négy csoportban, valamint az egyes betegségek miatti betegnapok számát. Mind a depresszió, mint a szorongás, a vitális kimerültség és az alvászavarok is a rossz házasságban élők körében volt a legmagasabb, szignifikánsan magasabb, mint a másik három csoportban (kivételt csak az alvászavarok képeztek, ahol a rossz házasságban élők az elváltaktól nem különböztek szignifikáns mértékben).

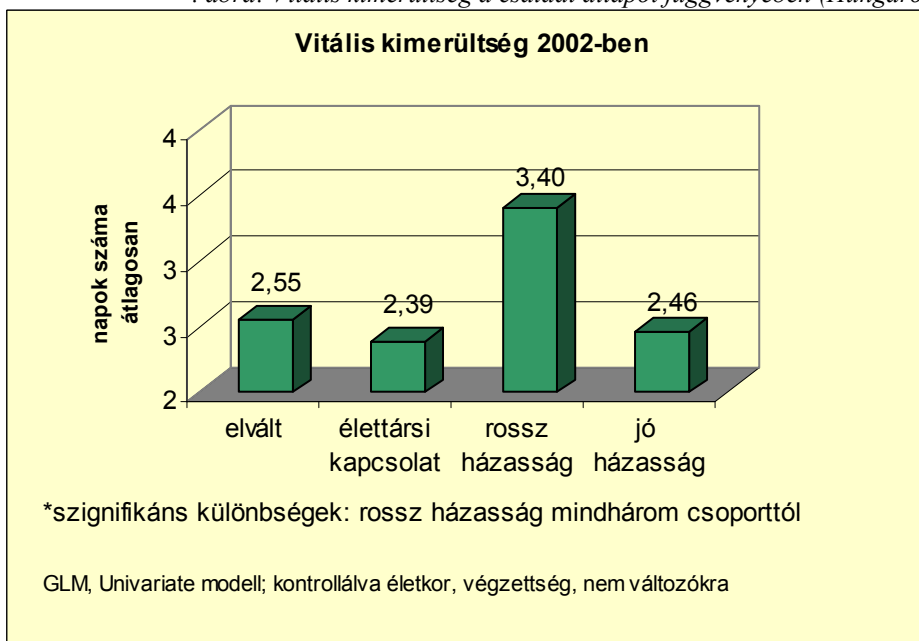
. ábra: Depresszió tünetgyűttes a családi állapot függvényében (Hungarostudy 2002)

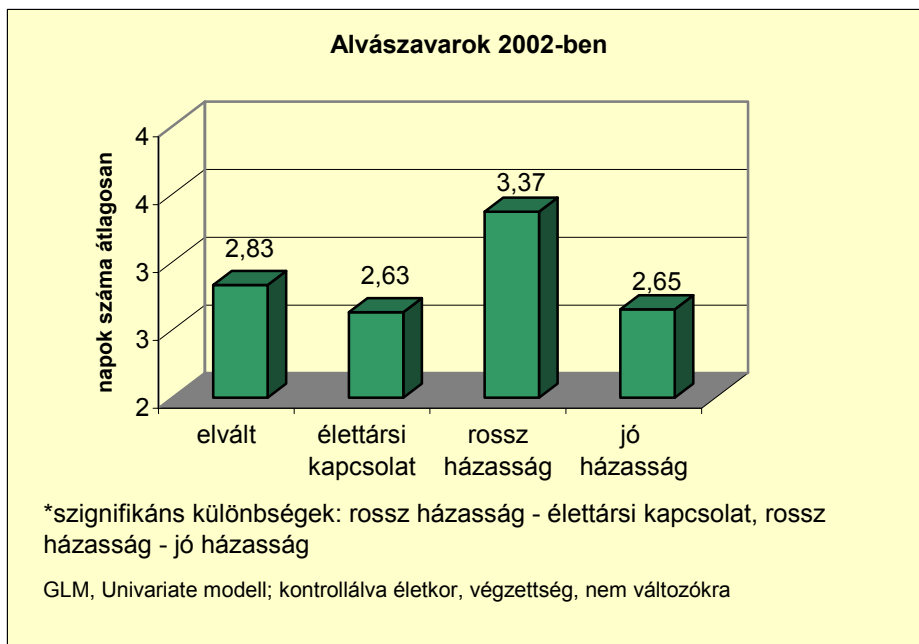




. ábra: Szorongás a családi állapot függvényében (Hungarostudy 2002)

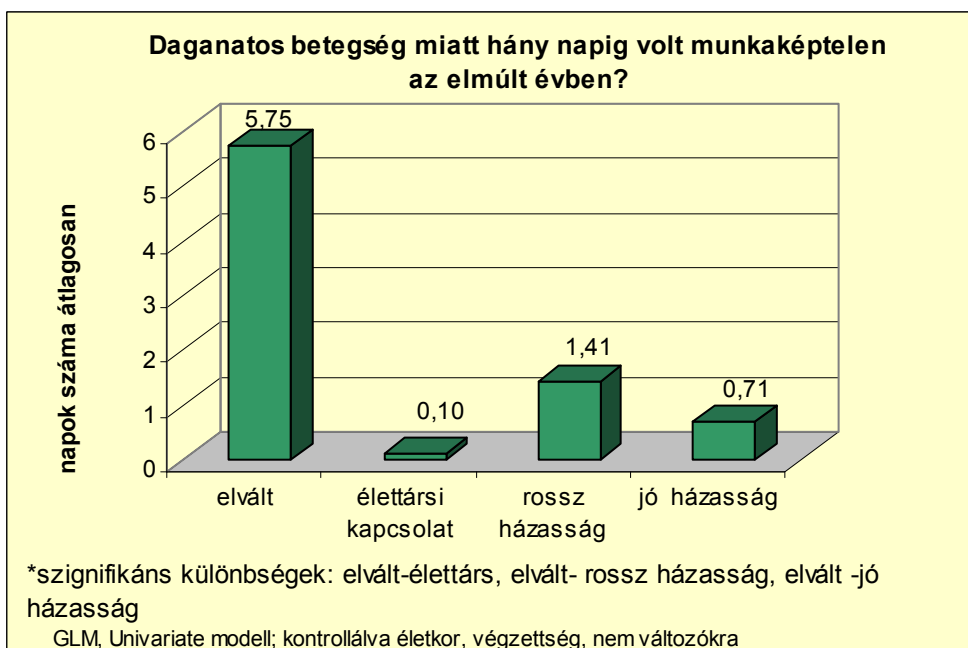
. ábra: Vitális kimerültség a családi állapot függvényében (Hungarostudy 2002)



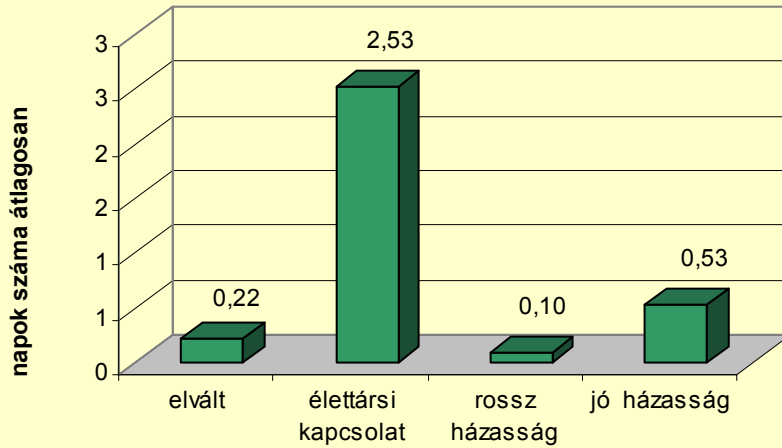


. ábra: Alvászavarok a családi állapot függvényében (Hugarostudy 2002)

Az egyes betegségek miatti betegnapok számának alakulása a családi állapot kategóriákban:



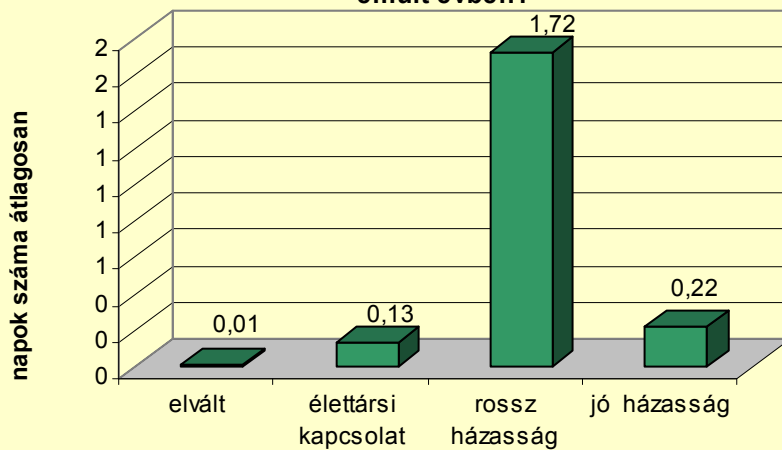
Cukorbetegség miatt hány napig volt munkaképtelen az elmúlt évben?



*szignifikáns különbségek: elvált-élettársi kapcs., élettársi kapcs.- rossz házasság, élettársi kapcs. -jó házasság

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

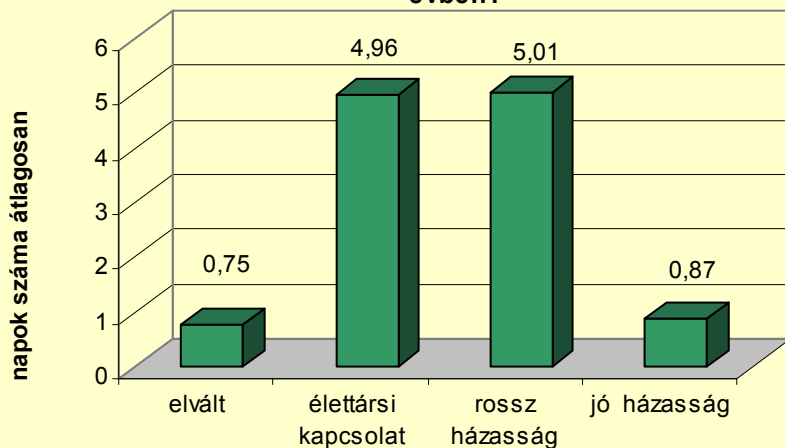
Májbetegség miatt hány napig volt munkaképtelen az elmúlt évben?



*szignifikáns különbségek: rossz házasság- elvált, rossz házasság-élettárs,rossz házasság-jó házasság

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

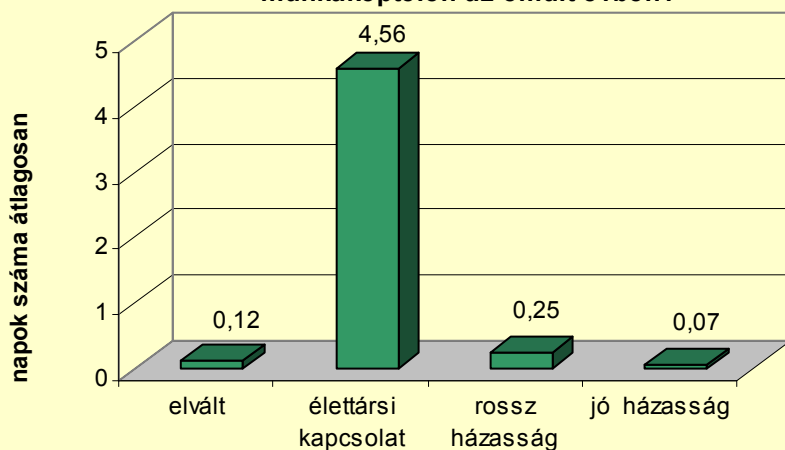
Depresszió miatt hány napig volt munkaképtelen az emúlt évben?



*szignifikáns különbségek: elvált-élettársi kapcs., elvált-rossz házasság, élettársi- jó házasság, rossz házasság- jó házasság

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

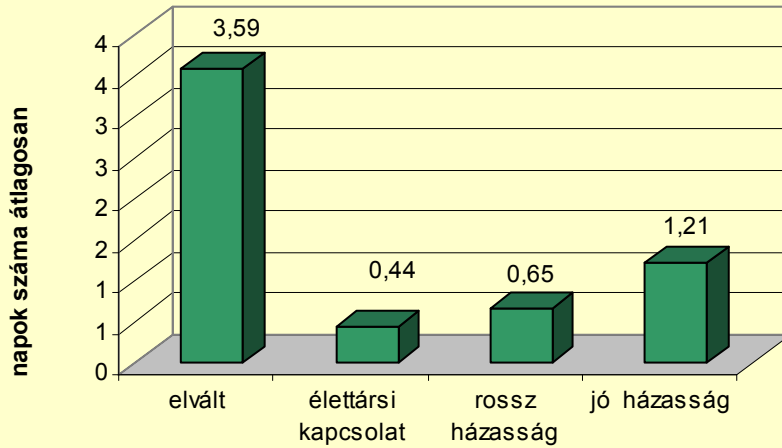
Pszichiátriai betegség miatt hány napig volt munkaképtelen az emúlt évben?



*szignifikáns különbségek: élettársi kapcs. a többi kategóriától

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

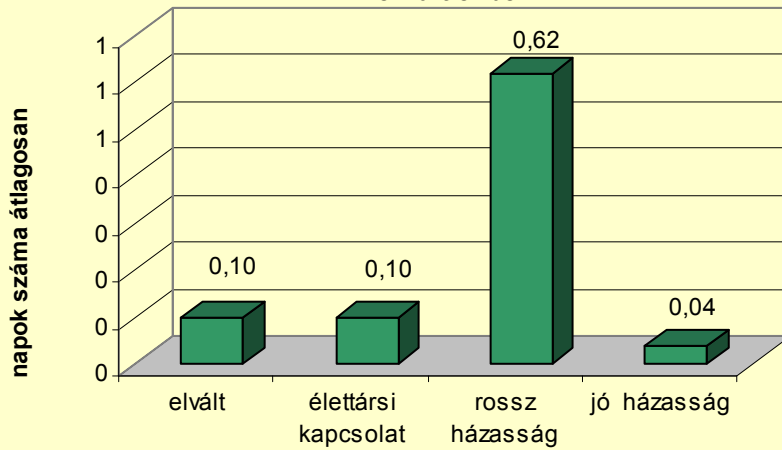
Szívinfarktus miatt hány napig volt munkaképtelen az emúlt évben?



*szignifikáns különbségek: elváltak a többi kategóriától

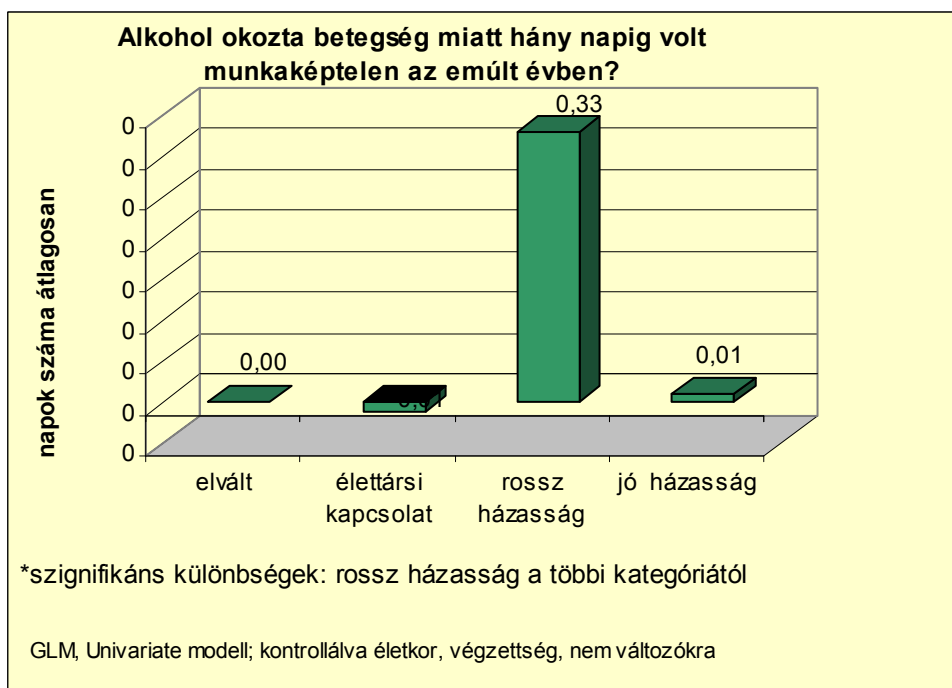
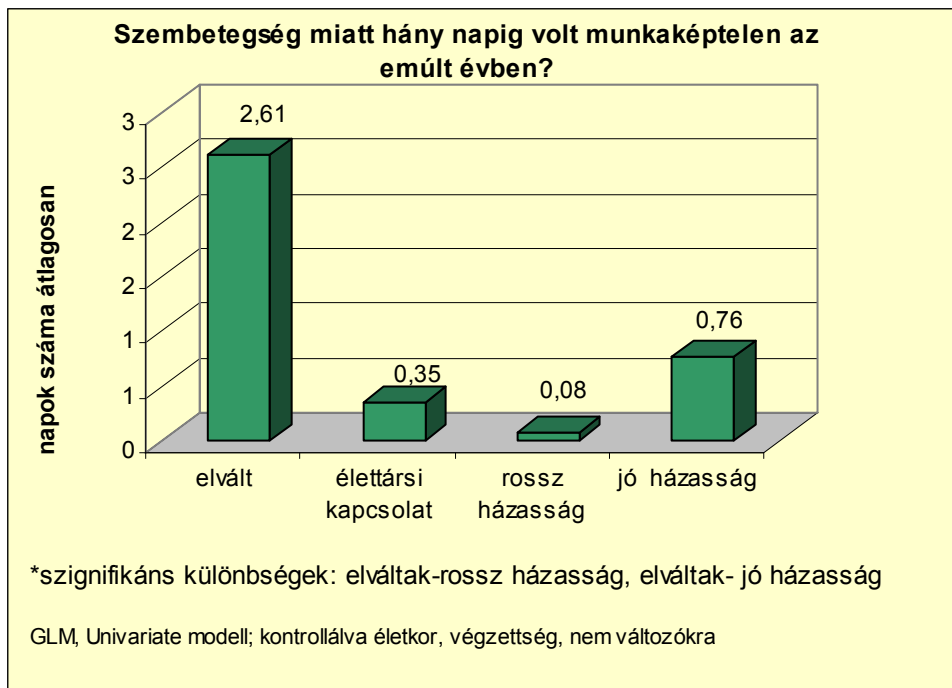
GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

Allergiás betegség miatt hány napig volt munkaképtelen az emúlt évben?



*szignifikáns különbségek: rossz házasság a többi kategóriától

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra



Összefoglalva elmondhatjuk, hogy a jó házasságban élők mindegyik vizsgált betegségben kevésbé szenvedtek, szignifikánsan kevesebb napot voltak betegek az elmúlt évben. Az elváltak a daganatos betegségek, a szívinfarktus, és szembetegségek miatt voltak leggyakrabban munkaképtelenek, szignifikánsan gyakrabban, mint az össze többi vizsgált csoport. Az élettársi kapcsolatban élők cukorbetegség miatt, depresszió miatt és pszichiátriai betegségek miatt voltak leggyakrabban munkaképtelenek, cukorbetegség miatt az összes többi csoporthoz képest szignifikáns mértékben. A rossz házások elsősorban májbetegség, depresszió, allergia, és alkohol miatt voltak munkaképtelenek az elmúlt évben. A jó házások a legritkábban voltak munkaképtelenek.

EREDMÉNYEINK A HUNGAROSTUDY 2006 ALAPJÁN

Vizsgált minta:

A Hungarostudy 2006 felmérésnél a 2002-es Hungarostudy adatbázis utánkövetéses mintáján dolgoztunk. A minta a súlyozásnak köszönhetően reprezentatív nem, kor és területi eloszlás szerint (Susánszky és mtsai, 2008).

Összesen 4841 személy, 41,2% férfi, 58,8% nő adatait tartalmazza a 2006-os adatbázis. A vizsgált minta 12,8%-a a fővárosban, 41,3%-a városban, 45%-a faluban lakik. Az átlagéletkor 48,3 (szórás:17,5) év volt, 22 és 100 éves kor közötti felnőtt lakosságot kérdeztek. Felsőfokú végzettsége 14,2%-uknak volt.

Családi állapot a Hungarostudy 2006-ban.

Ebben a kutatásban a családi állapotot az alábbi kérdésekkel mértük:

„Mi az ön hivatalos családi állapota?” (1-nőtlen, hajadon, 2 - házaspáros, 3- élettársi kapcsolatban él, 4- elvált, 5 – özvegy) (21.táblázat).

21. táblázat: A hivatalos családi állapot alakulása (Hungarostudy 2006).

Hivatalos családi állapot		N	%
1	nőtlen, hajadon	783	16,2
2	házaspáros	2785	57,5
3	élettársi kapcsolatban él	331	6,8
4	elvált	293	6,0
5	özvegy	614	12,7
	Összesen	4806	99,3
	Nem válaszolt	35	,7
Összesen		4841	100,0

Az aktuális családi állapotára is rákérdeztünk:

„Függetlenül attól, hogy mi az ön hivatalos családi állapota, ön párkapcsolatban él házastárssal vagy élettárssal?” (1 – nem, 2 – igen, élettárssal, 3 – igen, házastárssal) (22.táblázat).

22. táblázat: Párkapcsolatban él házastárssal vagy élettárssal (Hungarostudy 2006).

		N	%
1	nem	1568	32,4
2	igen, élettárssal	496	10,2
3	igen, házastárssal	2751	56,8
	Összes	4815	99,5
	hiba	2	,0
	Nem válaszolt	24	,5
	Összes	26	,5
Összesen		4841	100,0

Tehát sokkal „tisztább” képet kaphattunk a kérdezett családi állapotáról, mivel nemcsak a „hivatalos” családi állapotot tudtuk meg, hanem a „valós” családi állapotot is. Így tíz családi állapot kategóriát különböztethettünk meg (23. táblázat).

23. táblázat: Családi állapot kategóriák a két kérdés alapján (Hungarostudy 2006).

Családi állapot		N	%
1	nőtlen, hajadon, egyedül él	661	13,6
2	nőtlen, hajadon, és élettárssal él	103	2,1
3	házas, de egyedül él	46	1,0
4	házas (hivatalosan), de most élettárssal él	20	,4
5	házas, és házastárssal él	2719	56,2
6	élettárssal él (hivatalosan is)	320	6,6
7	elvált, és egyedül él	254	5,2
8	elvált, most élettárssal él	34	,7
9	özvegy, és egyedül él	595	12,3
10	özvegy, élettárssal él	12	,2
	Összesen	4764	98,4
	Nem válaszoltak	77	1,6
	Összesen	4841	100,0

A 10 családi állapot kategóriát illetően első hipotézisünk az volt, hogy a családi állapot alakulása összefüggésben áll a korai kötődéssel. A korai kötődésre az alábbi kérdésből következtettünk: „Egy éves kora előtt volt- e tartós távollét a családtól (legalább 1 hónap) kórház, intézet miatt?” Erre a kérdésre leggyakrabban igennel a házas, de jelenleg egyedül élők (7,1%), a nőtlen, élettárssal élők (5,2%), az elvált, egyedül élők (4,5%), valamint a hivatalosan is élettársi kapcsolatban élők (4,5%) válaszoltak. Hangsúlyoznunk kell, hogy nem jelentős a különbség: a házasságban és házastársukkal együtt élők 4,2%-a válaszolt igennel.

Célkitűzéseink szempontjából leginkább az elvált és egyedül él csoportra, valamint a hivatalosan is élettársi kapcsolatban élők csoportjára voltunk kíváncsiak. A házasok esetében a Házastársi Stressz Skála alapján megkülönböztettünk alacsony házastársi stresszel jellemezhető jó házasságban élőket, valamint magas házastársi stresszel jellemezhető rossz házasságban élőket. Így tehát négy családi állapotot vizsgáltunk, az esetszámok az alábbiak szerint alakultak (24. táblázat):

24. táblázat: Célkitűzéseink szempontjából fontos családi állapot kategóriák (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	N	%
1) elváltak, egyedül élnek	254	5,2
2) élettársi kapcsolatban élnek	320	6,6
3) rossz házasságban élnek	328	6,8
4) jó házasságban élnek	2362	48,8
összes	3264	67,4
Többi csal. állapot	1577	32,6
Összesen	4841	100,0

Rákérdeztünk arra is, hogy „Hányadik házasságában él?”, „Mi a legutolsó házasságkötésének az éve?”, hány éve él az élettársi kapcsolatában?, „Mi az utolsó válásának az éve?”, „Mióta özvegy?”.

Vizsgáltuk, hogy a házasság minősége összefüggést mutat-e azzal, hogy az illető hányadik házasságában él. A jó házások legnagyobb arányban első házasságukban élnek (89%), 10,5%-uk a második házasságában él, és csak 0.4%-uk él a harmadik házasságában. Az arányok hasonlóak, a rossz házasságban élők is legtöbben első házasságukban élnek (81,5%), de a rossz házasságban élők (a jó házásokhoz képest) szignifikánsan ($p < 0,001$) többen élnek a második (16,6%), illetve a harmadik (1,8%) házasságukban (25. táblázat)

25. táblázat: Hányadik házasságában él? (Hungarostudy 2006).

Hányadik házasságában él?		rossz házasság	jó házasság	összes
1	N	265	2074	2339
	%	81,5%	89,0%	88,1%
2	N	54	245	299
	%	16,6%	10,5%	11,3%
3	N	6	10	16
	%	1,8%	,4%	,6%
Összesen	N	325	2330	2655
	%	100,0%	100,0%	100,0%

A nemek alakulása a családi állapot kategóriákban (26. táblázat):

26. táblázat: Nemek alakulása a családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot		Neme		Összesen
		FÉRFI	NŐ	
elváltak	N	61	193	254
	%	24,0%	76,0%	100,0%
élettársi kapcsolat	N	132	188	320
	%	41,3%	58,8%	100,0%
rossz házasság	N	128	201	329
	%	38,9%	61,1%	100,0%
jó házasság	N	1077	1285	2362
	%	45,6%	54,4%	100,0%
Összesen	N	1398	1867	3265
	%	42,8%	57,2%	100,0%

Az életkor alakulása a családi állapot kategóriákban (27. táblázat):

27. táblázat: Az életkor alakulása a családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	Életkor	N	SD
elváltak	Átlag	254	14,268
élettársi kapcsolat	Átlag	320	11,618
rossz házasság	Átlag	328	13,138
jó házasság	Átlag	2362	14,753
Összesen	Átlag	3264	14,931

Átlagéletkorban tehát az élettársi kapcsolatban élők fiatalabbnak bizonyultak, mint a másik három vizsgált csoport, a házások és elváltak viszont közel azonos 50-51 év körüli értékeket mutattak. Az elemzésekben ezt figyelembe is vettük, minden vizsgálatnál adatainkat kontrolláltuk az életkorra.

A korcsoportokat vizsgálva, ugyancsak látható, hogy a házások, elváltak 50%-ban középkorúak, az élettársi kapcsolatban élők viszont nagyrészt (80%-ban) fiatalok (28.táblázat).

28. táblázat: A korcsoportok alakulása a családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	18-45 évesek	46-65 évesek	>65 évesek	összesen
elvált, egyedül él	81	132	41	254
	31,9%	52,0%	16,1%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	255	57	8	320
	79,7%	17,8%	2,5%	100,0%
rossz házasságban él	124	167	37	328
	37,8%	50,9%	11,3%	100,0%
jó házasságban él	975	994	392	2361
	41,3%	42,1%	16,6%	100,0%
Összesen	1435	1435	1350	478
	100,0%	44,0%	41,4%	14,6%

Lakóhely szerint az elváltak laknak a legnagyobb arányban (22,5%) Budapesten (29.táblázat):

29. táblázat: A lakóhely alakulása a családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot		Budapest	város	falu	
elváltak	N	46	98	60	204
	%	22,5%	48,0%	29,4%	100,0%
élettársi kapcsolat	N	16	109	112	237
	%	6,8%	46,0%	47,3%	100,0%
rossz házasság	N	31	107	122	260
	%	11,9%	41,2%	46,9%	100,0%
jó házasság	N	241	779	879	1899
	%	12,7%	41,0%	46,3%	100,0%
Összesen	N	334	1093	1173	2600
	%	12,8%	42,0%	45,1%	100,0%

A végzettséget a „Mi a legmagasabb iskolai végzettsége?” kérdéssel mértük (1 – kevesebb, mint 8 osztály, 2 – 8 osztály, 3 – szakmunkásképző, szakiskola, 4 – szakközépiskolai érettségi, 5 – gimnáziumi érettségi, 6 – főiskolai vagy egyetemi diploma). Az első 5 kategóriát egyesítettük, tehát csak a diplomások – nem diplomások kategóriákat különböztettük meg.

Ami a végzettséget illeti, az elváltak 15%-ban, a házások 13-14%-ban, a élettársi kapcsolatban élők 5,1%-ban rendelkeznek diplomával (30. táblázat).

30. táblázat: A végzettség alakulása a családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot		nem diplomás	DIPLOMÁS	összes
elváltak	N	194	34	228
	%	85,1%	14,9%	100,0%
élettársi kapcsolatban élők	N	280	15	295
	%	94,9%	5,1%	100,0%
rossz házasság	N	252	38	290
	%	86,9%	13,1%	100,0%
jó házasság	N	1863	304	2167
	%	86,0%	14,0%	100,0%
összes	N	2589	391	2980
	%	86,9%	13,1%	100,0%

Vizsgáltuk, hogy a szülők válása milyen mértékben határozza meg a családi állapot alakulását. Feltételeztük, hogy azok személyek, akiknek a szülei elváltak, nagyobb arányban válnak el, mint azok, akiknek nem váltak el a szülei. Hipotézisünkkel ellentétben, azokra a személyekre, akiknek a szülei elváltak, nem jellemző az, hogy nagyobb arányban válnak el, inkább az élettársi kapcsolatot választják (31.táblázat).

31. táblázat: A szülők elváltak vagy nem az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot		Nem váltak el a szülei	Szülei elváltak	összes
elváltak	N	197	25	222
	%	88,7%	11,3%	100,0%
élettársi kapcsolatban	N	216	75	291
	%	74,2%	25,8%	100,0%
rossz házasság	N	247	40	287
	%	86,1%	13,9%	100,0%
jó házasság	N	1864	243	2107
	%	88,5%	11,5%	100,0%
Összes	N	2524	383	2907
	%	86,8%	13,2%	100,0%

Az anyagi helyzetet is vizsgáltuk. Az elváltak anyagi helyzete az alábbi kérdés szerint a legrosszabb: „Olyan kevés a jövedelme, hogy az élethez alapvetően szükséges cikkeket sem tudja megvásárolni?”. Az elváltak 48,3%-a igennel válaszolt erre a kérdésre. Erre a kérdésre adott „igen”-ek a családi állapot összefüggésében az alábbiak szerint alakultak (32.táblázat):

32. táblázat: Az anyagi helyzet (kevés a jövedelme) az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	nem	Kevés a jövedelme... igen	Összes
elvált, egyedül él	61	57	118
	51,7%	48,3%	100,0%

élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	75	38	113
	66,4%	33,6%	100,0%
rossz házasságban él	95	45	140
	67,9%	32,1%	100,0%
jó házasságban él	600	153	753
	79,7%	20,3%	100,0%
Összesen	831	293	1124
	73,9%	26,1%	100,0%

Az anyagi helyzetet egy másik kérdéssel is vizsgáltuk: Országos viszonylatban milyennek tartja anyagi helyzetét (1- től 10 – ig terjedő skálán, ahol 1: rossz, 10: jó). Az átlagok a következőképpen alakultak. Itt is az elváltak minősítik leggyengébbnek az anyagi helyzetüket (33.táblázat).

33. táblázat: Az anyagi helyzettel való elégedettség (országos viszonylatban) az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	Anyagi helyzet átlag	SD
elvált, egyedül él	4,42	2,010
élettársi kapcsolatban él	4,83	1,808
rossz házasságban él	4,79	2,001
jó házasságban él	5,15	1,808

Vizsgáltuk a gyermekek számának alakulását a négy családi állapot kategóriában. Nem találtunk szignifikáns különbséget a gyermekek számát illetően (34.táblázat).

34. táblázat: Gyermekek száma az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	Gyermekek száma átlag	SD
elváltak	1,64	1,053
élettársi kapcsolat	1,28	1,303
rossz házasság	2,03	1,050
jó házasság	1,92	,947
Összes	1,85	1,025

Akár rossz, akár jó házasságban élnek, a házások 90%-ának van gyereke, az elváltak 89,4%-ának van gyereke, az élettársi kapcsolatban élők 56,3%-ának is (ez a különbség a korkülönbségből adódhat) (35.táblázat).

35. táblázat: Gyermek van/nincs az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

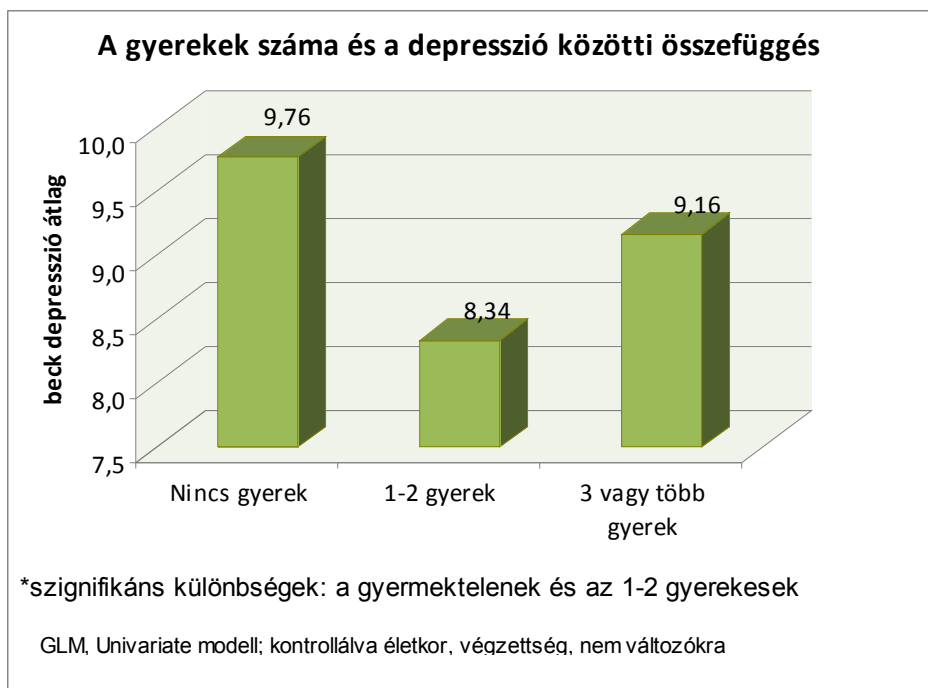
Családi állapot		gyermek		
		nincs	van	összesen
elváltak	N	24	203	227
	%	10,6%	89,4%	100,0%
élettársi kapcsolat	N	126	162	288
	%	43,8%	56,3%	100,0%
rossz házasság	N	28	263	291
	%	9,6%	90,4%	100,0%
jó házasság	N	215	1944	2159
	%	10,0%	90,0%	100,0%
összesen	N	393	2572	2965
	%	13,3%	86,7%	100,0%

A gyermekek a családban a házasoknál és az elváltaknál is közel egyforma gyakorisággal fordultak elő. Azt is megvizsgáltuk, hogy a gyermektelen, 1-2, és több gyermekes családoknál milyen arányban fordul elő a válás, de úgy találtuk, hogy jelentéktelen a különbség a házasok és az elváltak között (36.táblázat).

36. táblázat: Gyermek számának alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	Gyerekek száma			összes
	Nincs gyerek	1-2 gyerek	3 vagy több gyerek	
elvált, egyedül él	24	162	41	227
	10,6%	71,4%	18,1%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	126	124	37	287
	43,9%	43,2%	12,9%	100,0%
rossz házasságban él	28	203	60	291
	9,6%	69,8%	20,6%	100,0%
jó házasságban él	215	1520	423	2158
	10,0%	70,4%	19,6%	100,0%
összesen	393	2009	561	2963
	13,3%	67,8%	18,9%	100,0%

A gyerekekkel kapcsolatban vizsgáltuk a gyerekek száma és a depressziós tünetek közötti összefüggést az elváltak körében. Hipotézisünkkel megegyezően a gyerekek száma és a depressziós tünetek között szignifikáns összefüggést találtunk. Életkorra, végzettségre, és nemre való kontrollálás előtt az átlag depresszió értéke a gyerekszámmal egyenesen arányosan nőtt (5,00; 8,95; 15, 66). Többváltozós elemzések után azt találtuk, hogy a gyermektelen elváltak, valamint a 3 vagy több gyermekes elváltak körében szignifikánsan magasabb a depressziós tünetek száma, mint az 1-2 gyermekes elváltak körében.



Ami a szorongást illeti, a szorongás mértéke is a gyerekszámmal egyenesen arányosan nőtt. A gyermektelen elváltak 16,7%-ra, az 1-2 gyerekes elváltak 22,8%-ra, és a 3 vagy több gyerekes elváltak 43,9%-ra jellemző, hogy „feszült és ideges az elmúlt időszakban.”

A testvérek számát is vizsgáltuk a négy családi állapot kategóriában, és azt találtuk, hogy az elváltaknak átlagosan kevesebb testvérük van, mint a többi családi állapot kategóriának (37.táblázat).

37. táblázat: Testvérek számának alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

Családi állapot	Testvérek száma	
	Átlag	SD
elvált, egyedül él	2,09	2,015
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	2,39	2,176
rossz házasságban él	2,42	2,288
jó házasságban él	2,34	2,181
Total	2,33	2,179

Családi állapot és egészségi állapot összefüggései (Hungarostudy 2006)

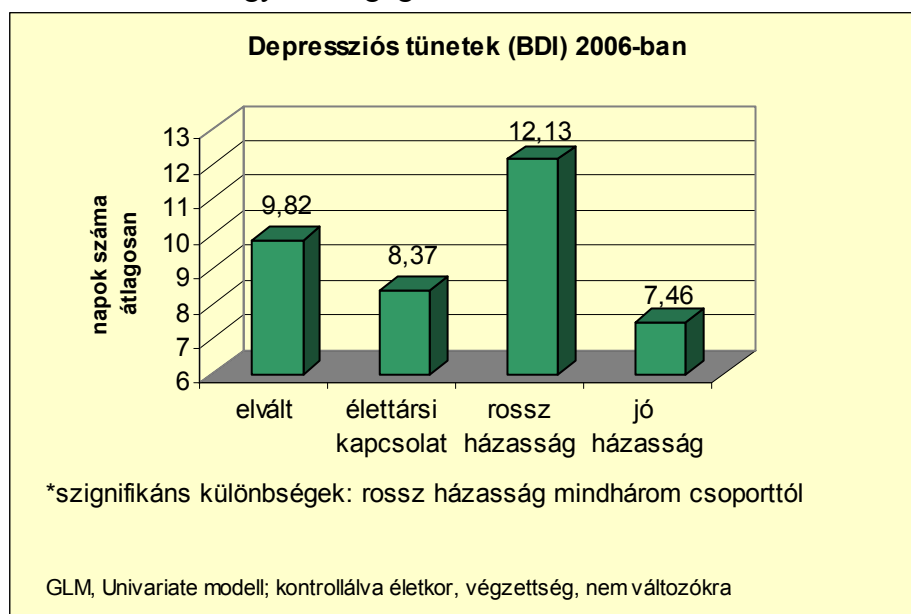
Itt hasonlóképpen vizsgáltuk a négy családi állapot: az elvált, és egyedül élő (N=254), az élettársi kapcsolat (N=320), a magas házastársi stresszel jellemezhető rossz házasság (N=328), illetve az alacsony házastársi stresszel jellemezhető jó házasság (N=2362) és az egészségi állapot mutatói közötti összefüggéseket.

Amikor a hangulati állapot mutatóit: a depressziós tünetek, a szorongás, társas stressz, az öngyilkossági gondolatok, valamint a jóllét előfordulási gyakoriságát elemeztük.

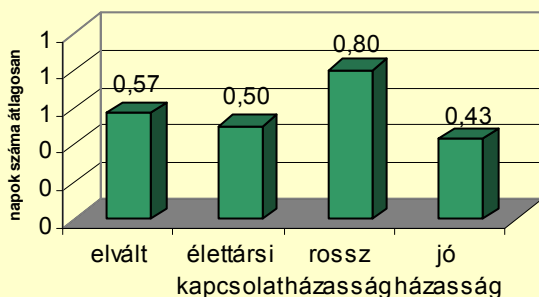
Vizsgáltuk a krónikus társas stressz mértékét is a Bergen-féle Társas Kapcsolati Skálával (BSRS). Mittelmark (2004) ezzel a skálával a társas támogatást mérve azt találta, hogy a társas támogatás hiánya összefügg a társas és a pszichológiai stresszel, és mindhárom jelentős előrejelzője a rosszabb egészségi állapotnak. A skála 6 itemet tartalmaz, egy 4-fokú skálán kell a válaszadónak értékelni az egyes állításokat (0 – egyáltalán nem jellemző, 3 – teljesen jellemző, tehát az átlag 0-18 között változhat): „Vannak a környezetemben olyan emberek, akikre odafigyelek, de akik egymást nem szeretik.” „Van valaki a környezetemben, akinek szüksége volna a segítségemre, de nem tudom, hogyan segítsék neki.” „Van egy olyan ember a környezetemben, aki támogatni akar, de ehelyett gyakran megsért érzelmeimben.” „Van valaki, akivel szinte naponta együtt kell lennem, és gyakran megaláz.” „Vannak, akik azzal nehezítik életemet, hogy túl sok törődést és támogatást várnak el tőlem.” „Van valaki, akire odafigyelek, de több törődést vár el tőlem, mint amennyit nyújtani tudok.” . A skála pszichometriai jellemzői megbízhatóak, a Cronbach alpha értéke ezen a mintán: 0,76).

A WHO-Jóllét Skála Rövidített változata öt kérdést tartalmaz az elmúlt két hétre vonatkoztatva: Az elmúlt két hét során érezte-e magát ...”Vidámnak és jókedvűnek”, „Nyugodtnak és ellazultnak”, „Aktívnak és élénknek”, „Ébredéskor frissnek és kipihentnek”, és érezte-e úgy, hogy „A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal”. Hasonlóképpen az előző skálához, egy 4-fokú skálán kell a válaszadónak értékelni az egyes állításokat (0 – egyáltalán nem jellemző, 3 – teljesen jellemző, tehát itt az átlag 0-15 között változhat).

Amikor a hangulati állapot mutatóit elemeztük, a korábbiakhoz hasonló eredményeket találtunk: a rossz házasságban élők depressziósabbak, jobban szoronganak, magasabb a társas stressz-szintjük még az elváltaknál is, alacsonyabb a jóllét pontszámuk, és gyakrabban fordul elő körükben az öngyilkossági gondolat.



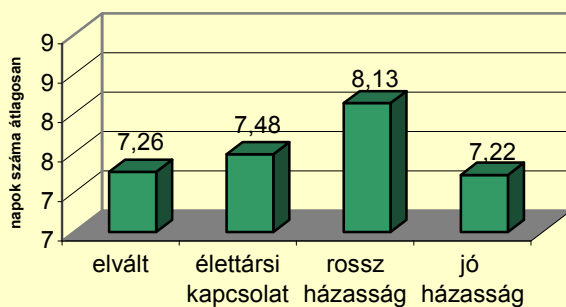
Gyakran érzek indokolatlan félelmet, szorongást



*szignifikáns különbségek: rossz házasság mindhárom csoporttól

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem

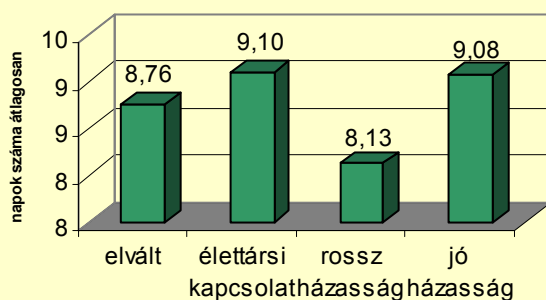
Társas stressz (Bergen)



*szignifikáns különbségek: rossz házasság mindhárom csoporttól

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem

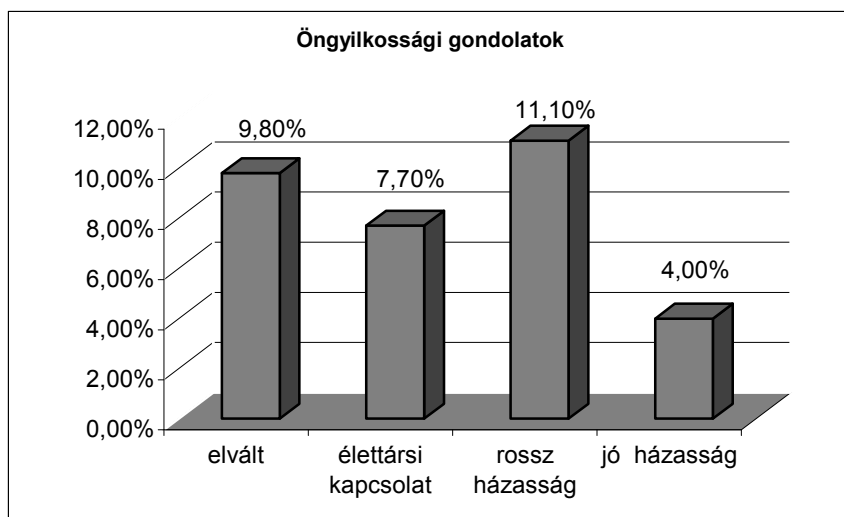
WHO Jólét (2006)



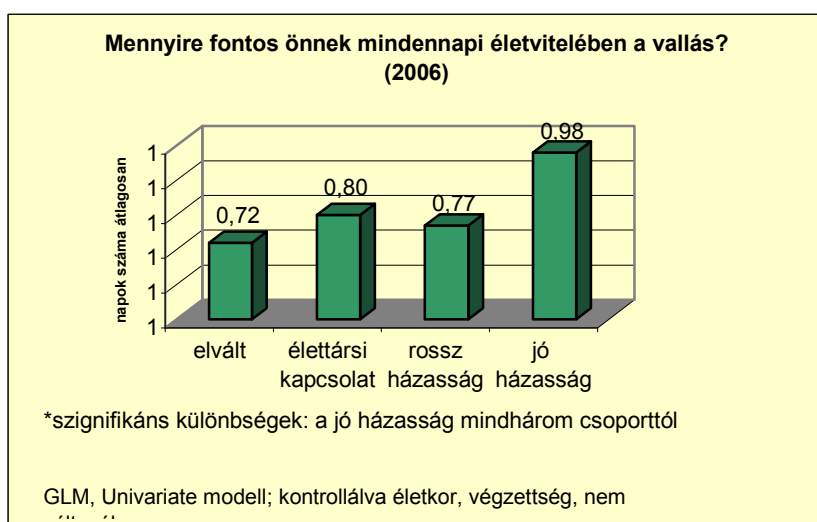
*szignifikáns különbségek: rossz házasság mindhárom csoporttól

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem

A rossz házasságban élők 11,1%-ánál, az elváltak 9,8%-ánál, az élettársi kapcsolatban élők 7,7%-a, míg a jó házasságban élőknek csak 4%-a gondolt az elmúlt időszakban öngyilkosságra.



Vizsgáltuk a vallás és a családi állapot összefüggéseit, és egy érdekes eredményre bukkantunk: a jó házások szignifikánsan fontosabbnak tartják a vallást a mindennapi életvitelben, mint a többi családi állapotban élők:



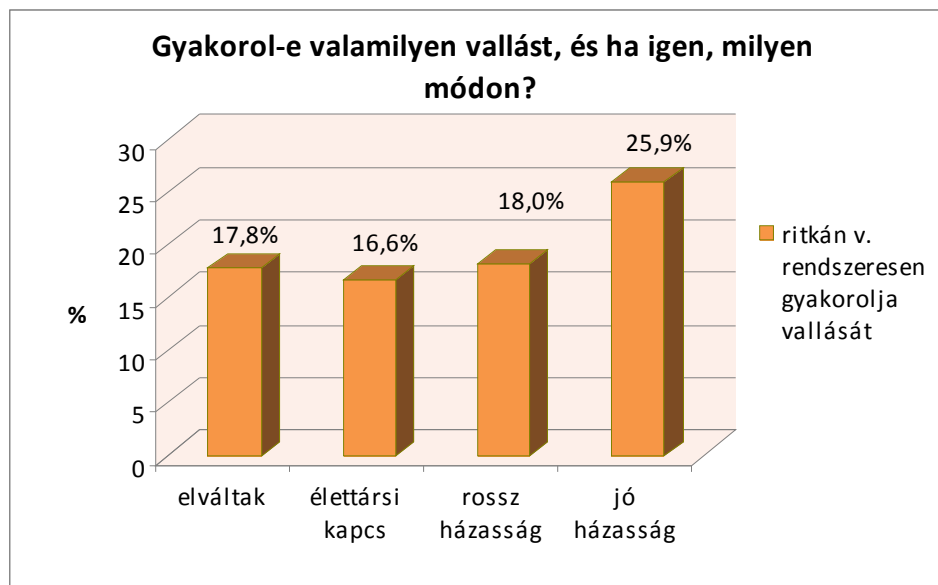
Vizsgáltuk a vallásgyakorlás mértékét is: a „Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?” kérdéssel (38.táblázat).

38. táblázat: A vallásgyakorlás alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

	nem hívő	nem gyakorolja vallását	a maga módján gyakorolja	ritkán, de egyházában	rendszeresen egyházában gyakorolja vallását	
elváltak	83	45	80	20	25	253
	32,8%	17,8%	31,6%	7,9%	9,9%	100,0%
élettársi kapcsolat	108	71	88	41	12	320
	33,8%	22,2%	27,5%	12,8%	3,8%	100,0%
rossz házasság	114	46	108	29	30	327
	34,9%	14,1%	33,0%	8,9%	9,2%	100,0%
jó házasság	549	436	758	330	278	2351

	23,4%	18,5%	32,2%	14,0%	11,8%	100,0%
Összesen	854	598	1034	420	345	3251
	26,3%	18,4%	31,8%	12,9%	10,6%	100,0%

Azt találtuk, hogy a jó házások között gyakrabban fordul elő, hogy rendszeresen egyházában gyakorolják a vallásukat, mint az össze többi családi állapot esetében. A jó házások 25,8%-a ritkán, vagy rendszeresen, de egyházában gyakorolja vallását.

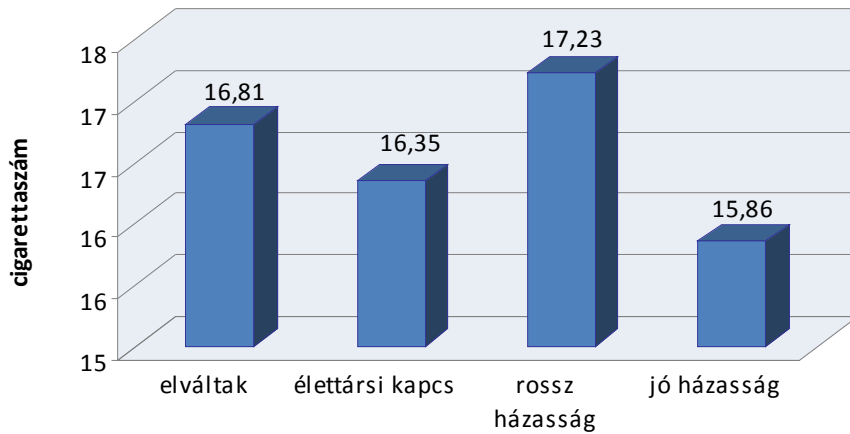


A családi állapot és az egészségmagatartás összefüggései

Vizsgáltuk a családi állapot és az egészségmagatartás összefüggéseit: a testtömeg-index, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a sportolás mértékét.

Eredményeink alapján a rossz házasságban élők és az elváltak naponta több szál cigarettát szívnek el, az elváltak szignifikánsan gyakrabban fogyasztanak sört, testtömeg-index (mint az elhízás egy mutatója), a rossz házások, és a jó házások körében a legmagasabb. Ami a sportolást illeti, az élettársi kapcsolatban élők közül sportolnak legtöbben legalább hetente egyszer (33,5%-uk).

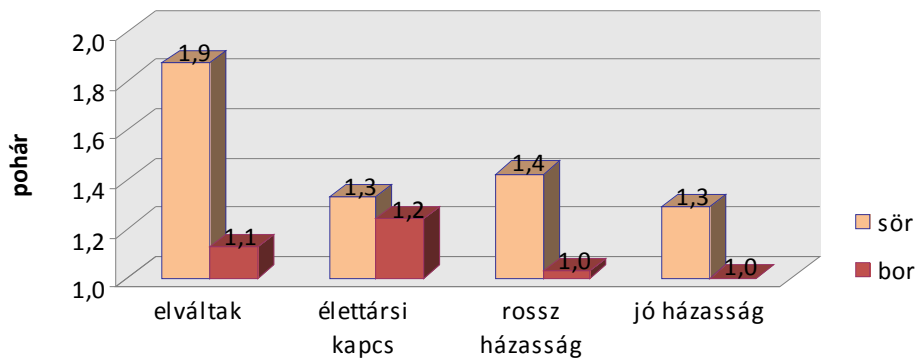
Ha dohányzik, hány szál cigarettát szív el naponta?



GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra

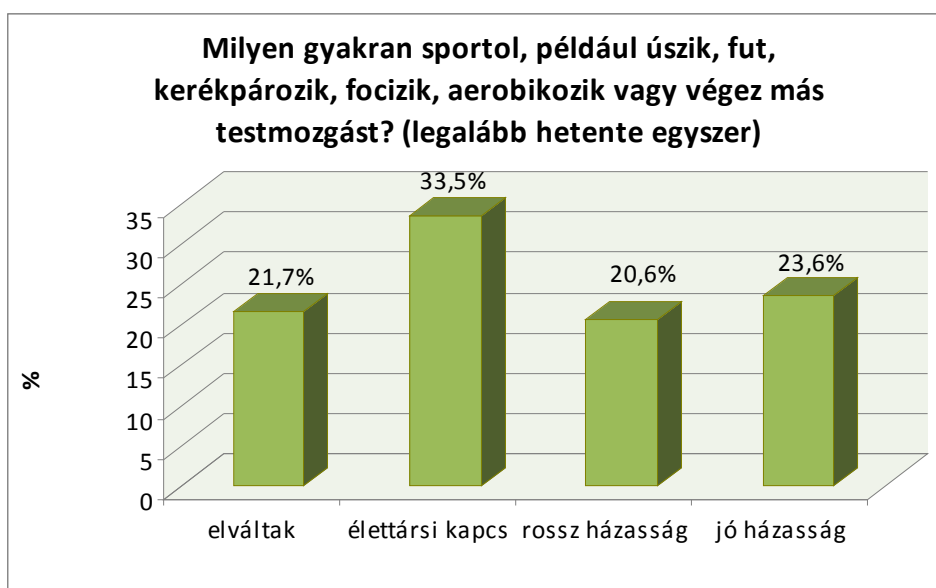
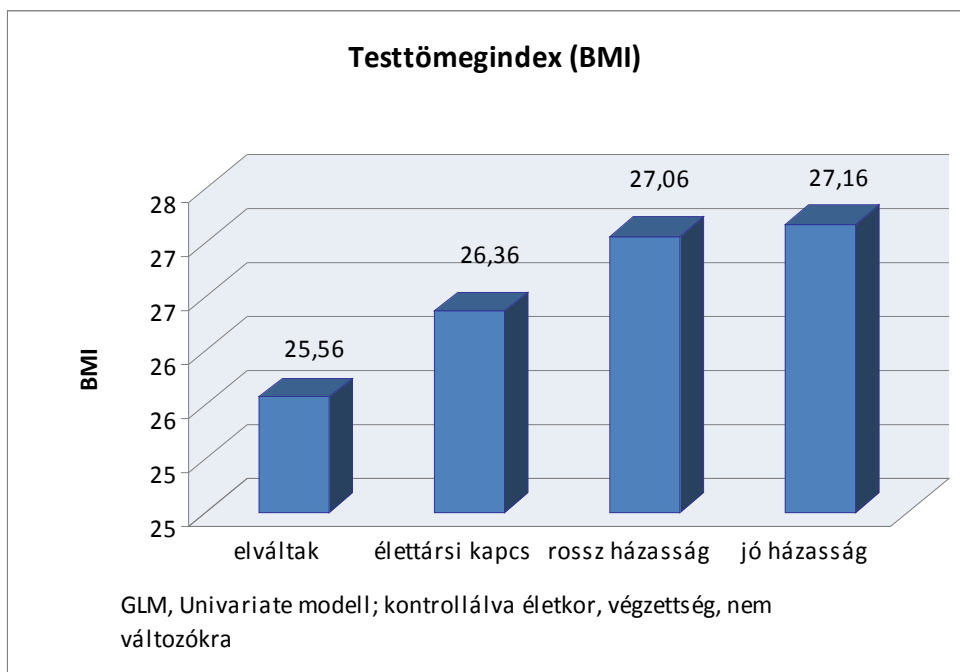
Átlagos sör- és borfogyasztás

Ha alkoholt iszik, egy alkalommal általában mennyit fogyaszt?



szign. különbség: sör esetén az elváltak és a többi csoport között,

GLM, Univariate modell; kontrollálva életkor, végzettség, nem változókra



A családi állapot és a szomatikus tünetek összefüggései (Hungarostudy 2006)

Vizsgáltuk, hogy az egyes családi állapot kategóriákban milyen gyakorisággal fordulna elő szomatikus panaszok, tünetek, és azt találtuk, hogy a leggyakrabban az elváltak és a rossz házások panaszkodnak szomatikus tünetekről (39.táblázat).

39. táblázat: A szomatikus tünetek alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

	Az elmúlt hónap során előfordult-e gyomorfájás?	Összes

		nem fordult elő	egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	197	4	29	23	253
	%	77,9%	1,6%	11,5%	9,1%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	246	12	37	24	319
	%	77,1%	3,8%	11,6%	7,5%	100,0%
rossz házasságban él	N	232	10	59	26	327
	%	70,9%	3,1%	18,0%	8,0%	100,0%
jó házasságban él	N	1876	51	289	142	2358
	%	79,6%	2,2%	12,3%	6,0%	100,0%
Összesen	N	2551	77	414	215	3257
	%	78,3%	2,4%	12,7%	6,6%	100,0%

40. táblázat: Derék és hátfájás alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

		Az elmúlt hónap során előfordult-e derék- vagy hátfájás?				összesen
		nem fordult elő	Egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	132	3	73	47	255
	%	51,8%	1,2%	28,6%	18,4%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	165	16	93	46	320
	%	51,6%	5,0%	29,1%	14,4%	100,0%
rossz házasságban él	N	129	16	101	83	329
	%	39,2%	4,9%	30,7%	25,2%	100,0%
jó házasságban él	N	1072	84	736	468	2360
	%	45,4%	3,6%	31,2%	19,8%	100,0%
Összes	N	1498	119	1003	644	3264
	%	45,9%	3,6%	30,7%	19,7%	100,0%

41. táblázat: Kar, láb és ízületi fájdalom alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

		Az elmúlt hónap során előfordult-e kar, láb vagy ízületi fájdalom például térd, csípő és hasonlók?				összes
		nem fordult elő	egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	Nagyon zavarta	

elvált, egyedül él	N	140	9	58	47	254
	%	55,1%	3,5%	22,8%	18,5%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	201	9	58	52	320
	%	62,8%	2,8%	18,1%	16,3%	100,0%
rossz házasságban él	N	150	9	89	80	328
	%	45,7%	2,7%	27,1%	24,4%	100,0%
jó házasságban él	N	1165	73	631	491	2360
	%	49,4%	3,1%	26,7%	20,8%	100,0%
összes	N	1656	100	836	670	3262
	%	50,8%	3,1%	25,6%	20,5%	100,0%

42. táblázat: Fejfájás alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

	Az elmúlt hónap során előfordult-e fejfájás?					Összes
		nem fordult elő	Egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	152	15	54	32	253
	%	60,1%	5,9%	21,3%	12,6%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	159	21	79	61	320
	%	49,7%	6,6%	24,7%	19,1%	100,0%
rossz házasságban él	N	180	17	89	42	328
	%	54,9%	5,2%	27,1%	12,8%	100,0%
jó házasságban él	N	1403	134	569	251	2357
	%	59,5%	5,7%	24,1%	10,6%	100,0%
Összes	N	1894	187	791	386	3258
	%	58,1%	5,7%	24,3%	11,8%	100,0%

43. táblázat: Szédülés alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

	Az elmúlt hónap során előfordult-e szédülés?				összes

		nem fordult elő	egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	201	6	23	24	254
	%	79,1%	2,4%	9,1%	9,4%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	253	7	44	17	321
	%	78,8%	2,2%	13,7%	5,3%	100,0%
rossz házasságban él	N	237	8	52	31	328
	%	72,3%	2,4%	15,9%	9,5%	100,0%
jó házasságban él	N	1908	36	268	145	2357
	%	81,0%	1,5%	11,4%	6,2%	100,0%
összes	N	2599	57	387	217	3260
	%	79,7%	1,7%	11,9%	6,7%	100,0%

44. táblázat: *Ájulás-érzés alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).*

		Az elmúlt hónap során előfordult-e ájulás-érzés, elgyengülés?				összes
		nem fordult elő	egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	230	1	10	12	253
	%	90,9%	,4%	4,0%	4,7%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	306	0	7	6	319
	%	95,9%	,0%	2,2%	1,9%	100,0%
rossz házasságban él	N	281	5	18	24	328
	%	85,7%	1,5%	5,5%	7,3%	100,0%
jó házasságban él	N	2168	17	88	81	2354
	%	92,1%	,7%	3,7%	3,4%	100,0%
összes	N	2985	23	123	123	3254
	%	91,7%	,7%	3,8%	3,8%	100,0%

45. táblázat: *Erős vagy szapora szívdobogás alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).*

		Az elmúlt hónap során előfordult-e erős vagy szapora szívdobogás?	összes
--	--	--	--------

		nem fordult elő	Egyáltalán nem zavarta	kissé zavarta	nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	180	8	45	22	255
	%	70,6%	3,1%	17,6%	8,6%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	262	13	24	20	319
	%	82,1%	4,1%	7,5%	6,3%	100,0%
rossz házasságban él	N	219	12	59	38	328
	%	66,8%	3,7%	18,0%	11,6%	100,0%
jó házasságban él	N	1770	65	335	185	2355
	%	75,2%	2,8%	14,2%	7,9%	100,0%
összes	N	2431	98	463	265	3257
	%	74,6%	3,0%	14,2%	8,1%	100,0%

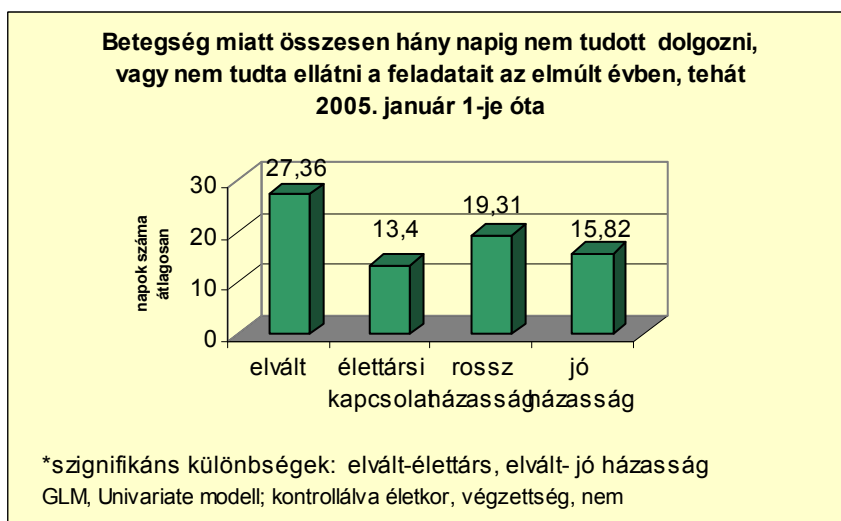
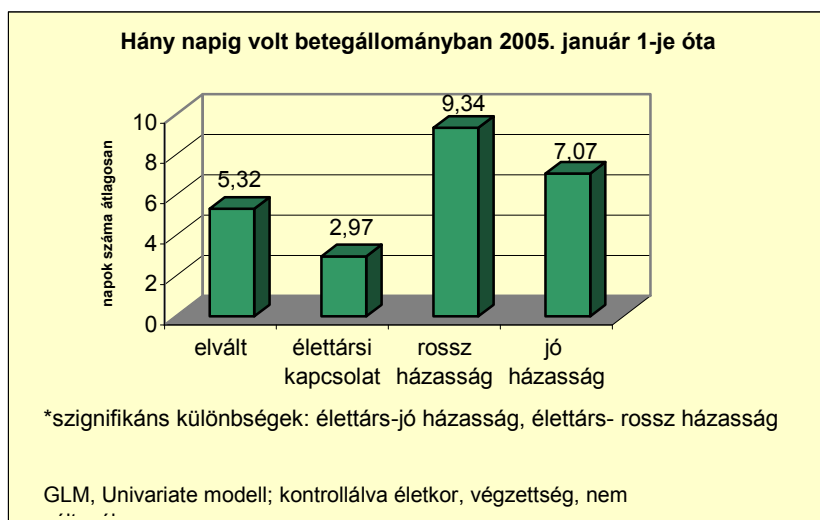
46. táblázat: Fáradtság, energiahiány alakulása az egyes családi állapot kategóriákban (Hungarostudy 2006).

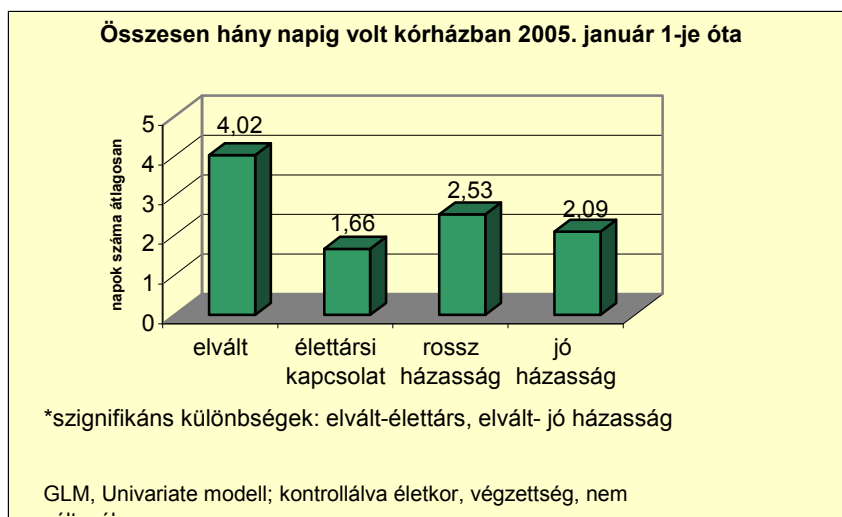
		Az elmúlt hónap során előfordult-e fáradtság, energiahiány?				összes
		nem fordult elő	egyáltalán nem zavarta	Kissé zavarta	Nagyon zavarta	
elvált, egyedül él	N	136	19	61	38	254
	%	53,5%	7,5%	24,0%	15,0%	100,0%
élettársi kapcsolatban él (hivatalosan is)	N	159	23	110	28	320
	%	49,7%	7,2%	34,4%	8,8%	100,0%
rossz házasságban él	N	154	20	92	62	328
	%	47,0%	6,1%	28,0%	18,9%	100,0%
jó házasságban él	N	1180	122	740	315	2357
	%	50,1%	5,2%	31,4%	13,4%	100,0%
összes	N	1629	184	1003	443	3259
	%	50,0%	5,6%	30,8%	13,6%	100,0%

A rossz házasságban élők és az elváltak szenvedtek leggyakrabban szomatikus panaszoktól, és őket kezelték leggyakrabban az egyes betegségek miatt. A továbbiakban az életkori különbségek miatt kontrollált elemzéseket végeztünk, és vizsgáltuk az egyes betegségek miatti betegnapok száma és a családi állapotok közötti összefüggéseket.

A családi állapot és a betegnapok összefüggései (Hungarostudy 2006)

Vizsgáltuk a betegnapok számát az egyes családi állapot kategóriákban, eredményeinket kontrolláltuk életkorra, végzettségre és nemre.





EREDMÉNYEK A HUNGAROSTUDY EGÉSZSÉGPANEL (2002-2006) ALAPJÁN

A válást magyarázó tényezők

Az utánkövetett adatbázisban többváltozós elemzéssel, a hierarchikus logisztikus regresszió módszerével vizsgáltuk a válást magyarázó tényezőket. Arra voltunk kíváncsiak, hogy mely 2002-es változók befolyásolják a válás bekövetkezésének valószínűségét 2006-ra. Tehát függő változóként a 2006-os családi állapot szerepelt (elvált, egyedül él vs. többi családi állapot), független változókként, pedig azokat a 2002-ben mért változókat léptettük be, melyek összefüggést mutattak az elvált családi állapottal, illetve, melyekről a szakirodalom alapján feltételeztük, hogy összefüggésben állnak a válással. Két modellt állítottunk fel. Az első modellben első lépésben a demográfiai változók szerepeltek (életkor, végzettség, nem), majd a 2002-ben mért házastársi stressz, és végül egyesével léptettük be a „szubjektív anyagi helyzet”, „kötődés”, „gyerekek száma”, „elváltak-e a szülők”, és a „szubjektív egészségi állapot” változókat (47.táblázat).

47. táblázat: A rossz házasság, mint a későbbi válás kockázati tényezője (I. modell) (Hungarostudy Egészségpanel 2002- 2006).

	Elvált családi állapot		
	OR	Konfidencia-intervallum (95%-os)	p
Nem (férfi)	1,03	0,5–1,85	NS
Életkor	0,95	0,93–0,98	***
Végzettség (diplomás)	2,27	1,07–4,81	*
Házastársi stressz (magas)	3,83	2,09–7,01	***
Depresszió (0–nem depressziós, 1–enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)	1,70	0,77–3,78	NS
Szorongás (0–nem szorong, 1–átmeneti)	0,36 0,50	0,12–1,12	0,07

	<i>Elvált családi állapot</i>		
	<i>OR</i>	<i>Konfidencia-intervallum (95%-os)</i>	<i>p</i>
<i>szorongás, 2– szorongásos zavar valószínű)</i>		0,17–1,42	NS
<i>Gyerek (van)</i>	1,10	0,47–2,55	NS
<i>Szubjektív anyagi helyzet (0-10)</i>	0,86	0,72–1,02	0,09
<i>Szülei elváltak</i>	0,42	0,15–1,12	0,08
<i>Szubjektív egészségi állapot (1-5)</i>	1,02	0,68–1,54	NS
<i>Kötődés (1 éves kora előtt távollét a szülőtől)</i>	0,81	0,20–3,31	NS

Vagyis azt találtuk, hogy annak a férfinak és nőnek, aki 2002-ben magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz házasságban élt, majdnem négyszer volt nagyobb a valószínűsége, hogy 2006-ra elváljon, és egyedül éljen, mint annak a férfinak és nőnek, aki 2002-ben jó házasságban élt. Ebben a modellben még az életkor (minél idősebb valaki, annál kisebb valószínűséggel válik el), valamint a diplomás végzettség szerepelt szignifikáns tényezőként: a diplomás végzettségűek kétszer nagyobb valószínűséggel váltak el, mint a diploma nélküliek. Ebben a modellben sem a depressziós tünetek jelenléte, sem a szorongás, sem gyerekek, sem a szubjektív anyagi helyzet, sem a szubjektív egészségi állapot, sem a kötődés nem befolyásolta a válási kimenetet. Tendenciális szerepet játszik az enyhe szorongás (megléte csökkenti a válás valószínűségét), a szubjektív anyagi helyzet: jobb anyagi helyzet csökkenti a válás bekövetkezésének valószínűségét, valamint a szülők válása (akinek a szülei elváltak, kisebb valószínűséggel válnak el).

Második modellünkben a házastársi stresszt utolsónak léptettük be a modellbe, így lehetőségünk vált megfigyelni, hogy házastársi stressz nélkül hogyan viselkednek a vizsgált változók a válás meghatározásában (48. táblázat).

48. táblázat: A rossz házasság, mint a későbbi válás kockázati tényezője (II. modell) (Hungarostudy Egészségpanel 2002- 2006).

	<i>Elvált családi állapot</i>		
	<i>OR</i>	<i>Konfidencia-intervallum (95%-os)</i>	<i>p</i>
<i>Nem (férfi)</i>	1,03	0,5–1,85	NS
<i>Életkor</i>	0,95	0,93–0,99	***
<i>Végzettség (diplomás)</i>	2,27	1,07–4,81	*
<i>Depresszió (0–nem depressziós, 1–enyhe, közepes vagy súlyos depresszió)</i>	1,70	0,77–3,78	NS
<i>Szorongás (0–nem szorong, 1–átmeneti)</i>	0,36 0,50	0,12–1,12	0,07

	<i>Elvált családi állapot</i>		
	<i>OR</i>	<i>Konfidencia-intervallum (95%-os)</i>	<i>p</i>
<i>szorongás, 2– szorongásos zavar valószínű)</i>		0,18–1,42	NS
<i>Gyerek (van)</i>	1,10	0,47–2,55	NS
<i>Szubjektív anyagi helyzet (0-10)</i>	0,86	0,73–1,02	0,09
<i>Szülei elváltak</i>	0,42	0,16–1,12	0,08
<i>Szubjektív egészségi állapot (1-5)</i>	1,02	0,68–1,54	NS
<i>Kötődés (1 éves kora előtt távollét a szülőtől)</i>	0,81	0,20–3,31	NS
<i>Házastársi stressz (magas)</i>	3,83	2,09–7,01	***

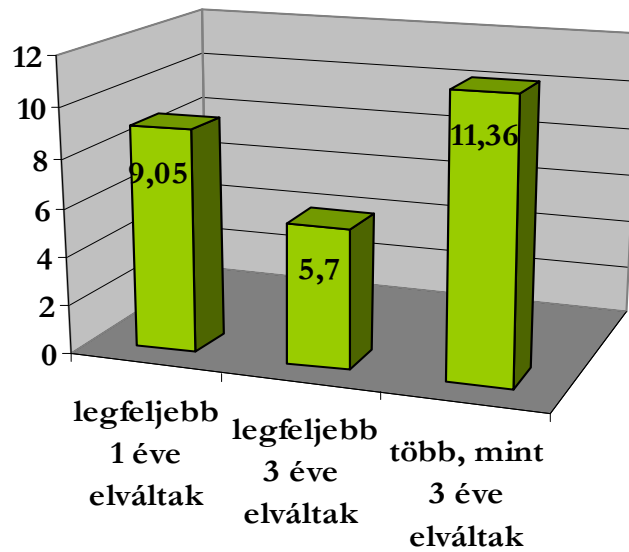
Ebben a modellben is ugyanazokat az eredményeket találtuk, vagyis a házastársi stressztől függetlenül a válást az életkor, a végzettség, tendenciálisan az enyhe szorongás, a szubjektív anyagi helyzet, és a szülők válása határozza meg, de legnagyobb mértékben, minden egyébtől függetlenül: a házasság minősége. Érdekes eredmény, ebben a modellben, mielőtt a házastársi stresszt beléptetnénk a modellbe, vagyis a házastársi stressztől függetlenül az életkor, a végzettség és a szubjektív anyagi helyzet szerepel szignifikáns, meghatározó tényezőként. Minél idősebb valaki, annál kisebb a valószínűsége a válás bekövetkezésének ($p < 0,0001$, OR 0,95 (0,92-0,97)). A felsőfokú végzettséggel rendelkezők kétszer nagyobb valószínűséggel válnak el, mint a diplomával nem rendelkezők ($p = 0,04$, OR 2,16 (1,03-4,54)). A szubjektív anyagi helyzet szerepét említhetnénk még ($p = 0,06$, OR 0,85 (0,72-1,01)), vagyis a jobb szubjektív anyagi helyzet csökkenti a válás bekövetkeztének valószínűségét. Vizsgáltuk még a társas támogatás szerepét, a megküzdés (problémaközpontú és érzelemközpontú coping szerepét). Ezek nem hatottak szignifikáns mértékben a válás bekövetkezésének valószínűségére, ezért az eredmények közlésétől eltekintünk.

A válás hosszú távú hatásai

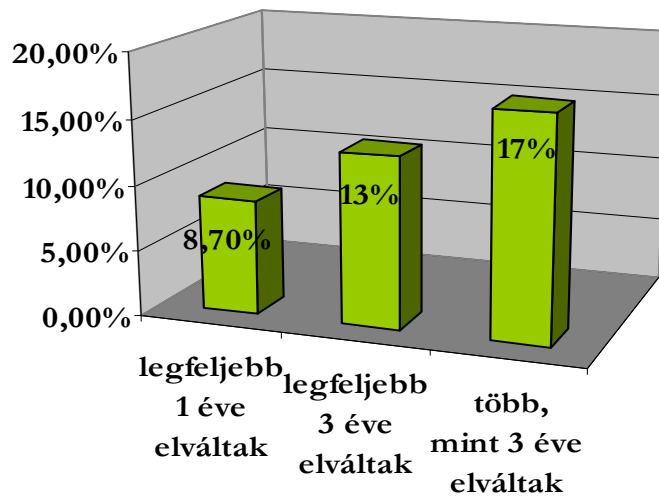
Kutatásunk következő célja a válás hosszú távú hatásainak elemzése, a válás és a mentális egészségi állapot, valamint az egészség-viselkedéssel való összefüggéseinek vizsgálata. Hipotézisünk, hogy a válás (mint trauma) negatív hatásai idővel csökkennek, a négy vagy több éve elváltak jobb egészségi állapotnak örvendenek, mint az egy- vagy két-három éve elváltak. Vizsgált minta: Hungarostudy Egészség Panel 2002-2006 (N=4459, 1086 férfi, 2653 nő, átlagéletkor 48.52 (SD=17.51)). Kiválasztottuk azokat a férfiakat és nőket, akik legfeljebb egy éve váltak el (N=24), akik legfeljebb három éve váltak el (N=24), és akik több mint 3 éve elváltak (N=212), és még mindig egyedül élnek. Vizsgáltuk e három csoport mentális

egészségi állapotát, és egészségviselkedését (2006-ban). Elemzéseinket kontrolláltuk életkorra és végzettségre.

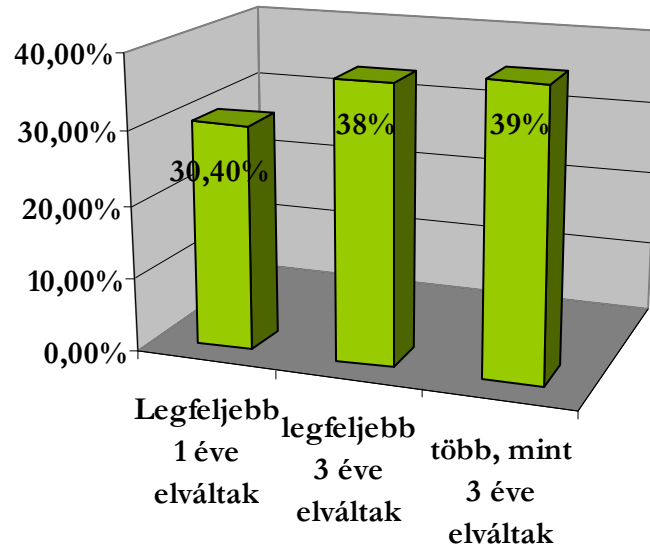
Depressziós tünetek az elváltak körében



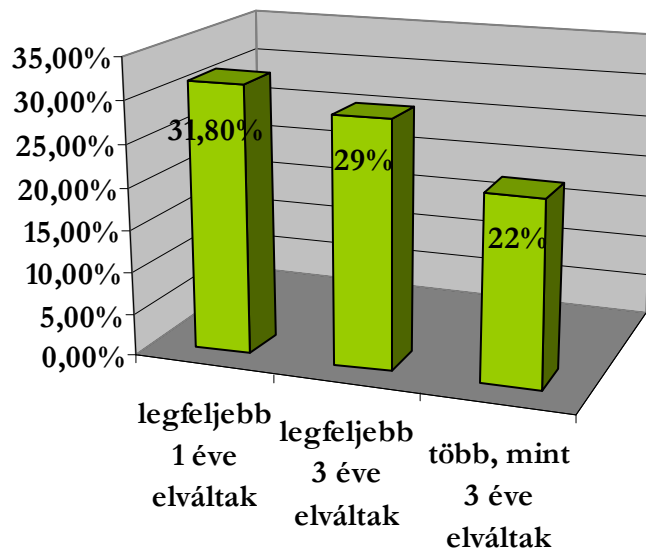
"Gyakran érzek indoklatlan félelmet, szorongást" válasz gyakorisága az elváltak körében



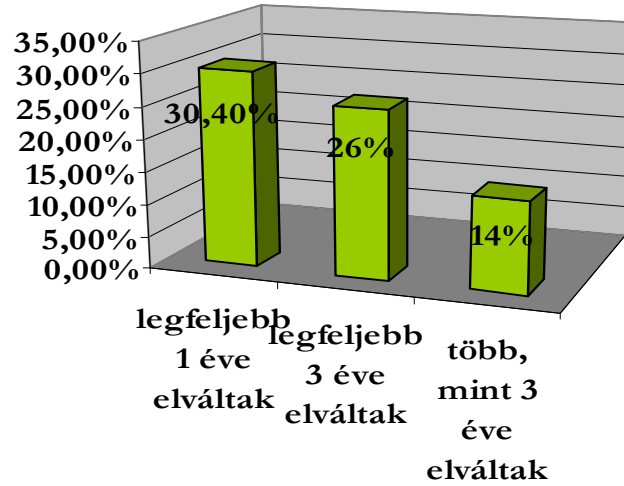
Jelenleg is dohányzók előfordulási gyakorisága az elváltak körében



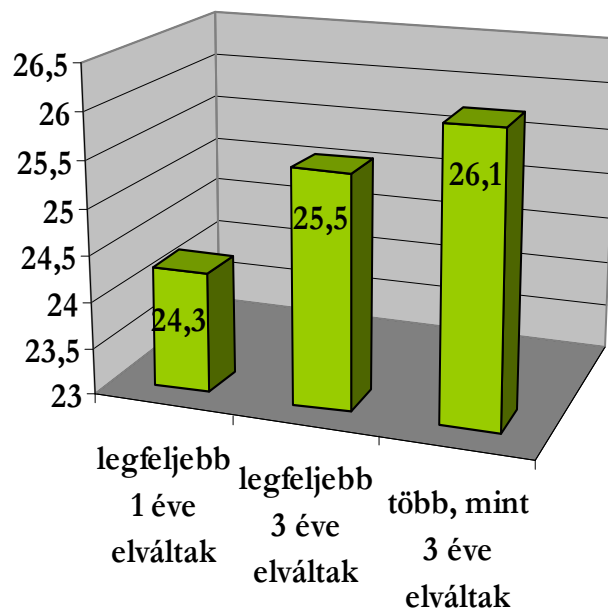
Sportolás (hetente egyszer vagy többször) az elváltak körében



Alkoholfogyasztás az elváltak körében (Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt? - hetente többször)



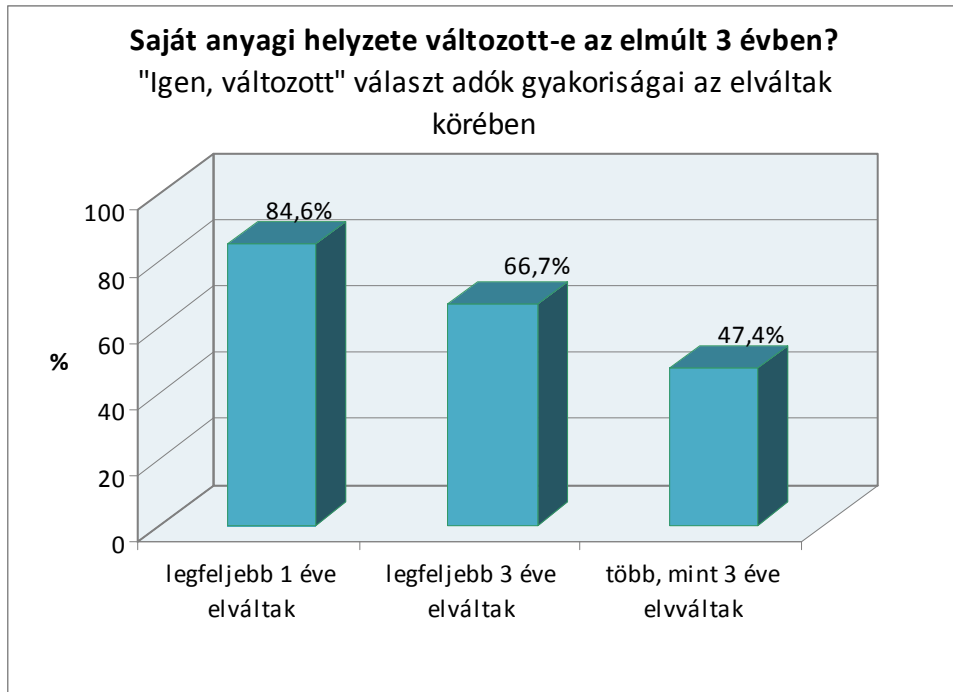
Testtömeg Index az elváltak körében



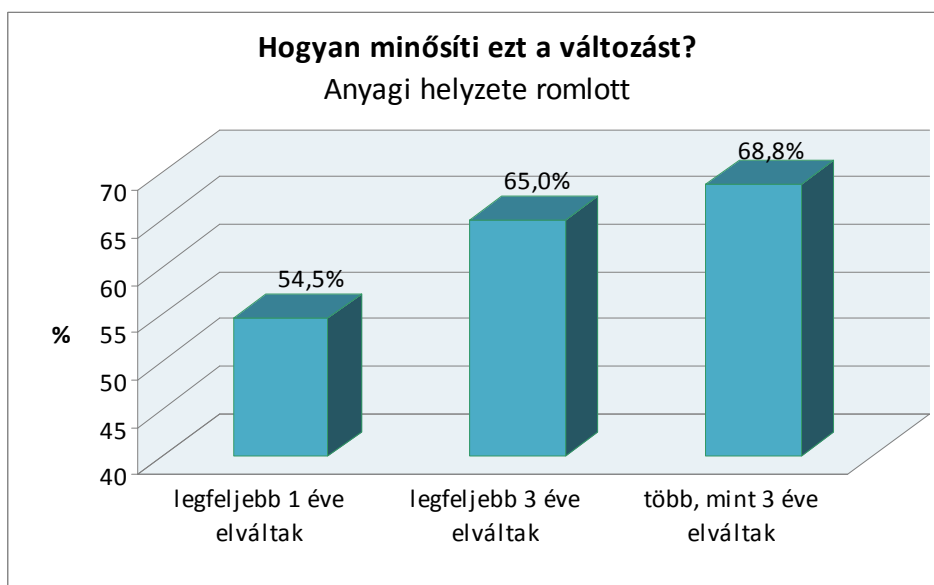
Hipotézisünkkel ellentétben, azok a férfiak és nők, akik több mint 3 éve elváltak, depressziósabbak és jobban szoronganak, mint a két-három vagy csak egy éve elváltak. Egészségviselkedésüket tekintve többen dohányoznak, kevesebbet sportolnak, és nagyobb a testtömeg indexük. Az egyetlen pozitívnak tekintendő változás, hogy a több mint három éve elváltak kevesebb alkoholt fogyasztanak.

Összességében elmondhatjuk, eredményeink azt mutatják, hogy a válással járó krónikus stressz és az egyedüllét rontja az alkalmazkodást. A válás negatív hatásai a pszichés jólétre és az egészségviselkedésre hosszú távon is fennmaradnak.

Vizsgáltuk a válás hatását az elváltak anyagi helyzetére. „Saját anyagi helyzete változott-e az elmúlt 3 évben?”



Láthatjuk, hogy az 1 éve elváltak anyagi helyzete változott a legnagyobb mértékben. A több mint 3 éve elváltak számára jelentett ez a változás a legnagyobb mértékű romlást.



Összefoglalás:

Vizsgáltuk a Hungarostudy 2002, valamint Hungarostudy 2006 alapján a magas házastársi stresszel jellemezhető rossz házasság, és a válás összefüggéseit az egészségi állapot mutatóival. A Hungarostudy 2002 adatait elemezve azt találtuk, hogy mind a férfiak, mind a nők körében, minden vizsgált betegség nagyobb gyakorisággal fordult elő a rossz házasságban élők körében, mint a jó házasságban élők körében. A magas házastársi stressz mind férfiak, mind nők esetében, életkortól, végzettségtől és egészségkárosító magatartástól függetlenül is, együtt járt a depressziós tünetek magasabb előfordulási gyakoriságával, valamint magasabb szorongással, alvászavarokkal és vitális kimerültséggel. A magas házastársi stressz férfiaknál és nőknél egyaránt együtt járt az egy alkalommal nagy mennyiségű alkoholfogyasztás gyakoriságának növekedésével, férfiaknál a napi cigarettaszám és az alkoholbetegség esélyének növekedésével. A magas házastársi stressz férfiaknál a magasvérnyomás-betegség hagyományos kockázati tényezőktől független kockázati tényezőjének, nőknél a depresszió miatti orvoshoz fordulás kockázati tényezőjének bizonyult. Tehát eredményeink szerint a magas házastársi stressz három különböző úton is hozzájárulhat a szív- és érrendszeri sérülékenységhez: mindkét nemnél a depressziós tünetek számának növekedésével, szintén mindkét nemnél az egészségkárosító magatartások fokozódása útján, valamint férfiaknál a magasvérnyomás-betegség kockázati tényezőjeként.

A családi állapot és egészségi állapot összefüggéseit elemezve a következőket találtuk: a jó házasságban élő férfiak és nők életminőség-mutatói a legjobbak, és egészségesebbek, mint a rossz házasságban, vagy az elváltak. Ugyanakkor a rossz házasságban élők életminőség és egészségi állapot-mutatói az elváltakénál is rosszabbnak bizonyultak. Mind a depresszió, mind a szorongás, a vitális kimerültség és az alvászavarok aránya is a rossz házasságban élők körében volt a legmagasabb, szignifikánsan magasabb, mint a másik három csoportban (kivételt csak az alvászavarok képeztek, ahol a rossz házasságban élők az elváltaktól nem különböztek szignifikáns mértékben). A rossz házasságban élőknek alacsonyabb a jóllét pontszámuk, és gyakrabban fordul elő körükben az öngyilkossági gondolat is. A jó házasságban élők körében gyakoribb, hogy vallásukat ritkán vagy rendszeresen egyházukban gyakorolják, és számukra a mindennapi életvitelükben fontos szerepet játszik a vallás. Amikor a betegnapok számát elemeztük, azt találtuk, hogy a mind a válás, mind az élettársi kapcsolat, mint a rossz házasság kockázati tényezője a betegnapok magasabb számát illetően. A jó házasságban élők mindegyik vizsgált betegségben kevésbé szenvedtek, szignifikánsan kevesebb napot voltak betegek az elmúlt évben, kevesebbet voltak kórházban, kevesebbet voltak munkaképtelenek. Az elváltak a daganatos betegségek, a szívinfartus, és szembetegségek miatt voltak leggyakrabban munkaképtelenek, szignifikánsan gyakrabban, mint az össze többi vizsgált csoport. Az élettársi kapcsolatban élők cukorbetegség miatt, depresszió miatt és pszichiátriai betegségek miatt voltak leggyakrabban munkaképtelenek. A rossz házasságban elsősorban májbetegség, depresszió, pánik, allergia, és alkohol miatt voltak munkaképtelenek az elmúlt évben. A jó házasságban a legritkábban voltak munkaképtelenek.

Hungarostudy Egyézségpanel 2002-2006 adatbázist elemezve vizsgáltuk a válás hosszú távú hatásait. Eredményeink alapján a válással járó krónikus stressz és az egyedüllét rontja az alkalmazkodást. A válás negatív hatásai a pszichés jóllétre és az egészségviselkedésre hosszú távon is fennmaradnak, és hosszú távon az elváltak anyagi helyzete is romlik. A válást meghatározó tényezők elsősorban a magas házastársi stressz, a végzettség, az életkor. Sem a depressziós tünetek jelenléte, sem a szorongás, sem gyerekek, sem a szubjektív anyagi helyzet, sem a szubjektív egészségi állapot, sem a kötődés nem befolyásolta a válási kimenetet. Viszont az elváltak körében a gyerekek száma szoros összefüggést mutatott a depressziós tünetek számával, és a szorongás mértékével.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a Tudomány a Családért Egyesület által elnyert OMFB-00701/2009 számú NKTH INNOTÁRS projekt támogatásával készült, melynek címe: A gazdasági fejlődésnek és a magyar társadalom egészségi állapotának kapcsolata a családok stabilitásával.

Felhasznált legfontosabb irodalmak jegyzéke

Balog, P.: Házasság és életminőség: házasság, házassági stressz, válás, In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Szerk.: Kopp,M., Kovács,M.E., Semmelweis Kiadó, 2006, 233-244.o.

Bruce, M.L., Kim, K.M.: Differences in the effects of divorce on major depression in men and women, *AmJPsychiatry*, 1992, 149: 914-917.

Cowen, E.L., Kilmer, R.P.: Positive Psychology: Some plesses ans some open issues, *Journal of Community Psychology*, 30, 449-460.

Csikszentmihályi, M.: Flow –Az áramlat, Akadémiai Kiadó, Bp. 1997

Csoboth, Cs.: A magyar nők életminősége, In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Szerk.: Kopp,M., Kovács,M.E., Semmelweis Kiadó, 2006, 106-115.o.

Erikson, E.H. (1957): Az emberi fejlődés 8 szakasza, In: Szakács, F., Kulcsár, Zs. szerk. : Személyiséglélektani szöveggyűjtemény II. Elméleti irányzatok. Tankönyv Kiadó, Budapest 1985 160-175.o.

Erős, F., Ehmann, B. : Az identitásfejlődés tükröződése az önéletrajzi elbeszélésekben, In: Erős, F. szerk.: Azonosság és különbözőség, *Scientia Humana*, Budapest, 1996, 96-113.o.

Erős, F.: Bevezetés: A narratív fordulat, *Magyar Pszichológiai Szemle* 2004, LIX, 3, 295-299.

Gander AM (1991): After the divorce: familial factors that predict well-being for older and younger persons. *Journal of Divorce and Remarriage*. Vol. 15 (1-2), 175-192.

Holmes, T., Rahe, R (1967): The social readjustment rating scale., *Psychosomatic Reseach*, 11: 213-218.

Johnson NJ, Backlund E, Sorlie PD, Loveless CA. (2000): Marital status and mortality: the National Longitudinal Mortality Study. *Ann Epidemiol.*, 10, 224-38.

Kopp, M., Kovács, M.E. szerk.: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Semmelweis Kiadó, 2006

Kopp, M.:Az életminőség kutatás jelentősége a népesség jóllétének vizsgálata céljából: interdiszciplináris modell, In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Szerk.:

Kopp,M., Kovács,M.E., Semmelweis Kiadó, 2006, 2-10.o.

Kopp, M., Pikó, B.: Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói, In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Szerk.: Kopp,M., Kovács,M.E., Semmelweis Kiadó, 2006, 10-19. o.

Kulcsár, Zs.: Egészségpszichológia, ELTE Kiadó, Bp. 1998

Kulcsár, Zs. szerk: Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés, Trefort Kiadó, 2005

Kulcsár, Zs., Rózsa,S., Reinhardt,M.: A poszttraumás növekedés feltételeinek empirikus vizsgálata, Trefort Kiadó, 2006

KSH: Életmód-Időmérleg. Házasság-élettársi kapcsolat-válás: társadalmi meghatározottságok. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2002.

László, J.: Narratív pszichológia: új megközelítés a pszichológiában, In: László, J., Thomka, B. szerk.: Narratívák V., Narratív pszichológia, Kijárat kiadó Budapest, 2002.

Mastekaasa A. (1994) Marital status, distress and well-being: an international comparison. J. Comp Fam Stud, 25, 183-206.

McAdams, D.P.: The stories we live by. Personal Myths and the Making of the Self, William Morrow and Company, INC, New York, 1993

Oláh, A.: A megküzdés személyiségtényezői: A pszichológiai immunrendszer és mérésének módszere. Kézirat. ELTE, 1996)

Oláh,A.: A Californiai Psychological Inventory (CPI) rövidített változatának ismertetése, In: Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban, Módszertani füzetek, 1984

Pikó, B.: Kultúra, társadalom és lélektan, Budapest, Akadémiai Kiadó, 2003

Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16 (4): 379-397. 2001

Singer, B.H., & Ryff, C.D. New horizons in health: An integrative approach. , Washington, D.C.: National Academy Press. 2001

Skrabski,Á., Kopp,M., Rózsa,S., Réthelyi, J.: A koherencia, az élet értelme, mint az életminőség fontos dimenziója, In: A magyar népesség életminősége az ezredfordulón, Szerk.: Kopp,M., Kovács,M.E., Semmelweis Kiadó, 2006, 146-156. o.

Seligman, M.E.P., Csikszentmihályi, M.: Positive Psychology: An introduction, *American Psychologist*, 55, 5-14.

Seligman, M.E.P.: *Autentic happiness*, New York, 2002

Sipos, K., Sipos, M., Spielberger, C. D.: *A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar*

változata., In: Mérei, F., Szakács, F. (szerk.) Pszichodiagnosztikai Vademecum, I. Explorációs és biográfiai módszerek, tünetbecslő skálák, kérdőívek, 2. rész, Tankönyvkiadó, Budapest, 1992

Tedeschi,R.G, Calhoun,L.W.: The posttraumatic growth inventory:measuring the positive legacy of trauma, Journal of Traumatic Stress, 9, 455-471.o. 1996

Tedeschi,R.G, Calhoun,L.W. (2004): Poszttraumás növekedés: elméleti alapok és empirikus bizonyítékok, In: Kulcsár, Zs. szerk.: Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés, Trefort Kiadó, 2005 37-67.o.

Tedeschi,R.G, Calhoun,L.W.(2004): A poszttraumás növekedés alapjai: Új megfontolások. In: Kulcsár, Zs. szerk.: Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés, Trefort Kiadó, 2005 73-89.o.

Tedeschi, R.G, Calhoun, L.W.:. The Posttraumatic Growth Inventory. Journal of Traumatic Stress, 9, 455-471. 1996

Telkes, J., Bognár: In: Kulcsár, Zs. Szerk.: Teher alatt...Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés, Trefort Kiadó, Budapest, 2005.

Telkes, J.: A családterápia irányzatai. Összefoglaló tanulmány a családi csoportokkal foglalkozó munkatársak számára. Népművelési Intézet Művelődési Otthon és Klub Osztálya, 1982.

Viorst, J.: Szükséges veszteségeink, Lélek kontroll, Háttér Kiadó, Bp. 2002