

A házastársi, élettársi és elvált családi állapot összefüggései a mentális egészséggel

KOVÁCS ÉVA^{1,2*} – BALOG PIROSKA¹ –
MÉSZÁROS ESZTER¹ – KOPP MÁRIA¹

¹Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Wesley János Lelkészképző Főiskola, Szociális Munka Tanszék, Budapest

(Beérkezett: 2012. február 4.; elfogadva: 2013. június 11.)

Elméleti háttér: A mentális egészséggel kapcsolatos kutatásokban a családi állapot gyakran kontrollváltozóként szerepel. Ez azt mutatja, hogy a pszichés egészség függ attól a családi státustól, ami a mindennapi élet egyik keretét adja. A családi állapot és főleg a párkapcsolat minősége szerepet játszik a pszichés jóllét alakulásában. *Cél:* Tanulmányunkban a családi állapot (házas, élettársi kapcsolatban élő, elvált) és a mentális egészségi állapot összefüggéseit vizsgáljuk a Hungarostudy 2006 keresztmetszeti mintáján. Összesen 3293 fő adatait elemezzük. *Módszerek:* A házastársi és az élettársi kapcsolatban élők csoportját a Rövidített Stockholm Házastársi Stressz Skála segítségével magas és alacsony házastársi stresszel jellemezhető csoportokra bontottuk, annak érdekében, hogy megnézzük, vajon a házastársi/élettársi kapcsolat minősége befolyásolja-e a mentális egészségi állapotot. A mentális egészség mutatóiként a szubjektív jóllét és a társas stressz szintjét, a depressziós és szorongásos tüneteket, illetve az öngyilkossági gondolatok meglétét vizsgáltuk. *Eredmények:* Vizsgálatunk szerint a legjobb pszichés egészségmutatók a jó házasságban és jó élettársi kapcsolatban élőknek vannak. E csoportoknak szignifikánsan jobb az általános pszichés állapotuk, kevésbé depressziósak, kevésbé szoronganak, alacsonyabb a társasstressz-szintjük, és kevesebbszer merül föl körükben az öngyilkosság gondolata. Ezzel szemben a rossz házasságban és rossz élettársi kapcsolatban élőknek a legrosszabbak a pszichés egészségmutatóik. *Következtetések:* A jó minőségű házastársi/élettársi kapcsolat fontos szerepet tölthet be a mentális egészség megőrzésében.

Kulcsszavak: családi állapot, mentális egészségi állapot, házastársi/élettársi kapcsolat minősége, stressz

* Levelező szerző: Kovács Éva, 1086 Budapest, Dankó u. 9–11.
E-mail: skovieva@t-online.hu

Bevezetés

1.1. A házasság

Az utóbbi fél évszázadban a világ számos országában, így hazánkban is felerősödtek azok a demográfiai folyamatok, amelyek mentén a család és házasság intézményének megítélése és értéke jelentősen megváltozott. A házasság népszerűsége és stabilitása csökkent, a válás, valamint a nem-házasodás egyre gyakoribb, elfogadottabb és kevésbé stigmatizált állapotá vált. A házasodási életkor kitolódott, és folyamatosan emelkedik az élet-társi kapcsolatban élők, elváltak, illetve soha nem házasodók aránya. Ez egyrészt együtt jár a házasságon kívüli születések számának növekedésével, ugyanakkor a társadalom reprodukációs képességének csökkenését is eredményezi (Földházi, 2009).

A mentális egészséggel kapcsolatos kutatásokban a családi állapot gyakran kontrollváltozóként szerepel (Cotten, 1999). Ez rámutat arra, hogy a pszichés egészség nem független attól a családi státustól, ami a mindennapi élet egyik keretét adja. A pszichés egészség sérülése általánosságban is komoly társadalmi, egészségügyi, gazdasági kérdés, ám nagy terhet ró közvetlenül a családokra is. Azon túl, hogy befolyásolja a család anyagi helyzetét, a benne élők kapcsolatára is hatással van. Rontja a házastársi kapcsolat minőségét, rontja a szülői minőséget, negatívan hat a gyerekek egészségére és fejlődésére. Az összefüggés másik oldala is feltételezhető, azaz a családi állapot és főleg a párkapcsolat minősége szerepet játszik a pszichés jóllét alakulásában.

A társadalmi-demográfiai tendenciákkal szemben, valamint a változó értékrend és szemlélet ellenében a házasságot számos kutatás máig a család és az egyén jóllétéért leginkább felelős intézményként tartja számon. Mint társas egységben, alapvetően a kölcsönös gondoskodás, az egymásnak nyújtott emocionális támasz és a nagyobb pénzügyi biztonság jelentik azt a bázist, ami a házasságot minőségében különbözteti meg a más családi állapotoktól. A házasságot egészségvédő faktorként azonosító kutatások többsége (amelyek elsősorban morbiditási és mortalitási mutatókat vizsgáltak) arra hívja fel a figyelmet, hogy a házasok egészségesebbek, boldogabbak és elégedettebbek a nem házasokkal összehasonlítva. E vizsgálatok szerint a házasokat jobb szomatikus és mentális egészségi állapot, nagyobb pszichológiai jóllét, kevesebb krónikus betegség és hosszabb élettartam jellemzi (Kim & McKenry, 2002; Kopp & Skrabski, 2006; Peiro, 2006; Waite & Gallagher, 2000), közülük kevesebben követnek el öngyilkosságot és kevesebb viselkedési zavar jellemző rájuk (Cairney, Boyle, Offord, & Racine,

2003; Cutright & Fernquist, 2005; DeKlyen, Brooks-Gunn, McLanahan, & Knab, 2006; Wang, 2004), összehasonlítva a házastárostól különélőkkel vagy élettársi kapcsolatban lévőkkel.

A házasság és a jóllét pozitív irányú kapcsolatának magyarázatára több modell született. A szelekciós elmélet (Amato & Sobolewsky, 2001; Wade & Pevalin, 2004) azt feltételezi, hogy az egészségesebb egyének nagyobb valószínűséggel házasodnak és maradnak házasok. A protektív elmélet (Joung, van de Mheen, Stronks, van Poppel, & Mackenbach, 1998) szerint a házasság önmagában védelmet jelent, míg a forrás-modell (Liu & Umberson, 2003) a házasságban elérhető szociális, pszichológiai és gazdasági forrásokban látja a jobb életkilátásokat eredményező egészségvédő szerepet. A stressz- vagy krízis-modell a fentiekkel szemben inkább a házasság megszűnésére (válás, özvegyülés, különélés) fókuszál. Ennek központi gondolata, hogy a kapcsolat megromlásával és/vagy megszakadásával járó feszültség az, ami aláássa a fizikai és mentális egészséget, és ez okozza a különbséget az eltérő családi állapotúak egészségi állapotában (Amato, 2010; Amato & Hohmann-Marriott, 2007; Williams & Umberson, 2004).

Sok korábbi, a házasok és nem házasok mentális és szomatikus egészségét összehasonlító tanulmány a nem házas kategóriát általánosan használta, azaz nem különböztette meg az elváltak, özvegyek, különélők, soha nem házasodottak és az élettársi kapcsolatban élők csoportját. Ez a distinkció az újabb kutatásokban már fontos szempont. A másik, hangsúlyossá vált csoportosító változó a házasság minősége szerinti különbségtétel. Egyes kutatók kritikával illetik a házasság és mentális egészség közötti, szerintük sokak által túlértékelt pozitív kapcsolatot, és amellet érvelnek, hogy a házasság nem önmagában záloga az egészségnek, hanem annak minősége az, ami az egészség megőrzésében szerepet játszik (Williams, 2003). Általánosan érvényes az, hogy a jó kapcsolatok, a megtartó társas háló hozzájárulnak a szomatopszichés egészség fenntartásához és csökkentik a mortalitás rizikóját (Reblin & Uchino, 2008; Uchino & Birmingham, 2010). A társas kapcsolatok közül a házastárssal való kapcsolat különösen fontos szerepet tölt be a mentális egészségi állapot és a jóllét alakulásában. A házasság minőségének szubjektív megítélése az egyéni elvárások, szükségletek, preferenciák, és a szűkebb-tágabb környezetben uralkodó érték- és normarendszer szövedékéből alakul. Az ezeknek való megfelelés mentén beszélhetünk jó és rossz minőségű házasságról, ami a testi-lelki egészség szempontjából releváns, lényegében kategorikus változóként a kutatásokban is figyelmet kap (Reblin & Uchino, 2008; Williams, 2003).

A hazai keresztmetszeti vizsgálatok eredményei szerint a magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz házasságban élők életminősége az el-

váltakénál is rosszabb, súlyosabb depresszió, szorongás, vitális kimerültség és több alvászavar jellemzi őket (Balog, 2006). Nőknél a házastársi stressz kifejezetten a klinikai depresszió kockázati tényezőjének bizonyult. Egészséges, valamint szív- és érrendszeri betegségben szenvedő nőket összehasonlítva a házastársi stressz mindkét csoportnál szignifikáns összefüggést mutatott a depressziós tünetek kialakulásával (Balog és mtsai, 2003). Egy másik vizsgálat szerint a rossz házasságban élő nőknek több mint kétszer nagyobb az esélyük arra, hogy depressziósak legyenek, mint a jó házasságban élő nőtársaiknak (Balog & Mészáros, 2005; Balog és mtsai, 2010).

Williams (2003) ötéves, utánkövetéses vizsgálatában a stabil (folyamatosan házas és folyamatosan nem házas – özvegy, elvált, egyedülálló) és változó családi állapotú (az 5 év alatt megözvegyült, elvált, házasodó, újránházasodó) csoportok mentális egészségét hasonlította össze. A mentális egészség mutatójaként a depresszió és az étellel való elégedettség mértékét használta. Eredményei szerint, akik tartósan nem éltek házasságban (folyamatosan nem házas) nagyobb depresszióról és kisebb elégedettségről számoltak be, mint a stabil házasok. A nemek között nem volt különbség. A válás és megözvegyülés a depresszió megnövekedésével és az elégedettség csökkenésével járt együtt mindkét nemnél. Az első házasságba való belépés a pszichológiai jóllét emelkedésével korrelált nőknél és férfiaknál egyaránt, az újránházasodás azonban csak a férfiakra volt kedvező hatással, az ő depressziószintjük csökkent, étellel való elégedettségük pedig nőtt. Amikor azonban Williams a házasság minőségét is vizsgálta, azt találta, hogy ez szorosán együtt jár a depresszió és az elégedettség változásával. A legnagyobb depresszió és a legalacsonyabb elégedettség pontszámot mindkét nemnél a diszharmonikus és konfliktusokkal terhelt házasságban élők csoportja adta, amikor a stabilan egyedül élőkkal hasonlította össze. A rossz házasságból kilépőkre pedig nem volt jellemző a depresszió növekedése, jóllehet váltak, sőt a depresszió mértéke inkább csökkent a rossz házasságban maradókhoz képest.

Egy másik tanulmány szerint a házastársi viszálykodás tízszeresére növelte a depressziós tünetegyüttes előfordulásának esélyét (O’Learly, Christian, & Mendell, 1994). Egy átfogó epidemiológiai elemzés szerint pedig mind férfiak, mind nők esetében a boldogtalan házasság (szemben a boldog házassággal) 25-szörös kockázati tényezőnek bizonyult a major depresszióval való megbetegedésre (Schroeder, Hahlweg, Fiedler, & Mundt, 1996).

Mindezek tükrében nem mondhatjuk egyértelműen azt, hogy bármely házasság kedvezőbb az egészségre nézve, mint nem házasnak lenni. Sőt, a rossz házasságban élőknek az egészségi állapota is rosszabb, mint a jó házasságban élőknek (Graham, Christian, & Kiecolt-Glaser, 2006; Robles & Kiecolt-Glaser, 2003), és a rossz minőségű házasság nagyobb egészség-

kockázatot jelent, mint maga a válás (Williams, 2003). A jó minőségű házasság ezzel szemben jelentős védelmet nyújt az egészséget károsító tényezőkkel szemben, és hozzájárul a szomatopszichés egészség fenntartásához.

1.2. A válás

A modern társadalomban a család funkcióinak és szerkezetének átrendeződésével párhuzamosan megnövekedett a válások száma. Ahogy Phillips a válásról szóló könyvében megállapítja, „A modern nyugati társadalom egyik paradoxona, hogy a házasság és a válás egyidejűleg népszerű intézmény”, és hogy „...Nyugaton a válás a házasság kísérője lett” (Phillips, 2004, 9. o.). Az individualizálódó és fogyasztói társadalomban a házasságok törékennyé váltak, a stabilitás és elkötelezettség elveszítette addigi értékét, lévén a házasság egyre inkább nem gazdasági érdekközösség, hanem érzelmi-szexuális szövetség, ami természeténél fogva változékonyabb, műlékonyabb. Ehhez hozzájárult a váláspolitikai liberalizálása, ami lehetővé tette a házasságok nem vétkességi alapú felbontását, és ez tovább enyhítette a válás addigi stigmatizáló, kirekesztő jellegét.

Noha a házasságok felbomlása mindennapi, már-már megszokott eseménnyé vált, és közvetlen vagy közvetett módon tömegeket érint, számolnunk kell az egyénekre, családokra, társadalomra gyakorolt negatív hatásával is. A válás következtében nő az egyszülős családok és az egyedül élők száma, csökken a termékenység, a háztartások felaprózódása pedig hozzájárul a családok elszegényedéséhez.

A válás mint a veszteség egy formája az egyik legstresszkeltebb negatív életesemény (Holmes & Rahe, 1967). A megelőző házastársi stresszel együtt, vagy épp váratlanságánál és kontrollálhatatlanságánál fogva teszi próbára az alkalmazkodóképességet, és így jelentős hatással van az életminőség alakulására is. A kutatások többsége a válás következtében bekövetkező mentális egészségromlást hangsúlyozza.

Az epidemiológiai vizsgálatok szerint az elváltak 4–6-szor veszélyeztetettebbek a depresszió kialakulására, mint a házasságban élők (pl. Davies, Avison, & McAlpine, 1997). A válás után gyakoribbá válnak az egészségkárosító magatartásformák is (Csoboth, 2006). Hajnal (1998) gyermekelhelyezési perek felnőtt és gyermek szereplőit vizsgálva megállapította, hogy a válási krízis a család egészének és egyes tagjainak krízisét egyaránt okozza, ami a család valamennyi funkcióját érinti. A felnőtteknél pszichés dekompenzációk halmozódása figyelhető meg a válási folyamatban, ebben az öngyilkossági kísérletek, alkoholfüggőség, depresszió, hipertóniás krízis, önhibás karambol, gyomorvérzés a leggyakoribbak. Afifi, Cox és

Enns (2006) 1534 fős mintájukban elvált anyákat hasonlítottak össze házasságban maradt anyákkal, és azt találták, hogy az elváltaknál nagyobb a valószínűsége bármely szorongásos zavar, depresszió, disztímia, generalizált szorongás, poszttraumás stressz zavar és externalizációs zavar kialakulásának, illetve körükben nagyobb az antiszociális személyiségzavarral diagnosztizáltak aránya is.

Az elváltakra jellemző az alacsonyabb szintű pszichológiai jóllét, több distressz-tünet, alacsony önértékelés, elégedetlenség a szexuális élettel, több negatív életesemény, több egészségi probléma, szociális izoláció, a mortalitás nagyobb esélye, anyagi és gyermeknevelési nehézségek (áttekinti: Amato, 2000).

Egy másik tanulmány szerint (Richards, Hardy, & Wadsworth, 1997) a válás akkor is összefüggött a szorongással és a 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 negatív érzelmi-hangulati hatással jár.

Egyes vizsgálatok szerint a házasság felbomlásával járó egészségromlás viszont csak átmeneti. A stressz-modellben értelmezve a válást megelőzően megemelkedik a distressz, ami hosszú évekig fennmarad, majd visszatér arra a szintre, ami korábban jellemezte a személyeket (Booth & Amato, 1991). Wade és Pevalin (2004) a Brit Háztartási Panelvizsgálat adatait elemelve is azt hangsúlyozza, hogy a házasság felbomlása együtt jár a mentális egészség romlásával, ám már a válást megelőző négy évben kimutatható a pszichiátriai betegségek morbiditásának növekedése. Ugyanakkor az nem mindegy, hogy a válással milyen házasságból lépnek ki a felek. Azaz a házastársi kapcsolat minősége a válás szempontjából sem indifferens. Néhány vizsgálat azt mutatja, hogy a házasságból való kilépés nem mindig ássa alá az egészséget, sőt fiatal és középkorú férfiaknál javítja azt (Williams & Umberson, 2004).

1.3. Élettársi kapcsolat

Annak ellenére, hogy egyre inkább növekszik a házasság nélküli együttélést választók száma, e párkapcsolati forma tényleges arányáról, működéséről, dinamikájáról csak szórványos ismeretekkel rendelkezünk. Az élettársi kapcsolat továbbra is elsősorban a fiatalok próbaházasságát je-

lenti, amiben a házassági életkor kitolódása miatt nem ritka a többszöri partnerváltás. Az élettársi kapcsolatban élők számát az újránházasságtól tartózkodó elváltak tovább gyarapítják, de ma már nem ritka az eleve a házasság nélküli együttélést preferálók köre sem. Ha elfogadjuk, hogy a családi állapot összefügg a mentális egészséggel, joggal vetődik fel a kérdés, hogy vajon mi jellemző az egyre gyakoribbá váló alternatív együttélési formát választók mentális egészségére? Vajon a házassághoz kapcsolódó előnyök kiterjeszthetők-e az élettársi kapcsolatokra is?

Egyes nézetek szerint az élettársi kapcsolat a házasság egy formája (Bumpass & Sweet, 1995), és a benne élők mentális egészsége hasonlít a házasokéhoz. Ezt látszik igazolni, hogy a házasság és a házasságon kívüli együttélés, jóllehet eltérő mértékben, de egyaránt előnyökkel jár a fizikális és mentális egészségre nézve, és megszokadásuk is hasonló negatív következményekkel jár (Hemström, 1996; Meadows, 2009). Mások szerint viszont az élettársi kapcsolatban élők a pszichológiai jóllét mutatóiban valahová a házasok és az egyedül élők közé esnek. DeKlyen és munkatársai (2006) keresztmetszeti vizsgálatukban a depresszió, szorongás, alkohol- és drogfogyasztás, valamint az antiszociális viselkedés mértékét hasonlították össze házasságban, élettársi kapcsolatban élő és nem együtt élő szülők csoportjai között. Eredményeik szerint a házasokra a többi csoporthoz képest jobb mentális egészség és kevesebb viselkedési probléma jellemző. Más vizsgálatok a depresszió megnövekedett prevalenciájáról számoltak be az élettársi kapcsolatban élők között a házasokhoz viszonyítva (Brown, 2000; Brown, Bulanda, & Lee, 2005; Horwitz & White, 1998; Lamb, Lee, & DeMaris, 2003). Brown és munkatársai (2005) a nagyszabású, követéses mintában azt találták, hogy az özvegyekkel, elváltakal összevetve az élettársak boldogabbnak és kevésbé depressziósnak bizonyultak, ám nem különböztek a soha nem házassodott egyedülállóktól.

Az eredmények azt mutatják, hogy noha az élettársi kapcsolat sok szempontból a házassághoz hasonló, mégsem biztosítja ugyanazokat az előnyöket és életminőséget, mint a házasság. Az élettársi kapcsolatok törékenyebbnak tűnnek, mint a házasságok. Nagy részük néhány éven belül megszokad (Brown, 2000), és csak kisebb részük marad fenn hosszú távon vagy alakul át házassággá. Bouchard (2006) házassági és élettársi kapcsolatban élő párokat vizsgált 2 éves periódusban, és azt találta, hogy az élettársak nagyobb valószínűséggel szakítottak, mint a házastársak, még akkor is, ha a felek viszonylag elégedettek voltak kapcsolatukkal. Azok a párok pedig, akik az élettársi köteleket házassági kötelekre váltották, boldogabbnak, elégedettebbnek, kevésbé bizonytalanak jellemezték magukat, és kevesebb súlyos konfliktusról számoltak be, mint azok, akik élettársi kapcsolatban

maradtak (Brown, 2004). Ugyanakkor azok a házasságok bizonyultak stabilabbnak és jobb minőségűnek, amelyeket nem előzött meg élettársi kapcsolat (Kamp Dush, Cohan, & Amato, 2003).

További érdekes eredmény az, hogy az élettársi kapcsolat akkor sem szolgálja olyan mértékben az emberek pszichológiai jóllétét, mint a házasság, ha történetesen hosszú távon fennmarad. Az élettársi kapcsolatban élők boldogságszintje nem éri el a házasokra, illetve az újránházasodókra jellemző boldogságszintet (Skinner, Bahr, Crane, & Call, 2002), és rosszabb minőségű kapcsolatról számolnak be, mint a házások. Ugyanakkor azoknál az élettársaknál, akiknek szándékukban áll valamikor a jövőben összeházasodni, ez némileg módosul. Náluk a kapcsolat megítélése pozitív irányba mozdul el azokhoz az élettársakhoz képest, akik egyáltalán nem szeretnének összeházasodni (Brown & Booth, 1996).

1.4. A jelen vizsgálat

Jelen tanulmányunkban a családi állapot és a mentális egészségi állapot összefüggéseit vizsgáltuk a Hungarostudy 2006-os keresztmetszeti mintán. Kutatási kérdésünk elsősorban arra vonatkozott, hogy Magyarországon is megfigyelhetők a fent említett, Nyugaton kimutatott trendek, vagyis hogy a házasság önmagában egészségvédő-e; illetve hogy a jó/rossz házasságban élők mentális egészségmutatói különböznek-e egymástól? Kiegészítő kutatási kérdésünk az volt, hogy a jó/rossz élettársi kapcsolatban élők, illetve az elváltak mentális egészségmutatói különböznek-e a jó, illetve rossz házasságban élők mentális egészségmutatóitól.

2. Módszer

2.1 Minta

A vizsgálat mintájául a Hungarostudy Egészség Panel (Susánszky és mtsai, 2007) 2006-os, keresztmetszeti adatai szolgáltak. A panel mintája a súlyozásnak köszönhetően reprezentatív nem, kor és kistérségi eloszlás tekintetében. Az adatbázis összesen 4841 (22 és 100 éves kor közötti) személy adatait tartalmazza. A vizsgált minta 41,2%-a férfi, 58,8%-a nő; 12,8%-a a fővárosban, 41,3%-a városban, 45%-a faluban élt. Az átlagéletkor 48,3 év (szórás: 17,5). Felsőfokú végzettséggel a minta 14,2%-a rendelkezett. A vizsgálati személyek családi állapotával kapcsolatos információkat az 1. és 2. táblázat tartalmazza.

1. táblázat. A hivatalos családi állapot alakulása

	N	%
Nőtlen, hajadon	783	16,2
Házás	2785	57,5
Élettársi kapcsolatban él	331	6,8
Elvált	293	6,0
Özvegy	614	12,7

2. táblázat. Az aktuális családi állapot alakulása

	N	%
Nem él párkapcsolatban	1568	32,4
Élettárssal él párkapcsolatban	496	10,2
Házastárssal él párkapcsolatban	2751	56,8

A fenti alapadatok alapján összesen tíz családiállapot-kategóriát különböztethettünk meg (3. táblázat). Jelen elemzésünkben a teljes mintából kiválasztottuk az élettársi kapcsolatban élő (N = 320), az elvált-egyedül élő (N = 254) és a házasságban élő (N = 2719) személyeket (összesen: 3293 fő). A házasságban, valamint az élettársi kapcsolatban élőket további két alcsoportra bontottuk a Rövidített Házastársi Stressz Skálán (Balog, Székely, Szabó & Kopp, 2006) mutatott eredmények alapján. (A házások közül 29 személy nem válaszolt a házastársi stresszt mérő kérdésekre, őket a további elemzésből kihagytuk). Így megkülönböztettük: a magas házastársi stresszsel jellemezhető rossz házasságban élők (N = 328) és az alacsony

3. táblázat. Családiállapot-kategóriák a két, családi állapotra vonatkozó alapkérdés alapján

	N	%	Átlag-életkor	Szórás
1 Nőtlen, hajadon, egyedül él	661	13,6	31,45	12,94
2 Nőtlen, hajadon és élettárssal él	103	2,1	28,11	8,76
3 Házás, de egyedül él	46	1,0	50,14	14,10
4 Házás, de most élettárssal él	20	0,4	46,63	12,08
5 Házás és házastárssal él	2719	56,2	49,88	14,56
6 Élettárssal él (hivatalosan is)	320	6,6	35,37	11,62
7 Elvált és egyedül él	254	5,2	51,59	14,27
8 Elvált, most élettárssal él	34	0,7	46,34	11,16
9 Özvegy és egyedül él	595	12,3	70,05	11,05
10 Özvegy és élettárssal él	12	0,2	55,44	15,37

4. táblázat. Célkitűzéseink szempontjából fontos családiállapot-kategóriák

	N	%	Átlag-életkor	Szórás
I Elváltak, egyedül élők	254	5,2	51,59	14,27
II Alacsony házastársi stresszel jellemezhető élettársi kapcsolatban élők	257	1,2	35,17	12,16
III Magas házastársi stresszel jellemezhető élettársi kapcsolatban élők	56	5,3	36,95	9,06
IV Magas házastársi stresszel jellemezhető házasságban élők	328	6,8	49,71	13,14
V Alacsony házastársi stresszel jellemezhető házasságban élők	2362	48,8	49,89	14,75

házastársi stresszel jellemezhető jó házasságban élők (N = 2362), valamint a magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz élettársi kapcsolatban élők (N = 56), és az alacsony házastársi stresszel jellemezhető jó élettársi kapcsolatban élők (N = 257) csoportjait. Végül tehát öt családi állapotot vizsgáltunk, az esetszámokat és az átlagéletkort a 4. táblázat, az iskolai végzettséget az 5. táblázat mutatja.

5. táblázat. A vizsgált családiállapot-kategóriákba tartozók iskolai végzettsége

	Kevesebb mint 8 osztály	Nyolc osztály	Szakmunkás-képző, szakiskola	Szakközép-iskolai érettségi	Gimnáziumi érettségi	Főiskolai vagy egyetemi diploma
I	7 (2,77%)	52 (20,55%)	69 (27,27%)	47 (18,58%)	36 (14,23%)	42 (16,60%)
II	10 (3,89%)	52 (20,23%)	96 (37,35%)	45 (17,51%)	29 (11,28%)	25 (9,73%)
III	2 (3,57%)	16 (28,57%)	18 (32,14%)	11 (19,64%)	5 (8,93%)	4 (7,14%)
IV	12 (3,66%)	68 (20,73%)	89 (27,13%)	81 (24,70%)	33 (10,06%)	45 (13,72%)
V	74 (3,14%)	502 (21,27%)	725 (30,72%)	420 (17,80%)	282 (11,95%)	357 (15,13%)

2.2. Mérészközök

Kutatási céljaink megvalósítása érdekében a Hungarostudy Egészség Pannel 2006-os tesztbattériájának (Kopp, Skrabski, & Rózsa, 2008) következő mérőeszközeit használtuk: családi állapotra vonatkozó kérdések, Rövidített Házastársi Stressz Skála, Rövidített Beck Depresszió Kérdőív, a Bergen-féle Társas Stressz Kérdőív, a WHO Jól-lét Skála rövidített változata. Egy-egy kérdés vonatkozott az indokolatlan félelem-szorongás mértékére, illetve az öngyilkossági gondolatok gyakoriságának feltérképezésére.

A családi állapotot a következő kérdéssel mértük: „Mi az ön hivatalos családi állapota?” (1 – nőtlen, hajadon, 2 – házas, 3 – élettársi kapcsolatban él, 4 – elvált, 5 – özvegy). A hivatalos családi állapot mellett a vizsgálati személyek aktuális családi állapotára is rákérdeztünk: „Függetlenül attól, hogy mi az ön hivatalos családi állapota, ön párkapcsolatban él házastársal vagy élettárssal?” (1 – nem, 2 – igen, élettárssal, 3 – igen, házastárssal). Ezzel a kiegészítő kérdéssel sokkal precízebb képet kaptunk a személyek tényleges családi állapotáról, mivel nemcsak a hivatalos, hanem a valós családi állapotot is megtudtuk.

A Rövidített Házastársi Stressz Skála (Balog és mtsai, 2006) öttételes változatával a házastársi, illetve élettársi kapcsolat minőségét vizsgáltuk: bizalommal vannak-e a házastársuk/élettársuk 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 összpontszáma 0–5-ig terjed, a Cronbach-alfa a jelen mintában 0,69 volt. A jó, illetve rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők mutatóinak összehasonlítása céljából létrehoztuk az alacsony, illetve magas házastársi/élettársi stressz kategóriákat. Mind a férfiak, mind a nők több mint 60%-ánál (68% és 63%) a Rövidített Házastársi Stressz Skála összpontszáma nulla, ezért csak alacsony (a skála pontszáma ≤ 1) és magas (a skála pontszáma 2–5) házastársi/élettársi stressz kategóriákat különböztettünk meg; a magas házastársi/élettársi stressz kategória létrehozásához a határt 75%-nál húztuk meg (felső quartilis).

A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (Rózsa, Szádóczky, & Füredi, 2001) 9 tételt tartalmaz, ezek 4-fokozatú Likert-skálán mérnek. A kérdőív a depresszió egyes tüneteire kérdez rá, úgymint szociális visszahúzódság, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség és az öröm hiánya, önvádolás. A magasabb pontszámok több depressziós tünetre utalnak. A jelen mintán a Cronbach-alfa értéke 0,81 volt.

A krónikus társas stressz mértékét Bergen Társas Stressz Kérdőívével (Bancila & Mittelmarm, 2009) mértük. Mittelmarm (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, a válaszadónak egy 4-fokú skálán kell értékelni az egyes állításokat (0 – egyáltalán nem jellemző, 3 – teljesen jellemző, tehát az átlag 0–18 között változhat). Például: „Van valaki, akivel szinte naponta együtt kellennem, és gyakran megaláz.” „Vannak, akik azzal nehezítik az életemet, hogy túl sok törődést és támogatást várnak el tőlem.” A jelen mintán a Cronbach-alfa értéke 0,66 volt.

A WHO Jól-lét Skála rövidített változata (Susánszky, Konkoly Thege, Stauder, & Kopp, 2006) a pszichológiai jóllét önértékelésen alapuló mérőeszköze. A skála öt kérdést tartalmaz az elmúlt két hétre vonatkoztatva; például: „Az elmúlt két hét során érezte-e magát vidámnak és jókedvűnek / Nyugodtnak és ellazultnak / Aktívnak és élénknek?” 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). A jelen mintán a Cronbach-alfa értéke 0,84 volt.

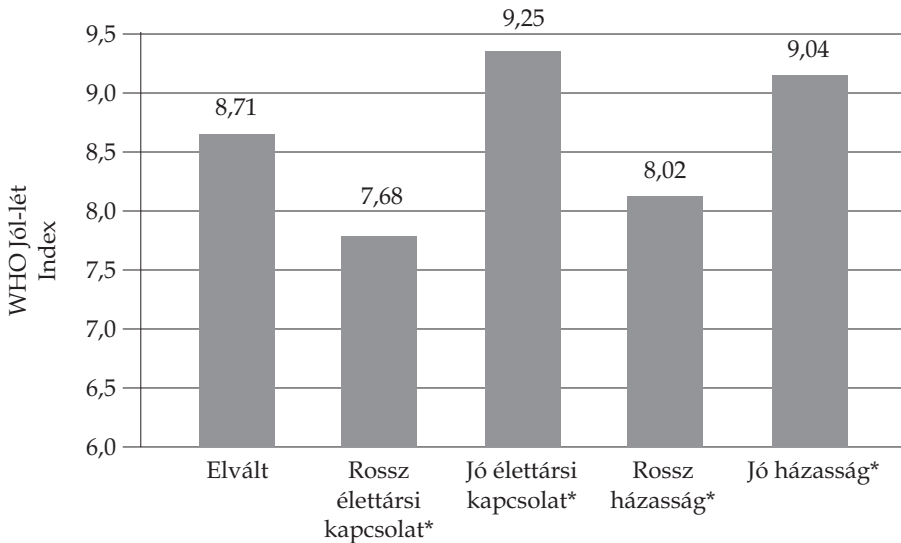
A szorongás mértékének megállapítására a „Gyakran érzek indokolatlan félelmet, szorongást” tétel szolgált, melyet egy négyfokú skálán kellett a válaszadónak értékelni (1 – egyáltalán nem jellemző, 4 – teljesen jellemző). Az öngyilkossági gondolatok gyakoriságának mérésére pedig „Az elmúlt 3 évben megfordult-e a fejében az öngyilkosság gondolata?” kérdés szolgált, melyre igennel vagy nemmel lehetett válaszolni.

2.3. Statisztikai eljárások

Adatainkat az SPSS 20.0 programmal, többváltozós statisztikai eljárással elemeztük. A családi állapot kategóriáit az általános lineáris modell (general linear model) eljárásával hasonlítottuk össze – 95%-os konfidenciaintervallum mellett, a függő változók (depressziós tünetek, a szorongás, a társas stressz, a jóllét és öngyilkossági gondolatok) mentén. Mivel korábbi vizsgálataink (Balog, 2008) azt mutatták, hogy az életkor és az iskolai végzettség szorosan összefüggött a házastársi stresszrel, ezért az elemzéseket kontrolláltuk életkorra, végzettségre, nemre. Post hoc tesztként a legkisebb szignifikáns különbségek módszerét (LSD) alkalmaztuk. Az öngyilkossági gondolatok előfordulásait a családi állapot szerinti csoportokban khi-négyzet-teszttel, esélyhányadosokkal jellemeztük.

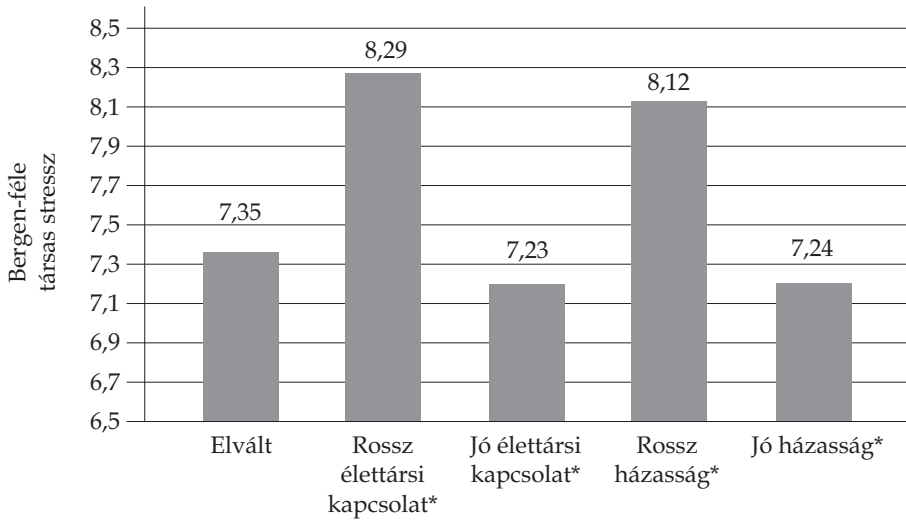
3. Eredmények

A pszichés egészség általános mutatójaként a WHO Jól-lét Skála rövidített változata által szolgáltatott adatokat vettük számításba. A csoportok összehasonlításakor a következő különbségeket találtuk: az elváltak szignifikánsan magasabb jóllétet mutatnak a rossz élettársak, illetve a rossz házások jólléténél is ($p < 0,05$). A rossz élettársi kapcsolatban élőknek szignifikánsan rosszabb a jólléte, mint a jó kapcsolatban élő élettársaké, illetve a jó házasságban élőké ($p < 0,005$). A jó házasságban élők szignifikánsan magasabb jóllétet mutatnak, mint a rossz házasságban élő társaik ($p < 0,0001$), sőt a jó élettársi kapcsolatban élőknek is magasabb a jóllét-pontszáma, mint a rossz házasságban élőké ($p < 0,0001$) (1. ábra).



1. ábra. A WHO Jól-lét Index alakulása a családi állapot függvényében

*Az élettársi és házastársi kapcsolatban élők csoportjai a Rövidített Házastársi Stressz Kérdőív alapján. Rossz élettársi kapcsolat: magas stressz az élettársi kapcsolatban; jó élettársi kapcsolat: alacsony stressz az élettársi kapcsolatban; rossz házasság: magas stressz a házastársi kapcsolatban; jó házasság: alacsony stressz a házastársi kapcsolatban



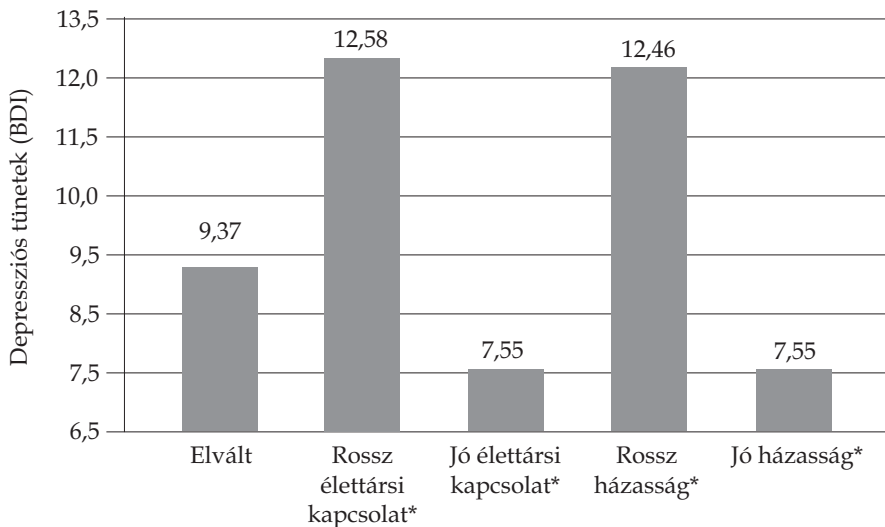
2. ábra. A Bergen-féle társas stressz alakulása a családi állapot függvényében

*Az élettársi és házastársi kapcsolatban élők csoportjai a Rövidített Házastársi Stressz Kérdőív alapján. Rossz élettársi kapcsolat: magas stressz az élettársi kapcsolatban; jó élettársi kapcsolat: alacsony stressz az élettársi kapcsolatban; rossz házasság: magas stressz a házastársi kapcsolatban; jó házasság: alacsony stressz a házastársi kapcsolatban

A lelki egészség másik indikátora a szoros kapcsolatokból fakadó társas stressz észlelt szintje. A csoportok összehasonlításakor a következő különbségeket találtuk: az elváltak, a jó élettársi kapcsolatban lévők és a jó házasságban élők társasstressz-átlagai is szignifikánsan alacsonyabb értéket mutatnak mindkét magas stresszű csoportnál, azaz a rossz élettársi és a rossz házastársi kapcsolatban élők értékeinél ($p < 0,0001$) (2. ábra).

A pszichés labilitás leggyakoribb tünetei a depressziós és szorongásos tünetek. Azt találtuk, hogy az elváltak szignifikánsan alacsonyabb depressziós tünetátlagot mutatnak a rossz élettársi ($p < 0,05$) és a rossz házastársi kapcsolatban élőkénél ($p < 0,0001$), a jó élettársi kapcsolatban és a jó házastársi kapcsolatban élők depressziója viszont szignifikánsan alacsonyabb az elváltak depressziójánál. Értelemszerűen a rossz élettársi és rossz házastársi kapcsolatban élő csoportok értékei is szignifikánsan ($p < 0,0001$) különböznek a jó élettársi és jó házastársi kapcsolatban élő csoportok depresszióértékeitől (3. ábra).

Az elváltak szorongásértékei a magas stresszű és az alacsony stresszű csoportok értékei között helyezkedett el. Az elváltak a rossz élettársi és rossz házastársi kapcsolatban élők csoportjainál szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,05$ és $p < 0,0001$), míg a jó élettársi és jó házastársi kapcsol-



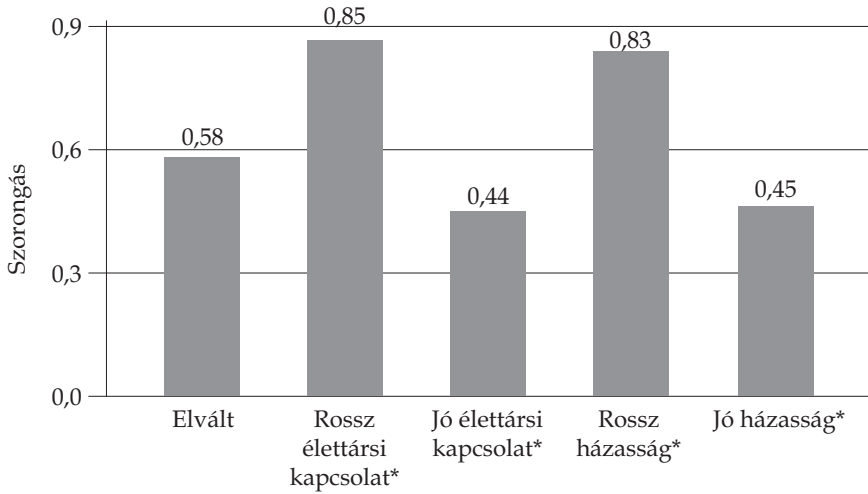
3. ábra. A depressziós tünetek alakulása a családi állapot függvényében

*Az élettársi és házastársi kapcsolatban élők csoportjai a Rövidített Házastársi Stressz Kérdőív alapján. Rossz élettársi kapcsolat: magas stressz az élettársi kapcsolatban; jó élettársi kapcsolat: alacsony stressz az élettársi kapcsolatban; rossz házasság: magas stressz a házastársi kapcsolatban; jó házasság: alacsony stressz a házastársi kapcsolatban

latban élők csoportjainál szignifikánsan magasabb szorongást mutatnak ($p < 0,05$ és $p < 0,005$). Ebből következően a rossz élettárs–jó élettárs, rossz házastárs–jó házastárs kategóriák is szignifikánsan eltérnek ($p < 0,005$ és $p < 0,0001$), végül a rossz élettárs–jó házastárs, rossz házastárs–jó élettárs kategóriáknál kapott különbségekre is ugyanez mondható el ($p < 0,0001$ és $p < 0,0001$) (4. ábra).

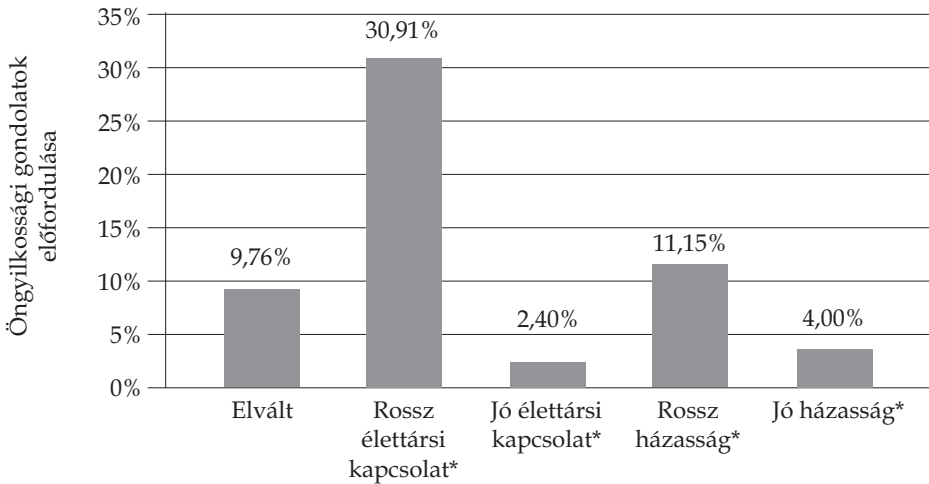
A depressziós tünetek szorosan összekapcsolódnak az öngyilkossági gondolatok megjelenésével, ezért megvizsgáltuk ezek előfordulási gyakoriságát is mintánkban. Az előző eredmények tükrében nem meglepő, hogy az elmúlt három évben a rossz házasságban, illetve a rossz élettársi kapcsolatban élőket foglalkoztatja legnagyobb arányban (30,91%, illetve 11,15%) az öngyilkosság lehetősége, utána következnek az elváltak (9,76%), majd a jó házastársi, illetve jó élettársi kapcsolatban élők (4,00% és 2,4%) (5. ábra).

A rossz élettársi kapcsolatban élők minden más csoportnál szignifikánsan gyakrabban gondolnak öngyilkosságra (a χ^2 -teszt alapján), még a rossz házasságban élőkénél is gyakrabban (OR = 3,57, CI_{95%}: 1,83–6,98). Vagyis egy rossz élettársi kapcsolatban élő személy 3,5-szer gyakrabban gondol



4. ábra. A szorongásos tünet alakulása a családi állapot függvényében

*Az élettársi és házastársi kapcsolatban élők csoportjai a Rövidített Házastársi Stressz Kérdőív alapján. Rossz élettársi kapcsolat: magas stressz az élettársi kapcsolatban; jó élettársi kapcsolat: alacsony stressz az élettársi kapcsolatban; rossz házasság: magas stressz a házastársi kapcsolatban; jó házasság: alacsony stressz a házastársi kapcsolatban



5. ábra. Az öngyilkossági gondolatok előfordulási gyakorisága az egyes családiállapot-kategóriákban

*Az élettársi és házastársi kapcsolatban élők csoportjai a Rövidített Házastársi Stressz Kérdőív alapján. Rossz élettársi kapcsolat: magas stressz az élettársi kapcsolatban; jó élettársi kapcsolat: alacsony stressz az élettársi kapcsolatban; rossz házasság: magas stressz a házastársi kapcsolatban; jó házasság: alacsony stressz a házastársi kapcsolatban

öngyilkosságra, mint egy rossz házasságban élő társa, és 18-szor gyakrabban, mint a jó élettársi kapcsolatban élő társa (OR = 18,19, CI_{95%}: 6,75–49,03). A jó házasságban és a jó élettársi kapcsolatban élők egyaránt nagyon kevés-szer gondolnak öngyilkosságra. A rossz házasságban élők körülbelül az elváltakhoz hasonló gyakorisággal gondolnak öngyilkosságra, e két csoport között ebben a mutatóban nincs különbség (6. táblázat).

6. táblázat. Az öngyilkossági gondolatok előfordulási gyakoriságában mutatkozó különbségek a családi állapot kategóriái mentén (esélyhányadosok)

	Elváltak	Rossz élettársi kapcsolat	Jó élettársi kapcsolat	Rossz házasság	Jó házasság
Elváltak					
Rossz élettársi kapcsolat	4,13				
Jó élettársi kapcsolat	4,39	18,19			
Rossz házasság		3,57	5,10		
Jó házasság	2,60	10,73		3,01	

Összefoglalva, az általunk vizsgált mutatók szerint a magas házastársi stresszel jellemezhető élettársi kapcsolatban élők, majd a rossz házasságban élők rendelkeznek a legrosszabb pszichés kondícióval. Ezzel szemben az alacsony stresszel jellemzett házasságban/élettársi kapcsolatban élőknek a legjobbak a pszichés egészségmutatóik, összehasonlítva a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élőkkel és az elváltak csoportjával.

4. Megbeszélés

Vizsgálatunkban az elvált, a magas, illetve alacsony házastársi stresszel jellemezhető házas, valamint a magas, illetve alacsony házastársi stresszel jellemezhető élettársi kapcsolatban élő családi állapotú csoportok mentális egészségi állapotát hasonlítottuk össze. A pszichés kondíció mutatóiként az általános pszichés közérzetet, a társas stressz szintjét, a depressziós, illetve szorongásos tünetek meglétét vizsgáltuk az öt csoportban, és külön rákérdeztünk az öngyilkossági gondolatok léteire. Jelen megközelítésünkben a nemi különbségeket és más családi állapotú csoportokat nem vizsgáltunk. Jóllehet elemzéseinket az életkorra kontrolláltuk, mégis kiemeljük, hogy mintánkban az élettársi kapcsolatban élők a legfiatalabbak, a házasok náluk idősebbek, végül az elváltak a legidősebbek.

A kapcsolat minősége szerint differenciált házasi és élettársi csoportokat összehasonlítva azt kaptuk, hogy a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élők pszichés életminőség-mutatói szignifikánsan jobbak, mint a rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők. Az alacsony házastársi stresszel jellemzett jó házasságban és jó élettársi kapcsolatban élőknek magasabb a jóllét-pontszámuk, kevesebb depressziós és szorongásos tünetük van, alacsonyabb a társasstressz-szintjük, és ritkábban fordul elő körükben öngyilkossági gondolat. Ezzel szemben a magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz házasságban/élettársi kapcsolatban élők minden pszichés egészségmutató mentén szignifikánsan rosszabb pszichés egészségi állapotról számoltak be, mint a jó házastársi/élettársi kapcsolatban élők, illetve elváltak. A rossz házastársi/élettársi kapcsolatban élők depressziósabbak, jobban szoronganak, magasabb a társasstressz-szintjük, alacsonyabb a jóllét-pontszámuk, és gyakrabban vannak öngyilkossági gondolataik.

Az együttélés minőségét, legyen az házastársi vagy élettársi kötelék, a megélt pozitív és negatív élmények aránya alakítja, egyfelől a szeretet, a gondoskodás, az elégedettség, a támogatás érzése, másfelől az elvárások, konfliktusok, feszültségek érzése. A bevezetőben ismertetett kutatásokkal összhangban (pl. Balog, 2006; Williams, 2003) a jelen eredmények is azt a feltételezést erősítik, hogy azok a házasságok, illetve élettársi kapcsolatok, amelyekben a pozitív érzések kerülnek túlsúlyba, támogatják a mentális egészséget. A harmonikus házastársi/élettársi kapcsolat fontos egészségvédő tényező, olyan kötelék, ami kapaszkodóul szolgálhat a mindennapi élettel és a negatív életeseményekkel együtt járó stresszorokkal való sikeres megküzdésben. Mindez az amúgy is krónikus stresszforrásként szolgáló, rossz minőségű házasságra/élettársi kapcsolatra nem mondható el. Épp ellenkezőleg, a rossz házasságban/élettársi kapcsolatban élők kevésbé vagy egyáltalán nem támaszai egymásnak, és a feszültségekkel, konfliktusokkal terhelt házastársi/élettársi kapcsolatok előbb-utóbb a bennük élők pszichés labilitásához és egészségkárosító viselkedéshez vezetnek.

Az, hogy a jó élettársi kapcsolatban élők minden mutató mentén jobb mentális egészségi állapotról számolnak be, mint a magas házastársi stresszel jellemezhető házastársi/élettársi kapcsolatban élők, illetve elváltak, azt mutatja, hogy a vizsgált családi állapotok közül nem kizárólagosan a házasság az, amely védelmet jelent a mentális egészség szempontjából. Eredményeink szerint a házassághoz hasonlóan az élettársi kapcsolat is ugyanolyan protektív tényező lehet, noha mindkét együttélési formánál a kapcsolat minősége a meghatározó. A házastársi/élettársi együttélés minősége bonyolult egyensúlyozás eredménye. A személyes kapcsolatok, így a házastárssal/élettárssal való intim kapcsolat is jutalmakat és veszteségeket, előnyöket és költségeket egyaránt hordoz. Ha ez az egyen-

súly megbomlik, és hosszú távon a költségek és a veszteségek kerülnek túlsúlyba, a kapcsolatban való bennmaradás is egészségromboló lehet. A házastársi/élettársi kapcsolat tehát nem önmagában protektív tényező, hanem a benne megtapasztalt támogatottság, biztonság és más egyéb pozitív érzések és élmények túlsúlya az, ami egészségvédőként szolgálhat. Ezzel szemben a házasságban/élettársi kapcsolatban megélt elhagyatottság és kiszolgáltatottság, a heves és megoldatlan konfliktusok, az intenzív negatív érzések, vagyis a magas házastársi stressz megbontják az ember testi-lelki egyensúlyát, ami hosszú távon pszichés panaszokat és egészségromlást eredményezhet.

Vizsgált mintánkban a jó házasságban élők mentális egészsége nem különbözik szignifikánsan a jó élettársi kapcsolatban élőkétől. Ez az eredmény azon kutatók nézetét támogatja, akik úgy gondolják, hogy az egyre népszerűbbé váló élettársi kapcsolat a házasság egy alternatívája lett, azaz inkább e két együttélési forma hasonlóságát, mintsem különbözőségét hangsúlyozzák. Musick és Bumpass (2006) szerint a házasság már nem kötődik olyan erősen az egyének jóllétéhez, mint korábban, ezért a házasságban élők és az élettársi kapcsolatban élők pszichés jólléte nem tér el jelentősen egymástól, ahogyan azt eredményeink is mutatják. Jóllehet vizsgálatunkkal ellentétben, Musick és Bumpass nem tett különbséget jó és rossz házastársi/élettársi kapcsolat között, azaz a házasságban/élettársi kapcsolatban élőket homogén kategóriaként vizsgálta. Ugyanakkor eredményeink azt is mutatják, hogy a magas stresszel jellemezhető élettársi kapcsolatban élőknek szignifikánsan gyakrabban vannak öngyilkossági gondolataik, szemben a rossz házasságban élőkkel. Mivel az öngyilkossági gondolatok megjelenése fontos negatív indikátora a mentális egészségnek, azt mondhatjuk, hogy a rossz házasság még mindig nagyobb védelmet jelent a mentális egészség szempontjából, mint a rossz élettársi kapcsolat.

Mindez összhangban van Brown (2000) és Skinner és munkatársai (2002) azon megállapításaival, hogy az élettársi kapcsolatok sérülékenyebbek, bizonytalanabbak és rosszabb minőségűek, mint a házassági kapcsolatok. Az élettársi kapcsolat, mint törekeny és törvényileg nem védett intézmény kiszolgáltatottá (Kopp & Skrabski, 2006) és elégedetlenné teheti a benne élőket a társas támasz elégtelensége és a szűkösebb gazdasági erőforrások miatt (Brown és mtsai, 2005), és ez az egyedül élő elváltakhoz képest magasabbra emelheti a társas és házastársi stressz szintjét. A magas feszültség-szint összefügghet azzal, hogy a rossz élettársi kapcsolatban élők körében a legnagyobb az öngyilkossági gondolatok gyakorisága, jóval magasabb, mint a rossz házasságban élők között.

A jó házások mentális egészsége a szorongás és a depresszió tekintetében különbözik szignifikánsan az elváltak pszichés egészségétől, azaz az

elváltak depressziósabbak és szorongóbbak, mint a jó házasságban élők. Ez támogatja (bár nem bizonyítja, hiszen az esetleges okság iránya ebből nem látható) azt a megfigyelést, hogy a válás megnöveli a pszichés megbetegedések valószínűségét (Afifi és mtsai, 2006; Simon & Marcussen, 1999). Booth és Amato (1991) szerint ez a pszichés egészségromlás inkább „csak” a válást követő néhány évre jellemző, míg hosszú távon a válás negatív hatása eltűnik, és a házások, illetve elváltak mentális egészségi állapota hasonló lesz. Vizsgálatunk korlátja, hogy az elváltak mintájánál a válás óta eltelt idő különbözőségével nem számoltunk, így a fenti összefüggésnek a megértése további elemzéseket igényel.

Az elváltak minden pszichés egészségmutató mentén egészségesebbek a rossz házasságban és rossz élettársi kapcsolatban élőkénél. Ez azt sugallja, hogy benne maradni egy feszültségekkel terhelt, boldogtalan kapcsolatban, legyen az házasság vagy élettársi kötelék, még jobban aláássa a pszichés jóllétet, mint a krízisként megélt válás. A pszichés jóllétben mutatkozó különbséget valószínűleg az okozza, hogy míg a rossz házasság/rossz élettársi kapcsolat folyamatosan magasan tartja a benne élők stressz-szintjét, ezzel szemben a válás átmenetileg növeli meg a feszültséget, ami egy idő után visszatér a válás (illetve a konfliktusos kapcsolat) előtti szintre (Booth & Amato, 1991).

Természetesen nem azt állítjuk ezzel, hogy minden, rossznak megélt házasságra a válás a megoldás, ám fontos mérlegelni azt is, hogy olykor épp a rossz házasság megbetegítő kötelékében keletkeznek a pszichés diszfunkciók. Ilyen esetekben a válás pozitív következményeket is hozhat. A rossz házasságból való kilépés a depresszió csökkenésével és az elégedettség növekedésével korrelál (Williams, 2003). A válás pozitív hozadéka lehet a megerősödött autonómiaérzés, a személyes növekedés érzése, a karrier és a társas élet fejlődése, a boldogságérzet növekedése, a megerősödött önbizalom és önkontroll, az interperszonális készségek fejlődése és a nagyobb hajlandóság az önfeltárára is (áttekinti: Amato, 2000). De az, hogy a házasság felbomlása végül is milyen következményekkel jár, számos egyéb változó is befolyásolhatja, úgymint nem, válási életkor, iskolázottság, megelőző krónikus házastársi stressz, krónikus munkahelyi stressz, kötődés az expartnerhez vagy épp a válás morális megítélése (áttekinti: Balog, 2006).

Bár azt jelen tanulmányunkban nem vizsgáltuk, hogy az elváltak is heterogén csoportnak tekinthetők-e abból a szempontból, hogy exházasságukat milyen minőségűnek ítélik meg, feltételezhető azonban, hogy a házasság minőségét kategorizáló módszerünk és mérőszámunk az elváltak múltbéli házasságának megítélésére is alkalmazható lenne. Ennek alapján valószínűsíthető, hogy az elváltak egy része magas házastársi stresszt élt meg a

válás előtti időszakban, más részük ezzel szemben a házasságot jónak vagy legalábbis működőképesnek élhette meg. A rossz házasságból való kilépés megkönnyebbülést hozhat. Ez összhangban van Wheaton (1990) teóriájával, aki arra hívja fel a figyelmet, hogy vannak olyan életesemények, amelyek egyébként stresszkeltőek lennének, ám mégis bizonyos esetekben pozitívan hatnak az egészségre. Ilyen életesemény lehet a válás is, amelynek sok esetben előzménye a kapcsolat hordozta egészségromboló krónikus stressz, így az abból való kilépés „gyógyulást” eredményezhet. Ezzel szemben a relatíve jónak ítélt házasság megszakadása súlyosan rombolhatja a mentális egészséget, rövid távon mindenképpen.

Jóllehet a rossz minőségű házasságban/élettársi kapcsolatban élők mentális egészsége a legrosszabb és minden mutató tekintetében szignifikánsan különbözik az elváltakétól, mégis azt látjuk, hogy a váláson túlesettek éppen a magas házastársi stresszel jellemezhető, rossz minőségű társas kötelékben élők mutatóihoz közelítenek. Ez a tendenciaszerű közelítés arra a fontos tényre hívja fel a figyelmet, hogy az exházasság minőségének szubjektív megítélésétől függetlenül a válás mégis az egyik legmegterhelőbb élethelyzet, ami átmenetileg mindenképpen komoly stressz forrása lehet (Amato, 2010; Amato & Hohmann-Marriott, 2007; Booth & Amato, 1991). A válás előtti időszak feszültsége, illetve a válási folyamatban manifesztálódó veszteségek, változások többnyire intenzív szorongással, bizonytalanságérzéssel, gyásszal járnak, ami a rossz házastársi/élettársi kapcsolatokhoz hasonlóan negatívan hat a mentális egészségre. Ez magyarázhatja azt az eredmények által sugallt szisztematikus tendenciát, hogy az elváltak – a társas stresszt kivéve – a depresszív és szorongásos tünetekben, az öngyilkossági gondolatok gyakoriságában és a rosszabb pszichés közérzetben közvetlenül követik a rossz házasságban és rossz élettársi kötelékben élőket. A szoros kapcsolatból fakadó társas stressz azonban, lévén házastársuktól különváltak és jelenleg egyedül élnek, már kisebb mértékben jellemző életükben.

Tanulmányunk korlátja, hogy időtényezőket nem vizsgáltunk, például hogy mióta tart az élettársi kapcsolat vagy házasság, mennyi ideje él egyedül a személy a válása óta, hány év házasság után vált el. Továbbá nem vizsgáltuk az elváltak korábbi házasságának minőségét, illetve a párkapcsolati élettörténetet sem. Figyelmen kívül hagytuk az egyedülállókat (a soha nem házasodottak) csoportját is. Ezek a kérdések és szempontok egy következő vizsgálatban kaphatnak figyelmet.

5. Következtetések

Eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy a jó minőségű, harmonikus házasság a legjobb egészségvédő kapcsolati forma, de azt is elmondhatjuk, hogy a jó élettársi kapcsolat szintén egészségvédő szerepet tölthet be. Tehát nem a házasság önmagában az, ami támogatja az egészséget, hanem a jó kapcsolat, a bizalom, a segítő társ jelenléte. A rossz minőségű házasság, valamint a rossz élettársi kapcsolat viszont szétzilálja a kapcsolatokat és rombolóan hat a mentális egészségre.

Mintánkban a pszichés egészségmutatók alakulását legjobban a stressz-hipotézis alapján látjuk értelmezhetőnek. Úgy véljük, hogy a harmonikus házastársi/élettársi kapcsolatban a támaszként szolgáló társ „átírja” a mindennapi étellel, illetve a váratlan, negatív életeseményekkel együtt járó stresszorok jelentőségét és jelentését, ezáltal csökkenti ezek ártalmas jellegét. Ezzel szemben a magas házastársi stresszrel jellemezhető rossz házastársi/élettársi kapcsolatot kísérő krónikus stressz komoly pszichés terhelést jelent. A tartós feszültség és „feszülés”, a rossz közérzet, az érzelmileg-hangulatilag negatív állapotok csökkentik a teljesítőképességet és aláássák a pszichés és szomatikus egészséget. Az életminőség romlásának hátterében károsító neuroendokrin folyamatok és egészségromboló magatartásformák *circulus vitiosus*a áll.

Tehát nem mindegy, hogy milyen típusú és minőségű családi formációban élünk. A kapcsolati kötelék fontos egészségvédő szerepet tölt be, aminek a stabilitását még mindig a házasságban történő elköteleződés erősíti a legjobban, lévén az élettársi kapcsolatok törékenyebbek, labilisabbak. Ugyanakkor akár házasságról, akár élettársi kapcsolatról van szó, ezek minősége befolyásolja igazán a bennük élők pszichés egészségét. A házastárssal/élettárssal való kapcsolatunk pszichológiai jóllétünk és egészségünk egyik alapja lehet, amennyiben képesek vagyunk „megdolgozni” érte. A régmúlt görög időkben a házasság szentségét védő Héra istennő áldása nélkül nem lehetett boldog egyetlen frigy sem, ma talán kicsit több szerepe van ebben a házastársaknak/élettársaknak.

Éppen ezért fontosak a ma még csak szórványosan működő, a kapcsolatok minőségének javítására tervezett programok, amelyek eredményeinkből következően egyben az egészség védelmét is előmozdítják. Az empátia, az egymásra figyelés, a kölcsönösség fejlesztése, az együttműködés, a jó kommunikáció és a hatékony konfliktuskezelés megtanulása hozzájárulnak az egészséges házastársi/élettársi kapcsolatok kialakításához és fenntartásához, és ezzel együtt a testi-lelki jóllét megőrzéséhez, fejlesztéséhez.

Irodalom

- Afifi, T.O., Cox, B.J., & Enns, M.W. (2006). Mental health profiles among married, never married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *41*, 122–129.
- Amato, P.R. (2000). The consequences of divorce for adults and children. *Journal of Marriage and Family*, *62*(12), 69–87.
- Amato, P.R. (2010). Research on divorce: Continuing trends and new developments. *Journal of Marriage and Family*, *72*(3), 650–666.
- Amato, P.R., & Hohmann-Marriott, B. (2007). A comparison of high- and low-distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family*, *69*(3), 621–638.
- Amato, P.R., & Sobolewski, J.M. (2001). The effects of divorce and marital discord on adult children's psychological well-being. *American Sociological Review*, *66*, 900–921.
- Balog, P. (2006). Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In M. Kopp, & M.E. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (233–244). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Balog, P. (2008). A házastársi/élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (240–249). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Balog, P., Dégi, Cs.L., Szabó, G., Susánszky, A., Stauder, A., Székely, A., et al. (2010). Magas vérnyomás vagy depresszió? Rossz házasságban másképp betegek a férfiak és másképp a nők. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *11*, 313–333.
- Balog, P., Janszky, I., Leineweber, C., Blom, M., Wamala, S.P., & Orth-Gomer, 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.
- Balog, P., & Mészáros, E. (2005). A házastársi stressz, a depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás összefüggései nőknél. *LAM Orvosi Szociológia*, *15*(8–9), 685–692.
- Balog, P., Székely, A., Szabó, G., & Kopp, M. (2006). A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, *7*, 193–202.
- Bancila, D., & Mittelmark, M.B. (2009). Measuring interpersonal stress with the Bergen Social Relationships Scale. *European Journal of Psychological Assessment*, *25*, 260–265.
- Booth, A., & Amato, P. (1991). Divorce and psychological stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*, 396–407.
- Bouchard, G. (2006). Cohabitation versus marriage: The role of dyadic adjustment in relationship dissolution. *Journal of Divorce and Remarriage*, *46*(1–2), 107–117.
- Brown, S.L. (2000). The effect of union type on psychological well-being: Depression among cohabitators versus marrieds. *Journal of Health and Social Behavior*, *41*, 241–255.
- Brown, S.L. (2004). Moving from cohabitation to marriage: Effects on relationship quality. *Social Science Research*, *33*(1), 1–19.
- Brown, S.L., & Booth, A. (1996). Cohabitation versus marriage: A comparison of relationship quality. *Journal of Marriage and the Family*, *58*, 668–678.
- Brown, S.L., Bulanda, J.R., & Lee, G.R. (2005). The significance of nonmarital cohabitation: Marital status and mental health benefits among middle-aged and older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *60*(1), S21–S29.
- Bumpass, L.L., & Sweet, J.A. (1995). *Cohabitation, marriage and union stability? Preliminary findings from NSFH2*. Wisconsin: Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison

- Cairney, J., Boyle, M., Offord, D.R., & Racine, Y. (2003). Stress, social support and depression in single and married mothers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 442–449.
- Cotten, S.R. (1999). Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*, 48, 225–233.
- Cutright, P., & Fernquist, R.M. (2005). Marital status integration, psychological well-being, and suicide acceptability as predictors of marital status differentials in suicide rates. *Social Science Research*, 34, 570–590.
- Csoboth, Cs. (2006). A magyar nők életminősége. In M. Kopp, & M.E. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (106–115). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Davies, L., Avison, W.R., & McAlpine, D.D. (1997). Significant life experiences and depression among single and married mothers. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 294–308.
- DeKlyen, M., Brooks-Gunn, J., McLanahan, S., & Knab, J. (2006). The mental health of married, cohabiting and non-coresident parents with infants. *American Journal of Public Health*, 96, 1836–1841.
- Földházi, E. (2009). *Családszerkezet*. Letöltve: 2011.08.23-án: http://www.demografia.hu/letoltes/kiadvanyok/DemPort/09foldhazi_csaladszerkezet.pdf
- Graham, J.E., Christian, L.M., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2006). Marriage, health, and immune function. In S.R. Beach, M.Z. Wambolt, N.J. Kaslow, R.E. Heyman, M.B. First, L.G. Underwood, et al. (Eds.), *Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and treatment* (61–76). Washington: American Psychiatric Association.
- Hajnal, Á. (1998). *Családi krízisek és gyermekelhelyezési perek*. Letöltve: 2011.08.23-án: <http://www.vigilia.hu/1998/2/9802haj.html>
- Hemström, O. (1996). Is marital dissolution linked to differences in mortality risks for men and women? *Journal of Marriage and the Family*, 58, 366–378.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213–218.
- Horwitz, A.V., & White, H.R. (1998). The relationship of cohabitation and mental health: A study of a young adult cohort. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 500–514.
- Joung, I.M., van de Mheen, H.D., Stronks, K., van Poppel, F.W., & Mackenbach, J.P. (1998). A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Social Science & Medicine*, 46, 425–435.
- Kamp Dush, C.M., Cohan, C.L., & Amato, P.R. (2003). The relationship between cohabitation and marital quality and stability: Change across cohorts? *Journal of Marriage and the Family*, 65, 539–549.
- Kim, H.K., & McKenry, P.C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being. *Journal of Family Issues*, 23, 885–911.
- Kopp, M., & Skrabski, Á. (2006). A támogató család mint a pozitív életminőség alapja. In M. Kopp, & M.E. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (220–232). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Rózsa, S. (2008). A Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat kérdőívei. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (34–43). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Lamb, K.A., Lee, G.R., & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: Selection and relationship effects. *Journal of Marriage and the Family*, 65, 953–962.
- Liu, H., & Umberson, D.J. (2008). The times they are a changin': Marital status and health differentials from 1972 to 2003. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 239–253.

- Meadows, S.O. (2009). Family structure and fathers' well-being: Trajectories of mental health and self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(2), 115–131.
- Mittelmark, M. (2004). Chronic social stress in the community and associations with psychological distress: A social psychological perspective. *International Journal of Mental Health Promotion*, 16(1), 5–17.
- Musick, K., & Bumpass, L. (2006). *Cohabitation, marriage, and trajectories in well-being and relationships*. Letöltve: 2011.10. 04-én: <http://ssc.wisc.edu/cde/nsfhwf/nsfh93.pdf>
- O'Learly, K.D., Christian, J.L., & Mendell, N.R. (1994). A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 33–41.
- Peiro, A. (2006). Happiness, satisfaction, and socio-economic conditions: Some international evidence. *The Journal of Socio-Economics*, 35(2), 348–365.
- Phillips, R. (2004). *Amit Isten összekötött... Budapest: Osiris Kiadó*
- Reblin, M., & Uchino, B.N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205.
- Richards, M., Hardy, R., & Wadsworth, M. (1997). The effects of divorce and separation on mental health in a national UK birth cohort. *Psychology of Medicine*, 27, 1121–1128.
- Robles, T.F., & Kiecolt-Glaser, J.K. (2003). The psychology of marriage: Pathways to health. *Psychology and Behavior*, 79, 409–416.
- Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16, 384–402.
- Schroeder, B., Hahlweg, K., Fiedler, P., & Mundt, C. (1996). Marital interaction in couples with a depressed or schizophrenic patient. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders (257–276)*. Heidelberg: Gaskell/Royal College of Psychiatrists
- Simon, R.W., & Birminghams, W. (1999). Marital transitions, marital beliefs and mental health. *Journal of Social Health and Behavior*, 40, 111–125.
- Skinner, K.B., Bahr, S.J., Crane, D.R., & Call, V.R.A. (2002). Cohabitation, marriage and remarriage: A comparison of relationship quality over time. *Journal of Family Issues*, 23(1), 74–90.
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 247–255.
- Susánszky, É., Székely A., Szabó G., Szántó Zs., Klinger A., Konkoly Thege B., et al. (2007): A Hungarostudy Egészség Panel (HEP) felmérés módszertani leírása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8, 259–276.
- Uchino, B.N., & Birmingham, W. (2011). Stress and support processes. In R.J. Contrada, & A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science: Biology, psychology, and health (111–121)*. New York: Springer
- Wade, T.J., & Pevalin, D.J. (2004). Marital transitions and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45(2), 155–170.
- Waite, L., & Gallagher, L. (2000). *The case for marriage: Why married people are happier, healthier, and better off financially*. New York: Doubleday
- Wang, J.L. (2004). The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depression syndrome, associated factors and mental health service utilisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 23–32.
- Wheaton, B. (1990). Life transitions, role histories, and mental health. *American Sociological Review*, 55(2), 209–223.

- Williams, K. (2003). Has the future of marriage arrived? A contemporary examination of gender, marriage and psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 44, 470–487.
- Williams, K., & Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: A gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 81–98.

Szerzői munkamegosztás

A Hungarostudy 2006 vizsgálatot Kopp Mária vezette, melynek részadatait jelen tanulmány elemzi. Az elméleti bevezetőt Kovács Éva és Balog Piroska írta. A hipotéziseket Balog Piroska állította fel. A statisztikai feldolgozás és az eredmények leírása Mészáros Eszter, az eredmények értelmezése, a publikációs tartalom összeállítását Kovács Éva és Balog Piroska munkája. A tanulmány első változatát Kopp Mária is olvasta, javaslatai bekekerültek a beküldött változatba. A végső szöveg korrektúrái a szerzők közös munkájának eredménye.

Married, cohabiting, and divorced marital status and mental health

KOVÁCS, ÉVA – BALOG, PIROSKA –
MÉSZÁROS, ESZTER – KOPP, MÁRIA

Background: In research on mental health, family status is often considered as a control variable. This shows that psychological health depends on the family status as well that gives a framework for everyday life. Marital status and relationship quality strongly affect the development of psychological well-being. *Aim:* The purpose of the present study was to examine the relationship between marital status (married, cohabiting, divorced) and mental health in the cross-sectional sample of Hungarostudy 2006. A data of 3,293 adults was analyzed. *Methods:* Married and cohabiting individuals were divided into high and low stress groups according to the Short Stockholm Marital Stress Scale in order to investigate whether mental health is affected by the spouse / partner relationship quality. Subjective well-being, interpersonal stress, anxiety, symptoms of depression, and suicidal thoughts were investigated as indicators of mental health. *Results:* According to our results, those people have the best mental health indicators who live in a good marriage or in a good partnership. These groups were significantly characterized by better psychological well-being, less depression, less anxiety, lower levels of social stress and the idea of suicide arises less often among them. In contrast, people living in a bad marriage or poor cohabiting relationship have the worst mental health indicators. *Conclusion:* A high quality partnership plays an important role in preserving and improving mental health.

Keywords: marital status, mental health, quality of relationship, marital stress