

**AZ ÖZVEGYEK, AZ ELVÁLTAK ÉS AZ EGYEDÜLÁLLÓK
EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA.
ARÁNYOS VAGY KONCENTRÁLÓDÓ TERHEK?**

KOVÁCS KATALIN

Régóta tudott, hogy az özvegyek és az elváltak halandósága magasabb, egészségi állapota pedig rosszabb, mint házasságban élő kortársaiké. Néhány figyelemre méltó kivételtől eltekintve hasonló törvényszerűségek érvényesülnek a hajdonok és a nőtlenek körében is. A családi állapot és az egészségi állapot, valamint az életkilátások közötti kapcsolatok természete több évtizede foglalkoztatja a demográfusokat, és a kiterjedt kutatási tevékenység eredményeképpen ma már kezdenek kirajzolódni azok a magyarázati sémák, amelyek segítségével az egészségi állapot és halandóság családi állapot szerinti különbségeit értelmezni lehet.

A mortalitásban és az egészségi állapotban családi állapot szerint mutatkozó különbségek azonban jóval mérsékeltebbek, mint azok, amelyek a társadalmi pozíció olyan ismérveire vezethetők vissza, mint például az iskolázottság vagy a jövedelem. A társadalmi pozíció számos ismérvéhez kapcsolódó mortalitási és egészségi állapotbeli különbségekre vonatkozóan ma már szintén komoly ismeretekkel rendelkezünk. De vajon egymástól független jelenségekről beszélünk-e? A családi állapot alapján differenciált társadalmi csoportok ugyanis átlagos jövedelmük, esetleg iskolai végzettségük szerint is különbözhetnek egymástól. Lehetséges-e, hogy a családi állapothoz köthető eltérő halandósági és egészségi állapot mögött valójában társadalmi különbségek állnak? Nem azért mutatkozik-e vajon magasabbnak az özvegyek halandósága, mert az ő iskolai végzettségük nagyobb eséllyel alacsony, mint házas kortársaiké? Nem azért rosszabb-e az elváltak egészségi állapota, mert nagyobb eséllyel élnek alacsonyabb jövedelemből, mint az azonos korú nem elváltak?

A családi kötelékek és az egészség viszonyát elsősorban – bár korántsem kizárólag – az interperszonális kapcsolatok világához, míg a társadalmi pozíció és egészség kapcsolatát a szociális relációk rendszeréhez kötjük. Bár ez a kettő sohasem független egymástól, a közöttük működő kölcsönhatásokról viszonylag kevés ismerettel rendelkezünk.

Tanulmányozásukra nyújt lehetőséget a családi állapot és a társadalmi pozíció közötti esetleges interakciók vizsgálata. Jelentősen nagyobbak-e egy alacsony iskolai végzettségű özvegy egészségromlásának kockázatai annál, mint aminek várakozásaink alapján képzetlensége és özvegysége okán külön-külön

is, de nyilvánvalóan összegződő módon ki van téve? Hasonlóan, a rosszabb egészségi állapot aránytalanul magasabb kockázatával jár-e az, ha valaki fizikai munkásként elvált családi állapotú? Általánosságban pedig: vannak-e egészségi állapot szempontjából olyan különösen sérülékeny – avagy különösen kevésbé sérülékeny – csoportok, amelyek tagjainak kockázatait éppen a társadalmi rétegződésben elfoglalt valamely speciális pozíció és valamely családi állapot egybeesése formálja jelentős mértékben?

Tanulmányunk az imént felvetett két kérdéskört vizsgálja.

A családi állapot és társadalmi pozíció, valamint az egészségi állapot közötti kapcsolat

Az egyik legkorábbi, napjainkra már klasszikussá vált elemzés, Durkheim „Öngyilkosság”-a (1982), amely, többek között, a szuicid halálozási arányok és a családi állapot közötti összefüggéseket is feltárt, az ezek háttérében meghúzódó okként a társadalmi anómiát nevezte meg, ám a fogalom a tárgyunkra vonatkozó, később kialakult magyarázati sémákban csak érintőlegesen bukkan fel. A Durkheim által feltárt empirikus összefüggések azonban számos kutatás kiindulópontjául szolgáltak, és nemcsak az öngyilkossági, hanem a teljes halálozást tekintve is igaznak bizonyultak. A francia kutató a 19. század végén lényegesen magasabbnak találta a nem házasok öngyilkosságának gyakoriságát, mint a házasokét, az utóbbiak körében pedig kiugróan az özvegyekét. A nem házas családi állapot általánosságban véve az öngyilkosság nagyobb esélyével járt együtt a férfiak, mint a nők körében.

A teljes halálozási arányszámokat vizsgálva Gove (1973) – az 1970-es évek elején, az Amerikai Egyesült Államok fehér lakosságára vonatkoztatva – ugyan ezekre az eredményekre jutott. A későbbiekben a más országokra is kiterjedő tapasztalatok sokasodásával a jelenség megértésére egy többé-kevésbé konszenzuson alapuló interpretációs keret alakult ki, amely hosszú időre megszabta a kutatások elsődleges kérdésfeltevéseit is.

Az eltérő hangsúlyokkal, de már minden nem házas csoportra kiterjesztett értelmezés a „hatásmechanizmus” két fő típusát különböztette meg. Az egyik ezek közül az ún. szelekciós mechanizmusok csoportja, amely azokat a feltételezhető társadalmi működésmódokat foglalja magában, amelyek ahhoz vezethetnek, hogy az „eleve” – azaz a párválasztást, házasodást vagy újraházasodást megelőző időszakban – rosszabb egészségi állapotú személyeknek, illetve csoportoknak az egészségesekénél rosszabb házasodási, illetve újraházasodási esélyeivel számol.

Érdeemes ezektől megkülönböztetni az ún. oksági mechanizmusokat. Itt azokról a folyamatokról van szó, amelyek vélhetően pozitív hatást gyakorolnak az életesélyek alakulására, főként azok körében, akik életesélyeit általában a

legkedvezőbbnek találjuk, azaz a házások között. Ilyen körülménynek tekinthető a viszonylagosan kedvező anyagi helyzet, a házastárs nyújtotta érzelmi biztonság, pszichológiai támogatás és a házastárs esetleges kedvező befolyása az ún. egészségmagatartás (azaz például az egészségromboló szokások, illetőleg az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének) terén.

Ennek megfordításaként azt is feltételezhetjük, hogy a nem házások életében a fenti, „védő”-nek tekintett mechanizmusok kevésbé vannak jelen. Az elváltak körében elsősorban a – feltehetően – kedvezőtlen anyagi helyzet hatását, az özvegyek esetében pedig a házastárs elvesztését követő stresszreakciókat, illetve általában véve a pszichológiai tényezők fontosságát szokás hangsúlyozni.

Ezek a folyamatleírások eredetileg dinamikus, a változások időbeli egymásutánját is nyomon követni képes képet kívántak megrajzolni. Ugyanakkor a magyarázati sémákban felbukkanó elemek alkalmasak arra is, hogy segítségükkel – esetlegesen keresztmetszeti vizsgálatból származó – statikusabb kép értelmezésével próbálkozzunk. Amennyiben például az özvegyek esetében azt találjuk, hogy a rosszabb életesélyek elsősorban az alacsonyabb iskolai végzettséggel állnak asszociációs kapcsolatban, akkor feltételezhetjük, hogy ez az összefüggés valamiféle időben lezajlott folyamat következménye: az (időben korábban rögzült) alacsonyabb iskolai végzettség „vezetett” olyan rossz egészségi állapothoz, amely, többek között, a (későbbiekben) történő megözvegyüléshez is kapcsolódhat. Ilyen értelemben az esetlegesen megmutatkozó asszociációs kapcsolatról azt állíthatjuk, hogy az iskolai végzettség változója áll az özvegyiséghez kapcsolódó magas mortalitási vagy morbiditási kockázatok mögött, avagy képszerűbben, az alacsony iskolai végzettség az özvegyi állapothoz eséllyel kapcsolódó rossz egészség „oka”.

Visszatérve az utóbbi évek e tárgyban született tanulmányaihoz, úgy tűnik, hogy az ún. szelekciós mechanizmusok kutatása fokozatosan háttérbe szorul. Az e témakörben született, különösen alapos munkák arra a következtetésre jutottak, hogy az egészségi állapot és a halandóság családi állapot szerinti különbségeinek kialakulásában a szelekciós mechanizmusok szerepe rendkívül kicsi. Fu és Goldman (1997) szerint a kedvezőtlen egészségi állapot, illetve az azt esetlegesen determináló társadalmi helyzetek (például alacsony iskolai végzettség, rossz anyagi háttér) vagy életvezetési szokások (alkohol-, drogfogyasztás, elhízottság) közül igen kevés tényező esetében volt az bizonyítható, hogy (a nyolcvanas évek Amerikájában) kimutathatóan rontotta a házassági esélyeket. Elhanyagolhatónak bizonyultak azok a különbségek is, amelyek a kilencvenes évek során Hollandiában a rosszabb és jobb egészségi állapotúak házassági és újraházassági esélyeiben mutatkoztak (Joung et al. 1998). Valószínű tehát, hogy a halálozás és az egészségi állapot családi állapot szerinti különbségeinek alakulásában az ún. szelekciós mechanizmusok szerepe marginális. Óvatosságra inthet ugyanakkor, hogy a Fu és Goldman által feltárt, néhány valóban mű-

ködni látszó házassági szelekciós mechanizmus, mint például bizonyos életkorokban az elhízottság, vélhetőleg a sajátos amerikai kulturális közeg terméke. S minthogy ilyen részletezettségű vizsgálatok máshol még nem zajlottak, nem kizárható, hogy a jövőben más országokban más, de ugyancsak szelekciót eredményező kultúraspecifikus mechanizmusokra derül majd fény.

A kulturális különbségek az ún. oksági mechanizmusok működése során is fontosak lehetnek. A kulturális környezetben mutatkozó túl komoly súllyal eshetnek a latba a gazdasági és intézményi környezet különbségei is (Elstad 1996). Kézenfekvő példával élve, nyilvánvalóan másképpen alakulnak az elváltak anyagi terhei (és talán az egészségi állapotukból ezekhez kötődően származó hátrányaik is) kiterjedt jóléti rendszer keretei között, mint annak hiányában. Másképpen élhetik meg az elvált állapot pszichológia terheit azok, akik olyan társadalomban élnek, amelyben a válás ritka, kivételes és kevésbé normatív eljárásnak számít, mint olyan országokban, ahol ez gyakori jelenség. Különbözhet a megözvegyüléssel járó pszichológiai terhek kezelése a szerint, hogy a megözvegyült környezetében sok, ebben jártas más özvegy él-e vagy sem.

Annak ellenére, hogy az élet- és egészségesélyek családi állapot szerinti különbségeiben a társadalmi és intézményi környezet hatása nyilvánvaló, mégis kevés olyan közleményt találunk, amelyek ezeket a különbségeket hangsúlyozzák, és megpróbálják a kutatási kérdés megformálásban szerephez juttatni, de legalább az eredmények értelmezésében felhasználni őket. Úgy is fogalmazhatunk, hogy a kutatók inkább valamiféle „természettudományos” törvényszerűségeket keresnek, amelyek – például – az özvegyé válást követő mortalitási és egészségi állapotbeli különbségeket általában (de legalábbis az iparosodott, nyugati jellegű társadalmakban) jellemezhetik.

De léteznek-e valójában ilyen törvényszerűségek? E pillanatban úgy látszik, hogy nemcsak a családi állapot és az egészségi állapot/halandóság alakulása közötti átviteli mechanizmusokban lehetnek jelentős kulturális különbségek, hanem a végeredménynek tekinthető többlethalalozás vagy egészségdeficit mértékében is. Az e tárgyban született kutatási eredmények áttekintése azt mutatja, hogy számottevőek a különbségek például abban a tekintetben, hogy a többlethalalozás, illetve az egészségdeficit mely népességszociális csoportokban jelentős mértékű. Egyértelműnek tűnt például, hogy a megözvegyülés „hatása” a mortalitás emelkedése ezt számos országra nézve bemutatta Hu és Goldman (1990), s ez a jelenség a legtöbb vizsgálat szerint a megözvegyülést követő időszakra koncentrálódik (Martikainen – Valkonen 1996/a). Nem lehetett viszont ilyen hatást érzékelni az özvegy férfiak körében az Egyesült Államokban (Zick – Smith 1991). A legtöbb tanulmány a mortalitás erősebb növekedését mutatta ki a megözvegyült férfiak, mint a nők körében –, de nem így az izraeli özvegyek esetében (Manor – Eisenbach 2003).

Többé-kevésbé egyetértés mutatkozik abban, hogy a megözvegyülés inkább befolyásolja az egészségi állapotot a fiatalabb, mint az idősebb korosztályok-

ban. Nincs azonban egyetértés abban, hogy van-e egyáltalán számottevő több-lethalalozás (illetőleg egészségdeficit) a különösen idős özvegyek (illetve általában a nem házások) körében.

A kép, ha lehetséges, még kevésbé tiszta az elváltakat illetően. Hu és Goldman klasszikus munkájának (1990) megállapításai szerint a vizsgált 16 országban a leggyakoribb az az eset volt, hogy az elváltak mortalitási arányszámai különböznek leginkább a házásokétól, bár a finomabb, korcsoportos elemzéseikből az is kiderült, hogy a fiatal özvegyek mortalitása sok ország esetében meghaladta az azonos korcsoportba tartozó elváltakét. Ugyanakkor a halalozási többlet az idős elváltak esetében is világosan jelentkezett. Az adott korosztályra koncentrált vizsgálatok közül azonban némelyek arra a következtetésre jutottak, hogy a korosabb elváltak körében egyáltalán nem tapasztalható az egészségdeficit jelensége (Goldman et al. 1995). Egyes tanulmányok az elvált férfiak, más tanulmányok az elvált nők erősebb érintettségét hangsúlyozták.

Hasonló helyzet alakult ki a családi állapot és az egészségi állapot, illetve a mortalitás közötti társadalmi közvetítő mechanizmusok megítélését illetően. Tág értelemben véve egyetértés mutatkozik arról, hogy az özvegyek állapotában meghatározó szerepet a pszichológiai tényezők játszanak; a veszteséget közvetlenül követő időszakban különösen is a társ elvesztésével együtt járó stressz, a későbbiekben viszont inkább az interperszonális háló esetleges ritkulása, az elhunyt házastárs által fenntartott szociális kapcsolatok meggyengülése. A részleteket tekintve azonban már kevesebb az egyetértés: tulajdoníthatunk-e szerepet az anyagi helyzetben a megözvegyülést követően esetleg bekövetkező romlásnak; egyformán fontosak-e a fent említett tényezők a férfiak és nők, idősebbek és fiatalok, iskolázottak és kevésbé iskolázottak esetében; elképzelhető-e, hogy a megözvegyülést követően az életmód változik meg, s ez vezet az egészségi állapot romlásához?

Az elváltak esetében ugyancsak szokásos egy kitüntetett közvetítő mechanizmus szerepét hangsúlyozni, ez pedig az anyagi helyzet – többé-kevésbé minden országban prognosztizálható – romlása. Azt azonban szintén kimutatták, hogy a válás pszichológiai közvetítések útján is (negatíve) befolyásolja az egészségi állapot alakulását. Sokan pedig – elsősorban a mortalitáselemzésben haláloki bontásokat is alkalmazó kutatók – úgy érvelnek, hogy az elvált családi állapotúak halalozási mintáiban kiugróan magas az életmódhoz kötődő halál-okok (cirrhosis, tüdőrák) gyakorisága.

Kifejezetten anyagi természetű átviteli mechanizmusokat mutatott be Zick és Smith (1996) az amerikai nők körében: eszerint a házasság kizárólag amiatt társul viszonylag kedvező egészségi állapotokkal, mert általánosságban jobb anyagi feltételeket teremt számukra, s különösen azért, mert jelentősen mérsékli szegénységbe süllyedésük kockázatát.

Az átviteli mechanizmusok teljes spektrumának tanulmányozására igen kevés adatbázis nyújthat lehetőséget, hiszen annak ideális esetben számot kellene adnia a családi állapotban bekövetkezett változások valamennyi következményéről, valamint az egészségi állapot alakulásáról is. Ezért nem csodálható, hogy az átviteli mechanizmusokra (asszociált élethelyzetekre) vonatkozó ismereteink ma még korántsem teljeseek, és nincs is remény arra, hogy a közeljövőben teljessé válhatnak.

*

Anélkül, hogy az átviteli mechanizmusokra vonatkozó különbségek leírása és interpretációja lezárult volna, az utóbbi időben a kutatók egy része új irányba látszik fordulni, olyan kérdést felvetve, melynek megválaszolása nem helyettesítheti ugyan az átviteli mechanizmusok részletes feltérképezését, de alkalmas arra, hogy ráirányítsa a figyelmet a nem házas családi állapottal kapcsolatos legfontosabb, a halandóságban és az egészségi állapotban megnyilvánuló társadalmi problémákra.

Korábban is rendelkezünk már bizonyos ismeretekkel arról, hogy a megözvegyülésnek és a válásnak az egészségi állapotban, illetve mortalitásban jelentkező hátrányai nem azonos mértékben sújtják a különféle társadalmi csoportok tagjait. A korábbi elemzések – mint ahogyan azt az előzőekben igyekeztük vázlatosan bemutatni – klasszikus demográfiai irányultságúak voltak, azaz a férfiak és nők, valamint az életkori csoportok érintettségének különbségeit vizsgálták. A társadalmi státust leíró indikátorok vizsgálata során azonban felszínre kerültek olyan tények, amelyek a különféle, nem igazán demográfiai természetű jellemzők szerint elhatárolható társadalmi csoportok különös érintettségét mutatták. Ahogy Hemström (1996) a svéd lakosságra vonatkozóan kimutatta, a házastárs elvesztésére visszavezethető mortalitási többlet jóval nagyobb mértékű a képzetlenek, mint a legalább szakképesítéssel rendelkezők körében, s ez az összefüggés a férfiakat és a nőket illetően egyaránt érvényes. Hasonlóan, míg a képzetlen elvált férfiak halálozási többlete 30 százalékos volt (a megfelelő házas népességhez viszonyítva), addig a középosztálybelieké csak 10 százalék. Ugyanezek a mutatók 40, illetve 10 százalékosnak bizonyultak a nők körében.

Az Egyesült Államokban Waldron és munkatársai (1996) szerint a képzetlen afroamerikai származású, nem házas asszonyok azok, akiknek egészségi állapotuk, magas munkanélküliségi rátájuk, valamint alacsony képzettségük egymással kölcsönös összefüggésben rontja.

A kérdés teoretikus megfogalmazása irányába Martikainen és Valkonen (1998) tette meg az első lépéseket. Feltevéseik szerint a megözvegyülés pszichológiai terhein más erőforrások felhasználásával könnyíteni lehet, így mérsékelve a mortalitás megözvegyüléshez kapcsolódó esélyének növekedését. Ilyen

erőforrás lehet az interperszonális kapcsolatok aktivizálása, a magas iskolai végzettségből származó tudástőke vagy a magas jövedelem (amely megkönnyítheti például a segítő szolgáltatások igénybevételét).

Hipotézisük szerint ezért – az alacsonyabb képzettségűekhez és a kisebb jövedelműekhez viszonyítva – az özvegyülést követő mortalitás arányosan kisebb növekedését kellene tapasztalnunk a magasán képezettek és a magas jövedelműek között. A szociálpszichológiai irodalom számos – bár kultúra-specifikusnak tekintendő – eredménye azt sugallja, hogy az alacsonyabb, illetve a magasabb társadalmi státusú személyek és családok nem azonos hatékonysággal tudják a negatív életeseményeket kezelni (Kessler – MecLeod 1990). A hipotézis kézenfekvő, ugyanakkor a finn népességre vonatkozó mortalitási adatok nem támasztották azt alá (Martikainen – Valkonen 1998). Egy hasonló kérdésfelvetéssel induló belga vizsgálat pedig egyenesen az ellenkező végeredményre jutott: az özvegyek házasokéhoz viszonyított többlethalálózása szignifikánsan magasabb a felsőfokú, mint a középfokú képzettségűek között, míg a legalacsonyabbnak a legfeljebb elemi iskolát végzettké bizonyult (Lusyne – Page – Lievens 2001).

A fenti, igencsak meglepő eredmények azt sugallják, hogy a nem házasok mortalitási többletének koncentrálódása vagy éppen arányos megoszlása újraírhatja, legalábbis jelentősen módosíthatja azt, amit az egyedülálló, özvegyek és elváltak többlethalálózásáról, illetve fokozott egészségkockázatairól mindeddig gondoltunk. Cikkünkben ezért vizsgáljuk – a magyarországi nem házas csoportok általános egészségi állapotán túl – azt a kérdést, hogy az elváltak és az özvegyek esetében megfigyelhető-e a rossz egészségi állapot veszélyének koncentrálódása a képzettség és az anyagi helyzet különféle dimenziói szerint elkülönített csoportok valamelyikében.

A megfelelő kutatási eredmények hiányában azonban szintén fontosnak tartjuk valamiféle képet nyújtani arról is, hogy milyen közvetítő mechanizmusok működhetnek a családi állapot és az egészségi állapot között az ezredforduló Magyarországon. Ezt a próbálkozásunkat azonban, a rendelkezésünkre álló adatbázis kötöttségeit elfogadva, helyesebb vázlatnak tekinteni.

Hipotézisek

Magyarországon mindeddig igen kevés elemzés született a családi állapot és az egészségi állapot, illetve a mortalitás kapcsolatáról. Egy korábbi, keresztmetszeti típusú mortalitáselemzésünk eredményei szerint a nem házasok halandósága az 1981 és 1998 közötti időszakban mind a férfiak, mind pedig a nők között jóval magasabb volt, mint a házasoké. A kilencvenes évek során a nőtlen férfiak halálózása 50–70, az elváltaké 90–120, az özvegyeké pedig 50–150 százalékkal haladta meg a házasokét. Ugyanebben az időszokban a hajadon nők

halálózása 50–60, az özvegyeké 40–50, míg az elváltaké 50–80 százalékkal volt magasabb, mint házas kortársaiké (Kovács 2003). Az idézett munka során azonban nélkülözni kellett az elhunytak társadalmi helyzetére vonatkozó információkat.

Minthogy a nem házasok egészségi állapotának vizsgálatára alkalmazott adatbázis keresztmetszeti jellegű, a más országokban már elemzett „átviteli mechanizmusok”-kal csupán egyszerűsített formában foglalkozhatunk majd. Mindazonáltal feltételezhetjük, hogy amennyiben kimutatjuk a társadalmi pozíció és a pszichológiai státus összefüggéseit, akkor – bár eredményeink szigorú értelemben csupán asszociációs kapcsolat megállapítását engednék meg – mégis kapunk valamiféle képet azokról a mechanizmusokról is, amelyek ezeket az összefüggéseket produkálták.

Az egészségi állapot alakulásával foglalkozó korábbi elemzéseink szerint a társadalmi pozíció különböző grádienseihez kötődő egészségesélyek – vizsgáljuk azokat akár iskolai végzettség, jövedelem vagy foglalkozás szerint – jelentősen különböznek. Az országok közötti összehasonlítás komoly nehézségekkel jár, annyi azonban mégis bebizonyosodott, hogy a kedvezőtlen társadalmi pozíciókhoz kötődő egészségi állapotbeli hátrányok nálunk inkább nagyobbak, mint kisebbek azoknál, amelyeket az Európai Unió országaiban lehet tapasztalni. Az is ismert, hogy a társadalmi rétegződéshez kötődő számos indikátor, elsősorban is a jövedelem, a családi állapottal szintén szoros kapcsolatot mutat. Ezért azután – elsősorban a halandósági vizsgálatok eredményei alapján – azt várjuk, hogy az egészségi állapotot a nem házasok minden csoportjában kedvezőtlenebbnek találjuk majd, mint a házasok között. Más kutatásaink alapján azt is feltételezhetjük, hogy ezeknek a különbségeknek a hátterében a nem házasok átlagosan rosszabb jövedelmi viszonyai állnak. Ezzel a feltevéssel elsősorban az elváltak, illetve az özvegyek, s kevésbé a házasságot egyáltalán nem kötők esetében élhetünk. A materiális körülmények szerepére vonatkozóan valójában tágabb előfeltevésekkel is élhetünk, hiszen az özvegyek és az elváltak ilyen természetű hátrányai nemcsak aktuális jövedelmüket, hanem hosszú távú felhalmozási lehetőségeiket, általában vett jólétüket illetően is nyilvánvalóak.

A mortalitás- és morbiditásbeli különbségekből egyértelműen adódik, hogy a nem házasok, ezen belül pedig különösen az özvegyek esetében jelentőséget tulajdoníthatunk az iskolai végzettségnek is. Az e szerint kimutatható mortalitásbeli különbségek ugyanis Magyarországon olyan nagyok, hogy a házas- vagy élettársak képzettségében mutatkozó már igen kis hasonlóságot feltételezve is nagyobb eséllyel fogunk az özvegyek körében alacsonyabb iskolai végzettségűeket találni, mint a teljes népességben. Hasonló feltevéssel élhetünk az elhalálozott személy, illetve a hátramaradó házastárs foglalkozásának szerepét illetően is.

A szakirodalom tanúsága szerint a nem házasok minden csoportja, de különösen az özvegyek esetében feltételezhető, hogy a rossz egészségi állapot ki-

alakulásában a materiális tényezőkön túl a kedvezőtlen pszichológiai státusnak is komoly szerepe lehet. Az „átviteli mechanizmusok”-ra nézve összességben csupán azt a nem túl erős hipotézist fogalmazzuk meg, hogy a nem házások házásokénál rosszabb egészségi állapota valószínűleg megmagyarázható a rendszerint előnytelenebb társadalmi pozíciójuk és okkal feltételezhetően rosszabb pszichológiai státusukból következő, önmagában is rosszabb egészségesélyeik halmozódó hatásával. Az özvegyek esetében a nem materiális, az elváltak esetében pedig a materiális tényezőknek lehet elsődleges szerepe.

*

Az egészségi állapotbeli hátrányok esetleges koncentrálódására vonatkozó hipotéziseink még az előbbieknél is bizonytalanabbak. Az ezzel foglalkozó korábbi tanulmányokban felmerült, némiképp spekulatív módon összegyűjtött tényezők listája nem túl hosszú: a krízismenedzselésre vonatkozó képességek (például a tudás- vagy kapcsolati tőke mozgósításának lehetősége), ehhez kapcsolódóan a segítő szolgáltatások igénybevételének esélye, továbbá a pszichológiai-érzelmi veszteség társadalmi csoportok szerint differenciált mértéke, illetve a releváns tapasztalatok hozzáférhetősége.

E legutóbbi tényezőről azt véljük, hogy sem a házasodás hiánya, sem a válás, sem pedig a megözvegyülés nem kivételes társadalmi tapasztalat Magyarországon. Egyedül a fiatalabb özvegyekről tételvezhető fel, hogy a veszteségükre vonatkozó „társadalmi tapasztalat” saját korcsoportjukban elégtelen, s különösen az a magasabb presztízsű társadalmi csoportokban. Ez lehet az az egyetlen olyan kör, amely talán kevéssé támaszkodhat a családi és baráti kapcsolati hálóban ezzel kapcsolatban felgyülemlett sajátos krízismenedzselési tapasztalataikra, így esetleg sérülékenyebbek bizonyulhatnak.

Jelentősebbnek ítéljük a „kompenzációs” mechanizmusok létének, illetve hiányának kérdését. Az alacsony végzettségű, rossz jövedelmi viszonyok között élők a válásból vagy a megözvegyülésből eredő pszichológiai krízishelyzet menedzselése során valóban nem számíthatnak arra, hogy tudástőkájüket vagy anyagi erőforrásaikat mobilizálják. A kölcsönös segítségnyújtás családon kívüli hálózatai is erősebbek az előnyös társadalmi helyzetűek köreiben. Ugyanakkor Magyarországon semmiféle lényeges különbség nem mutatkozott a házassági kapcsolatok erősségét, illetve az azzal való megelégedettséget illetően a különféle – például iskolai végzettség alapján képezhető – társadalmi csoportok között.¹ Mindebből következően a rossz egészségi állapot különösen gyakori előfordulását a nem házások – jövedelem, egyéb materiális feltételek vagy iskolai végzettség szerint – hátrányos társadalmi helyzetű csoportjaiban várjuk.

¹ A családi relációkkal, illetve a kölcsönös segítségnyújtás hálózataiban való részvétellel kapcsolatos, Magyarországra vonatkozóan elsőként itt megjelenő megállapítások a majd általunk is elemzendő „Életünk fordulópontjai” panelvizsgálat adatain alapulnak.

Az adatok forrása és az elemzés módszerei

A hipotézisek tesztelésére a Népeségtudományi Kutatóintézet 2001 és 2002 fordulóján végrehajtott felvételének adatait használjuk. Az „Életünk fordulópontjai” megnevezésű program a magyar állampolgárságú, nem intézményi háztartásban élő 18–75 éves népesség körében gyűjtött adatokat. A felvétel részletes információval szolgál a kérdezett személy családi kapcsolatairól, a család anyagi helyzetéről, és számos attitűdkérdésre is kitér. A felmérés mintája reprezentatívnak tekinthető a népesség nem, korcsoport és a lakóhely szerinti megoszlását tekintve. Az interjúalanyok száma 16 394 volt.

Funkcióját tekintve az „Életünk fordulópontjai” követéses panelvizsgálat, mivel azonban jelenleg az első hullám adatai állnak rendelkezésünkre, vizsgálatunk keresztmetszeti jellegűnek tekinthető.

A kérdőív az egészségi állapotra vonatkozó számos információt tartalmaz. Ebben a tanulmányban elsőként az ún. akadályoztatottság változóját alkalmazzuk. Akadályoztatottnak minősítettünk minden olyan személyt, aki a „Gátolja-e Önt mindennapi tevékenységeiben valamilyen egészségi probléma, betegség, rokkantság?” kérdésre igenlő választ adott.²

Az egészségi állapot jellemzésére használjuk annak szubjektív – 0 és 10 közötti skálán megadott – minősítését is. A következőkben azokat tekintjük „rosszabb egészségi állapotú”-aknak, akik önmagukról 0–6 pontos értékelést adtak. Ez a csoportosítás többé-kevésbé megfelel annak a nemzetközileg elterjedt gyakorlatnak, amikor az ötfokozatú skálával végzett szubjektív egészségértékelést elfogadva azokat, akik önmaguk állapotát „jó”-nak (4-es érték) vagy „kiváló”-nak (5-ös érték) mondják, különválasztják azoktól, akik ennél rosszabb értéket adnak meg. Ez a megfeleltetés természetesen nem pontos, hiszen esetünkben a minősítésre nem 10, hanem 11 fokú skála szolgált. Csoportosításunkban lényegében mégis a saját megítélés szerint „rossz” és „átlagos” egészségi állapotúakat különítettük el a „jobb” egészségi állapotúaktól.

Elemzésünk másik központi változója a családi állapot, melynek kategorizációja csak látszólag problémamentes feladat. Ebben a tanulmányban a formális, nyilvántartásokban rögzített státusból indultunk ki, majd azt valamelyest módosítottuk. Korábbi, finomabb csoportosítást alkalmazó vizsgálataink során ugyanis bebizonyosodott, hogy a jogi értelemben is házasságban élőknél az egészségi állapotuk általában rosszabb, mint a nem házasoké.

² E kérdést illetően figyelembe kell venni, hogy vizsgálatunkban az egészségi állapotban mutatkozó különbségekre csupán konzervatív becslést tudunk majd nyújtani, hiszen azok a nem házasok, akiket ilyesfajta egészségproblémák sújtanak, nagyobb eséllyel kerülnek intézményi háztartásokba, mint az ugyanolyan egészségi állapotban lévő házasságban élő személyek (Murphy et al. 1997). Ugyanezt feltételezhetjük azokról is, akiknek (szubjektív módon értékelt) egészségi állapota különösen rossz.

gi állapota semmivel nem különbözik azokétól, akik élettárrsal élnek együtt. Ezért itt „házas”-nak tekintettük azokat is, akik családi állapota formálisan ugyan hajadon vagy elvált (igen ritkán özvegy) volt, de kérdésünk időpontjában közös háztartásban éltek társukkal. A családi állapot számbavétele tehát kevésbé merev, mint sok korábbi vizsgálatban, ugyanakkor ennek az életút során bekövetkezett komplex változásait nem veszi figyelembe, mivel ezek követése meghaladná munkánk adott korlátait.

Interjúalanyaink társadalmi-gazdasági státusát néhány olyan jellemző segítségével értékeljük, amelyeket a korábbiakban sikerrel alkalmaztuk az egészségi állapot társadalmi meghatározottságának elemzése során. Részletesen ismert a megkérdezett személy iskolai végzettsége. Ezt az információt egy ötfokozatú skála alkalmazásával rendeztük. A legalacsonyabb grádicson azok foglalnak helyet, akiknek a magyarországi szabályok szerint nincs befejezett elemi iskolai végzettségük. Őket követik a befejezett alapfokú (általános iskolai) végzettséggel rendelkezők, azaz a 8 osztályt végzettek. A középfokú végzettségük között külön kezeltük azokat, aki csupán szakmunkásképzettséget szereztek és azokat, akik érettségivel (is) rendelkeznek. Végül pedig elkülönítettük a főiskolát vagy egyetemet végzettek csoportját.

A felvételben a jövedelem mérése igen nagy pontossággal történt. A család minden munka- és transzferjövedelmének részletes számbavétele után az együtt élők számát és korstruktúráját figyelembe véve kalkuláltuk az egy főre eső ekvivalens jövedelmet. Ez jóval realisabb mutatója az anyagi jólétnek, mint a személyes vagy esetleg a korrigálatlan egy főre eső jövedelem. Választásunk azonban azzal a hátránnyal járt, hogy a gyermekek számára vonatkozó információt (amely mind a kérdezettel együtt élő, mind pedig a már elköltözött gyermekekre vonatkozóan rendelkezésre áll) változóként nem használhattuk, mert a családban élő gyermekek száma túl erős kapcsolatban áll az egy főre eső jövedelemmel. Az egy főre eső ekvivalens jövedelmet végül egy kategorikus változó, a különböző jövedelmi ötdökbbe való tartozás formájában vontuk be az elemzésbe, mert azt reméltük, hogy így javulnak a feltételeink az egyes társadalmi csoportokban esetlegesen kumulálódó kockázatok megfigyelésére.

A család jóléti helyzetét hasznosnak láttuk egy másfajta megközelítésben is elemezni, hiszen köztudott, hogy az 1990-es években Magyarországon is megjelent és megélnékült a jövedelmi mobilitás (Spéder 2002). A család jóléti helyzetének hosszabb távú alakulását is megpróbáltuk ezért jellemezni, amelyre az ún. deprivációs skálát használtuk. Ez bizonyos javak tulajdonlására, illetve szolgáltatások rendszeres igénybevételére alapoz.³ Az egyes személyeket a

³ Ezek a javak illetve szolgáltatások a következők voltak:

olyan lakás, amelyben mindenkinek van külön szobája; napi egyszeri meleg étkezés; WC, fürdőszoba vagy zuhanyzó a lakásban; kert, terasz vagy kellemes környezetre nyíló erkély; telefon; autó; színes televízió; automata mosógép; mosogatógép; videomagnó; számítógép; évente legalább egyszer egy hét üdülés; rendszeresen vásárol új ruhát; lecsereéli előre-

deprivációs skálán elhelyezve lehetőség volt a teljes mintasokaságot – mint a jövedelem esetén – ötödökbe rendezni. A legalsó deprivációs ötödbe azok kerültek, akik családjában a felsorolt javak, illetve szolgáltatások közül legalább 7 nem áll rendelkezésre. Az alsó-középső ötödbe az 5–6, a középsőbe a 4–5, a felső-középsőbe pedig az 1–3 jóság- vagy fogyasztáselemet hiányoló személyeket soroltuk. A legfelső deprivációs kvintilisbe tartozó személyek esetében egyik felsorolt elem sem hiányzik.

A társadalmi pozíció jellemzésére utolsóként az interjúalany foglalkozási csoportját vizsgáltuk. Az idősebb, már nem dolgozó megkérdezettek esetében az utolsó foglalkozást vettük figyelembe. A csoportosítás ez alkalommal igen elnagyolt volt: csak a fizikai és szellemi foglalkozási csoportokat különböztettük meg egymástól.

A materiális pozíción túl, ha csak jelzésszerűen is, szeretnénk volna kitérni a pszichológiai természetű hatásokra is. Ebből a célból konstruáltuk „magányosságindex”-ünket, amelyet a magányosságérzet különféle aspektusait tudakoló itemekre⁴ adott válaszokból állítottuk össze.

Adatbázisunkban nincs olyan változó, amely az életmód különféle elemeinek jellemzését lehetővé tenné.

Az elemzést logisztikus regresszió segítségével végeztük. Ez az eljárás nem az előfordulási gyakoriságokat, hanem az úgynevezett esélyhányadosokat hasonlítja össze. Ebben a tanulmányban az akadályoztatottság, illetve a „rosszabb” egészségi állapot fennállására vonatkozó esélyhányadosokat vizsgáltuk. Ezek a paraméterek a különféle csoportokban mutatkozó előfordulási gyakoriságokat a referenciának előzetesen kijelölt csoportban tapasztalható előfordulási gyakoriságokhoz viszonyítva méri, elvégezve bizonyos transzformációkat. Elemzésünk során általában véve arra törekedtünk, hogy a – feltehetően – legkedvezőbb helyzetben lévő csoportot válasszuk ki referenciaként, így például képzettség szerint a felsőfokú végzettségűeket. A csak általános iskolai végzettséggel rendelkezők 1-nél nagyobb esélyhányadosa azt jelzi, hogy a csoportban az akadályoztatottság (vagy rosszabb egészségi állapot) előfordulása lényegesen gyakoribb, mint a felsőfokú végzettségűek között. Minél magasabb az esélyhányados értéke, annál nagyobb a rossz egészség (illetve akadályoztatottság) kockázata. A loglineáris regressziós modellekbe különféle változókat vonhatunk be. A kor változójának bevonása például a klasszikus

gedett bútorait; előfizet vagy rendszeresen vásárol újságot; havonta egyszer meghívhatja barátait; havonta egyszer étteremben ebédel; havonta 5 ezer Ft-ot meg tud takarítani.

⁴ Ezek az itemek a következők voltak:

- Mindig van Ön körül valaki, akivel beszélgethet mindennapi problémáiról;
- Szükség esetén mindig támaszkodhat valakire;
- Gyakran érzi úgy, hogy senkit sem érdekel, amit mond;
- Hiányzik az életéből a meghittség és a melegség;
- Gyakran érzi magányosnak magát.

értelemben vett standardizációt helyettesíti. A sokváltozós logisztikus regresszió alkalmazásával tulajdonképpen sok változóra végzünk egyidejű standardizációt.

Az elemzés során lehetőség szerint beágyazott modelleket hasonlítottunk össze, illetve a családi állapot és egyes más, különösen fontos változók közötti interakciókat vizsgáltuk.⁵

A beágyazott modellek olyan modellsorok, amelyekbe lépésenként egyre több változót vonunk be, és azt figyeljük meg, hogy ennek során hogyan változnak az esélyhányadosok. Amennyiben tehát a kor és a családi állapot változója mellé beemeljük az iskolai végzettség változóját is, megfigyelhetjük, hogy miként változnak az egyes családi állapotokhoz tartozó esélyhányadosok, ha immár a képzettség szerinti megoszlásra is „standardizálunk”, azaz hogyan alakulnának az esélyhányadosok akkor, ha minden családi állapot szerinti csoportban egyforma lenne az iskolai végzettség szerinti megoszlás. Az esélyhányadosok 1-től (azaz a referenciacsoportban tapasztalható értéktől) való eltéréseinek „nagy” vagy „kicsi” voltát a szignifikanciaszint ismeretében állapíthatjuk meg. Amennyiben egy újabb változó bevonása során az – előző modellünkben még – magas esélyhányados az 1-től szignifikánsan nem különböző szintre esik vissza, akkor azt úgy tekintjük, hogy legutoljára bevont változónk „magyaráz” a szóban forgó esélyhányados korábbi magas értékét.

Az úgynevezett interakciók, más szóval kereszthatások vizsgálata arra alkalmas, hogy ne csupán standardizáljunk bizonyos változók szerint, hanem hogy egyes csoportokban esetlegesen előforduló különösen magas vagy alacsony rejtett kockázatokat is kimutathassunk. Lehetséges például, hogy az iskolai végzettség szerinti loglineáris regressziós modellünkben közepes kockázatokat regisztrálhatunk mind az alacsony iskolai végzettségűek, mind pedig a nőtlenek és az elváltak csoportjában (ekkor a családi állapot és az iskolai végzettség változója szerepel modellünkben). Ha azonban a családi állapot és az iskolai végzettség közötti interakciós tagokat is bevonjuk a modellbe, 1-nél jóval magasabbnak találhatjuk például az alacsony iskolai végzettség és a nőtlenség közötti interakciós tagot és 1-nél jóval alacsonyabbnak ugyanezt az elvált státusz és az alacsony iskolai végzettség között. Ez azt jelenti, hogy a nőtlenek – esetünkben egészségi állapotbeli – terhei inkább az alacsonyabb iskolai végzettségűek, az elváltaké pedig inkább a magasabb iskolai végzettségűek között koncentrálódnak.⁶

Magasabb rendű interakciók vizsgálatára ez a tanulmány nem tér ki.

Korábbi elemzéseink alapján azt találtuk, hogy az egészségesélyeket befolyásoló társadalmi jellemzők alapvetően másként fejtik ki hatásukat a fiatalabb

⁵ A loglineáris elemzésre és a beágyazott modellekre vonatkozó részletesebb, szemléletes ismertetéssel szolgál Kapitány (2000).

⁶ Ennek az esetnek majdnem ellenkezőjét lehet például a későbbiekben bemutatandó 5.1. és 5.2. táblázatokból kiolvasni.

és az idősebb népességben. Ezért mintákat két almintára, a 25–54 évesekére és az 55–75 évesekére bontottan elemeztük. A minta jellemzőinek ismeretében ez a tagolás tanulmányunk céljait tekintve is logikusnak bizonyult, hiszen a családi állapot szerinti megoszlás is karakterisztikusan különbözik a két almintában, bár az 55–64 évesek generációja sok szempontból átmenetinek tekinthető az ennél fiatalabb, illetve a legidősebb korosztály között. A fiatalabb részpopulációkban viszonylag magas a házasságot még soha nem kötöttek hányada, bár ez elsősorban a férfiakra nézve igaz, és alacsony, a férfiak körében pedig már az elemezhetőség határát súrolóan is kicsi, az özvegyek aránya. Az idősebbek körében alacsony a házasságot soha nem kötöttek relatív gyakorisága, magas viszont az özvegyeké. Az elváltak aránya – bár a kor emelkedésével ez természetesen növekszik – nem mutat jelentős különbséget a fiatalabb és az idősebb korcsoportokban (1. és 2. táblázat). Ezért a házasságot soha nem kötöttek helyzetét elsősorban a fiatalabb korosztályban, az özvegyekét viszont az idősebb korcsoportban kísérjük majd figyelemmel, míg az elváltakkal mindkét részpopulációban azonos súllyal foglalkozunk.

A nőkre és a férfiakra vonatkozó adatokat mindkét korcsoportban külön elemeztük.

Az életkori változót diszkét formában szerepeltettük, hogy ezáltal az esetleges interakciós hatások világosabban kirajzolódhassanak. Az elemzéseket mindazonáltal folytonos korváltozó alkalmazásával is elvégeztük, de az eredmények nem változtak.

A részletek ismertetése előtt le kell szögeznünk, hogy – keresztmetszeti adatokról lévén szó – csupán asszociációs kapcsolatot mutathatunk ki, amelyek alapján az oksági jellegű összefüggésekre nézve csupán feltevéseket fogalmazhatunk meg.

A rossz egészség esélyei családi állapot szerint: a háttérben álló társadalmi és pszichológiai tényezők – eredmények

A középkorú férfiak esetében – mivel körükben az özvegyek száma nagyon alacsony – csak a nőtlenekre és az elváltakra vonatkozó elemzéseket tudjuk elvégezni. A 3.1. táblázatban az akadályoztatottságra, a 3.2. táblázatban pedig a rosszabb egészségi állapotra vonatkozó eredményeket foglaltuk össze. Mindkét egészségváltozónk a nőtlen, illetve az elvált férfiak rosszabb egészségi állapotát mutatja ki, azaz a csak a korra standardizált esélyhányadosok értéke minden esetben szignifikánsan különbözik 1-től. Az eredmények egyértelműbbek az elváltakra vonatkozóan: a kiindulási pontként tekintett „A” modellekben (A1 és A2 modell) az esélyhányadosok mindkét esetben 1,5 körüli értéket vesznek fel. Kevésbé lehetnek egyértelműek a nőtlenekre vonatkozó állítások: míg az egészségi állapotra vonatkozó változó alapján helyzetük még a házasokénál is ked-

vezőtlenebbnek mutatkozik (A2 modell), addig az akadályoztatottság változója szerint a megfelelő esélyhányados csak kismértékben (és marginálisnak tekinthető szignifikanciaszint alkalmazása esetén) tekinthető 1-nél nagyobbknak.

A nőtlenek (talán) magasabb esélyhányadosainak magyarázata sem egyértelmű. Míg az akadályoztatottság változója esetében az esélyhányados 1-től való kismértékű eltérését jelentős mértékben „magyarázzák” az iskolai végzettség szerinti differenciák, illetve az akadályoztatottságnak az iskolai végzettség szintje szerint igencsak különböző esélyei (B1 modell), továbbá, alternatívaként, a „magányosság” változójával jellemzett pszichológiai státus figyelembevétele (F1 modell), addig az egészségi állapotra vonatkozó változó esetében ugyanezek a hatások sokkal gyengébbnek tűnnek. Ez utóbbi esélyhányados még az iskolai végzettség és a pszichológia státus együttes figyelembevétele után (G2 modell) sem csökken a házásokéval megegyező, 1 körüli szintre, bár ekkor már csak marginális mértékben tér el tőle.

A két egészségváltozóra vonatkozó esélyhányadosok viselkedésének összevetése alapján megállapítható azonban, hogy – hipotézisünkkel ellentétben – a nőtleneknek a házásokénál rosszabb egészségi állapota semmiféleképpen sem indokolható azzal, hogy anyagi szempontból vagy a fogyasztási javakkal való ellátottságuk szempontjából kedvezőtlenebb helyzetben lennének, mint a házások. Ugyanakkor úgy tűnik, hogy iskolai végzettségüket tekintve kisebb hátrányaik vannak, és ennek van is valamennyi szerepe abban, hogy egészségi állapotuk kedvezőtlenebbül alakul, mint a házásoké. Pszichológiai státusuk viszont mindenképpen előnytelenebb, mint a házásoké, és ez alapul szolgálhat egészségi állapotuknak a házásokétól kedvezőtlen irányba való eltéréseinek nagy részére. Ugyanakkor ennek a két tényezőnek a viszonyáról, a két egészségváltozót vizsgálva, egymástól különböző képet kaphatunk.

Az elvált középkorú férfiak egészségi állapota mindkét változónk alapján jóval kedvezőtlenebb, mint a házásoké (A1 és A2 modell). A – mindkét esetben – 1,5 körüli esélyhányadost hasonló arányban csökkeni az, ha figyelembe vesszük, hogy az elváltak iskolai végzettsége valamivel alacsonyabb, anyagi javakkal való ellátottságuk valamivel rosszabb, továbbá nagyobb eséllyel fizikai dolgozók, mint a házások (B1 és B2 modell, D1 és D2 modell, E1 és E2 modell). Mindkét egészségváltozót ennél erősebben befolyásolta, ha számoltunk a házásokénál jóval kedvezőtlenebb pszichológiai státusukkal (F1 és F2 modell). Az elváltak házásokénál rosszabb egészségi állapotának indoklására tehát két, kiegészítő jellegű magyarázatot kell figyelembe vennünk. Az F1 és F2 modell tanúsága szerint ugyanis csupán a „magányosság” változójának bevonásával az egészségi állapotra vonatkozó esélyhányadosok az 1-től szignifikánsan már nem különböző szintre csökkennek. Ez nem történik meg, ha a strukturális változók egyikét, illetőleg azok kombinációját vonjuk be a modellünkbe, bár az iskolai végzettség, a foglalkozás, illetve a deprivációs helyzet figyelembevétele módosítja az esélyhányadosok alakulását. A „magányosság” dominanciája

mellet a strukturális változók valamelyikének bevonása azonban „hozzáad” a magyarázathoz: a G1 és G2 modellben, amelyben példaképpen az iskolai végzettség változóját szerepeltettük, az esélyhányadosok tovább csökkentek az F1 és F2 modellben tapasztalt értékekhez viszonyítva. A három strukturális változó e tekintetben felcserélhetőnek mutatkozott: ha a „G” modellekbe beépítettük volna a depriváció vagy a foglalkozás változóját is, hasonló eredményre jutunk. Ugyanakkor egynél több strukturális változó bevonása nem járt további hozaddal.

A fiatal-középkorú nők egészségi állapotának családi állapot szerinti alakulására vonatkozó eredményeinket a 4.1., illetve a 4.2. táblázatban foglaltuk össze: az elsőben az akadályoztatottság, a másodikban pedig a rossz egészségi állapot változójára vonatkozó számításokat közöljük.

Egyértelműek a hajadonok egészségi állapotára vonatkozó eredményeink: ezek egyik változónk szerint sem különböznek szignifikánsan a házásokétól, akkor sem, ha bármelyik társadalmi strukturális helyzetet jellemző változónkat bevonjuk modellbe. A hajadonok azonban kicsit gyakrabban érzik magukat magányosnak, mint a házasság nők: ha nem így lenne, az ő egészségi állapotuk – egyik változónk alapján – tulajdonképpen „kedvezőbb lenne” a házásokénál (F3 modell).

Szintén egyértelműek a fiatal özvegyekre vonatkozó eredményeink: az ő egészségi állapotuk mindkét megközelítés szerint rosszabb, mint a házásoké, bár a különbség jóval markánsabb, ha az akadályoztatottság, mint ha a rossz egészség változóját tekintjük. Ugyanakkor az esélyhányadosok az újabb és újabb változók bevonása után hasonlóan alakulnak mindkét egészségváltozónkat tekintve. Az özvegyek esetében leggyakrabban a társ elvesztésével járó lelki sokk szerepét hangsúlyozzák. Meglepő módon azonban kedvezőtlen egészségi állapotukat legalább ehhez hasonló mértékben formálják az átlagosnál rosszabb társadalmi, szociális helyzetükből adódó hatások. Ami az akadályoztatottságot illeti, az iskolai végzettség, a depriváció, illetve a foglalkozás modellbe való bevonása (B3, D3 és E3 modell) hasonló mértékben csökkenti az özvegyek esélyhányadosát, mint a pszichológiai státus mérésére szolgáló „magányosság” változónké (F3 modell). A rossz egészségi állapotot tekintve pedig, az iskolai végzettség, a jövedelem és a depriváció (B4, C4, ill. D4 modell) figyelembevételével csökkentette hasonló mértékben az esélyhányadosokat, mint a „magányosság” változójáé (F4 modell), és ennél nagyobb mértékben az a körülmény, hogy az interjúalany fizikai vagy szellemi jellegű foglalkozású-e (E4 modell).

A két egészségváltozónk vizsgálatának összevetéséből nem tisztázódik egyértelműen a jövedelmi viszonyoknak abban játszott szerepe, hogy az özvegyek egészségi állapota rosszabb, mint a házásoké, a foglalkozási csoporthoz való tartozás hatásának megítélése pedig ellentmondásos. Ugyanakkor egybehangzó eredményt szolgáltat a tekintetben, hogy a fiatal özvegy nők esetében a pszichológiai tényezők befolyása ugyan nyilvánvaló, de nem erősebb, mint azoké a

tényezőké, amelyek a szóban forgó özvegyeknek a társadalmi struktúrában elfoglalt kedvezőtlen pozíciójához köthetők. A két tényezőcsoport együttesen teljes magyarázatát kínálja a kimutatott különbségeknek.

A fiatal-középkorú elvált nők egészségi állapotára vonatkozóan nincsenek egyértelmű eredményeink. Az akadályoztatottság változója szerint az elváltak egészségi állapota rosszabb a házásokénál (A3 modell), míg ha a másik egészségváltozónkat tekintjük, az eltérés messze van a szignifikánstól (A4 modell). Az esélyhányados értékét azonban a depriváció bevonása mindkét esetben jelentősen csökkenti (D3 és D4 modell). A fiatal-középkorú elvált nők iskolai végzettségük, jövedelmük és foglalkozásuk alapján tehát nincsenek kedvezőtlenebb helyzetben, mint házas kortársaik, anyagi javakkal való ellátottságukat tekintve azonban igen. A házásokénál rosszabb pszichológiai feltételeknek is kevesebb szerepe van az elvált nők egészségi állapotának alakulásában, mint deprivációs helyzetüknek (D3 és F3, illetve D4 és F4 modellek).

Az idősebbek köréből az özvegyekkel és az elváltakkal foglalkozhatunk. Az előbbiekre vonatkozó eredmények az egyértelműbbek.

Az özvegy férfiak egészségi állapotát mindkét egészségváltozónk rosszabbnak mutatja, mint a házásokét, bár az eltérés az akadályoztatottság változó esetében nem szignifikáns (A13 modell). A jelenségben – a 9.1., illetve a 9.2. táblázatban összefoglalt modellezési soraink szerint – a társadalmi hátrányoknak elhanyagolható szerepük van, s szinte kizárólag a kedvezőtlen pszichológiai állapottal való társulásuk motiválja azt. Az özvegyekre vonatkozó esélyhányadosok sem az iskolai végzettség, sem a jövedelem, sem a deprivációs helyzet, sem pedig a foglalkozás figyelembevételkor nem változnak érdemben (B13, C13, D13, E13, illetve B14, C14, D14 és E14 modellek), ugyanakkor a magányosság változójának bevonása nyomán (F13, illetve F14 modell) mindkét esetben 1 körüli értékre csökkennek.

Az idősebb elvált férfiakat tekintve az egészségi állapot változója jelentős, míg az akadályoztatottság változója jelentéktelen egészségi állapotbeli terheket jelez. Mindkét esélyhányados csökken kisebb mértékben, ha a modellbe bevonjuk a deprivációs helyzetet (D13, illetve D14 modell), a magányosság változójának befolyása ennél erősebb (F13, illetve F14 modell). A deprivációs és pszichológiai helyzet együttes figyelembevétele az eredetileg 1-től szignifikánsan különböző esélyhányadost is gyakorlatilag 1-re csökkenti (F14 modell). Az esélyeket befolyásoló mechanizmusok tehát mindkét esetben hasonlóan mutatkoznak – ennek ellenére az elvált férfiak egészségi állapotának alakulásáról kevés egyértelmű kijelentést tehetünk.

A középkorú-idős nők körében szintén az özvegyek és az elváltak helyzetét vizsgáltuk. Az özvegyek egészségi állapota mindkét megközelítés szerint jóval rosszabb, mint a hasonló korú házas nőké. A strukturális helyzet jelző változók bevonása az esélyhányadosokat mindkét esetben jelentősen csökkenti (B15, C15, D15 és E15, illetve B16, C16, D16 és E16 modellek), együttesen pedig

már olyan mértékben, hogy az egyik egészségváltozónk esetén szignifikánsan nem is különbözik 1-től (G15 modell). A nyilvánvalóan kedvezőtlen pszichológiai helyzet figyelembevétele már önmagában is hatásos (F15, illetve F16 modell): a „magányosság” változóját bevonva a modellbe az esélyhányadosok mindkét esetben 1 körüli értékre süllyednek. Az özvegyi státushoz kapcsolódó egészségi állapotbeli hátrányok tehát – csaknem alternatív módon – kétféleképpen is magyarázhatóak: egyrészt az érintettek kedvezőtlen társadalmi, szociális helyzetével, másrészt kedvezőtlen pszichológiai állapotukkal.

Az idősebb elvált nők egészségi állapota egyik egészségváltozónk szerint sem különbözik a referenciacsoportként szolgáló házásokétól. Ezt a relációt a strukturális változók bevonása sem módosítja lényegesen, bár – ahogyan minden elvált csoport esetében – itt is látható, hogy az idős elvált nők sokkal inkább depriváltak (és természetesen az átlagnál valamennyivel magányosabban is), mint házas kortársaik. Ha ezeket a tényezőket figyelembe vennénk, akkor a középkorú-idős elvált nők egészségi állapota voltaképpen jobbnak mutatkozna, mint a házasságban élő kortársaiké.

Koncentrálódnak-e az egészségi állapotbeli terhek? Az elemzés eredményei

Korábbi hipotéziseink alapján az előnyös társadalmi helyzetű csoportokba tartozók közül csupán a fiatalabb özvegyek körében vártuk, hogy koncentrálódhatnak az egészségi állapotbeli hátrányok. A megfelelő interakciókat csak a nők között tudtuk vizsgálni, mivel az érintett férfiak száma elenyésző volt.

A családi állapot és a társadalmi rétegződésben elfoglalt helyet jelző számos változónk közötti interakciót megvizsgáltunk, de a fiatal özvegyekre vonatkozó interakciós tagok egyetlen esetben sem bizonyultak szignifikánsnak.

Az egészségi állapotbeli terhek koncentrációjára – a fenti esettől eltekintve – a rosszabb társadalmi helyzetű csoportokban számítottunk. Ami a fiatal-középkorú férfiakat illeti, hipotézisünkkel ellenkező eredményre jutottunk: a rétegződésbeli helyet jelző három változónk esetében is (ezek között nem szerepel a jövedelem) felléptek interakciós hatások, nevezetesen a nőtlenek körében. Az iskolai végzettséget illetően ez az interakciós hatás csupán az egészség szubjektív értékelése kapcsán mutatkozott (5.1., illetve 5.2. táblázat). Ezek szerint a legfeljebb nyolc általánost végzett nőtlenek egészségi állapota jobb annál, mint amit családi állapotuk, illetve iskolai végzettségük alapján várhatnánk. Igen hasonló eredményre vezet a depriváció és a családi állapot interferenciájának vizsgálata: itt is csak a szubjektív módon értékelt egészségi állapot változója szerint tapasztalhatjuk azt, hogy a rossz materiális feltételek között élő nőtlenek egészségi állapota kedvezőbb, mint ahogy a családi állapotukból, illetve a deprivációs helyzetükből következne (6.1., illetve 6.2. táblázat). Mindkét egészségváltozónk megerősíti ugyanakkor, hogy a fizikai munkát végző

nőtlenek egészségi állapota jobb, mint amit családi állapotuk és munkakörük sejtet (7.1., illetve 7.2. táblázat).

A fiatal-középkorú nők esetében sem találtunk az özvegyi vagy az elvált családi állapothoz kapcsolódó interakciós hatásokat. Az egyetlen keresztthatás, amely az iskolai végzettség, a jövedelem, a deprivációs helyzet, illetve a foglalkozási csoport, valamint a családi állapot interakcióinak vizsgálata során szignifikánsnak bizonyult, a hajadonokhoz kapcsolódott. Ebben az esetben hipotéziseink és eredményeink megfelelnek egymásnak: az akadályoztatottság és a rossz egészségi állapot esélye egyaránt koncentrálni látszik a legfeljebb nyolc általános végzettségű, házasságot soha nem kötött nők körében (8.1., illetve 8.2. táblázat).

A középkorú-idős férfiakra és nőkre nézve szintén megvizsgáltuk ugyanezeket a keresztthatásokat. Az interakciós tagok döntő többsége nemcsak hogy nem bizonyult szignifikánsnak, hanem értékük is 1 körülnek mutatkozott. Egyetlen kivétel azonban akadt: a nyolc osztályt vagy annál kevesebbet végzett férfiak körében az akadályoztatottság esélye lényegesen alacsonyabb volt az elváltak között annál, mint amit a képzettség, illetőleg az elvált családi állapot szerint várhattunk volna (11.1., illetve 11.2. táblázat).

Összességben tehát nem érzékeltük, hogy a magyar társadalomban az elváltakra, illetve az özvegyekre koncentrált egészségi állapotbeli terhek hárulnának.

Figyelemre méltó kivételre bukkantunk azonban az alacsony iskolai végzettségű, házasságot soha nem kötött, középkorú nők esetében: az ő egészségi állapotuk lényegesen rosszabb, mint amelyet képzettségük és családi állapotuk együttes figyelembevétele alapján várhatnánk. Fontos azonban itt megjegyezni, hogy az alacsony iskolai végzettségűek a középkorúak népességében jóval kisebbség, így szelektívebb csoportot képeznek, mint az 55 évesnél idősebb nők között, akikre nézve ilyesfajta interakciós hatások nem is mutatkoztak.

Az „oksági mechanizmusok” dominanciájára vonatkozó előfeltevéseink alapján nem tekintjük meglepőnek, hogy összességükben tekintve a nem házas családi állapothoz társuló egészségi állapotbeli hátrányok nagyrészt nem „önmagukhoz” ezekhez a státusokhoz kötődtek, hanem a velük társuló társadalmi pozíciók sajátosságaihoz, illetve a kedvezőtlen pszichológiai státushoz.

Kevésbé könnyen magyarázhatóak a kivételek: a házasságot soha nem kötött fiatalabbak esetében a kedvezőtlen társadalmi pozíciójú férfiak jóval „egészségesebbek”, az ugyanilyen helyzetű nők pedig jóval „betegebbnek” bizonyultak várakozásainknál. Ez az eredmény többféle módon értelmezhető. Felmerülhet, hogy az alacsony iskolai végzettség vagy a fizikai foglalkozás a fiatalabb nők esetében általában véve hátrányosabb társadalmi helyzetet takar, mint a felületesen ugyanezekkel a jegyekkel leírható, de rendszerint férfiak által betöltött pozíciók, azaz a társadalmi státust ilyen szempontból elnagyoltan mértük. Felmerülhet az is, hogy a házasságot nem kötött fiatalabb nők és férfiak mögött eltérő hatásfokú családi és más interperszonális segítő hálózatok állnak. De az

sem elképzelhetetlen, hogy a házasságot soha nem kötött férfiak hajlamosabbak létező egészségi problémáikat a „szőnyeg alá söpörni”, önmaguk állapotát – ami egyébként ritkán fordul elő – irreálisan értékelné. Végül pedig felvethető a férfiak és nők eltérő reagálása: míg a férfiakat a rossz egészségi állapotuk házasságkötésre ösztönzi, a nőket inkább visszatartja attól.

IRODALOM

- Durkeim, Emile (1982): *Az öngyilkosság*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Elstad, Jon Ivar (1996): Inequalities in health related to women's marital parental and employment status – a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway. *Social Science and Medicine*, 42: 75–89.
- Fu, Haishan – Goldman, Noreen (1996): Incorporating Health into Models of Marriage Choice: Demographic and Sociological Perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 58: 740–758.
- Goldman Noreen – Koreman, Sanders – Weistein, Rachel (1995): Marital status and health among the elderly. *Social Science and Medicine*, 40: 1717–1730.
- Gove, W. R. (1973): Sex, marital Status and mortality. *American Journal of Sociology*, 79: 45–67.
- Hemström, Ö. (1996): Is marriage Dissolution Linked to Differences in Mortality Risk for Men and Women? *Journal of Marriage and the Family*, 58: 366–378.
- Hu, Yuanreng – Goldman, Noreen (1990): Mortality Differentials by Marital Status: An International Comparison. *Demography*, 27: 233–250.
- Joung, Inez M. A. – Strongs, Karien – van de Mheen, H. Dike – van Poppel, Frans W.A. – Mackenbach, Johan P. (1997): The Contribution of Intermediary Factors to Marital Status differences in Self-Reported Health. *Journal of Marriage and the Family*, 59: 476–490.
- Joung, Inez M. A. – van de Mheen, H. Dike – Strongs, Karien – van Poppel, Frans W.A. – Mackenbach, Johan P. (1998): A longitudinal study of health selection in marital transition. *Social Science and Medicine*, 46: 425–435.
- Kapitány Balázs (2004): *Szegénység és depriváció*. Népeségtudományi Kutatóintézet, Műhelytanulmányok 4., Budapest, KSH NKI.
- Kessler, Ronald C. – McLeod, Jane D. (1990): Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 162–172.
- Kovács Katalin (2003): Halandósági többlet és egészségdeficit a nem házasok körében. In Spéder Zsolt (szerk.): *Család és népesség – itthon és Európában*. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet – Századvég Kiadó, Budapest, 320–373.
- Manor, Orly – Eisenbach, Zvi (2003): Mortality after spousal loss: are there socio-economic differences? *Social Science and Medicine*, 56: 405–413.
- Martikainen, Pekka – Valkonen, Tapani (1996/a): Mortality after the Death of a Spouse: Rates and Causes of Death in a Large Finnish Cohort. *American Journal of Public Health*, 86: 1087–1093.

- Martikainen, Pekka – Valkonen, Tapani (1996/b): Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50: 264–268.
- Martikainen, Pekka – Valkonen, Tapani (1998): Do education and income buffer the effects of spouse on mortality? *Epidemiology*, 5: 530–533.
- Murphy, Mike – Glaser, Karen – Grundy, Emily (1997): Marital Status and Long-Term Illness in Great Britain. *Journal of Marriage and Family*, 59: 156–164.
- Lusyne, Patrick – Page, Hilary – Lievens, John (2001): Mortality following conjugal bereavement, Belgium 1991–96: The unexpected effect of education. *Population Studies*, 55: 281–289.
- Spéder Zsolt (2002): *A szegénység változó arcai*. Századvég Kiadó – Andorka Rudolf Társadalomtudományi Társaság, Budapest.
- Waldron, Ingrid – Hughes, Mary Elizabeth – Brooks Tracy L. (1996): Marriage protection and marriage selection – prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Science and Medicine*, 43: 113–123.
- Zick, Cathleen D. – Smith Ken R. (1991): Marital transition, Poverty and Gender differences in mortality. *Journal of Marriage and the Family*, 327–336

Tárgyszavak:

Családi állapot
Differenciális halandóság
Morbiditás