

## AZ ÉLETESEMÉNYEK, A STRESSZ ÉS A MEGKÜZDÉS NEMI KÜLÖNBSEGEI

SZABÓ GÁBOR<sup>1,2,3\*</sup> – SZÁNTÓ ZSUZSA<sup>1</sup> –  
BALOG PIROSKA<sup>1</sup> – KOPP MÁRIA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup> Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Budapest

<sup>3</sup> Budapesti Kommunikációs és Üzleti Főiskola, Viselkedéstudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2010. szeptember 5.; elfogadva: 2010. október 23.)

A tanulmány az életesemények, a stressz és a megküzdés nemi különbségeit elemzi hazai populáción. A mintát a Hungarostudy 2002 (HS2002, N = 12 668) és a Hungarostudy 2006 (HS2006, N = 5020) epidemiológiai vizsgálatok szolgáltatták. Az első elemzés a negatív életesemények gyakorisági eloszlásának és szubjektív értékelésének nemi különbségeivel foglalkozik. Ezt követően arra kerestünk választ, hogy a stresszt okozó életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatát mennyiben befolyásolja a vizsgálati személy neme. A harmadik vizsgálatban végül a megküzdés nemi különbségeit elemeztük. Eredményeink szerint bár a nők összességében nem találkoznak több negatív életeseménnyel, fokozottabb stresszválaszokat adnak, valamint szubjektíve nehezebben élik meg ezeket. Ez a sérülékenység érhető tetten abban a jelenségben is, hogy stressz hatására a nőknél jobban megnő számos krónikus betegség kockázata (pszichiátriai betegségek, OR = 3,1; daganatos betegségek, OR = 2,1). A megküzdés nemi különbségeit vizsgálva azt találtuk, hogy a nők az érzelemfókuszú megküzdésen belül más módokat preferálnak, megdőlni látszik azonban az a sztereotíp kép, hogy a férfiak inkább éljenek a racionális, problémafókuszú copinggal.

**Kulcsszavak:** életesemények, stressz, megküzdés, nemi különbségek

---

\* Levelező szerző: Szabó Gábor, Semmelweis Egyetem, Alapozó Egészségtudományi Intézet, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, 1088 Budapest, Vas u. 17.  
E-mail: gszabo69@gmail.com

## 1. BEVEZETÉS

### 1.1. Általános nemi különbségek a személyiség fejlődésének tükrében

A hagyományos pszichológiai irodalom kezdetektől fogva különbséget tett a nemek között mind a fejlődés, mind a viselkedés tekintetében. Az utóbbi néhány évtized módszeres kutatásai folytán azonban számos olyan eredmény született, amely közelebb vitt a nemek közötti különbségek megértéséhez. Az intuitív különbségtétel, amelyet a mélylélektan képviselői, Freud, Jung vagy éppen Erikson képviselt, eleve adottnak tekintette a fejlődés nemi különbségeit. Freud korai pszichoszexuális fejlődésmélettét például a férfiakra dolgozta ki. Az Ödipusz-komplexus (Freud, 1916/2006) és az eredményeképpen létrejövő felettesén-modelljét csak később egészíti ki a női nemre vonatkozó ún. Elektra-komplexussal. Legfőbb bírálói, a korai feministák sértőnek találták a nők másodlagosságának hangsúlyozását, és az erkölcsi fejlődés tekintetében védelembe vették a női nemet, és a női egyenjogúság fontosságát hangsúlyozták (Horney, 1939), szintén egyfajta intuitív különbségtétel alapján szemlélték ezt a kérdést. Jung elméletében, követve a keleti filozófia dualista szemléletét, eleve más attribútumokkal ruházta fel a két nemet (Jung, 1926/1960). Állítása szerint azonban a személyiség mindkét nem tulajdonságait magában hordozza, csak a fejlődés eredményeként, a környezeti hatások következtében az ellenkező nem tartalmai a tudattalanba kerülnek. Elmélete alapján az így létrejövő anima, illetve animus azonban továbbra is része marad az emberi tudatnak, amelyet az érett személyiség integrálni képes. Erikson (1950/2002) pszichoszociális fejlődésmélettében szintén fontosnak tekintette a nemre jellemző érdeklődés és fantáziavilág kialakulását. Klinikai tapasztalatai azt mutatták, hogy a 3–5 éves gyermekek építőkockákból már a nemükre jellemző építményeket emelnek. A kognitív pszichológiai irányzat a gondolkodás tekintetében talált különbségeket a nemek között. Az agyféltekei dominancia, a téri tájékozódás, a kreativitás, a racionális gondolkodás témáiban vélt eltéréseket felfedezni (Kimura, 1994; McGlone, 1980; Newcomb és mtsai, 1983; Sanders és Ross-Field, 1986; Waber, 1976).

A személyiség bonyolult működési mechanizmusát és ennek nemi különbségeit jelen dolgozatban a stressz, az életesemények és a megküzdés témáján keresztül tárgyaljuk. Az általunk is vizsgált, szociál-pszichoszomatikus irányzatba tartozó Holmes és Rahe-féle életesemény-koncepció (Holmes és Rahe, 1967) a társas-környezeti eseményekhez való alkalmazkodás eredményeképpen létrejövő stressz hatását véli felfedezni számos betegség kialakulása mögött. Az eredeti Selye-féle (1936, 1969) stressz-,

valamint a Holmes és Rahe-féle életesemény-konceptciók nem a nemi különbségekre koncentráltak, a stressz betegség-előidéző hatásának későbbi vizsgálatai azonban szolgáltak némi, ha nem is teljes körű eredménnyel ebben a tárgykörben is.

## **1.2. A stressz és az életesemények mint nemspecifikus betegséget előidéző folyamatok**

A különböző pszichiátriai betegségek előfordulási gyakorisága eltérő a két nem esetében. Ismeretes például, hogy a depresszió vagy a pánikbetegség előfordulása nőknél gyakoribb, míg az antiszociális személyiségzavar, illetve a parafíliák inkább a férfiakra jellemzők. A hagyományos pszichoszomatikus megközelítés az analitikus irányzatra jellemző intuitív nemi különbségtétel alapján gondolkozott. Ilyen különbségtételen alapult például Eysenck (1967) megközelítése, aki a szomatizáció és az antiszociális személyiségzavar mögötti közös, genetikailag meghatározott oknak a magas neuroticizmus és magas extroverzió gyakori együttes előfordulását tapasztalta, amely férfiaknál pszichopátiára, nőknél hisztériára hajlamosít. Úgy is fogalmazhatunk, hogy Eysenck szerint a férfi antiszociális személyiség női megfelelője a szomatizáció. A módszertanilag körültekintőnek tartott Lilienfeld-tanulmányban azonban azt találták, hogy Eysenck elméletével ellentétben éppen hogy a hisztrionikus személyiség vagy szomatizál, vagy antiszociálissá válik (Lilienfeld, 1992; Lilienfeld és mtsai, 1986), azaz a személyiség nemek közötti hagyományos különbségtétele nem állja meg a helyét.

A stressz és az életesemények hatását leginkább a depresszióval összefüggésben vizsgálták (Brown és Harris, 1978; Cuffe és mtsai, 2005; Faravelli és mtsai, 2007; Franko és mtsai, 2004). Faravelli és munkatársai (2007) epidemiológiai vizsgálata ugyanakkor igazolta, hogy számos pszichiátriai betegséget mindkét nem esetében az életesemények megnövekedett száma előz meg. A vizsgálatok egy másik része azzal foglalkozik, hogy az életesemények által okozott stressz másképpen hat-e a férfiakra, mint a nőkre. A nemi különbségekkel foglalkozó tanulmányok többsége a depresszió és a poszttraumás stressz zavar hátterét kutatja. Dalgard és munkatársai (2006), valamint You és Conner (2009) kimutatták, hogy a nők nemcsak több negatív életeseményt élnek át, hanem érzékenyebben is reagálnak rá. Dalgard szerint a nők számára a legfőbb védőfaktornak a társas támogatás számít. Ennek hiányában ugyanakkora stressz hatására könnyebben lesznek depressziósak, mint a férfiak. Kendler és munkatársai (2001) hasonlóan a nők magasabb sérülékenységét mutatták ki: a nőket az életesemények

közül inkább a közeli, baráti, személyes kapcsolatokban bekövetkező negatív változások érintik, míg a férfiakat inkább a válás és különköltözés, valamint a munka területén jelentkező problémák. A poszttraumás stressz-betegség vizsgálatai is (Moser és mtsai, 2007; Weissman és mtsai, 2005) egyértelműnek mutatják, hogy a nők a súlyos traumatikus eseményekre, mint a háborús helyzetek és a katasztrófák, érzékenyebben reagálnak és gyakrabban kapnak az esemény után poszttraumás stresszbetegséget. Hazai kutatások is foglalkoztak az életesemények hatásának nemi különbségeivel. Hajnal (2006) a válás gyermekekre gyakorolt hatásait vizsgálta. Eredményei szerint a fiúk és a lányok eltérő módon reagálnak: lányoknál önkárosító magatartásformákat és gyengébb iskolai teljesítményt találtak, a fiúknál azonban nem tudtak kimutatni összefüggést. Ugyanakkor, ha a négy éven belüli és azon túli válást hasonlították össze, a lányoknál gyengébb tanulmányi eredményt, a fiúknál a depressziós tünetek magasabb számát kapták.

Balog és munkatársai (2003) a házastársi stresszt vizsgálva azt találták, hogy az a nőknél szignifikánsan együtt jár a depressziós tünetek növekedésével, a munkahelyi stressz azonban nem. Egy új tanulmányában pedig Balog (2010) és munkatársai azt mutatták ki, hogy a két nem másképpen reagál a házastársi stresszre: a férfiaknál megnő a magasvérnyomás-betegség kockázata, ezzel szemben a nők gyakrabban lesznek depressziósak. Egy kínai vizsgálatban (Tao és mtsai, 2004) 137 stroke-beteget és ugyanannyi megfelelő paraméterrel rendelkező egészséges személyt kérdeztek a megelőző évben bekövetkezett életeseményekről. A stroke-betegek szignifikánsan több életeseményről számoltak be, mint a kontrollcsoport tagjai. Emellett nemi és korosztálybeli különbségeket is találtak: a betegcsoportban nagyobb életesemény-gyakoriságról számoltak be a férfiak, mint a nők, valamint nagyobb gyakoriságról a 60 év alattiak, mint az idősebbek.

### **1.3. A megküzdés és nemi különbségei**

Folkman és Lazarus nevéhez fűződik a megküzdés modern elméletének számító kognitív tranzakcionista megküzdés modellje (Folkman és Lazarus, 1980; Lazarus és Folkman, 1984). Ők alakították ki az ún. Konfliktus-megoldó Kérdőívet (Folkman és Lazarus, 1988), amelyben a megküzdés mint a személy és a környezet közötti folyamat szerepel. Az általuk definiált probléma- és érzelemfókuszú megküzdés közül egyik sem értékesebb a másiknál, a helyzettől függően mindkettő lehet adaptív. Amennyiben a helyzetet kárnak, veszteségnek értékeljük, illetve ha kívülről irányítottak, megváltoztathatatatlannak tartjuk, akkor jellemőzen érzelemfókuszú meg-

küzdést alkalmazunk. Abban az esetben azonban, ha a helyzetet kihívásként értelmezzük, illetve azt gondoljuk, hogy megváltoztatható, gyakrabban választjuk a problémafókuszú megküzdési módot.

A szakirodalom a megküzdés nemi különbségeit két elméleti megközelítés keretei között szokta magyarázni. A szocializációs hipotézis az eltérő szocializációs sémáknak, míg a szerepkényszer-hipotézis a különböző társadalmi szerepeknek és az ezekhez a szerepekhez társuló erőforrásoknak, illetve lehetőségeknek tulajdonítja a férfiak és nők közötti különbséget (Rosario és mtsai, 1988). A szerző e korai kutatása a szerepkényszer-hipotézist támasztja alá, vagyis hogy nincs valódi különbség a két nem megküzdési módja között, az eltérés csak a betöltött szerepek különbözősége miatt áll fenn. Azt azonban ő is megállapítja, hogy a nők nagyobb arányban támaszkodnak a társas támogatásra. A témakörrel a későbbiekben számos nemzetközi vizsgálat foglalkozott, amelyek közül Matud (2004) tanulmányát emeljük ki. E szerző kimutatta, hogy bár nincs számottevő különbség a férfiak és a nők között az életesemények számát tekintve, a nőket és a férfiakat más típusú életesemények terhelik. A nőket főként a környezetük családi és egészségügyi problémái, míg a férfiakat a munka, az anyagi helyzet, valamint a baráti és szerelmi kapcsolatok problémái foglalkoztatják. Ugyanakkor arra is rámutat, hogy a nők jelentősen több ún. mindennapi stresszt élnek át. A megküzdési stratégiák használatában is nemi különbségeket fedezett fel. Tanulmánya szerint a nők inkább érzelemfókuszú vagy elkerülő stratégiát követnek, míg a férfiakra a problémafókuszú megküzdés jellemzőbb. Matud így azt a sztereotíp álláspontot támasztotta alá, miszerint a férfiak racionálisan, míg a nők inkább érzelemfókuszúan küzdenek meg a problémákkal.

Tamres és munkatársai (2002) egy nagyszabású metaanalízis keretében finomította ezt az álláspontot. Az általuk vizsgált tanulmányok többsége azt mutatta ki, hogy a nők az érzelemfókuszú és a problémafókuszú viselkedéssel is nagyobb arányban élnek. Tehát a férfiak nem használnak több problémafókuszú megküzdést, az összes megküzdési módból azonban valóban ezzel élnek a leggyakrabban. Bizonyos életeseményekkel összefüggésben viszont, mint a társas kapcsolatok problémái és a hozzátartozók betegsége, a férfiak gyakran használnak elkerülő vagy visszavonuló magatartást. Tamresék metaanalízise alátámasztotta továbbá, hogy a nőknél a stresszel való megküzdés sikeressége összefügg a társas támogatás megfelelő színvonalával.

A jelen kutatás céljaként a negatív életesemények nemi különbségeinek vizsgálatát tűztük ki. Kíváncsiak voltunk a negatív életesemények gyakorisági eloszlásában és szubjektív értékelésében mutatkozó nemi különbségekre. Ezzel összefüggésben megvizsgáltuk, hogy a stresszt okozó negatív

életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatát mennyiben befolyásolja a vizsgálati személyek neme. Miután azt tapasztalhattuk, hogy a nők sokkal érzékenyebben reagálnak a stresszt okozó életeseményekre, mint a férfiak, megvizsgáltuk azt is, hogy mennyiben követnek más megküzdési módokat. Választ kerestünk arra a kérdésre is, hogy a nők inkább követnek-e érzelem-, míg a férfiak problémafókuszú megküzdést.

## 2. MÓDSZER

### 2.1. A minta leírása

A minta a Hungarostudy 2002 (HS2002), valamint a Hungarostudy 2006 (HS2006) epidemiológiai vizsgálatok folyamán felvett széles körű hazai adatbázison alapul, amelyet a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének kutatócsoportja hozott létre. A tanulmányban szereplő három elemzés közül az első és a harmadik a HS2002-es, míg a második a HS2006 vizsgálat adataira támaszkodott.

A Hungarostudy 2002 országos felmérés célja a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának felmérése, valamint a különböző egészségmutatók szociális, gazdasági és pszichológiai háttértényezőkkel való összevetése volt (Rózsa és mtsai, 2003). A felmérés a 18 év feletti magyar lakosságot érintette. A 12 668 fős minta nem, kor és lakóhely szerint reprezentatív volt. A visszautasítási ráta 17,6%-os mértéke a hasonló nemzetközi reprezentatív lakossági felmérésekhez viszonyítva alacsonynak mond-

1. táblázat. A HS2002 és a HS2006 válaszadóinak alapvető szociodemográfiai jellemzői

		HS2002	HS2006
Életkor [átlag(szórás)]		47,6 (17,9)	50,7 (16,4)
Nem (százalék)	Férfi	44,8	41,2
	Nő	55,2	58,8
	Összesen	100,0	100,0
Legmagasabb végzettség (százalék)	Kevesebb, mint 8 általános	7,6	6,9
	8 általános	22,9	23,4
	Szakmunkásképző	25,2	28,5
	Szakközépiskolai érettségi	18,1	16,7
	Gimnáziumi érettségi	12,2	11,3
	Főiskola v. egyetemi diploma	14,0	13,2
	Összesen	100,0	100,0
N		12 668	5020



ható. A résztvevők 63,2%-a, 8008 fő utánkövetéses vizsgálatra is vállalkozott.

A Hungarostudy 2006 (HS2006) epidemiológiai vizsgálatot két fázisban: 2005 és 2006 folyamán hajtották végre (Susánszky és mtsai, 2007). A 2002-ben beleegyezésüket adók összesen 91,5%-át találták meg. A megtalált személyekhez viszonyított visszautasítási arány 23,7% volt, amely bár magasabb a 2002-es felmérés során tapasztalt értéknél, még mindig kedvezőnek számított mind a hazai, mind a nemzetközi lakossági vizsgálatokhoz képest. A HS2006-os vizsgálatban részt vett továbbá 493 olyan személy, aki a 2002-es vizsgálatban nem szerepelt. Az így létrejött 5020 fős minta nem és kor szerint súlyozás révén reprezentatív volt. A minta leíró jellemzőit az 1. táblázat tartalmazza.

## 2.2. Méréseszközök

### 2.2.1. Az életesemények gyakorisága és szubjektív stresszértéke

Az eredeti Holmes-Rahe-féle Életesemény Listában (SRRS) szereplő 43 tételből (Holmes és Rahe, 1967) 30 tételt meghagyva és kiegészítve 44 további speciális életeseménnyel jelent meg a 74 tételes, Recent Life Changes Questionnaire (RLCQ) néven ismertté vált (Miller és Rahe, 1997), majd a későbbiekben 56 tételesre szűkített – a Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívben (Rahe és Tolles, 2002) szereplő – Életesemény Lista, amelyet Rózsa és munkatársai (2005) lefordítottak, hazai populációra adaptáltak és tovább rövidítettek. Így végül a HS2002 vizsgálatba az életesemények 27-tételes listája került. A megmaradt életesemények továbbra is megpróbálták lefedni mindazokat az életvitel megszokott menetét befolyásoló pozitív és negatív életeseményeket, amelyek hathatnak a vizsgálati személy fizikai, illetve pszichológiai állapotára.

A 2002-es felmérésben a vizsgálati személyeknek arra a kérdésre kellett válaszolniuk, hogy az elmúlt 5 évben megtörtént-e velük az adott életesemény. Amennyiben igen, egy 1-től 10-ig terjedő skálán súlyozniuk kellett, hogy ez mennyire érintette őket érzelmileg, ahol az 1 jelentette, hogy nagyon negatívan; a 10 pedig, hogy nagyon pozitívan. Korábbi eredményeink (Szabó, 2008) azt mutatták, hogy az egészségi és a pszichés állapot stresszel összefüggő romlásában csak a negatív életesemények vesznek részt, ezért a továbbiakban a 27 tételből csak a feltételezhetően negatív 19 életeseményt vizsgáltuk.

### 2.2.2. Az életeseemények összstresszértéke

Az életeseeményekben mért stressz és a betegségek kapcsolatának vizsgálatához először egy életeseemény-mutatót képeztünk. A HS2006-os vizsgálatba a 2002-es eredmények alapján hatásukat tekintve legfontosabbnak ítélt 17 életeseemény került. Tekintettel arra, hogy 2002-ben az elmúlt 5 év életeseeményeire kérdeztünk rá, a 2006-os adatoknál azonban el tudtuk különíteni az elmúlt 1 év életeseeményeit, az életeseeményekben mért stressz és a betegségek kapcsolatának vizsgálatában a 2006-os felmérésben szereplő 5020 személy adataira támaszkodtunk. Indokoltnak tűnt ez a megoldás azért is, mert számos tanulmány számol be arról, hogy a betegséggel összefüggésben döntően a betegséget megelőző év életeseeményei számítanak (Dobson és mtsai, 2005).

Korábbi vizsgálataink alapján (Szabó, 2008) kiderült továbbá, hogy a betegség esélyét csak a negatív életeseemények növelik, a pozitív életeseeményeket a személyek inkább kihívásként, mintsem traumaként élik meg. Így a stressz mérésére a HS2006-ban szereplő 17 életeseemény közül a 8 negatív életeseeményt használtuk fel. Ugyanebben a tanulmányban mutatuk ki, hogy a stressz mérésére nemcsak a Rahe és munkatársai által alkalmazott, az életeseemények ún. LCU-értékekkel (Life Change Unit) súlyozott összege alkalmas, hanem a negatív életeseemény darabszáma ugyanolyan jó előre jelzője lehet a sérülékenységeknek. Ezért életeseemény-mutatónak a 8 negatív életeseemény darabszámának dichotomizált változatát használtuk. A negatív életeseeményt az elmúlt évben át nem élt személyeket (85,9%) állítottuk szembe a legalább egy negatív életeseeményt átélt személyekkel (14,1%).

### 2.2.3. Betegségcsoportok

A HS2006-ban 16 betegségre kérdeztünk rá. A vizsgálati személyeknek válaszolniuk kellett arra, hogy kezelték-e őket az elmúlt 3 évben, illetve az elmúlt 1 évben járó vagy fekvő betegként. Tekintettel arra, hogy az életeseemények és a betegségek egymást kölcsönösen befolyásoló hatását nem tudjuk teljes mértékben szétválasztani, törekedtünk arra, hogy a betegségek életeseeményekre gyakorolt hatását a lehetőségekhez képest minél jobban kiszűrjük, így a betegségekkel kapcsolatban csak az elmúlt 1 évre vonatkozó adatokat elemeztük. 3 betegségcsoport: a szív- és érrendszeri betegségek, a daganatos betegségek és a pszichiátriai betegségek részletesen is lekérdezésre kerültek. Az egyes alkategóriák alacsony elemszáma miatt azonban az ezekre vonatkozó részletes elemzések nem hoztak statisztikailag megbízható eredményeket. Így a továbbiakban e vizsgálatok eredményétől eltekintünk. Hasonló megfontolásból néhány betegségcsoport előfordulását együtt tárgyaljuk. Így végül 9 betegségcsoport elemzésére



szorítkozunk, amelyek a következők: 1. pszichiátriai betegségek; 2. vesebetegségek; 3. cukorbetegség; 4. daganatos betegségek; 5. májbetegség; 6. gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor- és bélrendszeri betegség; 7. reuma vagy más izom- és csontrendszeri betegség; 8. szív- és érrendszeri betegség, agyérbetegség, magas vérnyomás; 9. allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség.

#### 2.2.4. Megküzdés

Míg Lazarus és Folkman 1984-es, 100 fős mintán végzett faktoranalízise 7 független (1 probléma- és 6 érzelemfókuszú) faktort különített el, addig későbbi munkáikban 8 (Folkman és mtsai, 1986), illetve 6 faktort találtak (Folkman és Lazarus, 1988). Problémafókuszú megküzdésnek tartották a tervszerű problémamegoldást és a konfrontatív megküzdést, míg érzelemfókuszúnak a távolítást, az önkontrollt, a felelősségvállalást és a menekülés-elkerülést.

Hazai mintán az 1988-as, 66 tételes Konfliktusmegoldó Kérdőív Frecska Ede által adaptált változata 8 dimenziót eredményezett, míg az ezek alapján rövidített 22 tételes változat 7 faktorba rendeződött (Kopp és Skrabski, 1992). A kérdőív 16-tételes, továbbrövidített változata a HS2002 12 668 fős mintáján tesztelve 4 értelmezhető faktort eredményezett. A problémafókuszúnak számító problémaelemzés faktor mellett 3 érzelemfókuszú faktort sikerült elkülöníteni: a kognitív átstrukturálást, a feszültségredukciót és a passzív megküzdést. A Cronbach-alfák rendre 0,50; 0,74; 0,41 és 0,30 voltak (Rózsa és munkatársai, 2008). A problémaelemzés faktora olyan tételeket tartalmazott, mint a „Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértem” vagy az „Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot”. A kognitív átstrukturálás jellemző tételei voltak a „Próbáltam humorosan felfogni helyzetet”. vagy az „Igyekeztem a dolgot a másik személy szempontjából nézni”. A feszültségredukció olyan megoldásokat tartalmazott, mint az „Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni, szabadságra menni”. vagy a „Másokon vezettettem le a feszültséget”. Végül a passzív megküzdés tételei az „Imádkoztam” és a „Nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam” voltak.

### 2.3. Statisztikai módszerek

#### 2.3.1. Az életesemények gyakorisága és szubjektív értékelése

Első lépésként bemutatjuk a HS2002-ben lekérdezett 19 negatív életesemény előfordulási gyakoriságait, valamint szubjektív értékelései közül azokat, ahol szignifikáns eltérést tapasztaltunk a nemek között. Kiszámítottuk

továbbá a vizsgálati személyek által 1998 és 2002 között átélt összes negatív életesemény számát, valamint az életeseményekre adott szubjektív értékek személyenkénti összegét. A két nem összehasonlítását független-mintás t-próbával hajtottuk végre.

### *2.3.2. A stressz betegségkockázat-növelő hatásának nemi különbségei*

Először a betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásait az 1 éven belül megtörtént negatív életesemények alacsony, illetve magas értékeivel vetettük össze, majd megvizsgáltuk, hogy a vizsgálati személy neme miképpen befolyásolja ezt a hatást. A kapcsolatot logisztikus regresszióval teszteltük, ahol a függő változó az adott betegség előfordulásának dichotóm változója volt. A logisztikus regresszió számításakor a korral, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás érdekében minden esetben először ezeket a változókat, majd a megtörtént negatív életesemények dichotomizált változóját, végül a nemet vontuk be a modellbe. Az eredmények bemutatásánál csak a kontrollálás után megmaradt, az életesemények magas számának alacsonyhoz viszonyított esélyhányadosait, valamint a nem hatását (a nőknek a férfiakhoz mért esélyhányadosait) és ezek szignifikanciáját jelentettük meg.

### *2.3.3. A megküzdés nemi különbségei*

A hazai mintára adaptált Konfliktusmegoldó Kérdőív faktorait az összehasonlíthatóság kedvéért 0–100-as skálára transzformáltuk. A 4 faktor nemenkénti összehasonlítását független-mintás t-próbával végeztük el. Tekintettel arra, hogy a megküzdés értékeit befolyásolhatják a különböző szocio-demográfiai jellemzők, ezért a következőkben a 4 faktor dichotomizált változatát logisztikus regresszióelemzésnek vetettük alá. Függő változónak az egyes faktorokat választottuk. A logisztikus regresszió számításakor a korral, a végzettséggel és a szocioökonómiai státussal való kontrollálás érdekében minden esetben először ezeket a változókat, majd a megtörtént negatív életesemények dichotomizált változóját, végül a nemet vontuk be a modellbe.

## **3. EREDMÉNYEK**

### **3.1. Az életesemények gyakorisága és szubjektív értékelése**

A két nem összehasonlító táblázatából látható (2. táblázat), hogy 1998 és 2002 között a nők gyakrabban éltek át a házastárssal, illetve a közeli hozzátartozókkal kapcsolatos negatív életeseményeket, mint a férfiak, akik inkább a munka és az anyagi helyzettel összefüggő életeseményekkel talál-

2. táblázat. A negatív életesemények nemek szerinti gyakorisági eloszlása  
1998 és 2002 között

Életesemények	2002 gyakoriság		Hányszor gyakrabban fordult elő	
	Férfi	Nő	a nők	a férfiak
	százalék	százalék	körülményben, mint a másik nem esetében	
Házastárs vagy élettárs halála	2,2	6,0	2,7	0,4
Változás következett be a házasság- vagy élettársával való kapcsolatában	7,9	9,5	1,2	0,8
Házastárs vagy élettárs elköltözése	4,1	4,8	1,2	0,8
Közeli hozzátartozó egészségének romlása	33,2	37,1	1,1	0,9
Anyagi helyzet romlása	33,2	35,6	1,1	0,9
Közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála	33,0	35,1	1,1	0,9
Nyugdíjba vonult	10,1	8,7	0,9	1,2
Lényeges változás történt a munkakörülményeiben	39,5	32,1	0,8	1,2
Személyes tulajdonának elvesztése vagy károsodása	11,1	8,5	0,8	1,3
Iskolát vagy munkahelyet változtatott	20,3	15,3	0,8	1,3
Elvesztette munkáját	16,6	12,0	0,7	1,4
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	16,2	10,7	0,7	1,5
Közeli barátja meghalt	13,1	7,8	0,6	1,7
Összes megtörtént negatív életesemény száma	2,8	2,7	1,0	1,0

Megjegyzés. Az életesemények gyakorisági táblázatában csak azokat a negatív életeseményeket jelenítettük meg, ahol szignifikáns ( $p < 0,05$ ) eltérés mutatkozott a két nem között.  $N = 12\,668$ .

koztak többször: a nők 2,7-szer gyakrabban élik meg, hogy elveszítik házastársukat, míg a férfiaknál a munkával és anyagi helyzettel összefüggő életesemények 1,2–1,7-szer gyakrabban fordulnak elő.

Az 1998 és 2002 között előforduló negatív életesemények szubjektív megítélésével kapcsolatos eredmények (3. táblázat) alapján levonhatjuk azt a következtetést, hogy a negatív életesemények többségét a férfiak és a nők hasonlóan ítélték meg. A táblázatban az alacsonyabb értékek jelölik a súlyosabbnak, negatívabbnak ítélt életeseményeket. Látható, hogy a nyugdíjba vonulás súlyosabban érintette a férfiakat, míg a közeli hozzátartozó egészségének romlása, illetve halála a nők számára jelentett nagyobb

3. táblázat. Az 1998 és 2002 között előforduló negatív életesemények nemek szerinti szubjektív megítélése

Életesemények	2002-es szubjektív értékelés (1–10)		A másik nemnél mennyivel ítélték negatívabban a hatását	
	férfi	nő	a nők	a férfiak
Változás következett be a házas- vagy élettársával való kapcsolatában	5,3	4,7	0,57	–0,57
Közeli hozzátartozó egészségének romlása	2,2	2,0	0,27	–0,27
Munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	3,2	2,9	0,25	–0,25
Közeli hozzátartozó (nem házastárs) halála	2,0	1,9	0,14	–0,14
Nyugdíjba vonult	4,6	5,1	–0,54	0,54
A megtörtént negatív életesemények szubjektív értékelésének összege	9,5	8,5	0,92	–0,92

Megjegyzés. Csak azokat a negatív életeseményeket jelenítettük meg, ahol szignifikáns ( $p < 0,05$ ) eltérés mutatkozott a két nem között.  $N = 12\ 668$ .

stresszt. Érdekes jelenség, hogy az előzetes várakozásokkal ellentétben a munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondokat is a nők élték meg nehezebben. A nem feltétlen negatív életeseménynek számító házas- vagy élettársal való kapcsolatban bekövetkező változásokat szintén a nők tartották kedvezőtlenebbnek. Ahogy a táblázatban látható, az életesemények szubjektív megítélésében mutatkozó szignifikáns különbségek a használt 1–10-es skálán 0,14 és 0,92 közötti értékeket mutattak.

### 3.2. A stressz betegségkockázat-növelő hatásának nemi különbségei

Jelen tanulmányban arra voltunk kíváncsiak, hogy a nem mennyiben befolyásolja az életesemények hatását. A negatív életesemények és a különböző krónikus betegségek kapcsolatát, amelyet a 4. táblázat első két oszlopa tartalmaz, már korábbi vizsgálataink (Szabó és mtsai, megjelenés alatt) alátámasztották. Mostani eredményeink alapján (4. táblázat) inkább azt a jelenséget szeretnénk hangsúlyozni, hogy a vesebetegség, a cukorbetegség

4. táblázat. A nem hatása az egy év alatt bekövetkezett negatív életesemények és a krónikus betegségek kapcsolatára 2006-ban

Betegségek / elmúlt 1 év / (2006)	Negatív életesemények		Nemi hatás	
	Szign.	Esély-hányados	Szign.	Esély-hányados
Pszichiátriai betegség	<0,001	2,0	<0,001	3,1
Vesebetegség	0,027	1,6	0,142	1,3
Cukorbetegség	0,075	1,4	0,052	1,3
Daganatos betegség	0,068	1,6	<0,001	2,1
Májbetegség	0,014	2,0	0,843	1,0
Gyomorfekély, nyombélfekély, más gyomor-, bélrendszeri betegség	<0,001	1,8	0,001	1,5
Reuma, más izom- és csontrendszeri betegség	<0,001	1,5	<0,001	1,7
Szív- és érrendszeri betegség, agyérbetegség, magas vérnyomás	<0,001	1,5	<0,001	1,5
Allergiás betegség, asztma, más légzőszervi betegség	0,002	1,5	<0,001	1,8

N = 5020.

és a májbetegség kivételével, ahol nem kaptunk szignifikáns eredményeket, minden krónikus betegségcsoportnál a nők érzékenyebbek a negatív életeseményre. Azaz ugyanolyan mértékű negatív életesemény hatására a nők nagyobb valószínűséggel lesznek betegek.

### 3.3. A megküzdés nemi különbségei

Az 5. táblázat alapján látható, hogy a t-próba, valamint a korral, végzettséggel és szocioökonómiai státussal korrigált logisztikus regresszió eredményei is nemi különbségeket mutatnak mind a 4 megküzdési dimenzióban. Egyértelműen állítható, hogy mindkét nemre a problémaelemzés és a kognitív átstrukturálás a legjellemzőbb, a férfiak azonban a nőkhöz képest gyakrabban használják a kognitív átstrukturálást és a feszültségredukciót, míg a nőkre jellemzőbb a problémaelemzés és a passzív megküzdés. Az összesített mutatókat tekintve láthatjuk, hogy a nők mind a problémafókuszú, mind az érzelemfókuszú megküzdési módot gyakrabban használják.

5. táblázat. Nemi különbségek a megküzdési módok használatában 2002-ben

Megküzdési mód	Pearson-féle t-próba			Logisztikus regresszió		
	Férfi	Nő	Szign.	Nem hatása szign.	Esélyhányados	
					Nők	Férfiak
Problémaelemzés	43,7	45,9	<0,001	<0,001	1,278	0,782
Kognitív átstrukturálás	40,0	37,4	<0,001	<0,001	0,836	1,196
Feszültségredukció	14,1	12,3	<0,001	<0,001	0,952	1,050
Passzív megküzdés	13,1	27,1	<0,001	<0,001	2,973	0,336
Problémafókuszú	43,7	45,9	<0,001	<0,001	1,278	0,782
Érzelemfókuszú	22,4	25,5	<0,001	<0,001	1,480	0,675

N = 12 668.

## 4. MEGBESZÉLÉS

### 4.1. Az életesemények gyakorisága és szubjektív értékelése

A két nem közötti legfontosabb különbség életesemények tekintetében, hogy a házastársa vagy élettárs halála feltűnően magasabb arányban fordul elő a nők körében. Ez az összefüggés arra az ismert tényre vezethető vissza, hogy a nők átlagéletkora Magyarországon 8 évvel magasabb, mint a férfiaké. 2002-ben Magyarországon a nők várható átlagos élettartama 76,7, míg a férfiaké 68,3 év volt (Központi Statisztikai Hivatal, 2010a,b). Ezt a nemzetközi viszonylatban is tartósan fennálló jelenséget az idősödés elnöiesedésének hívják (WHO, 1999). Ugyanezen okokra vezethető vissza, hogy a közeli barát halála a férfiaknál gyakoribb.

Jelentős férfi túlsúly jelentkezett még a munkahelyi és az anyagi problémák területén, úgy mint a munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok, a munkahely elvesztése, az iskola vagy munkahely változtatása és a személyes tulajdon elvesztése vagy károsodása életeseményeknél. Figyelembe kell vennünk ugyanakkor, hogy 2002-ben Magyarországon a foglalkoztatottak száma a férfiaknál 2112,5, míg a nőknél 1758,1 ezer fő volt (Központi Statisztikai Hivatal, 2009). Vagyis ez a jelenség a hagyományos nemi szerepekből adódik, ahol a karrierépítés, az anyagi biztonság megteremtése, ha nem is teljes mértékben, de még mindig inkább a férfiak feladata. Ez azt jelenti, hogy a munka és az anyagiak területén jelentkező stressz férfi túlsúlya alapvetően nem a két nem eltérő személyiségéből, megküzdési módjából fakad, hanem a társadalmi szinten betöltött szerepek eltéréséből, amivel Rosario és munkatársai (1998) által képviselt szerepkényszer-hipotézist támasztottuk alá.

A lista közepén szereplő életesemények (a házas- vagy élettárssal való



kapcsolatban bekövetkező változások, a házastárs vagy élettárs elköltöztése, a közeli hozzátartozó egészségének romlása, az anyagi helyzet romlása, a közeli hozzátartozó halála, a nyugdíjba vonulás és a munkakörülményekben bekövetkező lényeges változás) bár szignifikáns eltérést mutattak a két nem között, tekintetbe véve azonban a minta nagyságát, ezek kevésbé markánsak, mint a lista két végén álló, 1,2-szeresnél nagyobb arányú eltérések (a házastárs vagy élettárs halála, a személyes tulajdon elvesztése vagy károsodása, az iskola- vagy munkahelyváltozás, a munka elvesztése, a munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok és a közeli barát halála).

Összességében tehát más-más területen élnek meg több negatív életeseményt a nők és a férfiak, de nincs jelentős különbség az összes életesemény mennyiségében a két nem között. Ezek az eredmények összecsengenek Matud (2004) vizsgálatának következtetéseivel, aki szerint a férfiak és a nők között nem az életesemények számában, hanem az érintett területekben van különbség.

Eltérés tapasztalható azonban a két nem által átélt negatív életesemények szubjektív megélésében: a nők az 1–10-es skálán átlagosan majdnem 1 egész ponttal rosszabbnak ítélik ezek hatását. Az egyes negatív életesemények szubjektív megítélésének nemi különbségei közül a legmarkánsabbak, hogy a nőket jobban megterheli a házas- vagy élettárssal való kapcsolatban bekövetkező változás, míg a férfiakat a nyugdíjba vonulás. Ezzel a vizsgálattal Dalgard és munkatársai (2006), You és Conner (2009), valamint Kendler és munkatársai (2001) idevonatkozó eredményeit támasztottuk alá, akik szerint a nők sérülékenyebbek a stresszel szemben, és inkább a személyes kapcsolatokban bekövetkező negatív változások érintik őket, míg a férfiakat a munka területén jelentkező problémák viselik meg jobban.

#### **4.2. A stressz betegségkockázat-növelő hatásának nemi különbségei**

A különböző betegségek 2006-hoz képest 1 éven belüli előfordulásai és az 1 éven belül megtörtént életesemények kapcsolatát vizsgálva azt találtuk, hogy bár különböző mértékben, de minden betegségcsoportra nézve szignifikáns pozitív kapcsolat áll fenn. Az ok-okozat irányára vonatkozó kérdést – vagyis hogy a megemelkedett stressz-szint növeli-e a betegség kockázatát vagy a betegség, illetve annak kialakulási folyamata okoz-e több stresszt okozó életeseményt – a jelen vizsgálatból nem tudjuk eldönteni. Tudniillik abból, hogy az elmúlt 1 évben kezelés alatt állt, nem tudjuk, hogy mióta beteg, és hogy mikor jelentkeztek először a tünetek. Előfordulhat ugyanis, hogy a vizsgálati személyt már régóta kezelik, csak mi

éppen most kérdeztük meg ezzel kapcsolatban. Ha még sikerülne is kiszűrni azonban azokat a személyeket, akiket régebb óta kezelnek, akkor sem tudnánk az ok-okozat irányára biztos állítást megfogalmazni, hiszen előfordulhat, hogy egy-egy betegség kialakulása lassabb folyamat, és a betegség korai stádiumában akár orvosi értelemben nem jelentkező tünetek okozzák a negatív életesemények megnövekedett számát. Végül nem zárható ki egyik esetben sem, hogy a betegség kialakulása és a negatív életesemények megnövekedett száma egymást kölcsönösen erősítő folyamatok, valamint hogy mindkét tényező egy nem vizsgált, további változó hatása alatt áll.

Bár a fenti eredmények ismeretében nem lehet eldönteni, hogy melyik interpretáció a helyes, az egyik lehetséges magyarázat, hogy a megnövekedett stressz több krónikus betegség kockázatát is növeli, s ez egybeesik a stresszkutatás számos korábbi vizsgálatával (Bockelbrink és mtsai, 2006; Cai és mtsai, 2002; Cutolo és Straub, 2006; Faravelli és mtsai, 2007; Holmes és Rahe, 1967; Kriegerbaum és Christensen, 2008; Kune és mtsai, 1991; Najem és mtsai, 1997; Tao és mtsai, 2004). Selye János stresszkonceptiója is illeszkedik a fenti eredményekhez, aki különválasztja a stresszre adott, betegségre jellemző specifikus válaszokat egy ún. nonspecifikus generalizált választól. Elmélete szerint a hosszan tartó, krónikus stressznek betegségkockázat-növelő hatása van (1936, 1969). Annak alapján, hogy szinte minden betegségcsoportnál szignifikáns összefüggést kaptunk, úgy tűnik, hogy a stressz egyfajta generalizált betegségkockázati faktorként működik. Ugyanennek a magyarázatnak találjuk meg a fiziológiai hátterét a pszichoneuroimmunológiai megközelítésben, amely a krónikus stressz egyik legalapvetőbb hatását az immunrendszer kimerülésében látja. Ennek következtében a szervezet védekező rendszere legyengül és a személyt sérülékenyebbé teszi számos, a klasszikus pszichoszomatikus kórkép közé tartozó krónikus betegségre (Lázár, 2005).

Könnyebb a helyzetünk a nemi különbségek értékelésénél, ugyanis a vizsgálati személy neme független változónak minősül. Mindazoknál a krónikus betegségeknél, ahol szignifikáns összefüggést találtunk, a nők nagyobb sérülékenységet mutattak ki. A legerősebb különbséget a pszichiátriai betegségek esetében látjuk. Ennél a betegségcsoportnál még hangsúlyozottabban kell figyelembe vennünk azonban azt a korlátozó tényezőt, amely egyébként az összes többi betegségcsoportnál is fennállhat, hogy a nők és a férfiak az egyes betegségek tüneteinek jelentkezése esetén nem ugyanolyan arányban fordulnak orvoshoz. Levonható mindazonáltal az a következtetés, hogy a stresszt okozó negatív életesemények számos krónikus betegség esetén a nőknél jobban megnövelik a betegség kialakulásának kockázatát. Alátámasztja ezt az elképzelést Schmaus (2008) kutató-

sa is, aki fiziológiai és pszichológiai markerekkel bizonyította a nők fokozott érzékenységet a stresszre: jobban emelkedik a szívritmusuk, és erősebb negatív érzelmi reakciókat adnak, mint a férfiak.

### **4.3. A megküzdés nemi különbségei**

A megküzdési módok nemi különbségei hazai mintán számos ponton jól illeszkednek az eddigi nemzetközi kutatásokhoz. Tamres és munkatársai (2002) eredményeihez hasonlóan azt találtuk, hogy a nők az érzelemfókuszú és a problémafókuszú viselkedéssel is nagyobb arányban élnek. Azt tapasztaltuk továbbá, hogy viszonylagosan mind a férfiaknál, mind a nőknél a problémaközpontú megküzdés a leggyakoribb.

A nemi különbségek leginkább az érzelemfókuszú megküzdésen belüli eltérésekben érhetők tetten. A kognitív átstrukturálásra és a feszültség-redukcióra a férfiak hajlanak jobban, míg a passzív megküzdésre a nők. Vagyis érzelemfókuszú megküzdés választása esetén a nők inkább az elkerülő magatartást választják: imádkoznak, illetve nyugtatók vagy gyógyszereszedésével próbálkoznak. Így a jelen tanulmány is abba a sorozatba illeszkedik, amelyek cáfolják a hagyományos sztereotip nézőpontot, miszerint a férfiak inkább problémamegoldó, racionális, míg a nők inkább érzelemfókuszú megküzdéssel élnének a stresszt okozó élethelyzetekben.

### **4.4. Összegzés**

Eredményeink alapján megállapítható, hogy bár összességében a nők nem találkoznak több negatív életeseménnyel, fokozottabb fiziológiai és pszichológiai válaszokat adnak, valamint szubjektíve nehezebben élik meg ezeket. Ez a sérülékenységet érhető tetten abban a jelenségben is, hogy stressz hatására a nőknél jobban megnő a krónikus betegségek kockázata. Jelen tanulmányban kísérletet tettünk továbbá arra, hogy ezt a sérülékenységet a megküzdési módok nemi eltéréseiben keressük. Annyi bizonyos, hogy a nők az érzelemfókuszú megküzdésen belül más módokat preferálnak, megdőlni látszik azonban az a sztereotip kép, hogy a férfiak élnének inkább a racionális, problémafókuszú copinggal. További vizsgálatokat igényel annak megállapítása, hogy a stresszkezelésben és a megküzdésben tapasztalható nemi különbségek hátterében milyen személyiségfejlődésbeli, valamint szociális szerepekben megjelenő különbségek állnak.

## IRODALOM

- Balog P., Dégi L.Cs., Szabó G., Susánszky A., Stauder A., Székely A., Falger, P., Kopp M. (2010): Magas vérnyomás vagy depresszió? Rossz házasságban másképp betegek a férfiak és másképp a nők. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11 (4): 313–333.
- Balog P., Janszky I., Leineweberb, C., Blom, M., Wamala, S.P., Orth-Gomér, K. (2003): Depressive symptoms in relation to marital and work stress in women with and without coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 113–119.
- Bockelbrink, A., Heinrich, J., Schaefer, I., Zutavern, A., Borte, M., Herbarth, O., Schaaf, B., von Berg, A., Schaefer, T. (LISA Study Group) (2006): Atopic eczema in children: another harmful sequel of divorce. *Allergy*, 61 (12): 1397–1402.
- Brown, G.W., Harris, T.O. (1978): *Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorder in Women*. Tavistock Publications, London
- Cai, T., Gong, Y., Gao, B., Dai, X., Yao, S., Chen, M., Luo, W., Tang, W. (2002): The role of life events in the onset of type 2 diabetes mellitus: The outcomes of 4-year follow-up survey. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 10 (4): 249–251.
- Cuffe, S.P., McKeown, R.E., Addy, C.L., Garrison, C.Z. (2005): Family and psychosocial risk factors in a longitudinal epidemiological study of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44: 121–129.
- Cutolo, M., Straub, R.H. (2006): Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Neuroimmunomodulation*, 13: 277–282.
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., Dunn, G. (2006): Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41: 444–451.
- Dobson, A., Smith, N., Panchana, N. (2005): Some problems with life event lists and health outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (3): 199–205.
- Erikson, E.H. (2002): *Gyermekkor és társadalom*. Osiris, Budapest (Eredeti mű megjelenési éve: 1950)
- Eysenck, H.J. (1967): *The biological basis of personality*. Charles C. Thomas, Springfield
- Faravelli, C., Catena, M., Scarpato, A., Ricca, V. (2007): Epidemiology of life events: Life events and psychiatric disorders in the Sesto Fiorentino Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76: 361–368.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1980): An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3): 219–239.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1988): *Manual for the Ways of Coping questionnaire* [Research Edition]. Consulting Psychologists, Palo Alto
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., Gruen, R.J. (1986): Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5): 992–1003.
- Franko, D.L., Striegel-Moore, R.H., Brox, K.M., Barton, B.A., McMahon, R.P., Schreiber, G.B., Crawford, P.B., Daniels, S.R. (2004): Expanding our understanding of the relationship between negative life events and depressive symptoms in black and white adolescent girls. *Psychological Medicine*, 34: 1319–1330.
- Freud, S. (2006): *Bevezetés a pszichoanalízisbe. Libidófejlődés és nemi megszerveződések (organizációk)*. Gabo Kiadó, Budapest, 262–277. (A mű Freud 1916–1917 telén tartott előadásainak a szövegét tartalmazza.)

- Hajnal Á. (2006): A szülők válásának hatása a gyermekek életminőségére serdülőkorban. In: Kopp M., Kovács M.E. (szerk.). *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 245–252.
- Holmes, T.H., Rahe, R.H. (1967): The social adjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213–218.
- Horney, K. (1939): *New way in psychoanalysis*. Norton, New York
- Jung, C.G. (1960): *The structure and dynamics of the psyche*. Collected works (Vol. 8). Princeton University Press, Princeton (Eredeti mű megjelenési éve: 1926)
- Kendler, K.S., Thornton, L.M., Prescott, C.A. (2001): Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal of Psychiatry*, 158: 587–593.
- Kimura, D. (1994): Body asymmetry and intellectual pattern. *Personality and Individual Differences*, 17 (1): 53–60.
- Kopp M., Skrabski Á. (1992): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Alapítvány, Budapest
- Központi Statisztikai Hivatal (2009): *A foglalkoztatottak száma korcsoportok szerint, nemeként (1998–)*. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_qlf006b.html?66](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlf006b.html?66) (Letöltve: 2010. IX. 8.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2010a): *Születéskor várható átlagos élettartam – nők (2000–)*. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_int010.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int010.html) (Letöltve: 2010. IX. 8.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2010b): *Születéskor várható átlagos élettartam – férfiak (2000–)*. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_int009.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int009.html) (Letöltve: 2010. IX. 8.)
- Kriegbaum, M., Christensen, U. (2008): Job loss and broken partnerships: do the number of stressful life events influence the risk of ischemic heart disease in men? *Annals of Epidemiology*, 18: 743–745.
- Kune, S., Kune, G.A., Watson, L.F., Rahe, R.H. (1991): Recent life change and large bowel cancer. Data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44 (1): 57–68.
- Lázár I. (2005): A gyakorlati pszichoimmunológia. Immunrendszeri megbetegedések. In: Kopp M., Berghammer R. (szerk.): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 388–413.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York
- Lilienfeld, S.O. (1992): The association between antisocial personality and somatization disorders: A review and integration of theoretical models. *Clinical Psychology Review*, 12 (6): 641–662.
- Lilienfeld, S.O., van Volkenburg, C., Larntz, K., Akiskal, H.S. (1986): The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *American Journal of Psychiatry*, 143 (6): 718–722.
- Matud, M.P. (2004): Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37: 1401–1415.
- McGlone, J. (1980): Sex differences in human brain asymmetry: a critical survey. *Behavioral and Brain Sciences*, 3: 215–227.
- Miller, M.A., Rahe, R.H. (1997): Life changes scaling for the 1990s. *Journal of Psychosomatic Research*, 43 (3): 279–292.
- Moser, J.S., Hajcak, G., Simons, R.F., Foa, E.B. (2007): Posttraumatic stress disorder symptoms in trauma-exposed college students: The role of trauma-related cognitions, gender, and negative affect. *Journal of Anxiety Disorders*, 21: 1039–1049.



- Najem, R., Seebode, J.J., Samady, A.J., Feuerman, M., Friedman, L. (1997): Stressful life events and risk of symptomatic kidney stones. *International Journal of Epidemiology*, 26 (5): 1017–1023.
- Newcomb, N., Bandura, M.M., Taylor, D.G. (1983): Sex differences in spatial ability and spatial activities. *Sex Roles*, 9 (3): 377–386.
- Rahe, R.H., Tolles, R.L. (2002). The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management*, 9 (2): 61–70.
- Rosario, M., Shinn, M., Morch, H., Huckabee, C.B. (1988): Gender differences in coping and social supports: Testing socialization and role constraint theories. *Journal of Community Psychology*, 16: 55–69.
- Rózsa S., Kő N., Csoboth Cs., Purebl Gy., Beöthy-Molnár A., Szebik I., Berghammer R., Réthelyi J., Skrabski Á., Kopp M. (2005): Stressz és megküzdés. A Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívvel szerzett hazai eredmények ismertetése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6: 275–294.
- Rózsa S., Purebl Gy., Susánszky É., Kő N., Szádóczky E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M. (2008): A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9: 217–241.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83–94.
- Sanders, G., Ross-Field, L. (1986): Sexual orientation and visuo-spatial ability. *Brain & Cognition*, 5 (3): 280–290.
- Schmaus, B.J., Laubmeier, K.K., Boquiren, V.M., Herzer, M., Zakowski, S.G. (2008): Gender and stress: Differential psychophysiological reactivity to stress reexposure in the laboratory. *International Journal of Psychophysiology*, 69: 101–106.
- Selye J. (1969): *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 102–123.
- Selye, H. (1936): A syndrome produced by diverse noxious agent. *Nature*, 138: 32–45.
- Susánszky É., Székely A., Szabó G., Szántó Zs., Konkoly Thege B., Kopp M. (2007): A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8: 259–276.
- Szabó G. (2008): Az esélyteremtés szintjei – életeseemények, stressz és egészségi állapot. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 477–485.
- Szabó G., Szántó Zs., Susánszky É., Kopp M. (megjelenés alatt): The relationship between life events, stress and chronic health conditions. *Stress and Health*
- Tamres, L.K., Janicki, D., Helgeson, V.S. (2002): Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality & Social Psychology Review*, 6: 2–30.
- Tao, J.S., Han, M.F., He, O.Y. (2004): Correlation of cerebral ischemic stroke with life events. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 8 (4): 606–607.
- Waber, D.P. (1976): Sex differences in cognition: a function of maturation rate? *Science*, 192 (4239): 572–574.
- Weissman, M.M., Neria, Y., Das, A., Feder, A., Blanco, C., Lantigua, R., Shea, S., Gross, R., Gameroff, M.J., Pilowsky, D., Olfson, M. (2005): Gender differences in posttraumatic stress disorder among primary care patients after the World Trade Center attack of September 11, 2001. *Gender Medicine*, 2: 76–87.



WHO (1999): *Ageing: Exploding the myth*. World Health Organisation, Geneva  
You, S., Conner, K.R. (2009): Stressful life events and depressive symptoms: influences of gender, event severity, and depression history. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197: 829–833.

Köszönetnyilvánítás: A kutatást az OTKA (K-73754/08) és az Egészségügyi Tudományos Tanács (100/2006) támogatta.

SZABÓ, GÁBOR – SZÁNTÓ, ZSUZSA –  
BALOG, PIROSKA – KOPP, MÁRIA

## GENDER DIFFERENCES OF LIFE EVENTS, STRESS, AND COPING

Our study reports gender differences in life events, stress, and coping based on a Hungarian nationwide epidemiological survey: the Hungarostudy 2002 (HS2002, N=12 668) and the Hungarostudy 2006 (HS2006, N=5020). The study contains three analyses. The first one focused on the gender differences in the frequency of negative life events and their subjective appraisal. The second one explores how gender influences the relationship between life events and chronic illness. The third one studies the gender differences in coping. Our results show that women do not experience more negative life events than men but give stronger response to stress and they assess the same events as worse comparing to men. This increased vulnerability may also be the cause the phenomenon that stress results in a greater risk of some chronic illness among women (psychiatric illness, OR = 3.1; cancer; OR = 2.1). In coping, we found differences only in the coping method within emotion-focused coping strategies, on the other hand, our data do not support the stereotype that men use more rational, problem-focused coping strategies than women.

**Keywords:** life events, stress, coping, gender differences