

A NEMISZEREP-STRESSZ ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT ÖSSZEFÜGGÉSEI MAGYAR FÉRFIAK KÖRÉBEN

Doktori értekezés

Susánszky Anna

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Szócska Miklós PhD, egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. habil Barabás Katalin PhD, egyetemi docens

Dr. Forrai Judit DSc, egyetemi docens

Komplexvizsga-bizottság elnöke: Dr. Füzesi Zsuzsanna DSc,
egyetemi tanár

Komplexvizsga-bizottság tagjai: Dr. Feith Helga Judit PhD, főiskolai tanár
Dr. Falus András DSc , professor
emeritus

Budapest
2019

Tartalom

1	Rövidítések jegyzéke.....	5
2	Bevezetés.....	6
2.1	A magyar férfiak egészségi állapota 2006-tól napjainkig	7
2.1.1	A magyar férfiak várható élettartama, morbiditása, mortalitása	7
2.1.2	A magyar férfiak egészségmagatartása	9
2.1.3	A magyar férfiak lelki egészsége	10
2.2	Szerepelméletek	12
2.2.1	Társadalmi nemi szerepek alakulása és változása	13
2.2.1.1	Hány féle nem létezik?	14
2.2.1.2	Nemek közötti egyenlőtlenség	15
2.2.1.3	Elméletek a társadalmi nemi szerepek „továbbörökítéséről”	17
2.2.2	Férfikutatások nemzetközi története	19
2.2.3	Legfontosabb és leggyakoribb kutatási területek a nemzetközi férfikutatásokban 20	
2.3	Egészségmagatartás.....	22
2.3.1	Hagyományos kockázati (rizikó) tényezők	23
2.3.1.1	Dohányzás	24
2.3.1.2	Alkoholfogyasztás	24
2.3.1.3	Pszichoaktív szerek használata.....	25
2.3.1.4	Egészségtelen táplálkozás	25
2.3.1.5	Mozgásszegény életmód	26
2.3.2	Nem hagyományos rizikótényezők	26
2.3.2.1	Stressz	26
3	Célkitűzések	31
3.1	Hipotézisek.....	32
4	Módszerek	33
4.1	Hungarostudy kutatások és adatbázisok bemutatása.....	33
4.1.1	Hungarostudy 2006	33
4.1.2	Hungarostudy 2013	34
4.2	Mérőeszközök	35
4.2.1	Szociodemográfiai és antropometriai jellemzők	35
4.2.2	Egészségi állapot önbecslése (Self Rated Health, SRH)	35
4.2.3	WHO Általános Jól-lét Skála (WBI-5)	35
4.2.4	Betegségteher Index (Illnes Intrusiveness Rating Scale)	35
4.2.5	Rizikó magatartások.....	36

4.2.5.1	Dohányzás	36
4.2.5.2	Alkoholfogyasztás	36
4.2.6	Masculine Gender Role Stress (MGRS) skála	37
4.2.7	Házastársi Stressz Skála (HSS)	37
4.2.8	Házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos attitűdök, vélemények	37
4.3	Statisztikai eljárások.....	38
5	Eredmények.....	39
5.1	A férfi nemiszerep-stressz mérésére szolgáló mérőeszköz (MGRS) bemutatása, a hazai adaptáció és a rövidítési eljárás leírása	39
5.1.1	Masculine Gender Role-Stressz Scale (MGRS) bemutatása.....	39
5.1.2	A mérőeszközzel szerzett korábbi tapasztalatok	40
5.1.3	A mérőeszköz hazai adaptációja	41
5.1.4	A mérőeszköz leíró statisztikai és reliabilitása.....	42
5.1.5	Az MGRS rövidítése	45
5.2	A férfi nemiszerep-stressz szocio-demográfiai jellemzői, HS 2006	46
5.3	A férfi nemi szerep összefüggései az egészségi állapot és rizikómagatartás bizonyos jellemzőivel, HS 2006	48
5.4	Férfi nemi szerep modellek jellegzetességei a szocio-demográfiai változók mentén, HS 2006.....	50
5.5	Férfi nemi szerep modellek, az egészségi állapot és a kockázati magatartások összefüggéseinek vizsgálata, HS 2006.....	53
5.6	A férfi nemiszerep-stressz és a házastársi/élettársi stressz összefüggéseinek vizsgálata, HS 2006.....	54
5.7	Fiatalférfiak nemiszerep-eltvárásokból adódó stresszterheltsége, HS 2013.....	58
5.7.1	Fiatalférfiak nemiszerep-eltvárásokból adódó stressz terheltsége a párkapcsolattal, házassággal összefüggésben, HS 2013.....	59
5.7.2	Fiatalférfiak nemiszerep-eltvárásokból adódó stressz terheltsége a gyermekvállalással összefüggésben, HS 2013	61
5.8	A BMI és a nemiszerep-stressz összefüggéseinek vizsgálata fiatal férfiak körében, HS 2013	62
5.9	Fiatalférfiak (18-35 év) nemiszerep-stressz értékeinek összehasonlító vizsgálata a HS 2006 és a HS 2013-as felmérések alapján	65
6	Megbeszélés	68
7	Következtetések	74
8	Összefoglalás.....	76
9	Summary	78
10	Irodalomjegyzék.....	80
11	Saját publikációk jegyzéke.....	88

11.1	Az értekezés témájában megjelent közlemények	88
11.2	Egyéb közlemények	89
12	Köszönetnyilvánítás	91

1 Rövidítések jegyzéke

AUDIT	Alkoholhasználat Zavarait Szűrő Teszt
BMI	Body Mass Index (testtömeg index)
ELEF	Európai Lakossági Egészségfelmérések
ESS	European Social Survey
HS	Hungarostudy vizsgálat
HSS	Házastársi Stressz Skála
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
MGRS	Masculine Gender Role Stress
SRH	Self Rated Health
WBI-5	Általános Jól-lét Skála
WHO	World Health Organization (Egészségügyi Világszervezet)

2 Bevezetés

Jelen témámmal az ezredfordulón kezdtem el foglalkozni. Ebben az időszakban került a társadalomtudományi kutatások középpontjába a magyar népesség életminőségének vizsgálata. Ezen belül is igen nagy hangsúlyt kapott a középkorú (40-69 éves) magyar férfiak egészségromlása, és halálozási viszonyainak kedvezőtlen alakulása (pl. Kopp 2007; Kopp, Skrabski 2009). Szintén erre az időszakra tehető egy másik kutatási irány kibontakozása, az egészségi állapot alakulását befolyásoló, úgynevezett nem hagyományos rizikófaktorok, például a stressz szerepének vizsgálata.

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének kutatói ekkor már évek óta végeztek a magyar lakosság egészségi állapotára és életminőségére irányuló kutatásokat. 2002-ben csatlakoztam ehhez a kutatócsoporthoz, és mivel engem a társadalmi nemi szerepek változása érdekelt, egy lakossági felméréshez kapcsolódva lehetőségem nyílt a férfiak nemi szerepéből adódó stressz-terhelésének vizsgálatára. Ezt követően a Hungarostudy (HS) vizsgálatok keretében, amelyek 1988 óta monitorozzák a magyar népesség egészségi állapotát, lehetőséget kaptam arra, hogy a nemiszerep-stressz és az egészségi állapot összefüggéseit vizsgáljam. Témámmal a 2006-os, és a legutóbbi 2013-as HS felmérések adataira támaszkodva is foglalkozhattam. Dolgozatomban ezekre a kutatási eredményekre fókuszálok. Mivel vizsgálataim célpopulációja a magyar férfiak voltak, kitérek egészségi állapotuk, életminőségük időbeli alakulására, a 2000-es évek elejétől napjainkig. Mivel dolgozatomban célkitűzése a nemiszerep-stressz és az egészségi állapot összefüggéseinek vizsgálata, ezért áttekintem mindazokat a témaköröket, amelyek relevánsak munkám szempontjából. Összegzem a különböző tudományterületek társadalmi nemi szerepekkel foglalkozó legfontosabb kutatásait, bemutatom az egészségmagatartás protektív és rizikótényezőit, különös tekintettel a nem hagyományos rizikótényezőkre, ezen belül pedig a stresszre.

A témát rendkívül fontosnak és aktuálisnak tartom, mivel a magyar férfiak egészségi állapota és halálozási mutatói jelenleg is lényegesen kedvezőtlenebbek, mint akár a magyar nőké, vagy akár a nyugat európai lakosságé.

2.1 A magyar férfiak egészségi állapota 2006-tól napjainkig

A vizsgált időszakra vonatkozóan a magyar férfiak egészségi állapotának leírása a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2016-ig rendszeresen gyűjtött és közzétett adataira, valamint a 2009-es és 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérések (ELEF) adataira támaszkodik.

2.1.1 A magyar férfiak várható élettartama, morbiditása, mortalitása

Az életkilátások a világon igen nagy különbségeket mutatnak. 2015-ben a születéskor várható élettartam Japánban volt a legmagasabb (83,7 év), míg Sierra Leonében az adott évben születettek csak 51 évre számíthattak. A férfiak és a nők születéskor várható élettartamában a nők javára mindenhol találunk különbséget. 2015-ben a legkisebb különbséget, 3 évet, Izlandon, a legnagyobbat pedig Oroszországban (11,6 év) mérték (Matud 2017).

A magyar férfiak születéskor várható élettartama 2006-ban 69 év volt, ami 2017-re 72,4 évre növekedett. Ugyanebben az időszakban a nők születéskor várható élettartama 77,4 évről 79,0 évre növekedett, tehát a két nem közötti különbség 8,4 évről 6,6 évre csökkent.¹ A különbség még mindig meglehetősen nagy, de javuló tendenciáról beszélhetünk.

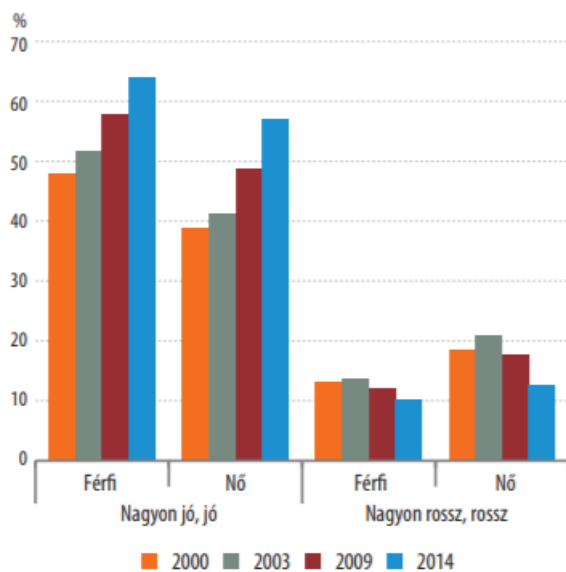
Fontos mutató a születéskor egészségesen várható élettartam, amely az egészségesen eltöltendő életszakasz hosszát mutatja. Míg 2005-ben a nők 54,3 a férfiak pedig 52,2 egészséges életévre számíthattak, 2012-re ez az időszak nők esetében 6,2 évvel (60,5) a férfiak esetében pedig 7 évvel (59,2) nőtt (Statisztikai Tükör 2015).

Magyarországon az 1960-as évektől vezető halálokok a keringési rendszer betegségei, illetve a daganatos megbetegedések. Az 1990-es évektől a keringési rendszer betegségei okozzák a halálozások mintegy felét, a daganatos megbetegedések pedig további negyedét. Ez a tendencia a 2000-es évektől a szív- érrendszeri betegségek tekintetében javulni kezdett, ám ez a halálóki főcsoport a férfiakra nézve 60-70 százalékkal jelentett nagyobb kockázatot. A daganatos megbetegedések okozta halálozás mértéke 2000-től kezdődően lassan javult.

¹ https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_wdsd001b.html (Letöltve 2019.06.08)

A krónikus májbetegségek (amelyek kapcsolatban állnak a szeszesital fogyasztással) háromszor annyi férfi halálát okozzák, mint nőét, bár 2010-ben már 37 százalékkal kevesebb halálhoz vezetett, mint tíz évvel korábban, ezt tehát szintén kedvező változásnak tekinthetjük (Társadalmi helyzetkép 2010).

Tudományos eredmények igazolják, hogy a halálozási esélyek legnagyobb biztonsággal az egészségi állapot szubjektív, globális önértékelése alapján becsülhetőek. A magyar férfiak kevésbé értékelik rossznak, vagy nagyon rossznak az egészségüket (10%), mint a nők (12%), annak ellenére, hogy a férfiak születéskor rövidebb élettartamra számíthatnak. Ez 2000-hez képest kedvezőbb képet mutat, mivel ekkor még a férfiak 12,1 százaléka, a nőknek pedig 17,7 százaléka értékelte rossznak, vagy nagyon rossznak az egészségi állapotát (1. ábra) (Boros és mtsai. 2018).

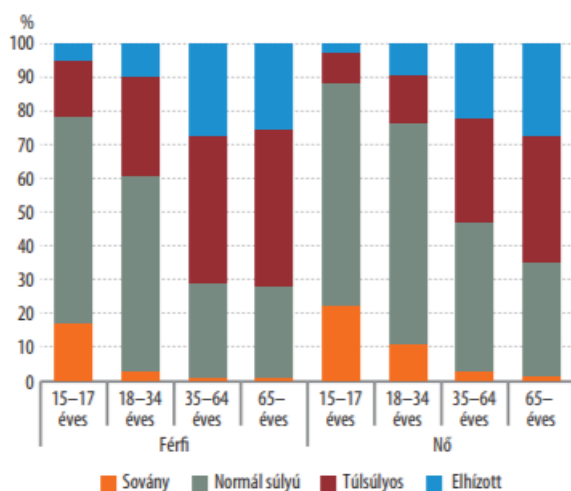


Forrás: Boros és mtsai. 2018. 9. old.

1. ábra: Vélt egészség a 18 évesek és idősebbek között nemenként

2.1.2 A magyar férfiak egészségmagatartása

A túlsúly, az elhízás jelentős problémát okoz világszerte. A problémát tetézi, hogy az elhízás növeli bizonyos szív- érrendszeri megbetegedések, a diabétesz és bizonyos típusú rákos megbetegedések kialakulásának esélyét is. Az önbevalláson alapuló adatok szerint a túlsúlyosak és az elhízottak között is a férfiak vannak többségben. Ha az adatokat korcsoportos bontásban vizsgáljuk, látható, hogy a férfiak elhízása fiatalabb életkorban kezdődik, mint a nőké. A férfiak egészsége szempontjából jelentős hátrányt jelent, hogy már a 24-35 éves fiatal felnőttek közel felének az ideális mértéket meghaladó a testtömeg indexe. Ebben a korcsoportban a túlsúlyos, vagy elhízott férfiak gyakorisága közel duplája a nőkének (Társadalmi helyzetkép 2010). Ha a változást tekintjük, a férfiak körében a középkorú (35-64) és az idős (65 évesnél idősebb) csoportban növekedett a túlsúlyosok és elhízottak aránya (míg a nőknél ez a növekedés csak az idősekre jellemző), mára a férfiak 62 százaléka túlsúlyos vagy elhízott (Boros és mtsai. 2018).



Forrás: Boros és mtsai. 2018. 37. old.

2. ábra: Testtömeg index nem és korcsoport szerint, 2014

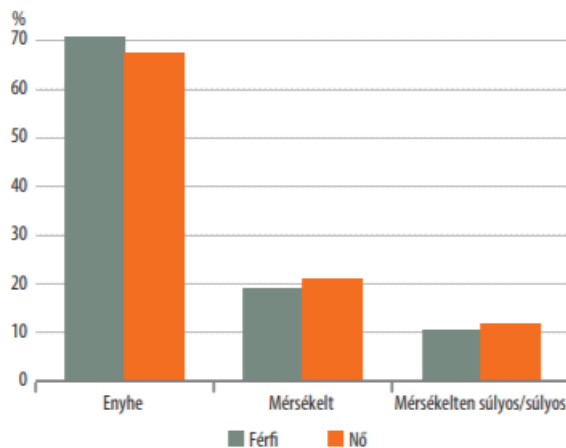
A férfiak, az egészségkárosító magatartásformák közül a dohányzás előfordulása szempontjából is, veszélyeztetett helyzetben vannak. Míg a nőknek a negyede (26,7%), a férfiaknak több mint a harmada (36,8%) dohányzik. A javuló tendenciát a dohányzás

terén is tapasztalhatjuk, hiszen mind a nők, mind a férfiak körében a dohányzók aránya, illetve a naponta elszívott cigaretták száma is csökkent az elmúlt években (Statisztikai Tükör 2010, Boros és mtsai. 2018).

A szeszesital fogyasztás tekintetében is markáns különbséget láthatunk a nemek között. Egy 2009-es vizsgálatban a nők mindössze egy százaléka (1,1%) bizonyult nagyivónak, és 49 százaléka absztinensnek, míg a férfiak 9 százaléka volt nagyivó, és valamivel több, mint egyötödük (22,2%) absztinens. Az alkoholista férfiak száma 2005-ben 24470 fő volt, ami 2016-ra mintegy felére, 12952 főre csökkent. Nők között az alkoholisták száma 2005-ben 8418 fő volt, majd ez 2016-ra 5033 főre csökkent, ami a férfiakénál kisebb arányú (40%) csökkenést jelez (Statisztikai Tükör 2010, Boros és mtsai. 2018).

2.1.3 A magyar férfiak lelki egészsége

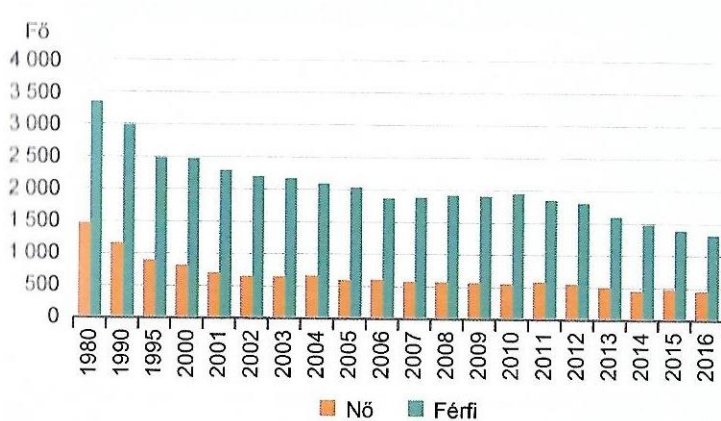
A 2014-es ELEF adatai szerint a férfiak 20, a nők 30 százaléka számolt be depressziós tünetekről. A depressziós tünetekkel küzdők többsége (63%) nő. A depressziós tünet együttes prevalenciája az életkor előrehaladtával mindkét nemnél növekszik.



Forrás: Boros és mtsai. 2018. 29. old.

3. ábra: Depressziós tüneteket mutatók megoszlása a tünetek súlyossága és nemek szerint

Magyarországon 1988-tól jelentős csökkenés következett be az öngyilkosságok számát illetően. Ez a javuló tendencia 2006-ig töretlen volt, majd az értékek 2006-2010 között stagnáltak. (Zonda, Paksi, Veres, 2013).



Forrás: Nők és férfiak 2017, XXI. old.

4. ábra: A halállal végződő öngyilkosságok száma nemek szerint

Ezt a halálokat tekintve a férfiak érintettsége nagyobb, mint a nőké. 2005-ben 593 nő és 228 férfi követett el halállal végződő öngyilkosságot, azaz ebben az évben a férfiak 3,5-szer gyakrabban haltak meg öngyilkosság következtében, mint a nők. Mintegy tíz évvel később javuló tendenciát láthatunk, mivel 2016-ban 446 nő és 1317 férfi vetett véget önkezűleg életének (4. ábra). A férfiak halálozási aránya e tekintetben valamelyest javult (Nők és férfiak 2017).

2.2 Szerepelméletek

„... a szerep fogalma az, amely a szociálpszichológiát egybefűzi a szociológiával és a kultúranropológiával, ebben a fogalomban gyökerezik a szociális tudományokban nemrég felszínre kerülő interdiszciplináris törekvés.” (Buda 1997 p. 109-110.)

Mivel dolgozatomban központi fogalomként jelenik meg a szerep, a társadalmi szerep fogalma, írásom következő részében ezekre, és a velük kapcsolatos főbb elméletek bemutatására, magyarázatára is részletesebben kitérek.

A szerepekkel kapcsolatos tudományos elméletek (szociológiai, pszichológiai, antropológiai) egyaránt az egyén és a társadalom, az egyén és a társadalmi struktúra viszonyát próbálták megfogalmazni. G. H. Mead amerikai filozófus, szociológus szerint a szerep az egyén szituációban való szabályszerű, a másik fél által elvárt és eltűrt viselkedésformája (Mead 1934). Ez az elmélet a személyek közötti szituációkat párhuzamba hozta a színpadi jelenetekkel, ahol a szereplők viselkedése előírt az adott helyzetekben. Mead elméletét Linton (1945) bővítette ki, akinek strukturalista elmélete szerint az egyének közötti interakciókban a viselkedést a kultúra által meghatározott minták befolyásolják. Ezeknek a mintáknak a követése biztosítja a társadalmi rendet és stabilitást. Az interakciókat a társadalmi struktúra kontextusában érthetjük meg. Az egyének egy összetett társadalmi szerkezetben élnek, és ebben a struktúrában több, különböző pozíciót is elfoglalnak. Ezeket a pozíciókat Linton státusoknak nevezte. A státusokhoz jogok, privilégiumok és kötelezettségek tartoznak, amelyek viselkedésbeli alkalmazására normatív szerepelvárások vonatkoznak. Ezek az elvárások kényszerítően hatnak az egyénre, a megfelelést pedig a társadalom jutalmazza vagy szankcionálja. A strukturalisták a szerepeket elsősorban nem szerepelőírásoknak tekintették, inkább a társadalom viselkedési struktúrájaként értelmezték (Blaskó 2009). Merton (1957) koncepciója szerint az egyén egy komplex szerepkészlettel rendelkezik. A különböző szerepelvárások néha ütközésbe kerülhetnek egymással, komoly belső feszültségeket generálva az egyén számára (Buda 1997). A szimbolikus interakcionizmus képviselői úgy vélték, hogy a társadalom csupán a szimbolikus interakciók közös elnevezése. Az interakciókban a résztvevők figyelembe veszik a másik fél jellemzőit és elvárásait és kölcsönösen formálják egymást (Váriné 1994).

Banton (1965) szereptipológiája alapján négyféle szerepet különböztethetünk meg aszerint, hogy mennyire átfogóak az egyén élete szempontjából. Beszélhetünk pervazív szerepekről, amelyek az egyén teljes élete során jelen vannak, ilyenek például a nemi és életkori szerepek. Vannak családi szerepek, amelyeket a családi munkamegosztásban betöltött különbségek határoznak meg elsősorban. A foglalkozási szerepek az egyének foglalkozásához, munkájához kapcsolódnak, és kiemelkednek közülük a hivatás-jellegű foglalkozások (pl. orvosi vagy papi hivatás). Végül vannak még úgynevezett átmeneti, avagy passzazsér szerepek, amelyeket rövid ideig, átmeneti jelleggel tölt be az egyén egy-egy szituációban (pl. vásárló, gyalogos, sofőr). Bizonyos szerepeinkre jellemző a komplementaritás, amely azt jelenti, hogy az adott szerep a szerep-párjával együtt értelmezhető (pl. férfi-nő, szülő-gyerek, orvos-beteg).

2.2.1 Társadalmi nemi szerepek alakulása és változása

A társadalmi nemekkel foglalkozó interdiszciplináris tudomány (gender studies) a társadalmi nemünkből adódó különbségeket és azonosságokat vizsgálja. A társadalmi nem (gender) kifejezés az ember női- és férfi mivoltának társadalmilag és kulturálisan meghatározott szerkezetét jelenti. A társadalmi nemek kutatói olyan kérdésekkel foglalkoznak, mint például az esélyegyenlőség, a nemek közötti munkamegosztás, vagy a nemi szerepekben megfogalmazódó társadalmi elvárások különbségei és kulturális meghatározottsága (Kopp 2010; Susánszky 2012). Maga a tudományág viszonylag fiatalnak mondható, hiszen csak a feminista ideológia első hullámának megjelenésekor, a XIX század elején kezdtek vele foglalkozni. Ekkor leginkább női kutatók vizsgálták a társadalmi nemek szerepeit, elsősorban a nők szempontjából, és a kutatások eredményeit is főként női közönség olvasta. Az egyik legelső és legismertebb kutató, aki a társadalmi nemek kérdésével foglalkozott, Margaret Mead amerikai antropológus volt. Mead kutatásai szerint a férfiak és a nők biológiai működése kultúrafüggetlen, míg a nemek társadalmi „működése” erősen kötődik az adott kultúrához, amelyben egy tanulási folyamat eredményeként jön létre. Kutatásait különböző népcsoportok között végezte (Mead 1970); Új-Guineában azt tapasztalta, hogy a nemi szerepek se nem ellentételesek, se nem komplementer szerepek, az itt élő Arapeseknél a férfiak és a nők szerepei meglehetősen egyformának tűntek. Mindkét nem foglalkozott a gyerekek gondozásával, egyaránt passzívok és gyengédek voltak, és egyik nemre sem volt

jellemző az agresszív magatartás. Az Arapeseektől nagyon különböztek a Mundugumorok, akik egy fejedelmű törzshöz tartoztak. Itt a férfiak és a nők egyaránt agresszívek és erőszakosak voltak, egyikük sem kedvelte a gyerekek gondozásával járó feladatokat, és az apák és fiaik között gyakran alakult ki versengés. A törzs tagjai azt gondolták, hogy a férfiak és a nők személyisége, viselkedése biológiailag meghatározott, és a kultúra ezen nem változtatható.

Mivel a nemi szerepekkel kapcsolatos kutatások - beleértve a nőkutatókat és a férfikutatókat is - a feminista ideológia alapján szerveződtek, fontosnak tartom, hogy rövid áttekintést adjak magáról a mozgalmról is. A feminizmus a nők egyenjogúságáért küzdő polgári mozgalom, amelyet három szakaszra szoktak osztani. Első szakaszként a XIX. és a korai XX. századi női suffrage mozgalmat említik, amelynek fő törekvése a nők szavazati jogának kiharcolása volt Angliában és az Egyesült Államokban, de már ebben az időszakban foglalkozni kezdtek a nők szexuális, reprodukív és gazdasági jogaival is. A második hullám az 1960-as évek elejétől az 1980-as évek végéig tartott, és célja elsősorban a nők „férfiuralom” alóli felszabadítása, jogi és társadalmi egyenlőségük megvalósítása volt. Az 1990-es évek elején indult harmadik hullámban egyrészt folytatódott az előző időszakban megfogalmazódott célok megvalósítása, másrészt sor került a feminista teória kiterjesztésére az elmélet, a filozófia területére.

2.2.1.1 Hányféle nem létezik?

A nemekkel foglalkozó kutatásokban a legelső problémát maguknak a társadalmi nemeknek a meghatározása jelenti. Azt, hogy hány nemet tartanak számon egy közösségben, az adott kultúra határozza meg. A mi (európai) kultúránkban a két biológiai nemnek megfelelően, két társadalmi nem, a férfi és a nő elfogadott. Ám más kultúrájú társadalmakban akár három, vagy négy társadalmi nemi meghatározás is előfordul. Például a Navaho indiánoknál három nemet tartanak számon: vannak férfias férfiak, nőies nők, és egy úgynevezett „köztes” nem, ide azokat a személyeket sorolják, akik nemet váltottak, vagy akik valamilyen genetikai rendellenesség miatt se nem igazán férfiak, se nem igazán nők, őket Nadle-nek nevezik (Kimmel 2000). Dél-kelet Ázsiában szintén három nem létezik, a nők, a férfiak, és azok, akik a biológiai nemükkel

ellenkező társadalmi nemi identitással rendelkeznek, vagyis, akik társadalmi nemet váltottak. A Mohave közösségben (amerikai őslakos törzs) négy nemet is megkülönböztetnek. Itt a nőknek és a férfiaknak egyaránt megengedett, hogy nemet „cseréljenek”. Az a fiú, aki inkább lányos ruhákat szeret hordani, lányos játékokkal szeret játszani, pubertás korban egy beavatáson megy keresztül, ami során úgynevezett alyha lesz. Ezután női nevet kap, női szerepek szerint viselkedik, és össze is házasodhat egy férfival. Amikor férjhez megy, minden hónapban megvágja a felsőcombját menstruációs ciklusa demonstrációjaként, megtanulja, hogyan szimulálja a terhességet és a gyerekszülést. Ha egy Mohave nő nemet akar váltani, akkor egy beavatási ceremónia során hwame-mé válik. A hwame férfi életet él. Vadászik, gazdálkodik, apai felelősséget vállal gyerekekért, de politikai szerepet nem vállalhat. Ebben a kultúrában sem alyhanak, sem a hwamenak lenni nem számít deviánsnak.

2.2.1.2 Nemek közötti egyenlőtlenség

A feminista beállítottságú kutatások egyik központi témája a nemek közötti társadalmi egyenlőtlenségek, és azok okainak vizsgálata volt. A kutatások többsége arra a következtetésre jutott, hogy a legkülönbözőbb kultúrákban is kimutathatók különbségek a nemek társadalmi helyzete között, és ez mindenhol valamiféle egyenlőtlenségben fejeződik ki, amelyet általában a férfiak dominanciája fémjelez (Kimmel 2000). Karen Sacks (1974) szerint, aki afrikai kultúrákat vizsgált, az egyenlőtlenség kialakulása a történelmi, gazdasági változásokkal párhuzamosan történt. Ő úgy látta, hogy amíg az emberek önellátóak voltak, és csak maguknak termeltek, addig a nemek között viszonylagos egyenlőség uralkodott. A kereskedelem kialakulása és térhódítása a társadalomban a nemek közti egyenlőtlenséghez vezetett, és egyre nagyobb arányú lett a nők alárendelődése. Más kutatók, így például Adrienne Zihlman (1989) is a nemek közötti munkamegosztást a kultúrából, és nem a fizikai adottságokból származtatja. A nemek szerinti munkamegosztás tulajdonképpen az egyik nem hatalmát jelenti a másik fölött. A nők helyzetének egyik fő meghatározója a gyerek körüli munkák megosztása. A nők reprodukciós szerepe történetileg limitálja a társadalmi és gazdasági részvételüket, mivel a gyerekekkel kapcsolatos munkák nagyobbik része általában a nőkre hárul, így nem tudnak olyan aktívan részt venni a kereső munkában, mint a férfiak. Az, hogy a nők státusza hogyan alakul, tehát attól is függ, hogy a férfiak hogyan vesznek

részt a gyerekek körüli munkákban, és a fiúk milyen mintát látnak erre vonatkozóan az apjuktól.

Itt kell megemlítenünk a „gender rezsim” fogalmát, melyet R. W. Conell és Sylvia Walby írtak le először. Conell (1990) szerint az állam hatással van a társadalom gender viszonyaira, és a gender viszonyok is visszahatnak az államra és annak intézményeire. Ebben az esetben tehát a gender rezsimről, mint társadalmi kontextusról, az intézményrendszerrel és annak szereplőiről beszélünk, amelyben a társadalmi nemek formálódnak, fennmaradnak vagy változnak. Az attitűdök hatnak a rezsimre, például legitimálhatnak olyan döntéseket, amelyek nyíltan vagy burkoltan fenntartják, vagy éppen csökkentik a nemek közötti egyenlőtlenséget. Az előbb leírtak alapján pedig a rezsim működése megerősítheti vagy gyengítheti (megváltoztathatja) az ezzel kapcsolatos attitűdöket.

Magyarországon 1949-ben az alkotmányban deklarálták a nők férfiakéval egyenlő jogait. 1953-ban pedig a családjogi törvény mondta ki a felek családon belüli jogegyenlőségét (Gregor 2016). Mindezek ellenére, az évtizedek során igen kevésbé változott a nemi szerepekkel, és a nemek közötti munkamegosztással kapcsolatos közgondolkodás. A nők kereső munkába való bevonása csak részben történt meg (kevesebb fizetés, mint a férfiaknak és alacsonyabb arányú foglalkoztatás), ugyanakkor a kétkeresős családokban a háztartással kapcsolatos munkák még mindig főként a nők feladatkörében maradtak, a férfiak kevésbé vonódtak be. Az European Social Survey (ESS)² 2004/2005-ös, 2008/2009-es és 2010-es kutatásában vizsgálták a résztvevők nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdjét. A felmérés hazai vonatkozású adatai azt mutatták, hogy a magyar férfiak és nők beállítódása inkább tradicionálisnak mondható. A 2008/2009-es adatok szerint némi „modernizálódás” figyelhető meg, ám ez 2010-re mérsékelt módon, de ismét a tradicionalitás felé mozdult (Takács 2008, Szalma, Takács 2013).

Spéder Zsolt 2011-es apasággal kapcsolatos attitűdöket vizsgáló kutatásának eredményei arra utaltak, hogy a magyar férfiakkal szemben kettős elvárás fogalmazódik

² A European Social Survey-t (ESS) az Európai Bizottság kezdeményezte 2001-ben abból a célból, hogy két évente nemzetközileg összehasonlítható adatokat nyerhessen az európai társadalmak demográfiai, társadalmi állapotáról, a lakosság politika és közéleti preferenciáinak alakulásáról és a társadalmi attitűdök illetve a cselekvéseket befolyásoló értékek változásairól. <http://ess.tk.mta.hu/ess/>

meg. Egyszerre tartják fontosnak a hagyományos, kenyérkereső szerep betöltését, és a gyermeknevelésben való részvételt. A megkérdezettek fele a hagyományos és a modern szerepet ötvözné. A gyakorlatra vonatkozó kérdésekre adott válaszokból azonban úgy tűnik, hogy ez inkább elméleti szintű elvárás, hiszen a kérdezettek fele nem tartja fontosnak, hogy az apák aktívan részt vállaljanak a gyermekgondozásban, tehát a hagyományos családi férfiszerep (kenyérkereső férfi/apa) nagyon mélyen beivódott a magyar közgondolkodásba (Spéder 2011).

A nemi szerepek 1960-as évektől az ezredfordulóig tartó változásával kapcsolatban írják le teóriájukat Manago és munkatársai (2014). Elméletük szerint a gazdasági, szocioökonómiai változások a kulturális értékek változását, valamint a nemi szerepek fejlődését eredményezik. Elméletüket egy elszigetelt mexikói közösség, a Chiapas állambeli Zinacantán település lakóinak bemutatásával támasztják alá. Ez a Maya földművelő közösség az 1960-as évektől kezdve fokozatosan egyre nagyobb lett, urbanizálódott. A földművelés helyett a kereskedelem lett a fő kereső tevékenység, a lakók iskolázottsága, a különböző segítő programok hatására magasabb lett (a nők is). Ezzel a szocioökonómiai változással párhuzamosan bizonyos kulturális változások is elindultak. A szerzők szerint ezeknek a változásoknak a következménye végül a nemi szerepek és a hagyományos családi feladatok, szerepek változása, „modernizálódása”.

2.2.1.3 Elméletek a társadalmi nemi szerepek „továbbörökítéséről”

Érdekes kérdés, és többféle elmélet is született arra vonatkozóan, hogy a nemi szerepek hogyan alakulnak ki, és hogyan „örökítődnek” tovább a társadalomban. A biológiai modell szerint az ember biológiai neme határozza meg a társadalmi nemét (Kimmel 2000). Azokban a teóriákban, amelyek a szocializációra épülnek, az első megkülönböztetést férfiak és nők között a társadalom teszi, amikor különbözőképpen viszonyul a fiú és a lány gyermekekhez. Például erre szolgálhatnak a gyermekek öltöztetésében és játékhasználatában megnyilvánuló szülői preferenciák és szokások. A mai európai kultúrában elfogadott, hogy a lányokat rózsaszín ruhába öltöztetik és babát adnak a kezükbe játszani, míg a fiúkra kék ruhát adnak és kisautót, vagy szerszámokat

kapnak ajándékba³. Ha elesnek, a fiúknak azt mondják, hogy „katonadolog”, és elvárják tőlük, hogy ne sírjanak, ne mutassák ki fájdalmaikat, míg a lányokat vigasztalni kezdik, és megengedettnek tartják, hogy kifejezzék gyengeségüket. A szociális tanulás teóriája szerint a társadalmi nemi szerepek sztereotípiaként, a szocializáció részeként jelennek meg, és a társadalmi kontroll által nyernek megerősítést. A gyerek tehát a környezetében lévők megfigyelése és utánzása segítségével tanulja meg a nemi szerepeket, amit büntetések és jutalmazások erősítenek meg (Lindsey 1997). Ez az elképzelés nem veszi figyelembe a biológiai hatást. Levy (1989) szerint az első évben a gyerekekkel az anyjuk van a legtöbbet, az apát viszonylag ritkán látják, így az apa minta hiányos. Lynn (1969) kutatási eredményei arra utalnak, hogy a fiúknak egy elégtelen információt hordozó apai modell alapján kell definiálniuk a férfiasság mibenlétét, ezért látják elsősorban a fiúk/ferfiak sztereotipizált módon a férfiasságot. Mivel ezek az elképzelések sztereotípiák és nem tapasztalatok, a férfiak társadalmi nemi identitása rugalmatlan és bizonytalan lesz, ami miatt a fiúk kortárs csoportjukban azt gondolhatják például, hogy az agresszió virtus.

A szociális tanulás teória alátámasztására végzett Lawson, Crouter és McHale (2015) egy longitudinális (mintegy 15 évig tartó) vizsgálatot. A családok minden tagját (szülők és gyerekek) megkérdezve kívánták bizonyítani, hogy a gyerekeket a 10 éves koruk körüli időszakban ért szülői hatások (a szülők attitűdje és példamutatása a kereső munka és házimunka területén, a szülők gyerekekkel töltött idejének mennyisége) befolyásolják abban, hogy a későbbiekben (fiatal felnőtt korban) milyen attitűddel, illetve milyen típusú foglalkozással rendelkeznek. Eredményeik alapján elmondható, hogy az anya nemi szerepekkel kapcsolatos tradicionális attitűdje, valamint a szülőkkel gyermekkorban eltöltött idő előrejelzi, hogy a fiúk a húszas éveikben gender-tipikus munkát fognak végezni. Érdekes eredmény, hogy azok a fiúk és lányok, akik több időt töltöttek az apjukkal, nagyobb valószínűséggel választanak férfias típusú foglalkozásokat fiatal felnőtt korukban.

A kognitív fejlődés teória (Piaget 1950, 1954) szerint a gyermekek máshogy értik, értelmezik a világot, mint a felnőttek. A gyermekek csak három éves koruk után kezdik

³ Kb. a 19. sz. közepéig a gyermekeket nemüktől függetlenül fehérbe öltöztették, majd a fiúkat rózsaszínbe, a lányokat pedig világos kékbe. Ez változott meg, cserélődött fel a 20. század első felében, és azóta is tartja magát ez a szokás. (<http://www.todayifoundout.com/index.php/2014/10/pink-used-common-color-boys-blue-girls/> Letöltve: 2019. június 23.)

magukat és a környezetükben lévő másokat is nemi címkékkel ellátni, nemi alapon megkülönböztetni. Ezek a címkék azonban 5-7 éves korig még nem szilárdak, könnyen téveszthetőek, de ha már kialakult az egyén nemi identitása, akkor a többi viselkedésforma is eköré szerveződik, ettől válik függővé.

A társadalmi-nem séma elmélet éppen ezen alapulva azt állítja, hogy a gyerek megtanulja a társadalmi nem kulturális definícióját, ami számára kulcs struktúra lesz, és ami köré a többi megszerzett információt is rendezni fogja. Ez a séma egyfajta kognitív struktúraként működik, amely segít értelmezni a világot. A szülő társadalmi-nem sémája (Fagot és Leinbach 1989) határozza meg azt, hogy hogyan viselkedik a gyerekével, és hogyan hat annak fejlődésére. A szülőknél élő sémák, sztereotípiák határozzák meg, hogy fiaikkal és lányokkal hogyan kommunikálnak, milyen játékokat vagy ruhát vesznek nekik. A szocializáció második legfontosabb közege a kortárs csoport pedig a sportot, a szabadidő eltöltését, az aktív tevékenységeket befolyásolja úgy, hogy különböző tevékenységeket, elfoglaltságokat rendel a nemekhez, így beszélhetünk „lányos” vagy „fiús” elfoglaltságokról és sportokról.

Napjainkban a nyugati típusú társadalmakban a fiúk és a lányok nemi szocializációja nem tér el egymástól jelentős mértékben (Lindsey 1997). Ebben a változó társadalomban az igények is megváltoztak, és ehhez alkalmazkodva az emberek ugyan tudatában vannak férfi és női mivoltuknak, de a nemekkel kapcsolatos attitűdjeik nagyfokú rugalmasságot mutatnak, és a nőktől és a férfiktól elvárt magatartás is kezd hasonlónak válni. Ebből következhet, hogy sokkal több úgynevezett androgyn viselkedésű emberrel találkozhatunk.

2.2.2 Férfikutatások nemzetközi története

A férfikutatások (men's studies) a társadalmi nemekkel foglalkozó tudomány részét képezik. Az általános társadalmi nem kutatásokon belül vannak speciálisan nőekkel (women's studies), illetve férfiakkal foglalkozó kutatási területek. A férfikutatásokat a feminizmus második hullámát (1960-1970-es évek) követő szemléleti forradalom hozta létre a nyolcvanas években (Hadas 2001). A férfikutatások kiinduló pontját az a felfedezés jelentette, hogy bár a tudományos vizsgálatok szemlélete automatikusan férfi szempontú, férfi alapú volt, mégsem a férfiakra irányult. A férfi szempontú világ tehát

ismert volt, de nem megismert. A férfikutatások a férfiasságot (maszkulinitást) nem egy egyetemes érvényű adottságként, hanem különböző történelmi és kulturális meghatározottságú, a társadalmi nemi szerepek által befolyásolt emberi tapasztalatként elemzik (Hadas 2003). Ezek, a „férfitapasztalásokat vizsgáló új megközelítések egyik legfontosabb feladatuknak a „hegemon maszkulinitás” bírálatát tekintik. Azaz: a férfikutatók határozottan és egyöntetűen elutasítják azt a nyugati társadalmakban általánosan elterjedt fölfogást, hogy az igazi férfi kizárólag heteroszexuális lehet, elsősorban a nyilvános (és nem a magán-) szférában köteles tevékenykedni, s otthon, a családjában uralmi pozíciót foglal el feleségéhez és gyermekeihez képest.” (Hadas 2008).

A legtöbb és legjelentősebb férfikutatások Észak-Amerikában és Ausztráliában folytak. Ezeken a területeken jöttek létre olyan jelentős méretű és munkásságú társaságok és kutató központok, mint például az American Men’s Studies Association vagy a Center for Research on Men Masculinities.

2.2.3 Legfontosabb és leggyakoribb kutatási területek a nemzetközi férfikutatásokban

A nőkutatásokhoz hasonlóan a férfikutatások is mozgalmi tevékenységből nőttek ki. Sok olyan kutatási téma jelent meg, amely a magukat elnyomottnak látó (vagy láttató) férfimozgalmaktól származtak, például az elvált férfiaktól vagy a melegektől (Hadas 2003). Nem sokkal később a kutatási témák repertoárja kibővült, vizsgálni kezdték a nemekkel kapcsolatban kialakult sztereotípiákat és ezek alapjait. Foglalkozni kezdtek többek között a férfikkal kapcsolatban az agresszivitással és a fizikai erőszak hátterével, a médiában megjelenő férfiprezentációval, valamint a szocializációval és a nemi szerepekkel. Természetesen a nemek közötti biológiai különbségek is érdekelték a kutatókat, így vizsgálni kezdték a férfiak egészségi állapotát, speciális betegségeit (pl. prosztatata problémák, hererák), valamint a nemi szerepekből adódó stresszt, mint a megbetegedések lehetséges rizikófaktorait.

Vizsgálták, hogy a gyerekek mikor és hogyan tanulják meg a nemükkel kapcsolatos sztereotípiákat. A férfi sztereotípia egyik legkorábban megtanult tulajdonsága (összetevője) az agresszió, míg a női sztereotípiának a gondoskodás. Több kutatás is alátámasztotta, hogy ezeket az alap sztereotipikus tulajdonságokat már igen korán,

három éves kor körül elsajátítják a gyerekek. A társadalmi nemi szocializáció sajátosságait egy, a világ számos országában elvégzett, kultúrák közti összehasonlító kutatás adatai alapján, eltérő kulturális és vallási környezetben is vizsgálták. Jelentős különbség mutatkozott például az iszlám és katolikus vallásban felnövekvő fiúgyermek beállítódásában. A muszlim vallású kisfiúk, más vallásúakhoz képest, jóval korábban, már öt éves korukban nagy biztonsággal el tudták különíteni a férfi szerepekhez tartozó tulajdonságokat a női tulajdonságoktól. Ezzel szemben a katolikus vallásban nevelkedett gyerekeknél csak később, öt és nyolc éves koruk között alakult ki megbízhatóan a nemi tulajdonságok azonosításának képessége. A kutatók a fentiek alapján arra a következtetésre jutottak, hogy ebben a vallási, kulturális környezetben nincs olyan jelentős eltérés a férfi és a női tulajdonságok között, mint a muszlimoknál (Best 2001).

Nagyon érdekes kutatási eredmények születtek az apa-szerep témakörében is. Ranson (2001) azt vizsgálta, hogy milyen feszültséget okozhatnak a férfiak életében a munkahelyi és a családban fellépő újfajta elvárások, a résztvevő apaság (involved fatherhood) összeegyeztetése. Egy jól dolgozó, munkahelyén jól teljesítő férfival kapcsolatban gyakran olyan elvárások fogalmazódnak meg (munkahelyre való korai érkezés és későig tartó munkavégzés, gyakori túlóra és hétvégi munka), amelyek ellentétbe kerülnek egy újfajta családi elvárással, ami azt sugallja, hogy a férfiaknak „résztvevőbb” apának kellene lenniük, aktívabban kellene segíteniük elsősorban a gyerekekkel kapcsolatos tevékenységekben. Láthatjuk, hogy már nem csak a nők életében jelenik meg a konfliktus a jó dolgozó, és a résztvevő szülő szerepe között, hanem egyre inkább a férfiakéban is.

A férfikutatások területén egyre többet foglalkoznak az egészségi állapot és a nemi szerepek összefüggésével. A szocio-kulturális faktorok, így a társadalmi szerepelvárások is jelentősen befolyásolják az egyén egészségviselkedését (Courtenay 2000). A nyugati kultúrákban általánosan elfogadott szerepelvárás, hogy a férfiak egészségviselkedésükkel is demonstrálják társadalmi dominanciájukat. Az egészségi állapottal foglalkozni férfiatlan viselkedésnek számít, a körültekintő életmód helyett inkább a kockázati magatartások preferálása elfogadott. A nőknek való alárendelődést, vagy annak látszatát is célszerű kerülni, vagy pedig kompenzálni kell, például nagyobb mértékű alkoholfogyasztással, dohányzással, gyakori szexuális partnerváltással. Ezt a

feltevést támasztja alá, például Monk és munkatársainak vizsgálata (Monk és Ricciardelli 2003), mely szerint a tradicionálisabb attitűddel rendelkező férfiak körében szignifikánsan több alkoholfogyasztással és cannabis használattal kapcsolatos probléma fordul elő.

Szintén az egészséggel és betegséggel kapcsolatos viselkedés nemi különbségeit vizsgáló felmérések eredményei mutatják, hogy a nők egészségmagatartása lényegesen eltér a férfiakétól: a nők egészség tudatosabbak, kevésbé vannak egészségkárosító szokásaik, jobban kommunikálják egészséggel kapcsolatos problémáikat, gyakrabban fordulnak orvoshoz, és jobban kooperálnak az egészségügyi ellátókkal, mint a férfiak (Möller-Leimkühler 2003). Ebből adódhat, hogy a férfiak később, és már súlyosabb problémákkal fordulnak orvoshoz.

Mindennapi életünk során a nemi szerepek teljesítésére vonatkozó társadalmi elvárások stressz forrásként jelenhetnek meg. A társadalmi nemi szerepek változásával, illetve a női nemiszerep-stressz hatásaival az 1970-es években kezdtek el foglalkozni az Egyesült Államokban. A nők megváltozott társadalmi helyzete azonban a férfiak helyzetét, és a férfi nemi szerepekre vonatkozó társadalmi elvárásokat is megváltoztatta. Napjainkban a nők nagy része munkát vállal, így nem csak a családi háttér megteremtése, a gyermekek nevelése, gondozása a feladata, hanem a munkahelyi, foglalkozási elvárásoknak is meg kell felelnie. Ebből következően a férfiaknak is nagyobb arányban kell részt vállalniuk a háztartási munkákban és a gyermeknevelésben, holott ezek a tevékenységek régebben egyértelműen a nők feladatkörébe tartoztak.

A nemi szerepek és az egészségi állapot kapcsolatának vizsgálata a feminista mozgalmak hatására indult el a női egészségmozgalmak keretében. A férfiak helyzete csak később került a tudományos érdeklődés középpontjába.

2.3 Egészségmagatartás

Az egészségmagatartás azoknak a viselkedéseknek és attitűdöknek az összessége, amelyek szerepet játszhatnak az egyén egészségének megőrzésében, helyreállításában vagy megromlásában, attól függetlenül, hogy ezek tudatosan az egészségre irányulnak, vagy sem. Matarazzo (1980) szerint az egészségmagatartás lehet preventív, amely az

egészség megtartását célozza, és lehet egészség-rizikómagatartás, amely az egészségre nézve kockázatot jelentő magatartásformákat foglalja magába.

Az 1970-es években hét egészségmagatartási tényezőt azonosítottak⁴, melyeknek egészségre gyakorolt hatását orvosi kutatások támasztották alá, és a laikusok számára is ismertté vált, hogy bizonyos betegségek és halálozások kockázata csökkenthető ezeknek a magatartási előírásoknak a betartásával (Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group 1982). Azóta is számos követéses vizsgálat igazolta az immár hagyományosnak nevezett tényezők protektív szerepét az egészségi állapot alakulásában. A legfrissebb kutatási eredmények szerint (Li és mtsai 2018), ha az életmódban jelen vannak a hagyományosnak nevezett, protektív magatartási tényezők, akkor a szív- és érrendszeri eredetű halálozások kockázata 82, a daganatos eredetű halálozásoké 65 százalékkal, illetve az egyéb okból bekövetkező halálozásoké 74 százalékkal csökken. A becsült élettartam pedig 50 éves életkorban várhatóan 12-14 évvel növekszik azokéhoz képest, akiknek az életmódjában a fenti egészségmagatartási tényezők nem szerepelnek.

Az egészséget befolyásoló magatartásmódok nem elkülönülten, hanem mindig egy komplex, nagyobb egész részeként működnek. A viselkedést befolyásoló különböző szocio-demográfiai tényezők, mint például az egyén neme, életkora, iskolai végzettsége vagy gazdasági helyzete, bonyolult kölcsönhatásban állnak egymással.

2.3.1 Hagományos kockázati (rizikó) tényezők

A kockázati magatartások, más néven káros magatartásformák az egészségmagatartás negatív elemei, azok a viselkedésfajták, amelyek növelik egy betegség vagy sérülés bekövetkezésének esélyét. A hagyományos kockázati tényezők közé soroljuk a dohányzást, a túlzott mértékű alkoholfogyasztást, a kábítószer használatot, az egészségtelen táplálkozást, a túlsúlyt/elhízást és a mozgásszegény életmódot.

A kockázati tényezőkre vonatkozó információk reális értékelése különösen fontos, mivel mindegyik ismert rizikófaktor többféle betegség kialakulásának a valószínűségét

⁴ nemdohányzás, mérsékelt alkoholfogyasztás, normális testsúly fenntartása, megfelelő alvás, rendszeres testmozgás, rendszeres reggelizés, főétkezések közötti evés elkerülése

növelheti. Az egyes rizikófaktorok életminőségre és életkilátásokra gyakorolt hatása különböző, a dohányzás például elsősorban az életkilátásokat rövidíti, míg a túlsúly és elhízás az életminőséget befolyásolja erőteljesebben. Azt, hogy hogyan alakul a várható élettartam, illetve ennek mekkora része telik egészségben, csak a rizikófaktorok okozta kockázatokat figyelembe véve értékelhetjük.

2.3.1.1 Dohányzás

A dohányzást, illetve magát a rászokást az irodalmi adatok szerint kb. 30-60 százalékban magyarázzák genetikai tényezők (Perkins 2001). A dohányossá válásban szerepet játszhatnak pszichológiai tényezők (pl. elvárások, attitűdök), személyiség jellemzők (pl. énhatékonyság, megküzdési képesség, jutalomfüggés, kitartás, élmény- és újdonságkeresés vagy ártalomkerülés), továbbá bizonyos mentális zavarok (pl. depresszió és szorongás) és a stressz. Fontos szerepet játszik a szociális tanulás, a modellkövetés és a tágabb vagy szűkebb környezet, így a fiatalok esetében a kortárs csoport értékrendje, normarendszere (Urbán és mtsai 2005; Susánszky és mtsai 2013a; Székely és Lázár 2013).

Az elmúlt évtizedben a dohányzók aránya jelentősen csökkent Európa szerte, Magyarországon azonban ez a csökkenés csupán kismértékű volt. A 2010-es évek elejére Norvégiában például a korábbi érték felére esett vissza a dohányzók aránya, Magyarországon viszont alig haladta meg a 10 százalékot a csökkenés. A 15 évnél idősebb magyar népességnek még több mint 30 százaléka dohányzott rendszeresen, majd 2014-re arányuk 26 százalékra (férfiak 32%, nők 21%) szorult vissza.

2.3.1.2 Alkoholfogyasztás

A túlzott mértékű alkoholfogyasztás rendkívül súlyos egészségkárosító tényező. Magyarország Európában vezető helyen áll az alkoholizmus okozta egészségügyi és társadalmi problémák mértéke szempontjából. A májzsugorban meghaltak száma évtizedek óta kiemelkedő a nemzetközi összehasonlítást tekintve. A szeszesital fogyasztás nem csak a krónikus májbetegséget és májzsugort, hanem a szív- érrendszeri betegségek kockázatának növekedését is eredményezi. A 35 éven aluliak körében jellemzően a sérülés és baleset, illetve az ezekből eredő halálozás kockázatát növeli.

Magyarországon, 1990-től 2000-ig egy viszonylag gyors csökkenés volt tapasztalható. Az egy főre jutó fogyasztás 13,9 literről 12 literre esett vissza, majd 2014-re 9,3 literre csökkent. Ez a fogyasztás európai viszonylatban nem kiugróan magas. A csökkenés ellenére azonban egy 2014-es felmérésben (ELEF) a magukat nagyivónak minősítők aránya kis mértékben ugyan, de emelkedett (4,6 százalékról 5,4 százalékra). Magyarországon a becslések szerint a lakosság 8-10 százaléka kb. 800 000 ember küzd alkoholproblémával.

2.3.1.3 *Pszichoaktív szerek használata*

A drogfogyasztás mértékét vizsgálva megállapítható, hogy Magyarország közepesen fertőzött országnak számít. A tendencia ennek ellenére azt mutatja, hogy a kábítószer első kipróbálásának átlagéletkora csökken. Néhány év alatt 14-ről egyre inkább 12 éves kor felé tolódott. Ez azért rendkívül nagy probléma, mert a magyar addiktológia két legsúlyosabb hiányterülete éppen az ilyen problémákkal küzdő gyermekek és serdülők egészségügyi ellátása. A kábítószer használattal közvetlenül összefüggő haláleseteknél egyre inkább jellemző a polidroghasználat, tehát az, hogy a fiatalok egyszerre több típusú drogot is használnak.

2015-ös adatok alapján elmondható, hogy a 18-64 éves korosztályban minden tizedik, a fiatalabb, 18-34 éves fiatal felnőtt korosztályban csaknem minden ötödik ember fogyasztott már élete során valamilyen (tiltott) drogot. A legtöbben marihuánát vagy hasist (7,4%), illetve ecstasyt (4%) próbáltak. Ezekből jelentősen elmaradva következnek a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin (1,7%) és a designer stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferenciájának sorrendje nem különbözik a középkorú lakosságétól (Paksi és mtsai 2015).

A droghasználat (elsősorban az intravénás használata) önmagában is probléma, de jelentősen növeli más betegségek, például a Hepatitis C, a HIV, vagy a Tuberculosis előfordulásának kockázatát.

2.3.1.4 *Egészségtelen táplálkozás*

Napjainkban a túlsúly és az elhízás egyre nagyobb problémát jelent világszerte. A fejlett országokban a krónikus betegségek és a fő halálokok rizikófaktorai között az elhízás

vezető helyen áll. A 2014-es ELEF szerint a felnőtt magyar lakosságnak több mint a fele (54%) túlsúlyos, vagy elhízott. A férfiak körében mind a túlsúly, mind az elhízás gyakoribb; 39 százalékuk túlsúlyos, 21 százalékuk pedig elhízott, míg a nőknél ezek az arányok 28 százalék illetve 20 százalék.

A túlsúlyosság mértékét az úgynevezett testtömeg index (Body Mass Index, BMI) révén szokták meghatározni, amely a testtömeg és a testmagasság négyzetének a hányadosa.

Az elhízás kialakulásában jelentős szerepet tulajdonítanak a túltáplálkozásnak és a fizikai inaktivitásnak, amelyekre igen nagy hatással vannak bizonyos pszichológiai tényezők (Gaál, Susánszky, Szócska 2019). Az elhízás hátterében olyan evési magatartások állhatnak, amelyek kapcsolódnak a stresszhez, a stressz csökkentő módszerekhez. A krónikus stressz és az elhízás közötti összefüggést számos klinikai vizsgálat is bizonyította.

2.3.1.5 Mozgásszegény életmód

A mozgásszegény életmód növeli a koszorúér-betegségek és a 2-es típusú cukorbetegség kialakulásának kockázatát. Befolyásolja a vérzsír-szint, a vérnyomás, a testsúly és a mentális egészség alakulását. A szívizom-infarktuson átesett betegek körében a rendszeres testmozgás hiánya csökkenti a túlélési esélyeket. Becslések szerint a fejlett országokban a fizikai inaktivitásnak tulajdonítható a halálozások 6-7 százaléka.

2.3.2 Nem hagyományos rizikótényezők

Az egészségi állapot alakulása szempontjából említést kell tennünk olyan rizikótényezőkről is, amelyek nem tartoznak a fentiekben leírt hagyományos kategóriákba. A továbbiakban elsősorban a stresszre, illetve a különböző típusú stresszforrások egészségkárosító szerepére fókuszálunk.

2.3.2.1 Stressz

A stressz fogalmát először Selye János írta le, miszerint „a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre.” (Selye 1976). Stressz hatására a szervezet megpróbál alkalmazkodni, amely elsősorban a túlélést segíti elő, tehát a stresszreakció

alapvetően hasznos. Selye, kutatásai alapján a stressz hatására bekövetkező élettani változásoknak három szakaszát különböztette meg:

1. alarm- vagy vészreakció szakasza
2. ellenállás vagy rezisztencia szakasza
3. kimerülés szakasza

A stresszorok köre igen széles. A stresszhatások lehetnek alkalmiak, nagy intenzitásúak (pl. traumák, negatív életesemények), vagy ismétlődőek, tartósan fennállóak (pl. kapcsolati stressz, munkával kapcsolatos stressz).

A distressz kedvezőtlen fiziológiai folyamatokat indíthat el a szervezetben, például szívritmus változást, a légzés felgyorsulását, a gyomor és bélműködés zavarait, izomgörcsöket, verejtékezést, fáradékonyságot, alvászavart. A tartósan fennálló, krónikus stressz növeli bizonyos megbetegedések kialakulásának esélyét. Jelentősen növeli a szív-érrendszeri betegségek (hipertónia, arteriosclerosis, szívinfarktus), a szexuális működés zavarainak (nőknél: menstruációs zavarok, kismencedei fájdalmak, meddőség, férfiaknál: impotencia, korai magömlés), az izom és csontrendszer (hát- és derékfájás, tenziós fejfájás, ízületi elváltozások), valamint pszichiátriai zavarok (memória zavar, alvászavar, szorongásos és/vagy hangulat zavar, depresszió) kialakulásának valószínűségét (Stauder 2008).

A stressz egy javasolt magyarázó tényezője az egészség nemi különbségeinek, mivel úgy tűnik, hogy a társadalmi nem a stressz és egészség közötti összefüggés minden elemében szerepet játszik (Barnett, Biener, Baruch 1987).

2.3.2.1.1 Nemiszerep stressz

Mindennapi életünk során a nemi szerepek teljesítésére vonatkozó társadalmi elvárások is stressz forrásként jelenhetnek meg. Az elvárások beépülnek az énképbe, és különböző módokon (szokások, egészséges életvitel, megküzdési stratégiák, érzelmi és élettani stressz-reaktivitás) befolyásolják az egészségfelfogást, illetve az egészségi állapot alakulását. A nemi szerepelvárások és sztereotípiák közvetett módon, a szocializáció, a nevelés és a társas interakciók személyiségfejlődésre gyakorolt hatása révén is kifejtik hatásukat.

A férfiak a társadalmilag ideális férfikép megvalósítására törekcszenek, amelyet a nyugati típusú társadalmakban az erős, keményen dolgozó, munkáját gyakran az egészség rovására végző, teljesítmény motivált férfi képe jellemez, aki keveset panaszkodik, egészségi állapotának negatívumait nem hangsúlyozza, a pozitívumokat viszont túlértékeli (Nagy, Tiringcr, Kállai 2016). A fenti tradicionális férfi szerepelvárásokból eredő stressz szoros összefüggést mutat az egészségkárosító magatartásformákkal, például a dohányzással. Férfitársaságokban gyakori elvárás a jelentős mértékű alkoholfogyasztás is („Aki férfi, bírja az italt”). Bizonyos szubkultúrákban a férfiasság demonstrálása kockázatvállaló magatartásformákban jelenik meg, mint például a veszélyes sportok, vagy a biztonságot mellőző autóvezetés. Az idősebb korosztályban az egészségi állapottal való törődés férfiatlan viselkedésnek számít.

Hagyományos női szerepelvárás a gondoskodás, amely kiterjed a hozzátartozókra, a családra is. Fontos eleme a kockázatkerülés, a jól informáltság az egészséggel, a helyes táplálkozással és a jólléttel kapcsolatban. A fizikai képességek növelése viszont háttérbe szorul ebben a rendszerben, melynek következtében a nők kevésbé keresik a rendszeres testedzés lehetőségét. A nők viselkedésében is megjelennek a társadalmi „tiltások” és „elvárások”. Erre példaként említhető, hogy a múlt század közepéig a női dohányzás negatív társadalmi megítélése miatt a nők nyilvánosan nem dohányoztak, valamint a természetellenes karcsúsági ideál és az evészavarok kapcsolata.

Míg a férfiak társadalmi-gazdasági pozíciói kedvezőbbek még a fejlett, nyugati világban is, addig életésélyeik a nőkhöz képest kedvezőtlenebbül alakulnak. A nők a világ legtöbb országában hosszabb életkorra számíthatnak, mint a férfiak. Európában ez átlagosan 5 év, míg Magyarországon majdnem 7 év. A skandináv országokban és néhány dél-európai országban a „gender gap” (nemek közötti szakadék) valamivel kisebb, mint az európai átlag. Legnagyobb szakadék a születéskor várható élettartam tekintetében Közép-Kelet-Európában és a balti államokban van az európai átlaghoz képest (Todorova 2011; Kopp 2007).

Luy (idézi Nagy, Tiringcr, Kállai 2016) kutatása a nemi szerepek élettartamra gyakorolt hatását vizsgálta kolostorban élő apácák és szerzetesek körében. Az eredmények szerint a kolostorban élő nők és férfiak élettartama közötti különbség lényegesen kisebb, mint az átlagnépességben. Míg az apácák és az átlagos női populáció közel hasonló ideig

élnek, addig a szerzetesek várható élettartama lényegesen magasabb (közel 4 évvel), mint az átlag populációban a férfiaké. A kutatók feltételezése szerint az apácák és a szerzetesek életmódja nagymértékben hasonló, és a hagyományos nemi szerepek hatása kevésbé érvényesül.

2.3.2.1.2 Munkahelyi stressz

A pszichoszociális stressz közvetlen hatása patofiziológiai, közvetett hatása pedig magatartásváltozásokat okozhat (Susánszky, Susánszky, Szántó 2008; Susánszky és mtsai 2010). A munkahelyi stressz növeli a rizikómagatartások (pl.: egészségtelen táplálkozás, túlzott mértékű alkoholfogyasztás, dohányozás), és bizonyos krónikus betegségek (pl.: rák, cukorbetegség, kardiovaszkuláris megbetegedések) kialakulásának esélyét. Munkahelyi stresszt okozhat az erőfeszítés-jutalom egyensúlytalansága (a jutalom nem arányos a munkavégzés során kifejtett erőfeszítéssel), a túlvállaló magatartás (Siegrist 2000), a munkahelyi kontroll hiánya vagy alacsony szintje (a munkavállaló úgy érzi, nem tudja befolyásolni, hogy mi történik a munkahelyén, munkacsoportjában), félelem a munkahely elvesztésétől, vagy a munkahelyi társas támogatottság hiánya vagy alacsony szintje (nem számíthat a munkatársak segítségére). Egy 2013-as magyar vizsgálat (Salavecz 2013) eredményei azt mutatták, hogy a munkahelyi bizonytalanság és az alacsony munkatársi támogatás a munkavállalók körében közel a duplájára növelte a depresszió megjelenését. Azokra a munkavállalókra pedig, akik azt tapasztalták, hogy a munkájukért járó jutalom nem arányos a munkavégzés során kifejtett erőfeszítéssel, majdnem kétszer nagyobb arányban volt jellemző a nagymértékű alkoholfogyasztás.

2.3.2.1.3 Házastársi/élettársi stressz

A házasság, mint minden társas kapcsolat, pozitív és negatív érzések, hatások forrása lehet. A házastársi/élettársi stressz a párkapcsolat minőségére utal, ami kifejeződik a pár tagjainak elégedettségében. A házastársi/élettársi stressznek lehetnek az egészségi állapotra nézve negatív következményei, mint például a depresszió, szorongás, különböző pszichiátriai zavarok előfordulása, illetve az ezekkel kapcsolatos egészségkárosító magatartásformák, például az alkohol- és gyógyszerabúzus, az egészségtelen táplálkozás vagy az elhízás. A házastársi/élettársi stressz direkt módon

befolyásolja az immunrendszer, a neuroendokrin- és szív-érrendszer fiziológiai folyamatait.

A házastársi stressz és az egészségi állapot összefüggését vizsgáló kutatási eredmények szerint (Orth-Gomer és mtsai 2000; Baker és mtsai 2000), a kardiovaszkuláris megbetegedésekben szenvedő nők esetében a házastársi stressz jelentősen rontotta a betegség prognózisát, a házassággal való elégedetlenség a szív falának megvastagodásával, és szignifikánsan magasabb vérnyomásértékekkel járt együtt.

A problémás házasság, élettársi kapcsolat stressz forrásként jelenik meg, és korlátozhatja a feleket abban, hogy más kapcsolatokból keressenek támogatást (Blom és mtsai 2003). A felmerülő konfliktusok a férfiaknál és a nőknél egyaránt negatív, ellenséges viselkedést váltanak ki, amelyet a stresszhormonszint, a kardiovaszkuláris reaktivitás megemelkedése, majd az immunfunkciók csökkenése követ. A házastársi/élettársi konfliktusok fiziológiai következményei a nők egészségi állapotát negatívabb módon befolyásolják, mint a férfiakét (Kiekolt-Glaser, Newton 2001). Szív-műtéten átesett nők esetében a kedvezőtlen prognózist az egyidejűleg fennálló házastársi és munkahelyi stressz jósolja be (Orth-Gomer, Leineweber 2005). A magas házastársi stresszrel jellemezhető csoport depresszió, szorongás és vitális kimerültség értékei magasabbak, valamint gyakrabban számoltak be alvászavarról, mint az elváltak (Balog 2006).

3 Célkitűzések

Dolgozatomban a társadalmi nemi szerepek változásával, a nemi szerepelvárások okozta stressz egészségmagatartásra, az egészségi állapotra gyakorolt hatásával foglalkozom. Magyarországi adatokra támaszkodva mutatom be a hazai helyzetet, összevetve a külföldi szakirodalomban közölt eredményekkel.

A dolgozat legfőbb célkitűzései:

1. A férfi nemiszerep-stressz mérésére szolgáló nemzetközi mérőeszköz, a Masculine Gender Role Stress (MGRS) kérdőív hazai adaptációja, a rövidítési eljárás bemutatása.
2. A férfi nemiszerep-stressz és a szocio-demográfiai, szocio-ökonómiai változók (kor, családi állapot, iskolai végzettség, gazdasági aktivitás) összefüggésének vizsgálata.
3. A férfi nemiszerep-stressz és a házassággal gyermekvállalással kapcsolatos attitűdök összefüggéseinek vizsgálata.
4. A férfi nemiszerep-stressz és a házastársi/élettársi stressz összefüggéseinek vizsgálata.
5. A férfi nemiszerep-stressz jellegzetességeinek és az egészségi állapot (SRH, wellbeing, betegségteher), valamint a rizikómagatartások (alkoholfogyasztás, dohányzás) összefüggéseinek vizsgálata.
6. A BMI és a nemiszerep-stressz összefüggéseinek vizsgálata.

3.1 Hipotézisek

H1. A szocio-demográfiai és a szocio-ökonómiai változók mentén eltérés mutatkozik a nemiszerep-stressz mértékében:

- a) a nemiszerep-stressz az életkor előrehaladtával csökken
- b) a párkapcsolatban (házas, élettárs) élő férfiak körében mért nemiszerep-stressz mértéke jelentősen alacsonyabb, mint az egyedül élők körében
- c) az iskolai végzettség graduális növekedése negatív összefüggést mutat a nemiszerep-stressz alakulásával
- d) a gazdaságilag inaktívak körében a nemiszerep-stressz jelentősen magasabb, mint az aktívak körében.

H2. A nemiszerep-stressz összefügg a házastársi/élettársi kapcsolat minőségével. A stressz szintet befolyásolja az egyén házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos beállítódása.

H3. A nemiszerep-stressz skála tradicionális és modernizálódó faktorai jól elkülöníthetők.

- a) A nemi szerepelvárások modernizációja növeli a férfiak nemiszerep-stressz szintjét, mivel új stresszorok jelennek meg a tradicionális stressz-források mellett.
- b) A modernizáció hatása eltérő módon és mértékben érinti a különböző életkorú, családi állapotú, iskolai végzettségű vagy etnikai hovatartozású férfiakat.

H4. A nemi szerepelvárások okozta magas stressz terheltség

- a) negatívan befolyásolja az egészségi állapot alakulását és
- b) növeli a rizikó magatartások (dohányzás, túlzott mértékű alkoholfogyasztás) előfordulásának valószínűségét.

H5. A nemiszerep-stressz mértéke összefüggést mutat a BMI-vel, azaz várhatóan a túlsúlyos és elhízott férfiak nemiszerep-stressz szintje magasabb lesz.

4 Módszerek

4.1 Hungarostudy kutatások és adatbázisok bemutatása

Munkám során elsősorban a „Hungarostudy” (HS) lakossági egészségi állapot felmérésekre támaszkodtam. A HS vizsgálatok 1988 óta már öt alkalommal (1988, 1995, 2002, 2006, 2013) adtak számot a magyar lakosság egészségi állapotáról, ennek alakulásáról. Ezekben a kutatásokban a minták nem, életkor és település típus szerint reprezentálják a 18 éven felüli magyar népességet. Ezek a felmérések lehetővé tették, hogy olyan információkhoz is hozzájussunk az egészségi állapottal, az egészség és betegyselkedéssel kapcsolatban, amelyeket a hivatalos nyilvántartások nem tartalmaztak, azok csak a lakosság közvetlen kikérdezésével lettek elérhetőek (Susánszky, Székely 2013). A továbbiakban csak a HS két utolsó felmérését mutatom be részletesen, mivel munkám ezeknek a vizsgálatoknak az adatbázisaira épül.

4.1.1 Hungarostudy 2006

A HS 2006 származtatott követéses vizsgálat, amelynek mintavételi keretét a HS 2002 keresztmetszeti vizsgálat biztosította. A HS 2006-os vizsgálatban azok a személyek kerültek megkeresésre, akik a 2002-es felmérésben hozzájárultak a követéshez. Ez az eredeti minta 63 százaléka (8008 fő) volt, akik közül a HS 2006-os felmérésben 4841-en vettek részt. A teljes minta 41 százaléka férfi (N=1993), amelyből a MGRS kérdőívet a válaszadók 89 százaléka (1764 fő) töltötte ki értékelhető módon. A válaszadó férfiaknak több mint a fele (53%) középkorú, többségük (41%) szakmunkás végzettségű. A gazdaságilag aktívak aránya közel 60 százalék (57%), munkanélküli a minta közel egytizede (8%). A válaszadók majd háromnegyede párkapcsolatban él (71%), valamilyen etnikai kisebbséghez tartozónak vallotta magát 7 százalékuk.

A minta súlyozásával (nem, életkor és területi elrendeződés szerint) az ismert lakossági arányoktól való kisebb eltérések kerültek korrigálásra. A súlyozási eljárás a többdimenziós keresztábrázatok módszerével történt, biztosítva, hogy a minta megfelelően reprezentálja a népesség bizonyos kategóriáit.

A felmérés célja a felnőtt magyar lakosság testi-lelki egészségének, a pszichoszociális rizikófaktorok alakulásának, az öngondoskodással és az egészségügyi ellátással

kapcsolatos lakossági attitűdök vizsgálata, illetve az időbeli változások nyomon követése volt.

A kérdőív három fő részből állt: *egyéni, általános kérdőív*, kérdezőbiztosi lekérdezéssel, *egyéni speciális kérdőívek* bizonyos megbetegedésekkel (pl. kardiológiai, pszichiátriai blokk), illetve a *gyógyszersedéssel* kapcsolatban, kérdezőbiztosi lekérdezéssel, valamint *önkitöltős kérdőívek*, amelyek olyan magánéleti, viselkedésre vonatkozó és attitűdbeli kérdéseket tartalmaztak, amelyekre az őszinte válaszadás csak anonimitással volt biztosítható (pl. nemi szerepek, nőgyógyászati problémák, öngyilkossági attitűdök) (Susánszky és mtsai. 2008).

4.1.2 Hungarostudy 2013

A HS 2013 felmérés a felnőtt magyar lakosság egészségi állapotának és egészséggel kapcsolatos életminőségének, valamint az ezeket befolyásoló legfontosabb háttértényezőknek a vizsgálatára irányult, kiegészülve a család és gyermekvállalás témakörével, amely új vizsgálati területként került be a 18-35 éves korosztályra fókuszálva.

A kutatás kétlépcsős, arányosan rétegzett, valószínűségi mintája 2000, 18 éves és idősebb személyt tartalmazott. A minta nemek, életkori csoportok, iskolai végzettség, lakóhelytípus szerinti összetételi aránya megfelelt a teljes felnőtt népesség összetételének. Az adatfelvétel során bekövetkezett torzulásokat az ún. többszempontú, iterációs súlyozási eljárással korrigálták a 2005-ös mikrocenzus adatai alapján a 18 év feletti népességre vonatkozó adatokhoz igazítva.

A kérdőív három fő részből állt. Az első részben a demográfiai adatokon kívül a fizikai és pszichés állapottal és az egészségügyi rendszer használatával kapcsolatos kérdések kerültek kérdezésre. A második rész a párkapcsolatra vonatkozó kérdéseket tartalmazta, amelyet csak a 18-35 éves fiatal felnőttektől kérdeztek le (653 fő). A harmadik részben szerepeltek az önkitöltős kérdéssorok, amelyek egy része mindenkinek, egy része pedig csak a nőknek, illetve csak a férfiaknak szólt. Ebben az önkitöltős blokkban került felvételre a MGRS kérdőív is (Susánszky, Székely 2013).

4.2 Mérészközök

4.2.1 Szociodemográfiai és antropometriai jellemzők

Felvételre kerültek a válaszadók életkorára, hivatalos családi állapotára (nőtlen/hajadon, házas/élettársi kapcsolatban él, elvált, özvegy), az együttélési formára (egyedül vagy párkapcsolatban él), az iskolai végzettségre (8 általános vagy kevesebb, szakmunkásképző, érettségi, főiskola, egyetem), szubjektív gazdasági helyzetére vonatkozó adatok. Ez utóbbi esetében a válaszadók egy 10 fokú Likert skálán jelölhették, hogy országos viszonylatban milyenek tartják anyagi helyzetüket. A magasságra (cm) és a testsúlyra (kg) vonatkozó, önbevalláson alapuló adatok felhasználásával került kiszámolásra a testtömeg index ($BMI = \frac{\text{testtömeg}}{\text{testmagasság}^2}$), melyet a WHO osztályozása szerint három kategóriába soroltam: sovány ($BMI < 18,5$), normális ($18,5-24,9$), túlsúlyos, elhízott ($25 \geq$).

4.2.2 Egészségi állapot önbecslése (Self Rated Health, SRH)

A válaszadók egészségi állapotukat egy 5 fokú Likert skálán értékelhették, a nagyon rossz vagy nagyon kedvezőtlentől a nagyon jó vagy nagyon kedvező minősítésekig.

4.2.3 WHO Általános Jól-lét Skála (WBI-5)

A WBI-5 (Bech és mtsai 1996) 5 tételes változata a személyek általános közérzetéről ad információt az elmúlt kéthetes időszak alapján. A HS vizsgálatokban az eredetitől eltérően egy 4 fokú skálát (egyáltalán nem jellemző, alig jellemző, jellemző, teljesen jellemző) alkalmaztak (Susánszky és mtsai 2006). A skála értéke 0-3-ig terjed, az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhatnak. A nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot.

4.2.4 Betegségteher Index (Illnes Intrusiveness Rating Scale)

Az egészséggel kapcsolatos életminőség fontos mutatója a Betegségteher Index (Devins 1994), ami azt méri, hogy milyen mértékben befolyásolja a betegség, vagy annak kezelése az élet különböző területeit. Munkám során a kérdőív 13 tételes, magyar

verziójának (Novák, Szeifert, Mucsi 2006) egy tételét használtam fel, amely a nemi élet korlátozottságára kérdez. A válaszadók a korlátozottság mértékét egy 7 fokú Likert skálán jelölhették. (1=egyáltalán nem akadályozza, 7= teljes mértékben akadályozza).

4.2.5 Rizikó magatartások

Az egészséget veszélyeztető rizikó magatartások (pl. dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód) befolyásolják az életminőséget, és meghatározó szerepük van a várható élettartam alakulásában. Az egészségkárosító magatartásformák közül a dohányzás és a kockázatos mértékű alkoholfogyasztás került be az elemzésekbe.

4.2.5.1 Dohányzás

Dohányzási szokásaikat a válaszadók maguk jellemezték. A „*Jelenleg dohányzik-e?*” kérdésre adott lehetséges válaszok: sosem dohányozott, jelenleg is dohányozik, már leszokott a dohányzásról. A válaszadók átlagos napi cigarettafogyasztásuk mértékét is megjelölték.

4.2.5.2 Alkoholfogyasztás

A kockázatos mértékű alkoholfogyasztást az Alkoholhasználat Zavarait Szűrő Teszt (AUDIT) „függőség” alskálájának 3 tételével mértük⁵. A skála egyes tételeire adott válaszok (soha, havonta vagy ennél is ritkábban, havonta kétszer-négyszer, hetente kétszer-háromszor, hetente négyszer vagy többször) pontértékei 0 és 4 közt mozogtak. Az alkoholfüggőség összpontszámát 0 és 12 pont között határozhatjuk meg, ahol a magasabb pontszám súlyosabb alkoholfüggőséget jelent. Dichotomizált formában alkalmaztuk az AUDIT „kedvezőtlen hatás” alskálájának az alkohol okozta emlékezetzavar tételét, abban a formában, hogy előfordult-e már korábban

⁵ Az elmúlt év során milyen gyakran (1) érezte, hogy nem tudja abbahagyni az ivást, miután elkezdte, (2) történt meg, hogy az ivás miatt nem tudta elvégezni azt, amit normálisan elvárnak Öntől, (3) fordult elő, hogy reggel kellett igyon egy italt, hogy elkezdhesse a napját?

alkoholfogyasztást követően amnézia, vagy sem (Saunders és mtsai 1993; Gerevich, Bácskai, Rózsa, 2006).

4.2.6 Masculine Gender Role Stress (MGRS) skála

A HS vizsgálatokban (HS 2006, 2013) a mérőeszköz rövidített, 12 tételű verzióját alkalmaztuk (Susánszky, Susánszky, Szántó 2004, Susánszky, Susánszky, Szántó 2006, Susánszky és Susánszky, 2018). A kérdezetek a kitöltéshez azt az instrukciót kapták, hogy a felsorolt helyzeteket aszerint értékeljék, hogy azok mennyire kellemetlenek számukra („*Mennyire kellemetlen az Ön számára ha...?*”). Az értékelést egy hatfokú Likert skálán jelölték („egyáltalán nem kellemetlenül a nagyon kellemetlenig”). A különböző HS felmérésekben a skálák kezdő és végpontjainak meghatározása eltért. A HS 2006 és 2013-as vizsgálatokban a skála terjedelme 1-6-ig terjedt. A kérdőívek a téma intimitását figyelembe véve mindkét vizsgálatban önkitöltős verzióban kerültek felvételre.

4.2.7 Házastársi Stressz Skála (HSS)

A házastársi/élettársi stressz mértékét a rövidített, 5 tételű Házastársi Stressz Skálával (Orth-Gomer és mtsai 2000; Balog és mtsai 2006) vizsgáltuk. A skála kérdései a kapcsolatból származó stresszforrásokra irányulnak. A vizsgált személyeknek olyan kérdésekre kellett igen-nem típusú válaszokat adniuk, mint például „*Vannak dolgok, amelyekről nem tudnak nyíltan beszélni egymással?*”, vagy „*Voltak korábban komoly problémák a kapcsolatukban?*”. A skála 0 és 5 között vehet fel értékeket. A szakirodalmi hivatkozások alapján (Balog, Mészáros 2005) alacsony házastársi illetve párkapcsolati stresszrel jellemezhetjük azokat, akiknek a pontszáma 0-1, magas házastársi stresszrel jellemezhetők pedig azok, akiknek a pontszáma 2-5.

A kérdőívet házasságban és élettársi kapcsolatban élő személyek töltötték ki.

4.2.8 Házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos attitűdök, vélemények

A házasság intézményének fontosságát („*Mennyire fontos Önnek a házasság intézménye?*”) a válaszadók egyrészt egy 5 fokú Likert skálán jelölhették (1=egyáltalán nem fontos, 5=nagyon fontos), majd kötetlen formában indokolhatták választásukat, amelyet a kérdezőbiztosok 11 kategóriába sorolva rögzítettek. Másrészt nyolc, a házasságra

vonatkozó állítással kapcsolatban fejezhették ki egyet vagy egyet nem értésüket (5=teljes mértékben egyet ért, 1 egyáltalán nem ért egyet). Például: „*A házasság idejétmúlt intézmény.*” „*Egy jól működő család alapja a házasság.*”.

A gyermekvállalással kapcsolatos véleményüket egy 14 tételből álló lista segítségével fogalmazhatták meg. Minden állítást egy ötfokú Likert skálán (5=teljes mértékben egyetért, 1=egyáltalán nem ért egyet) minősíthettek. Például: „*A gyerek születése teszi értelmessé, teljessé az életet.*”, „*A mai világban a gyermekvállalás felelőtlenség.*”

4.3 Statisztikai eljárások

A statisztikai elemzések az SPSS PC. statisztikai programcsomag (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) különböző verzióival készültek. A kategorikus változók összehasonlítása khi-négyzet próbával, illetve Fisher teszttel történt. A folytonos normál eloszlású változók összehasonlítására Student féle t-tesztet, a folytonos és kategorikus változók kapcsolatának vizsgálatára pedig varianciaanalízist (ANOVA) alkalmaztunk. A látens változók feltárása exploratív, megerősítésére pedig konfirmatív faktoranalízissel történt. Kétváltozós analízisek esetén Pearson korrelációs vizsgálatot, többváltozós analízis esetén pedig lineáris illetve bináris logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk. Ez utóbbi esetében a függő változót befolyásoló független változókat kizárásos lépésenkénti regresszióval (backward stepwise logistic regression) választottuk ki. Az egyes változókhoz tartozó regressziós koefficiensek szignifikanciáját a Wald-próba p értékével jellemeztük és a $p < 0.10$ változókat tartottuk bent a végső modellben.

Szignifikancia küszöbként a hagyományos $p < 0.05$ értéket alkalmaztuk.

A hiányzó értékeket az elemzésből minden esetben kizártuk.

5 Eredmények

Az eredmények bemutatásakor a célkitűzéseimben megfogalmazott vizsgálati szempontokat veszem sorra. Elsőként bemutatom a férfi nemiszerep-stressz mérésére szolgáló mérőeszköz (MGRS) hazai adaptációját, és a rövidítési eljárás menetét. Ezt követően foglalkozom a különböző szocio-demográfiai csoportokra jellemző férfi nemiszerep-stressz alakulásával. Vizsgálom a házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos attitűdök, valamint a házastársi/élettársi stressz összefüggéseit a férfi nemiszerep-stresszel. Majd egy újabb alfejezetben kitérek a férfi nemiszerep-stressz az egészségi állapot, az egészséggel kapcsolatos életminőség, valamint a rizikómagatartások (alkoholfogyasztás, dohányzás) és a BMI összefüggéseinek vizsgálatára.

5.1 A férfi nemiszerep-stressz mérésére szolgáló mérőeszköz (MGRS) bemutatása, a hazai adaptáció és a rövidítési eljárás leírása

5.1.1 Masculine Gender Role-Stressz Scale (MGRS) bemutatása

A férfi nemi szerep-stressz mérésére alkalmas mérőeszközt Eisler és Skidmore (1987) dolgozta ki. A mérőeszköz 40 tételből áll, az egyes tételek olyan szituációkat írnak le, amelyek a férfiak számára stresszt okozhatnak. A szerzők 5 alszálát különítettek el, amelyek az elvárásoknak nem megfelelő fizikai állapotot, az érzelem kifejezések terén mutatott hiányosságot, a nőknek való alárendelődést, az intellektuális kisebbségi érzést és a teljesítési kudarc, a sikertelenség megélését képezi le.

1. fizikai gyengeség, nem megfelelő fizikai állapot (Physical Inadequacy)

Ebbe a faktorba tartoznak azok a tételek (9 tétel), amelyek a fizikai állapotra, a szexuális képességre, és a férfias külsőre irányuló elvárásokra vonatkoznak. Ezekkel a tételekkel azt mérték, hogy a férfiak mennyire érzik kellemetlennek, ha nincsenek fizikai vagy szexuális erejük teljében (maximumán), illetve ha gyengének, nőiesnek, netán homoszexuálisnak nézik őket.

2. érzelem kifejezési deficit (Emotional Inexpressiveness)

Ebbe a csoportba tartoznak a szerelemre, megbántottságra, félelemre, illetve az ezen érzelmek kifejezésére vonatkozó tételek (7 tétel), valamint ide sorolták azokat a

kérdéseket is, amelyek a síráshoz, síró személy vigasztalásához való viszonyulást tudakolják.

3. nőknek való alárendelődés (Subordination to Women)

Ebben a faktorban a tételek (9 tétel) olyan helyzeteket jelölnek, amelyekben a férfi alá van rendelve egy nőnek (pl. női főnök, egy helyzetet a nő irányít, a nő magasabb), illetve amelyekben egy nő jobban teljesít, mint a férfi (pl. a nő többet keres, sikeresebb).

4. intellektuális kisebbségi érzés (Intellectual Inferiority)

Ebbe a kategóriába kerültek azok a tételek (7 tétel), amelyek az okosabb, vagy ambiciózusabb munkatársakra, a határozatlanságra, illetve egy nővel folytatott intellektuális kihívásnak számító beszélgetésre vonatkoznak.

5. teljesítési kudarc (Performance Failure)

A faktor azokat a tételeket (8 tétel) tartalmazza, amelyek a munkában és a szexuális életben felmerülő kudarcokra vonatkoznak (pl. ha a férfi munkanélküli, nem keres eleget, kirúgják az állásából, nem képes szexuális teljesítményre).

A válaszadók a kérdőív kitöltéséhez azt az instrukciót kapták, hogy a felsorolt helyzeteket aszerint értékeljék, hogy azok mennyire kellemetlenek számukra („Mennyire kellemetlen az Ön számára ha...?”). Az értékelést egy hatfokú Likert skálán jelölték, amelyen a nulla az „egyáltalán nem kellemetlen”, az öt pedig a „nagyon kellemetlen” választ jelentette.

5.1.2 A mérőeszközzel szerzett korábbi tapasztalatok

Eisler és Skidmore vizsgálatukban kimutatták, hogy a tételekre adott pontszámok alapján számítható stressz-teher értéke magasan korrelál a haragot és szorongást mérő mutatókkal. Monk és munkatársai (2003) megállapították, hogy az MGRS skálával mért stressz értékek előrejelzik az alkohol és drogfogyasztással kapcsolatos veszélyeztetettséget, Arrindell és munkatársai (2003) pedig egy angol betegmintán (nem klinikai) összefüggést találtak a skálán elért pontszám, és különböző fóbiák (agora fóbia, tisztasági rituálék, vér és sérülés fóbia, szociális szorongás és ellenőrzési kényszer) előfordulása között. Az eredmények azt mutatták, hogy a mérőeszköz

„intellektuális kisebbségi érzés” elnevezésű alkálaja a szociális szorongás legerősebb prediktora. Több kutatásban is foglalkoztak a nemiszerep-stressz és az agresszió, valamint az intim partner bántalmazásának (pszichés, fizikai és szexuális) összefüggésével (Reidy és mtsai 2014; Baugher, Gazmararian 2015; Gallagher, Parrott 2011). Az eredmények szerint szoros kapcsolat mutatkozott a férfiak nemiszerep-stressz mértéke és női partnerük bántalmazása, a nőkkel szembeni ellenséges vagy agresszív viselkedése között, illetve az ilyen eseményekre (szexuális agresszió) való reakció (beavatkozás vagy passzivitás) között is (Leone és mtsai 2016). A társadalmi nemiszerep-stressz és konfliktus kialakulásában szerepet játszó tényezők közül több vizsgálat is a szülői kapcsolat és szeparáció, valamint a kötődési mintázat jelentőségét emelte ki (DeFranc, Mahalik 2002; Mahalik és mtsai 2005).

A Michigani Egyetem kutatóinak (Chadwick, Anders 2017) vizsgálati eredményei szerint, a magas nemiszerep stressz pontszámmal jellemezhető férfiak fokozottabban férfiasnak érzik magukat, ha a szexuális együttlét alkalmával partnerük orgazmust él át, mint ha nincs orgazmusa. Az alacsony nemiszerep stressz pontszámot mutató férfiaknál ez az érzés nem jelenik meg ennyire erőteljesen.

Silver, Chadwick és van Anders (2018) egy másik kutatásukban azt vizsgálták, hogy van-e különbség a magukat „feministának” tartó, és a nem feminista, vagy a bizonytalan, még nem elkötelezett (feminizmus felé) férfiak között a nemi szerepekkel kapcsolatban, a szexuális viselkedésben, maszkulinitásban. Eredményeik szerint a bizonytalan és a nem feminista férfiak MGRS pontszáma szignifikánsan magasabb, mint a magukat feministának valló férfiaké.

5.1.3 A mérőeszköz hazai adaptációja

A 40 tételből álló MGRS kérdőívet a szerzők jóváhagyásával, a hivatalos nemzetközi gyakorlatnak megfelelően (Bonomi és mtsai 1996) fordítottuk az angol eredetiből magyar nyelvre. A három független fordító által előállított anyagból konszenzus alapján került kiválasztásra a megfelelő magyar verzió, amelyet egy nyelvi lektor fordított vissza angolra. A szükséges kisebb módosítások végrehajtása után a szakértői csoport elfogadta a kérdőív végső változatát.

A mérőeszköz magyar változatát először egy országos reprezentatív vizsgálat⁶ keretében alkalmaztuk (Susánszky, Susánszky, Szántó 2004). A felmérés során 211 férfi töltötte ki a kérdőívet. Átlag életkoruk 38,9 év (SD=15,4). A legfiatalabb személy 18 éves, a legidősebb 86 éves volt. A válaszadóknak több mint a fele (56%) szakmunkás végzettséggel rendelkezett, kb. egynegyedük (28%) érettségizett, a felsőfokkal rendelkezők aránya meghaladta a tíz százalékot (14%), és csupán 2 százalékuk végzett 8 osztályt, vagy annál kevesebbet. Fővárosi illetve városi lakosnak számított a vizsgált személyek közel kétharmada (64%), a többiek falun, községekben éltek (36%). Családi állapotukat tekintve többségük házas, társával együtt élő (55%), harmaduk nőtlen, egyedülálló (33%), 11 százalékuk elvált vagy külön élő, 2 százalékuk özvegy volt.

5.1.4 A mérőeszköz leíró statisztikai és reliabilitása

A feldolgozás során a szerzők instrukciójának, és a szakirodalomban fellelhető módszertani eljárásoknak megfelelően a kérdőív öt faktorból álló, eredeti struktúráját követtük. Az adatok elemzését SPSS 13.0 programcsomaggal végeztük. A skálákat leíró statisztikai mutatókat az alábbi táblázatban (1. táblázat) közöljük. A skálák belső konzisztenciáját becslő Cronbach–alfa értékek mindegyike az optimális tartományban helyezkedik el (Nunnally 1976). A skálák Cronbach-alfa értékei 0,68-0,84 közt mozognak, a legalacsonyabb értéket az „érzelmi deficit” skálánál (0,68), a legmagasabbat pedig a "nőknek való alárendelődés" skálán (0,84) mértük. A 40 tételes, teljes MGRS skála belső konzisztenciáját mutató Cronbach-alfa értéke 0,92, amely érték magas, így a skálát megbízhatónak tekinthetjük.

A mérőeszköz alskáláinak átlagpontszámai jelzik, hogy a különböző típusú helyzetek milyen mértékű stressz terhet jelentenek a férfiak számára. Az eredmények alapján elmondható, hogy legkevésbé azok a helyzetek megterhelőek, amelyek „intellektuális kisebbségérzést” váltanak ki ($\bar{X}=1,8$), vagy a „nőknek való alárendelődés” zavaró

⁶ A felmérés az Euro-MADO (Euro-MADO: Optimisation of Typing Policies for European Marrow Donor Registries, 5th EU-supported framework, QLGT7-CT-2001-00065) nemzetközi vizsgálat keretében történt. A kutatást az OTKA TS-40889/2002. számú programja is támogatta.

hatását jelzik ($\bar{X}=1,8$). A legmegterhelőbbek azok a helyzetek, amelyekben a férfiak valamilyen „teljesítési kudarcot” élnek meg ($\bar{X}=3,4$).

1. táblázat: MGRS skálák paramétereit

Skálák	Tételek száma	Cronbach-alfa	Skála átlag (SD)
Fizikai gyengeség (0-5)	9	0,75	2,8 (0,9)
Érzelemkifejezési deficit (0-5)	7	0,68	2,1 (0,9)
Nőknek való alárendelődés (0-5)	9	0,84	1,8 (1,0)
Intellektuális kisebbség érzése (0-5)	7	0,73	1,8 (0,9)
Teljesítési kudarc (0-5)	8	0,83	3,4 (1,0)
Teljes skála (0-5)	40	0,92	2,4 (0,8)

Az öt alskálán kapott eredményeket a kor, a családi állapot, az iskolai végzettség és a lakóhely település típusa elnevezésű háttérváltozókkal összefüggésben is vizsgáltuk (2. táblázat). A kor szerinti összehasonlításnál három, a demográfiai vizsgálatoknál használatos korcsoportot alakítottunk ki. Fiataloknak a 35 éven aluliakat, középkorúaknak a 35-64 éveseket, időseknek pedig a 64 éven felülieket tekintettük. A korcsoportok között három, a „fizikai gyengeség”, a „nőknek való alárendelődés”, és a „teljesítési kudarc” skálánál mutatkozott szignifikáns eltérés. Mindhárom esetben a kor előrehaladtával a nemi szerepből adódó stresszterhelés csökkenése tapasztalható.

A lakóhely település típusának vizsgálatakor csak két alskála esetében mutatkozott jelentős eltérés, az „érzelem kifejezési deficit” és az „intellektuális kisebbségi érzés” alskáláknál. Mindkettő a városban lakóknak jelenti a legnagyobb stresszterhelést, és a fővárosban élőknek a legkisebbet.

Családi állapot szerint a „fizikai gyengeség”, a „nőknek való alárendelődés” és a „teljesítési kudarc” alskáláknál találtunk szignifikáns eltérést az egyes csoportok között. Mindhárom esetben a nemi szerepből adódó stresszterhelés az özvegyeknél a legkisebb, és a nőtlenek és elváltak körében a legmagasabb.

A különböző iskolai végzettségű csoportok között sem a teljes, sem az egyes skálák vonatkozásában szignifikáns eltérés nem mutatkozott.

2. táblázat: MGRS skáláinak bemutatása kor, lakóhely és családi állapot szerint

	1. skála átlag (SD)	2. skála átlag (SD)	3. skála átlag (SD)	4. skála átlag (SD)	5. skála átlag (SD)	MGRS átlag (SD)
<u>Életkor</u>	$F=3,9$ $p=0,02$	$F=1,6$ $p=0,22$	$F=3,3$ $p=0,04$	$F=0,1$ $p=0,89$	$F=4,6$ $p=0,01$	$F=3,4$ $p=0,04$
18-34 éves	2,9 (1,0)	2,1 (1,0)	2,0 (1,0)	1,8 (1,0)	3,5 (1,1)	2,5 (0,8)
35-64 éves	2,8 (0,8)	2,2 (0,8)	1,7 (1,0)	1,8 (0,7)	3,4 (0,8)	2,4 (0,6)
65 év feletti	2,2 (1,0)	1,7 (1,2)	1,4 (1,0)	1,7 (1,3)	2,6 (1,7)	1,9 (1,1)
<u>Lakóhely</u>	$F=1,5$ $p=0,22$	$F=3,0$ $p=0,05$	$F=1,3$ $p=0,28$	$F=3,9$ $p=0,02$	$F=1,0$ $p=0,34$	$F=2,2$ $p=0,11$
Főváros	2,6 (1,0)	1,9 (1,0)	1,6 (1,2)	1,5 (0,9)	3,4 (0,8)	2,2 (0,7)
Város	2,9 (0,9)	2,3 (0,9)	1,8 (1,0)	2,0 (0,9)	3,5 (1,0)	2,5 (0,7)
Falu	2,7 (0,9)	2,0 (0,9)	1,9 (1,0)	1,7 (0,9)	3,3 (1,2)	2,4 (0,8)
<u>Családi állapot</u>	$F=5,2$ $p=0,00$	$F=2,1$ $p=0,10$	$F=3,4$ $p=0,02$	$F=1,0$ $p=0,41$	$F=2,7$ $p=0,04$	$F=3,7$ $p=0,01$
Nőtlen	2,9 (1,0)	2,0 (0,9)	2,1 (1,1)	1,8 (1,0)	3,5 (1,1)	2,5 (0,8)
Házass	2,7 (0,9)	2,1 (0,9)	1,7 (1,0)	1,8 (0,8)	3,3 (1,0)	2,3 (0,7)
Elvált	3,1 (0,5)	2,3 (0,8)	2,0 (1,0)	2,0 (0,8)	3,4 (0,7)	2,6 (0,6)
Özvegy	1,3 (1,8)	1,0 (1,5)	0,8 (1,1)	1,1 (1,5)	1,9 (2,6)	1,2 (1,7)

A 40 tételes MGRS, és az alskálák belső konzisztenciáját mutató Cronbach-alfa értékek az optimális tartományba esnek, így a skálát és az alskálákat külön-külön is megbízhatónak tekinthetjük.

Az alskálák között talált szignifikáns eltérések azt mutatják, hogy az alskálák jól elkülönítenek különböző stresszreakciót kiváltó helyzeteket (különböző típusú nemi szereppel kapcsolatos stresszeket), tehát mást és mást mérnek.

A kérdések a magyar férfiak számára is érthetőek és relevánsak. A kérdőívet az eredmények alapján, magyar mintán is használhatónak, adaptálhatónak találtuk.

5.1.5 Az MGRS rövidítése

Az eredeti kérdőív 40 tételéből a szerzők, Eisler és Skidmore 5 alskálát különítettek el. A rövidítési eljárás során alskálánként a két legmagasabb item-maradék korrelációval jellemezhető tételt (0,580-0,838), valamint a face-validitás alapján 2 tételt választottunk ki, így az eredeti kérdőívet 12 tételre rövidítettük (Susánszky, Susánszky, Szántó 2004; Susánszky, Susánszky, Szántó 2006; Susánszky, Susánszky 2018).

Az eredeti hosszú verzió (40 tétel) Cronbach-alfa értéke: 0,92, míg a rövidített (12 tétel) verzió Cronbach-alfa értéke: 0,80. A hosszú és a rövid skála között a korreláció értéke: 0,94. Az eredeti alskálák, és az azokból kiválasztott tételek összegének korrelációi: fizikai gyengeség ($r=0,79$), érzelem kifejezési deficit ($r=0,79$), nőknek való alárendelődés ($r=0,88$), intellektuális kisebbségi érzés ($r=0,83$), teljesítési kudarc ($r=0,90$).

Az alskálák leírása és tartalma:

- *Fizikai gyengeség:* „ha nem képes szexuális partnert találni”, „ha azt gondolják Önről, hogy nőies” „ha nem tud családjának megfelelő anyagi biztonságot teremteni”
- *Érzelem-kifejezési deficit:* „ha beszélnie kell egy síró nővel”, „ha vigasztalnia kell egy elkeseredett barátját”
- *Nőknek való alárendelődés:* „ha olyan nő társaságában kell lennie, aki sikeresebb, mint Ön”, „ha egy nő legyőzi valamilyen játékban”
- *Intellektuális kisebbségi érzés:* „ha egy olyan nővel kell beszélgetnie, aki a női egyenjogúság harcos híve”, „ha olyan emberekkel dolgozik együtt, akik okosabbak, mint Ön”
- *Teljesítési kudarc:* „ha nem keres eleget”, „ha nem képes szexuális teljesítményre”, „ha nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne”

A rövid verzióban az egyes alsókálák tartalma megőrződött, a tételekből önálló mutatókat tudunk képezni, továbbá a mérőeszköz így alkalmassá vált epidemiológiai kutatások (mint pl. a HS kutatások) számára is.

5.2 A férfi nemiszerep-stressz szocio-demográfiai jellemzői, HS 2006

A HS 2006-os felmérés adatbázisára támaszkodva elsőként az MGRS jellegzetességeit vizsgáltuk. Az alsókálák átlagpontszámait azt mutatták, hogy a válaszadó férfiak körében a fizikai gyengeség és a teljesítési kudarc érzésétől való szorongás okozza a legnagyobb stressz-terhelést, azaz a nemi szerep-stressz legerőteljesebben ebben a két tényezőben nyilvánul meg (3. táblázat).

3. táblázat: MGRS alsókálák átlag pontszámait és szórása

<i>Alsókálák</i>	<i>Átlag (SD)</i>
Nőknek való alárendelődés (1-6)	2,13 (1,19)
Intellektuális kisebbségi érzés (1-6)	2,30 (1,24)
Érzelem kifejezési deficit (1-6)	2,66 (1,43)
Teljesítési kudarc (1-6)	4,44 (1,18)
Fizikai gyengeség (1-6)	4,55 (1,45)
Teljes skála (1-6)	3,44 (0,87)

Vizsgáltuk továbbá, hogy milyen összefüggés tapasztalható a szocio-demográfiai háttérváltozók (életkor, iskolai végzettség, együttélési forma, gazdasági aktivitás, etnikum) és a nemiszerep-stressz mértéke között.

Eredményeink szerint az életkor előrehaladtával jelentősen csökken a nemi szerepelvárásokból eredő stresszterhelés. A nőknek való alárendelődéstől, az intellektuális kisebbségi érzéstől, valamint a teljesítési kudarcától való szorongás mértéke jelentősen eltér a 65 éven aluli és felüli férfiak csoportjai között. Az idősebb, 65 éven felüli férfiak nemiszerep-stressz terhelése jóval alacsonyabb a fenti területeken, mint fiatalabb társaiké. A fizikai gyengeséggel összefüggő stressz tekintetében a vizsgált három generáció (fiatalok=35 éven aluliak, középkorúak=35-64 évesek, idősek=65 év felettiek) eltérést mutat úgy, hogy a stressz mértékét jelző pontszámátlagok az életkorral jelentősen csökkennek. Az érzelemkifejezési deficit terhe

a fiatalokat kevésbé sújtja, mint az idősebbeket. A határvonal a 35 éven aluli és felüli korosztályok közt húzódik.

Az iskolázottság és a nemiszerep-stressz összefüggését három területen tudtuk kimutatni; a fizikai gyengeség, a teljesítési kudarc és az érzelmkifejezési deficit vonatkozásában. A fizikai gyengeségtől való szorongásból eredő stressz az iskolázottabb férfiakat nagyobb mértékben jellemzi, mint az alacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkezőket. A teljesítési kudarc tekintetében a határ az alapfokú végzettséggel (8 általános) rendelkező férfiak, és a náluk iskolázottabbak között húzódik. Általában azt mondhatjuk, hogy minél magasabb egy férfi iskolai végzettsége, várhatóan annál magasabb lesz a teljesítési kudarcra kapcsolatos stressz terhelése. Ez nem mondható el az érzelmkifejezési deficit vonatkozásában, ebben az esetben fordított összefüggés mutatkozik a végzettséggel, azaz minél képzetesebb valaki, annál kisebb mértékű ez a fajta stresszterheltség.

Az együttélési forma nemiszerep-stresszel való összefüggését az egyedülállók, a házasságban élők és az élettársi kapcsolatban élők vonatkozásában vizsgáltuk. Eredményeink azt mutatták, hogy két területen, a teljesítési kudarc és a nőknek való alárendelődés vonatkozásában térnek el egymástól jelentős mértékben a különböző csoportba tartozó férfiak értékei. A nőknek való alárendelődéstől való szorongás mértéke, mint a nemiszerep-stressz egyik formája, az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élő férfiaknál szignifikánsan magasabb, mint a házasságban élőkénél. A teljesítési kudarcra való szorongás az élettársi kapcsolatban és házasságban élő férfiak körében jelentősen magasabb, mint az egyedülálló férfiak körében.

A gazdasági aktivitás különböző kategóriái (dolgozó, munkanélküli, inaktív) és a nemiszerep-stressz összefüggésének vizsgálata alapján elmondható, hogy mindegyik MGRS alskálán a munkanélküli férfiak stressz pontszámai a legmagasabbak, statisztikailag szignifikáns mértékben eltérnek a másik két csoport értékeitől.

Utolsóként vizsgáltuk az etnikai hovatartozás⁷ és a nemiszerep-stressz viszonyát úgy, hogy a magukat romának vallók paramétereit hasonlítottuk a nem románokéhoz. Egy területen, mégpedig a teljesítési kudarc vonatkozásában találtunk lényeges eltérést a

⁷ Az etnikum megállapítása a válaszadók önbesorolása alapján történt.

fenti két csoport között. A roma férfiak teljesítési kudarccal kapcsolatos stressz terhei lényegesen magasabbak, mint a nem romáké (Susánszky, Susánszky 2008).

5.3 A férfi nemi szerep összefüggései az egészségi állapot és rizikómagatartás bizonyos jellemzőivel, HS 2006

Vizsgálatunkban a nemi szerepekből adódó stressz és az egészségi állapot, valamint bizonyos rizikómagatartások között is kerestük az összefüggést. Az egészségi állapot jellemzésére az önbecslésen alapuló egészségi állapot általános mutatóját, és a WHO jóllétmutatót, a rizikómagatartások közül pedig a dohányzást és az alkoholfogyasztást használtuk.

Az egészségi állapot önértékelésen alapuló mutatóját (az eredeti ötfokú Likert skála értékei: 1=nagyon rossz, 2=rossz, 3 átlagos, 4=jó, 5=kiváló) úgy alakítottuk ki, hogy az alsó két értéket, és a középső illetve az annál magasabb értékeket összevontuk, így minősítve a vizsgált személyeket kedvezőtlen vagy kedvező állapotúnak.

A WHO jóllét kérdőívre adott válaszok pontszámait trichotomizáltuk, majd az alsó harmadba eső személyeket tekintettük a jóllét szempontjából kedvezőtlen helyzetben lévőknek.

Az elemzések során négy modellt állítottunk fel annak vizsgálatára, hogy találunk-e összefüggést a nemiszerep-stressz egyes faktorai és az általános egészségi állapot alakulása valamint a rizikó magatartások előfordulása között. A modellekben az egyes stressz-faktorok hatását a legfontosabb, a fentiekben bemutatott, demográfiai és szociális tényezők (kor, iskolai végzettség, aktivitás, családi állapot, etnikum) hatásával korrigáltuk. A negyedik táblázatban a logisztikus regresszió elemzés eredményei közül a szignifikáns hatásokat tüntettük fel (esélyhányadosok=OR).

4. táblázat: A regresszió elemzés eredményei (a logisztikus regresszió elemzés eredményei közül a szignifikáns hatásokat tüntettük fel (esélyhányadosok=OR).

Magyarázó változók	Egészségi állapot önértékelése OR	WHO jóllét OR	Dohányzás OR	Rendszeres alkoholfogyasztás OR
<i>Korcsoportok</i>				
-34	referencia	referencia	referencia	referencia
35-64	3,14	1,41		3,31
65-	2,08	1,64	0,29	3,53
<i>Iskolai végzettség</i>				
8 általános	referencia	referencia	referencia	referencia
szakmunkás			0,72	
érettségi	0,47	0,46	0,52	
főiskola/egyetem	0,25	0,49	0,22	
<i>Aktivitás</i>				
dolgozó	referencia	referencia	referencia	referencia
munkanélküli	2,70			
inaktív	10,97	1,93	0,61	
<i>Családi állapot</i>				
egyedülálló	referencia	referencia	referencia	referencia
élettárrsal él				
házastárrsal él			0,75	
<i>Etnikum</i>				
nem roma	referencia	referencia	referencia	referencia
roma	2,39		2,07	0,47
<i>Nemiszerep-stressz skála</i>				
Nőknek való alárendeltség	0,89			0,93
Intellektuális kisebbségi érzés			1,07	
Fizikai gyengeség		0,96		0,97
Teljesítési kudarc				1,07
Érzelem kifejezési deficit			0,95	1,07

Forrás: Susánszky, Susánszky 2008, 257. old.

Az eredményekből kitűnik, hogy a teljesítési kudarcból és az érzelemkifejezési deficit megéléséből származó stressz pozitív, míg a nőknek való alárendelődésből és a fizikai gyengeség megéléséből származó stressz negatív összefüggést mutat a rendszeres alkoholfogyasztással.

Azok közt a férfiak közt, akiket erősen zavar, ha okosabb, ambiciózusabb vagy sikeresebb munkatársakkal dolgoznak együtt, nagyobb valószínűséggel találunk dohányzókat, mint azok között, akik szenvednek attól, hogy nem tudják kifejezni érzéseiket, és rosszul érzik magukat, ha nem tudnak megvigasztalni egy síró embert.

Azok a férfiak, akiket kifejezetten zavar, ha nincsenek fizikai vagy szexuális erejük teljében, vagy ha környezetük gyengének vagy akár nőiesnek tartja őket, kedvezőtlenül ítélik meg pszichés jóllétüket. Azok a férfiak pedig, akik fokozottan rosszul élik meg a nőknek való alárendelődést, például egy női főnök személyében, inkább általános egészségi állapotukat (annak talán erőteljesebben a fizikai állapotra vonatkozó összetevőit) minősítik kedvezőtlennek (Susánszky, Susánszky 2008).

5.4 Férfi nemi szerep modellek jellegzetességei a szocio-demográfiai változók mentén, HS 2006

A társadalmi szerepelvárások jelentősen befolyásolják az egyén egészségviselkedését. A magyar kutatók már az 1980-as évek elején (pl. Bíró 1982) felvetették, hogy a nemek közötti kapcsolatok változásával a nemi szerepekre vonatkozó elvárások is átalakulóban vannak. A társadalmi munkamegosztás, de bizonyos politikai, kulturális folyamatok hatására a tradicionális férfi szerepek átrendeződése hazánkban is kimutatható. A vizsgálatok eredményei nem tükröznek azonos álláspontokat, egyes kutatások szerint (pl. Pongrácz 2005) a lakosság nemi szerepekkel kapcsolatos beállítódása inkább hagyományosnak mondható (a férfi legyen a családfenntartó, a nő az otthoni munkákat végezze, nevelje a gyerekeket), míg más szerzők szerint (pl. Blaskó 2006) a lakosság szemlélete e tekintetben is folyamatosan modernizálódik. A nemi szerepek megújulásának elfogadottsága a nők körében nagyobb arányú, mint a férfiakéban, de mindkét nemnél az elfogadók aránya jelentősen növekszik.

A vizsgálat kiinduló feltételezése az volt, hogy a rövidített MGRS kérdőív egyes tétélei mentén kirajzolódik a nemi szerepelvárások *tradicionálisnak és modernizálódónak* nevezhető dimenziója. Tradicionálisnak tekintve a szexuális teljesítménnyel, a fizikai erőnléttel és a férfias megjelenéssel, valamint a családfenntartással kapcsolatos elvárásokat, modernizálódónak pedig a nemek megváltozott társadalmi viszonyával kapcsolatos elvárásokat. A két dimenzióra vonatkozó feltevésünket a konfirmatív faktoranalízis eredményei megerősítették. A kérdőív 12 tétéle két jól elkülöníthető faktorba rendeződött (5. táblázat), amelyek az összvariancia 48 százalékát magyarázták. Mindkét skála belső konzisztenciáját becsülő Cronbach–alfa értéke az optimálisnak tekintett 0,60-0,95 közötti tartományban helyezkedett el (Nunnally 1976). A

„tradicionális” skála átlagértéke közel kétszerese a „modernizálódónak” elnevezett skála átlagának, ami azt jelenti, hogy a felnőtt magyar férfiak körében a szexuális teljesítménnyel, a családfenntartással és a megjelenéssel kapcsolatos problémákból eredő szorongás lényegesen nagyobb stressz-terhelést okoz, mint a nemek megváltozott társadalmi viszonyából eredő stressz mértéke.

5. táblázat: A kérdőív rövidített, 12 tételű változatának faktorstruktúrája (a 0,3-nál nagyobb faktorsúlyok feltüntetésével)

<i>Mennyire kellemetlen az Ön számára, ha ...</i>	<i>tradicionális faktor</i>	<i>modernizálódó faktor</i>
nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne.	0,79	
nem képes szexuális teljesítményre.	0,78	
nem keres eleget.	0,68	
nem tud családjának megfelelő anyagi biztonságot teremteni.	0,66	
nem képes szexuális partnert találni.	0,63	
azt gondolják Önről, hogy nőies.	0,59	
olyan nő társaságában kell lennie, aki sikeresebb Önnél.		0,71
olyan emberekkel dolgozik együtt, akik okosabban Önnél.		0,69
egy nő legyőzi valamilyen játékban.		0,68
egy olyan nővel kell beszélgetnie, aki a női egyenjogúság harcos híve.		0,67
vigasztalnia kell egy elkeseredett barátját.		0,63
beszélnie kell egy síró nővel.		0,62
<i>Magyarázott variancia (%)</i>	<i>31,1</i>	<i>17,1</i>
<i>A skálák Cronbach alfa</i>	<i>0,79</i>	<i>0,76</i>

Forrás: Susánszky, Susánszky, Kopp 2009. 433. old.

A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a tradicionális és modernizálódó szerepelvárások okozta stressz milyen módon és mértékben érinti a különböző életkorú, családi állapotú, iskolai végzettségű vagy etnikai hovatartozású férfiakat (6. táblázat).

6. táblázat: A nemiszerep-stressz alskáláinak átlagai (SD) a vizsgált háttérváltozók mentén

	<i>Esetszám</i>	<i>Tradicionális</i> (6-36) <i>Átlag (SD)</i>	<i>Modernizálódó</i> (6-36) <i>Átlag (SD)</i>
<i>Életkor</i>	<i>N=1764</i>		
35 év alatt	572	28,2 (6,5)	13,7 (6,0)
35-64 év	934	27,9 (6,4)	14,8 (6,2)
65 év és felette	258	21,5 (7,8)	13,6 (6,2)
<i>Iskolai végzettség</i>	<i>N=1764</i>		
8 általános vagy kevesebb	304	25,1 (8,5)	15,0 (6,8)
szakmunkás	717	27,4 (6,9)	14,5 (6,3)
érettségi	513	27,3 (6,7)	13,7 (5,6)
főiskola/egyetem	229	27,8 (5,7)	13,6 (5,7)
<i>Gazdasági aktivitás</i>	<i>N=1758</i>		
aktív	1006	28,4 (6,2)	14,0 (6,0)
munkanélküli	144	29,5 (5,9)	15,8 (6,6)
inaktív	607	24,2 (7,6)	14,3 (6,2)
<i>Családi állapot</i>	<i>N=1746</i>		
egyedül él	516	26,8 (7,3)	14,7 (6,2)
házas	1102	27,1 (7,0)	14,0 (6,1)
élettársi kapcsolatban él	129	27,7 (6,2)	14,9 (6,0)
<i>Etnikum</i>	<i>N=1760</i>		
magyar	1639	27,0	14,2
roma	53	28,1	15,5
egyéb	68	27,4	14,8

Forrás: Susánszky, Susánszky, Kopp 2009. 434. old.

Az életkor előrehaladtával jelentősen csökken a tradicionális szerepeltvárásokból eredő stresszterhelés. A két szélső korcsoport között (35 éven aluliak és a 64 éven felüliek) közel hét pontnyi eltérés mutatkozott a stresszterhet kifejező átlagpontszámokban (28,2 vs. 21,5). A női dominanciából, illetve az érzelem kifejező, empátikus viselkedést elváró helyzetekből eredő feszültség leginkább a középkorú férfiakat jellemzi.

Stresszterheltségük mértéke szignifikáns eltérést mutat mind a náluk fiatalabb, és idősebb korosztályokétól.

Az iskolai végzettség mentén a két dimenzióban ellentétes mozgásokat regisztrálhatunk. Mindkét esetben az alacsony végzettséggel rendelkezők (8 általános és/vagy szakmunkás) stressz értékei térnek el a többiekétől, azaz a tradicionális szerepelvárások kevésbé, míg a modernizálódást jelentőek pedig nagyobb mértékben okoznak számukra stresszt.

A gazdasági aktivitás szempontjából három csoportot különböztettünk meg: a dolgozókat, a munkanélkülieket és az inaktívakat. A tradicionális szerep stressz tekintetében az inaktívak tértek el jelentős mértékben a még aktív korú társaiktól. A dolgozókra és a munkanélküliekre jelentősen magasabb átlagértékek voltak jellemzőek. A modernizálódás okozta feszültségek a munkanélkülieket különítették el a többiektől, a skálán mutatott átlagértékük szignifikánsan magasabb volt a másik két csoporténál.

A családi állapot mutatóját a formális (hivatalos státusz) és az informális (együttélés) viszonyokat leíró változók együtteséből képeztük, és ennek alapján három kategóriába (egyedül, házasságban, élettársi kapcsolatban él) soroltuk a válaszadókat. A tradicionális szerepstressz mindhárom csoportban hasonló mértékűnek mutatkozott. Ugyanakkor a női dominancia és az érzelmek kifejezése (modernizálódást leíró faktor) a házasságban élő férfiak számára jelentette a legkisebb stresszterhet, amely szignifikáns mértékben alacsonyabbnak mutatkozott az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élő férfiak átlagértékeinél.

Végezetül az etnikai hovatartozás alapján is elemeztük a nemiszerep-stressz faktorokat. A magyaron kívül a romák és az egyéb etnikumhoz tartozók csoportjait különböztettük meg. A három csoport értékei között egyik dimenzióban sem mutatkozott szignifikáns eltérés (Susánszky, Susánszky, Kopp 2009).

5.5 Férfi nemi szerep modellek, az egészségi állapot és a kockázati magatartások összefüggéseinek vizsgálata, HS 2006

Vizsgálatunkban a nemi szerepekből adódó stressz és az egészségi állapot, valamint bizonyos rizikómagatartások között is kerestük az összefüggést. Az egészségi állapot

jellemzésére az önbecslésen alapuló egészségi állapot általános mutatóját, és a WHO jóllétmutatót, a rizikómagatartások közül a dohányzást, pontosabban a naponta elszívott cigaretták darabszámát és az alkoholfogyasztás gyakoriságát használtuk.

Táblázatunkban (7. táblázat) a férfi nemiszerep-stressz két dimenzióját leíró faktorok, és a fentiekben bemutatott egészséggel kapcsolatos állapotjellemzők korrelációs mátrixa látható. A két dimenzió közül csak a tradicionálisnak nevezett skála értékei mutatnak kapcsolatot az egészségi állapottal és a pszichés jólléttel, valamint a dohányzás mértékével. A nemek átalakulóban lévő társadalmi viszonyából eredő esetleges feszültségek mértéke (modernizálódó skála) nem mutat összefüggést egyik vizsgált változóval sem (Susánszky, Susánszky, Kopp 2009).

7. táblázat: A nemiszerep-stressz és az egészségi állapot jellemzőinek korrelációja

	<i>Tradicionális skála</i>	<i>Modernizálódó skála</i>
Egészségi állapot önbecslése	0,145**	0,004
WHO jóllét	0,113**	-0,027
Dohányzás (db)	0,067**	0,000
Alkoholfogyasztás gyakorisága	0,004	0,022

**p<0,001

Forrás: Susánszky, Susánszky, Kopp 2009. 434. old.

5.6 A férfi nemiszerep-stressz és a házastársi/élettársi stressz összefüggéseinek vizsgálata, HS 2006

A nemiszerep-stressz és a házastársi/élettársi stressz összefüggéseit először a HS 2006-os felmérés mintáján vizsgáltuk (Susánszky és mtsai 2010; Balog és mtsai 2010). Arra voltunk kíváncsiak, hogy van-e összefüggés a párkapcsolat típusa és megítélése, valamint a társadalmi nemiszerep-stressz között.

A mintában, a párkapcsolatban élő férfiak 15 százaléka élettársi kapcsolatban, 85 százalékuk pedig házasságban élt. Az élettársi kapcsolatban élők átlagosan több mint 13 évvel voltak fiatalabbak, mint a házasságban élők (37,7 év vs. 51,2 év).

Iskolai végzettségüket és szubjektív anyagi helyzetüket tekintve a két vizsgált csoport között szignifikáns eltérés nem mutatkozott.

A házas férfiak majd mindegyikének (94,4 %), míg az élettársi kapcsolatban élők alig több mint a felének (56,3 %) volt saját gyermeke. A házasságban élőknek átlagosan közel kétszer annyi gyermekük volt, mint az élettársi kapcsolatokban élőknek (1,9 vs. 1,0).

A kapcsolatok fennállásának időtartama között is jelentős különbség mutatkozott, a házasságok átlagosan 26 éve kötötték, míg az élettársi kapcsolatok 10 éves múltra tekintettek vissza.

Vizsgáltuk mindkét csoportban (házasok, élettársi kapcsolatban élők) a házastársi/élettársi stressz szintjét (8. táblázat), és azt láttuk, hogy az átlag pontszám mindkét csoportnál egynél kisebb értéket mutatott, tehát a férfiak általában jónak ítélték a kapcsolatukat. Ha azonban a magas stressz szintet megélők arányát is figyelembe vettük, a két együttélési forma között szignifikáns különbséget találtunk. Az élettársi kapcsolatban élők 15, míg a házassági kapcsolatban élők 10 százalékának minősíthető rossznak (magas házastársi/élettársi stressz) a kapcsolata.

8. táblázat: A házastársi/élettársi kérdőív egyes tétéleire igennel válaszolók aránya (%), és a házastársi/élettársi stressz átlagok az együttélés típusa szerint

	Élettársi kapcsolat (%)	Házasság (%)	Szig.
Házastársa/élettársa az önhöz legközelebb álló személy, bizalmasa?	93,3	98,0	S***
Vannak dolgok, amikről nem tudnak nyíltan beszélni egymással?	18,0	16,2	NS
Voltak korábban komoly problémák a kapcsolatukban?	24,9	16,6	S**
Problémáikat közösen szokták megoldani?	92,4	96,6	S**
Házastársával/élettársával közösen töltik szabadidejüket?	90,4	94,3	S*
Párkapcsolati stressz magas (2-5 pont)	15,2	10,5	S*
Összesített párkapcsolati stressz, átlag (SD)	0,7 (1,0)	0,4 (0,8)	S*

***p<0,000 ; ** p<0,01 ; * p<0,05

Forrás: Susánszky és mtsai 2010, 398.old.

Az élettársi kapcsolatban élők többen számoltak be arról, hogy kapcsolatukban találkoztak már komoly problémákkal, és vannak olyan dolgok, amiket nem tudnak megbeszélni a párjukkal. A házasságban élők pedig többen érzik úgy, hogy problémáikat közösen szokták megoldani, hogy házastársuk a hozzájuk legközelebb álló személy, és szabadidejüket is nagyobb arányban töltik együtt.

A társadalmi nemi szerepekből eredő stressz mértékét is megvizsgáltuk az együttélés formái szerint (9. táblázat). Az élettársi kapcsolatban élő férfiak számára szignifikánsan nagyobb stressz terhet jelentenek azok a helyzetek, amikor a nők többet keresnek vagy sikeresebbek.

9. táblázat: MGRS alsókálainak átlagai és szórása az együttélés típusa szerint

	Élettársi kapcsolat átlag (SD)	Házasság átlag (SD)	Szig
Nőknek való alárendelődés (2-12)	4,5 (2,5)	4,1 (2,3)	S*
Intellektuális kisebbségi érzés (2-12)	4,7 (2,4)	4,5 (2,5)	NS
Érzelem-kifejezési deficit (2-12)	5,2 (2,9)	5,4 (2,9)	NS
Fizikai gyengeség (3-18)	14,1 (3,8)	13,5 (4,4)	NS
Teljesítési kudarc (3-18)	13,7 (3,3)	13,5 (3,5)	NS
MGRS (12-72)	42,2 (10,0)	41,0 (10,5)	NS

*** $p < 0,000$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Forrás: Susánszky és mtsai 2010, 399. old.

Vizsgáltuk továbbá a házastársi/élettársi stressz és a társadalmi nemi szerep elvárásokból eredő stressz közötti összefüggést (10. táblázat). Statisztikailag szignifikáns kapcsolatot csak az MGRS „intellektuális kisebbségi érzés” elnevezésű alsókálaja és a házastársi/élettársi stressz között találtunk. Ez arra utal, hogy ha egy férfinak érzelmi problémát jelent, ha egy nő okosabb, ambiciózusabb vagy sikeresebb, azaz intellektuális hátrányban érzi magát, akkor ez a házasságában/élettársi kapcsolatában is stressz forrásként jelenik meg.

10. táblázat: A házastársi/élettársi stressz és az MGRS alszállainak korrelációja (Pearson-féle korrelációs együttható)

MGRS	Házastársi/élettársi stressz
Nőknek való alárendelés	0,03
Intellektuális kisebbségi érzés	0,08**
Fizikai gyengeség	0,03
Teljesítési kudarc	0,01
Érzelem-kifejezési deficit	0,03

**p<0,01

Forrás: Susánszky és mtsai 2010, 400. old.

Annak vizsgálatára, hogy a párkapcsolat jellemzői (típusa, tartama), a nemiszerep-stressz (MGRS) alszállái, valamint a szocio-demográfiai háttérváltozók milyen mértékben játszanak szerepet a házastársi/élettársi stressz alakulásában, lineáris regressziós eljárást (stepwise módszer) végeztünk.

11. táblázat: A házastársi/élettársi stressz magyarázó tényezői (lineáris regressziós modellek, stepwise módszer)

Modell	Független változók	Standardizált β együttható	t	Kiigazított R ² (%)	F
1.	Párkapcsolat típusa	-0,103**	-3,57	1,0	12,77***
2.	Párkapcsolat típusa	-0,100**	-3,51	1,9	11,54***
	Intellektuális kisebbségi érzés	0,091**	3,19		
3.	Párkapcsolat típusa	-0,095**	-3,33	2,1	9,48***
	Intellektuális kisebbségi érzés	0,092**	3,22		
	Szubjektív anyagi helyzet	-0,066*	-2,29		

***p<0,000 ; ** p<0,01 ; * p<0,05

Forrás: Susánszky és mtsai 2010, 400.

A fenti táblázat (11. táblázat) adatai alapján értékelhetjük, hogy az egyes független változók mekkora szerepet töltenek be egymáshoz képest a házastársi/élettársi stressz

mértékének alakulásában. Elsőként a párkapcsolat típusa elnevezésű változó lép be a modellbe, mert a függő változóval (házastársi/élettársi stressz) ez a változó korrelál a legerősebben (1. modell). A második lépésben az MGRS „Intellektuális kisebbségi érzés” komponense kerül be a modellbe (2. modell) szignifikáns magyarázó erővel. A harmadik modellben a házassági stressz varianciájának magyarázatához járul még hozzá a szubjektív anyagi helyzet, tehát az, hogy hogyan ítéli meg a kérdezett az anyagi helyzetét országos viszonylatban. Így a három összetevő 2,1 százalékát magyarázza a párkapcsolati stressz varianciájának. A változók között a standardizált béta együttható segítségével állíthatunk föl sorrendet. Ez alapján legnagyobb magyarázóereje a párkapcsolat típusának van (-0,095), amellyel majdnem azonos mértékű az „intellektuális kisebbségi érzésé” (0,092), és végül ezeknél gyengébb erővel bír (-0,066) az anyagi helyzet megítélése.

A fentiek alapján elmondható, hogy a párkapcsolatban élő férfiak esetében a házasság és a jónak ítélt anyagi helyzet csökkenti, míg az „intellektuális kisebbségi érzésből” eredő stressz növeli a házastársi/élettársi stressz mértékét. Az elemzésbe bevont többi magyarázó változó, mint a házasság időtartama, az életkor, az iskolai végzettség és gyerekszám, valamint a nemi szerepekkel összefüggő egyéb stressz tényezők (MGRS alszállái) között nem mutatható ki szignifikáns összefüggés.

5.7 Fiatal férfiak nemiszerep-elvárásokból adódó stresszterheltsége, HS 2013

A HS 2013-as felvétele lehetőséget nyújtott arra, hogy a nemiszerep-elvárásokból adódó stresszterheltség és a házasságkötéssel, családalapítással, gyerekvállalással kapcsolatos attitűdök összefüggéseit vizsgáljuk fiatal (18-35 év közötti) felnőtt férfiak körében (Ádám és mtsai 2013; Dukay-Szabó és mtsai 2013; Györffy és mtsai 2013; Susánszky és mtsai 2013). A válaszadók közel 58 százalékának volt a kérdőív felvételének időpontjában párkapcsolata, akiknek 65 százaléka együtt is élt partnerével. A párjuktól külön élőknek kb. a fele tervezte az összeköltözést. A párkapcsolatban élő férfiak közel egynegyed (24%) már házasságban él. A párkapcsolatban, de még nem házasságban élő férfiak 38 százaléka tervezi, hogy a közeli vagy távolabbi jövőben házasságot is köt, 38 százalékuk viszont egyáltalán nem tervezi a házasságkötést (12. táblázat).

12. táblázat: Párkapcsolati formák és az együttéléssel, házassággal kapcsolatos tervek fiatal férfiak körében

	Esetszám (%) N=335 fő
Nincs párkapcsolata	142 (42,4%)
Van párkapcsolata	193 (57,6%)
Együtt él párjával	125 (64,7%)
Tervezi az összeköltözést	26 (49,1%)
Házas	46 (23,8%)
Tervezi a házasságot	74 (38,4%)
Nem tervez házasságot	73 (37,8%)

Forrás: Susánszky és mtsai 2013, 249. old.

5.7.1 Fiatal férfiak nemiszerep-elvárásokból adódó stressz terheltsége a párkapcsolattal, házassággal összefüggésben, HS 2013

Adatainkból a nemiszerep-stressz skála (MGRS) alskáláinak átlagpontszámait elemezve elmondhatjuk, hogy a fiatal férfiak körében, ebben a mintában is a fizikai gyengeség és a teljesítési kudarc, illetve az ezektől való szorongás okozta a legnagyobb stresszterhelést (13. táblázat).

13. táblázat: Az MGRS alskálák átlagpontszámai és szórása

Alskálák	Átlag (SD)
Nőknek való alárendelődés (1-6)	2,53 (1,31)
Intellektuális kisebbségi érzés (1-6)	2,67 (1,35)
Fizikai gyengeség (1-6)	4,70 (1,32)
Teljesítési kudarc (1-6)	4,49 (1,12)
Érzelemkifejezési deficit (1-6)	2,50 (1,39)
Teljes skála (1-6)	3,61 (0,90)

Forrás: Susánszky és mtsai 2013. 249. old.

A párkapcsolattal rendelkező és párkapcsolat nélküli fiatal férfiak nemiszerep-elvárásokból származó stressz szintje közt jelentős eltérés nem mutatkozott. A párjukkal együtt élő férfiakat nagyobb mértékben ($p=0,05$) érinti a teljesítési kudarcból való

szorongás, mint a párjuktól külön élőket. Ez utóbbiak esetében az összeköltözést tervezők és nem tervezők közt nem találtunk szignifikáns különbséget.

Azoknak a férfiaknak, akik nem élnek házasságban, és nem is tervezik ezt, szignifikánsan alacsonyabb ($p=0,01$) a teljesítési kudarcból való félelemből eredő stresszértékük, mint a házasoknak, vagy akik tervezik a házasságot.

A házasságkötéssel kapcsolatos attitűd, gondolkodás vizsgálatok azt láthatjuk, hogy akik fontosnak tartják a házasságot (mert úgy gondolják, hogy nagyobb biztonságot nyújt a kapcsolatban), azoknak magasabb a teljes nemiszerep-stressz pontszámuk ($p=0,05$), és a nőknek való alárendelődéstől való félelmük is szignifikánsan nagyobb mértékű ($p=0,03$), mint azoknak a férfiaknak, akik ezt nem említik.

Akik azt mondják, hogy a vallás, illetve a hitük miatt fontos a házasság, azoknak alacsonyabb a fizikai gyengeségtől ($p=0,00$) és a teljesítési kudarcból való szorongásuk szintje ($p=0,02$), viszont jelentősen nagyobb stresszt okoz számukra az érzelm kifejezési problémáktól való szorongás ($p=0,00$).

Azoknak a férfiaknak a körében, akik azt gondolják, hogy jogi szempontok miatt fontos a házasság, valamint azért, mert így egyszerűbb az ügyintézés, alacsonyabb a fizikai gyengeségtől való félelem okozta stressz-szintjük ($p=0,01$), mint azoknak, aki ezt a szempontot nem említették.

Vannak férfiak, akik a rossz családi mintát okolva nem tartják fontosnak a házasságkötést. Náluk az érzelm kifejezési deficit alskálán mutató stressz szintje szignifikánsan magasabb ($p=0,03$), mint azoknál, akik erre az indokra nem hivatkoznak.

Azon férfiaknál, akik szerint nem fontos a házasság, mert idejétmúlt intézmény, az érzelm kifejezési problémáktól való félelem szignifikánsan magasabb ($p=0,04$).

Megkérdeztük a férfiakat, hogy mennyire értenek egyet bizonyos állításokkal, amelyeket a házassággal kapcsolatosan fogalmaztunk meg. Ezen skálák adatait az ő esetükben a férfi nemiszerep-stressz skála, valamint az alskálák eredményeivel vetettük össze egy Spearman-féle korrelációs elemzésben. Az eredmények szerint minél inkább egyetértenek azzal, hogy a házasság idejétmúlt intézmény, annál magasabb az érzelm kifejezési deficit, tehát az érzelm kifejezési problémáktól ($p=0,02$), valamint az intellektuális kisebbségi érzéstől való szorongás okozta stressz szintje ($p=0,05$).

Minél inkább egyetértenek azzal, hogy ha egy házasság boldogtalanná válik, jobb, ha elválnak, még ha gyerekük is van, annál nagyobb a fizikai gyengeségtől ($p=0,00$) és a teljesítési kudarctól való félelem ($p=0,02$) okozta stressz-szintjük.

Minél inkább egyetértenek azzal, hogy a házasság biztonságot jelent, annál nagyobb a teljes skálán mutatott stressz pontszámuk ($p=0,03$).

5.7.2 Fiatal férfiak nemiszerep-elvárásokból adódó stressz terheltsége a gyermekvállalással összefüggésben, HS 2013

A továbbiakban a férfiak nemiszerep-elvárásokból származó stressz mértékét vetettük össze a gyermekvállalással, illetve az erre vonatkozó tervekről, vélekedésekről szóló adatokkal.

Azoknál a férfiaknál, akiknek már van gyermekük (22,5%), szignifikánsan nagyobb mértékű teljesítési kudarcból eredő stresszterhelést mértünk ($p=0,02$).

Vizsgáltuk, hogy azoknak a fiatal férfiaknak, akiknek még nincs gyermekük, de szeretnének a jövőben, vannak-e olyan céljaik, amelyeket a gyermekvállalás előtt még mindenképpen szeretnének megvalósítani. A gyermektelen férfiak 74 százaléka említi, hogy vannak ilyen céljai. Akik ilyen megvalósítandó célként említik, hogy a gyermekvállalás előtt megfelelő lakást szeretnének biztosítani ($N=93$), azoknál az érzelm kifejezési deficit alskálán mutatott stressz-szint szignifikánsan magasabb ($p=0,04$), mint azoknál, akik nem említik ($N=33$) ezt a célt.

Akik említik, hogy a gyermekvállalás előtt még külföldi tapasztalatokat szeretnének szerezni, azoknál a fizikai gyengeségtől ($p=0,01$) és a teljesítési kudarctól való félelemből ($p=0,01$) származó stresszterhelés szignifikánsan alacsonyabb mértékű, mint azoknál, akik ezt célként nem említik.

Annak, hogy valaki fontosnak tartja-e a gyermekvállalás előtt a házasságkötést, a nemiszerep-stressz mértékének szempontjából – jelen adataink szerint – nincs jelentősége.

5.8 A BMI és a nemiszerep-stressz összefüggéseinek vizsgálata fiatal férfiak körében, HS 2013

Mivel kutatási hipotézisünk (lásd 32. old) csak a normál és az afeletti (túlsúlyos, elhízott) tartományba tartozókra vonatkozott, ezért a vizsgálati almintába csak azok a személyek kerültek be, akiknek a BMI értéke legalább 18,5 volt (298 fő). Az almintában a BMI kategóriák aránya a következőképpen alakult: normál 181 fő (60,9%), túlsúlyos 86 fő (28,8%), elhízott 31 fő (10,3%). Tekintettel az elhízottak alacsony számára a mintában, két BMI kategóriával dolgoztunk (normál és túlsúlyos/elhízott) (Susánszky, Döbrössy 2019).

Az almintá átlagéletkora 26,6 év (SD=5,4), alacsony iskolai végzettségűnek számít (általános iskola, szakmunkásképző) 54,9 százalékuk, közel egyharmaduk (30,8%) középfokú végzettséggel, egytizedük (11,3%) pedig diplomával rendelkezik. A fiatal férfiak döntő többsége (81,3%) nőtlen, házasságban közel egyötödük él (17,2%), öt fő pedig elvált (1,5%). Az együttélési formát is figyelembe véve, több mint a felük egyedül (58,7%), a többiek pedig párkapcsolatban élnek (41,3%).

A 12 tételes MGRS skála⁸, valamint a skála szexualitással, szexuális teljesítménnyel kapcsolatos tételeinél vizsgáltuk a magas stressz tartományba tartozók arányát a BMI egyes kategóriái szerint (14. táblázat). Magas stressz tartományba tartozóknak tekintettük azokat a személyeket, akik az egyes tételeknél a Likert skálán ötre vagy hatra értékelték stressz szintjüket, a rövidített MGRS skála esetében pedig azokat, akiknek az átlagpont értéke egyenlő vagy nagyobb volt ötnél.

14. táblázat: A magas stressz tartományba tartozók aránya a BMI kategóriákban, az MGRS egyes tételei szerint.

MGRS tételek Mennyire kellemetlen az Ön számára, ha ...	BMI N (%)		szig. p
	normál 18,5-24,9	túlsúlyos/elhízott 25,0-	
nem képes szexuális partnert találni?	66 (36,5)	55 (47,4)	0,061
nem képes szexuális teljesítményre?	114 (63,0)	88 (75,2)	0,027
azt gondolják Önről, hogy nőies?	110 (60,8)	85 (70,9)	0,073
nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne?	99 (54,7)	92 (80,2)	0,000
MGRS skála	85 (47,0)	70 (60,3)	0,024

⁸ Cronbach alfa=0,82

A fenti táblázat alapján elmondható, hogy a nemiszerep-stressz (MGRS skála) és a szexualitással kapcsolatos magas stressz szint összefüggést mutat a túlsúllyal/elhízással. Szignifikáns összefüggés a szexuális izgalmi állapotba kerülés ($p=0,000$), a szexuális teljesítmény ($p=0,027$) és a BMI kategóriák közt mutatkozott. Tendenciaszerű összefüggés pedig a szexuális partnerkapcsolat létesítésével ($p=0,061$) és a nőiesség látszatával kapcsolatos ($p=0,073$) magas stressz szint esetében mutatkozott. Összességében pedig a túlsúlyos/elhízott férfiak közel másfélszer nagyobb arányban (1.3) számoltak be magas nemiszerep-stresszről, mint a normál testsúlyúak.

A továbbiakban azt vizsgáltuk, hogy a BMI mellett még milyen tényezők játszhatnak szerepet, közvetlen vagy közvetett módon, a nemiszerep-stressz, ezen belül pedig a szexualitással kapcsolatos stressz alakulásában. Feltételezésünk szerint, amelyet szakirodalmi adatok is alátámasztanak, a párkapcsolat jellege összefüggést mutat egyrészt a férfiak testtömeg indexének, másrészt a nemiszerep-stressz mértékének alakulásával. Mintánkban a párkapcsolatban élők közt szignifikánsan nagyobb arányban ($\text{Chi}=5.783$, $\text{df}=1$, $p=0,016$) vannak a túlsúlyos/elhízott férfiak (47.2%), mint az egyedül állók körében (33,3%).

Második táblázatunkban a párkapcsolat jellege és a nemiszerep-stressz közti összefüggés eredményeit közöljük (15. táblázat). Az együttélés típusával csak a szexuális izgalmi állapotba kerülés mutatott szignifikáns összefüggést. Ez esetben a párkapcsolatban élők közt volt jelentősen gyakoribb (71,5% vs. 59,8%) a magas stressz szinttel rendelkezők aránya.

15. táblázat: Az MGRS egyes tételei alapján a magas stressz tartományba tartozók aránya az együttélés típusa szerint.

MGRS tételek Mennyire kellemetlen az Ön számára, ha ...	Együttélés típusa		sig p
	egyedül N (%)	párkapcsolatban N (%)	
nem képes szexuális partnert találni?	70 (40,2)	51 (41,5)	0,831
nem képes szexuális teljesítményre?	116 (66,3)	86 (70,5)	0,445
azt gondolják Önről, hogy nőies?	114 (65,1)	79 (64,2)	0,871
nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne?	104 (59,8)	88 (71,5)	0,037
MGRS skála	87 (50,0)	68 (55,3)	0,364

A nemi szereppel, illetve a szexualitással kapcsolatos stresszérzékelést az egészségi állapot, a lelki és fizikai jól-lét állapota is befolyásolhatja. Ezért vizsgáltuk a szubjektív egészségi állapot, az egészséggel kapcsolatos jól-lét, a hangulati állapotot jellemző depresszivitás, valamint a betegségteherből származó korlátozottság összefüggéseit célváltozóinkkal.

A fiatal férfiak igen kedvezően értékelték egészségi állapotukat (SRH), és egyik célváltozó esetében sem találtunk jelentős eltérést a csoportok között. Több mint 80 százalékuk (85,8%) jó/kiváló minősítést adott. Az egészséggel kapcsolatos jól-lét esetében (WHO-5) is hasonló helyzet mutatkozott, átlagosan 11 pont körüli értékkel jellemezhetőek a csoportok. Szignifikáns eltérés a depresszivitás pontértékénél mutatkozott a szexuális teljesítmény vonatkozásában, azonban mindkét csoport átlagértéke (6,05 vs. 3,29) a normál, azaz a „nincs depressziós tünetegyüttes” kategóriába tartozott (16. táblázat).

16. táblázat: WHO valamint a BDI átlagpontszámjai az MGRS egyes tételei szerint

MGRS		WHO	p	BDI	p
nem képes szexuális partnert találni	alacsony	11,33 (2,97)	0,366	3,61 (8,00)	0,148
	magas	11,01 (3,13)		5,14 (10,12)	
nem képes szexuális teljesítményre	alacsony	10,09 (3,17)	0,242	6,05 (11,24)	0,017
	magas	11,34 (2,97)		3,39 (7,53)	
azt gondolják Önről, hogy nőies	alacsony	10,95 (2,98)	0,297	5,26 (10,61)	0,150
	magas	11,34 (3,06)		3,69 (7,89)	
nem képes szexuális izgalomba jönni	alacsony	11,31 (2,96)	0,636	4,97 (10,91)	0,302
	magas	11,14 (3,08)		3,84 (7,68)	
teljes MGRS skála	alacsony	11,26 (2,96)	0,736	4,77 (9,88)	0,312
	magas	11,14 (3,11)		3,73 (8,00)	

A vizsgálati személyek közül senki nem jelezte, hogy valamilyen betegség vagy annak kezelése miatt nemi élete bármilyen mértékben is korlátozva lenne.

Összességében tehát elmondhatjuk, hogy a fenti változók közül egyik sem bizonyult jelentős tényezőnek sem a nemi szerep, sem pedig a szexualitással kapcsolatos stressz alakulásában.

A továbbiakban logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk, hogy a túlsúly, elhízás milyen összefüggést mutat a nemiszerep-stresszel és a szexualitással kapcsolatos

stresszel, ha az adatokat az együttélés típusára is korrigáljuk. A regressziós modellek eredményeit a 17. táblázatban tüntettük fel. A táblázatban minden, a modellbe bevont változó szerepel, feltüntettük az esélyhányadosok (Exp (B)) értékeit és a hozzájuk tartozó konfidencia intervallumot (95% C.I. for Exp (B)) is.

Az alábbi modellek esetében azt látjuk, hogy a túlsúlyos, elhízott fiatal férfiak a normál BMI-vel rendelkezőkhöz képest jelentősen nagyobb eséllyel számolnak be nagyfokú, a nemi szerepeikből eredő stresszről (OR=1.67), ezen belül pedig a szexuális teljesítményükkel és a szexuális izgalmi állapottal kapcsolatos stresszről.

17. táblázat: A nagyfokú nemiszerep-stresszt befolyásoló tényezők esélyhányadosai és a hozzájuk tartozó konfidencia intervallumot bemutatása az egyes modellekben.

	1. modell nem képes szexuális partnert találni	2. modell nem képes szexuális teljesítményre	3. modell azt gondolják Önről, hogyan nőies	4. modell nem képes szexuális izgalomba jönni	5. modell teljes MGRS skála
	Exp(B) 95% C.I.	Exp(B) 95% C.I.	Exp(B) 95% C.I.	Exp(B) 95% C.I.	Exp(B) 95% C.I.
BMI (1)	1,55 (0,96-2,50)	1,76 (1,04-2,97)	1,60 (0,97-2,65)	3,15 (1,83-5,43)	1,67 (1,04-2,69)
együttélés (1)	0,98 (0,61-1,58)	1,11 (0,07-1,86)	0,91 (0,56-1,48)	1,49 (0,89-2,50)	1,16 (0,73-1,86)
Constans	0,58	1,65	1,65	0,752	0,32

5.9 Fiatal férfiak (18-35 év) nemiszerep-stressz értekeinek összehasonlító vizsgálata a HS 2006 és a HS 2013-as felmérések alapján

A HS 2013-as vizsgálatban a MGRS felvételére a fiatal férfiak körében került sor, így azok eredményeit csak ebben a korosztályban tudtuk összehasonlítani a hét évvel korábbi adatokkal.

Az alábbi táblázat (18. táblázat) eredményei azt mutatják, hogy a két felmérés között, a vizsgált korosztályban a teljes MGRS skála átlag értéke nem változott, miközben a skálát alkotó tételek felénél statisztikailag szignifikáns változást mértünk. Növekedés volt tapasztalható a 2,3,6,10-es tételek esetében, csökkenés pedig a 4-es és 12-es tételeknél.

18. táblázat: Az MGRS egyes tételeinek átlaga és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.

Mennyire kellemetlen az Ön számára:	2006		2013		
	átlag	SD	átlag	SD	szig.
1. ha nem képes szexuális partnert találni?	4,00	1,870	3,79	1,808	NS
2. ha olyan nő társaságában kell lennie, aki sikerebb, mint Ön?	2,18	1,475	2,56	1,567	S**
3. ha egy olyan nővel kell beszélgetnie, aki a női egyenjogúság harcos híve?	2,40	1,542	2,73	1,583	S**
4. ha nem képes szexuális teljesítményre?	4,99	1,493	4,76	1,633	S*
5. ha azt gondolják Önről, hogy nőies?	4,71	1,765	4,51	1,704	NS
6. ha egy nő legyőzi valamilyen játékban?	2,13	1,441	2,64	1,582	S**
7. ha beszélnie kell egy síró nővel?	2,53	1,617	2,63	1,641	NS
8. ha nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne?	4,93	1,488	4,74	1,546	NS
9. ha vigasztalnia kell egy elkeseredett barátját?	2,22	1,458	2,33	1,524	NS
10. ha olyan emberekkel dolgozik együtt, akik okosabbak, mint Ön?	2,12	1,346	2,51	1,535	S**
11. ha nem keres eleget?	4,63	1,458	4,66	1,478	NS
12. ha nem tud családjának megfelelő anyagi biztonságot teremteni?	5,27	1,241	5,05	1,275	S*
Teljes skála	3,52	,798	3,57	,9104	NS

*p<0,05 **p<0,01

A változásokat alskálánként, és az általunk kialakított tradicionális és modernizálódó faktorok szerint is vizsgáltuk (19-20. táblázat).

Az öt vizsgált alskála esetében (19. táblázat), az érzelem kifejezési deficit és a teljesítési kudarc elnevezésű alskálák kivételével, mindegyiknél szignifikáns változás tapasztalható a 2006-os évhez viszonyítva. A fizikai gyengeségből eredő nemiszerep-stressz átlagpont értéke csökkent, míg a nőknek való alárendelődésből és az intellektuális kisebbségi érzésből eredő növekedett.

A két faktoros verzió esetében a tradicionális faktoron mért stressz átlagpont értéke csökkent, a modernizálódó pedig növekedett a fiatalok körében (20. táblázat).

19. táblázat: Az MGRS alkálainak átlagértékei és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.

	2006		2013		szig.
Alskálák	átlag	SD	átlag	SD	
Fizikai gyengeség (1-6)	4,66	1,1330	4,45	1,1764	S*
Érzelem kifejezési deficit (1-6)	2,37	1,3341	2,48	1,3754	NS
Nőknek való alárendelődés (1-6)	2,15	1,2209	2,60	1,3502	S**
Intellektuális kisebbségi érzés (1-6)	2,26	1,1770	2,62	1,3021	S**
Teljesítési kudarc (1-6)	4,86	1,1504	4,72	1,2280	NS

20. táblázat: Az MGRS tradicionális és modernizálódó faktorainak átlagértékei és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.

	2006		2013		szig.
Alskálák	átlag	SD	átlag	SD	
Tradicionális (1-6)	4,76	1,0353	4,59	1,1020	S*
Modernizálódó (1-6)	2,26	,9972	2,56	1,1589	S**

6 Megbeszélés

A magyar férfiak egészségi állapotában, életminőségében kutatásaim kezdetétől napjainkig jelentős változások történtek. Javultak a halálozási viszonyok, különös tekintettel a középkorú férfiak vonatkozásában, növekedett a születéskor várható élettartam. Valamelyest csökkent körükben az egészségkárosító magatartásformák, valamint a halálos kimenetelű öngyilkosságok előfordulási aránya is. A társadalmi nemi szerepekre vonatkozó elvárások viszont az évtizedek során kevésbé változtak. E tekintetben a magyar közgondolkodás inkább tradicionális irányultságúnak mondható. A férfi szerepelvárásokban, általános értelemben ugyan megjelenik a férfiak aktív gyermekgondozásra, nevelésre vonatkozó funkciója, mint modernizációs törekvés, de a gyakorlatban, egyéni szinten ezek az elvárások már kisebb jelentőséggel bírnak. A hagyományos családi férfiszerep (kenyérkereső férfi/apa) bizonyul inkább kívánatosnak.

Kutatási eredményeim, amelyek elsősorban a nemi szerepből eredő szorongásra, stresszre vonatkoznak, szintén ezt a társadalmi miliőt tükrözik vissza. A magyar férfiak körében a tradicionális férfi szerepek megvalósításának esetleges kudarca vagy problémái (fizikai gyengeségtől, illetve a teljesítési kudarctól való szorongás) lényegesen nagyobb feszültséggel és stresszel járnak, mint a modern nemi szerep viszonyokhoz való alkalmazkodás. Ez a megállapítás a HS 2006 és a HS 2013-as felmérés adatai alapján is alátámasztható. Ez azt mutatja, hogy a férfiak legnagyobb nemiszerep-stresszterhelését az úgynevezett tradicionális szerepelvárások, tehát a szexuális teljesítménnyel, a családfenntartással és a megjelenéssel kapcsolatos elvárások jelentik.

A hipotéziseknek (H1, H3) megfelelően azt tapasztaltuk, hogy a nemiszerep-stressz vizsgált dimenzióiban jelentős, statisztikailag szignifikáns eltérések mutatkoztak a különböző életkorú, családi állapotú, iskolai végzettségű és aktivitású férfiak közt. A tradicionális férfi nemi szereppel kapcsolatos stressz a 35 éven aluli korosztályokat terheli leginkább, feltehetően az életkor előrehaladtával csökkennek a szexuális teljesítményre és a családfenntartó képességre vonatkozó társadalmi elvárások, és így a stressz-terhelés is. A gazdaságilag inaktívak és az alacsony iskolai végzettségűek körében is a tradicionális stressz terhelés alacsonyabb szintjével talákoztunk, ami mögött feltehetően részint a kor, részint pedig a kedvezőtlen egészségi állapot, a

korlátozottság hatása állhat. Ez utóbbi esetben a beteg státusz felmentést ad/adhat más társadalmi szerepek ellátása vagy „tökéletes” megvalósítása alól.

Figyelemfelhívó eredménynek tartjuk (H3), hogy a női dominanciából és az érzellem kifejezési deficitből (modernizálódást leíró faktor) származó stressz a házások körében alacsonyabb, mint az egyedülálló és az élettársi kapcsolatban élő férfiak körében. Véleményünk szerint ez utalhat arra, hogy a házasság csökkenti a férfiaknak a másik nemhez – nem a házastárshoz, hanem általában a női nemhez – való viszonyából eredő feszültségeit. A nemek közötti dominancia harc a házasságban mintegy nyugvópontra jut; a házasság tompítja leginkább a különböző típusú partnerkapcsolatok jellegéből eredő bizonytalansági tényezőt. A szakirodalomban jól ismert jelenség, egyrészt hogy a házasság a férfiak számára protektív tényezőként jelenik meg, mind az életesélyek (halálozás, megbetegedések) alakulása, mind pedig a rizikómagatartások előfordulása szempontjából (Kovács 2006), másrészt, hogy a krónikus stressz növeli a megbetegedések és az idő előtti halálozás kockázatát. Úgy véljük, hogy a fentiekben leírtakkal összefüggésben a házasság a nemi szerepekből eredő feszültségekkel szemben is védő faktorként funkcionál.

Az a feltételezés (H4), hogy a nemi szerepek modernizálódása olyan mérvű stressz terhet ró a magyar férfiakra, amely kihat az egészségmagatartásra és az egészségi állapot alakulására is, vizsgálati anyagunkon nem volt igazolható. Ugyanakkor azt láttuk, hogy összefüggés van a tradicionális nemi szerepelvárásokból eredő stressz és az általános egészségi állapot és közérzet, valamint a dohányzási szokások között. Oksági kapcsolat a vizsgált jelenségek között ugyan nem igazolható, de nem is zárható ki. Ezt a feltevést támasztja alá, például Monk és munkatársainak vizsgálata (2003). A szerzők kimutatták, hogy a tradicionálisabb attitűddel rendelkező férfiak körében szignifikánsan több alkoholfogyasztással és cannabis használattal kapcsolatos probléma fordul elő. Általánosan elfogadott szerepelvárás, hogy a férfiak egészségviselkedésükkel is demonstrálják társadalmi dominanciájukat. Az egészségi állapottal foglalkozni férfiatlan viselkedésnek számít, a körültekintő életmód helyett inkább a kockázati magatartások preferálása elfogadott (Courtenay 2000). A nőknek való alárendelődést vagy annak látszatát is célszerű kompenzálni, például nagyobb mérvű alkoholfogyasztással, dohányzással, gyakori szexuális partnerváltással.

A mi adataink alapján is feltételezhető, hogy a magyar férfiak egy része stresszoldó rizikómagatartást mutat pszichés alkalmazkodásként, olyan magatartásmódokat választva, amelyek a férfiasság külső megjelenítését szolgálják. Mivel azonban ez a magatartásforma nemcsak inadekvát és káros, betegséghez, munkaképesség csökkenéshez, munkanélküliséghez vezethet, hanem a társadalmi nemi-szerepből származó stresszt is újra teremtheti.

Fiatal férfiak körében összefüggést találtunk a teljesítési kudarctól való szorongás okozta stressz és a házasság, mint együttélési forma között (H1, H2). A házasoknál mértük a legmagasabb stressz-szintet, a házasságot tervezőknél alacsonyabban, míg a házasságot nem is tervezőknél szignifikánsan a legalacsonyabban. A házasok érezhetik a legnagyobb súlynak, hogy el kell tartaniuk a családot. A külföldi kutatásokból, mintákból is láthatjuk, hogy a kétkeresős családmoddelt, az – akár a háztartási munkára, akár a gyerekek körüli tennivalókra vonatkozó – egyenlőbb családi munkamegosztást támogató országokban nagyobb a gyermekvállalási kedv, és feltehetően a teljesítési kudarctól való félelem is kisebb mértékű, hisz a „teljesítés” megosztható, nem csak a férfiakra vonatkozó elvárás (Kopp 2010).

A párkapcsolatban élő férfiak átlagosan alacsony kapcsolati stresszről számoltak be, de a rossz, magas házastársi stressz szinttel jellemezhető kapcsolatok gyakoribbak voltak az élettársi formációban. A nemiszerep-stressz „intellektuális kisebbségi érzéssel” fémjelzett komponense és a házastársi stressz között szignifikáns pozitív korreláció mutatkozott. A modellezési eljárás eredményei arra utaltak, hogy a házassági stressz varianciájának csak viszonylag kis részét tudtuk a bevont változókkal megmagyarázni. Ám ha figyelembe vesszük, hogy egy kapcsolat minőségét, illetve annak percepcióját hányféle tényező, az életkörülményektől a személyiségig, befolyásolja, akkor már nem is tűnik olyan kevésnek az a néhány százalékos magyarázó erő, ami az együttélési formából, az intellektuális hátrány megéléséből és a szubjektív anyagi helyzet értékeléséből ered. A fenti eredmények közvetett formában ugyan, de megerősítik azokat a szakirodalmi hivatkozásokat, amelyek az élettársi kapcsolatokat kevésbé stabil formációnak tartják, mint a házasságokat. A házastársi stressz mértéke a kapcsolat minőségét jelzi, és egy rossznak megélt kapcsolatot a felek nagyobb valószínűséggel bontanak fel, mint egy kevésbé stresszes, jó kapcsolatot. Ha egy párkapcsolatban, a nő felől érkező intellektuális kihívást a férfi stresszként éli meg, akkor ez a kapcsolat

minőségét is befolyásolja. A tradicionális vagy konzervatív nemi szerepfelfogás szerint az ambíció, az intellektuális teljesítmény és sikeresség a férfi szerep attribútumainak számítanak, ezért a férfiakat zavarja, ha a párjuknál látják érvényesülni ezeket a tulajdonságokat. Feltételezhetően több problémával küzdenek, és labilisabbak azok a kapcsolatok, ahol a felek nemi szerepekre vonatkozó elvárásai (tradicionális-modern) jelentősen eltér egymástól.

Amikor a fiatalokat arról kérdeztük, hogy vannak-e olyan céljaik, amelyeket a gyermekvállalás előtt még mindenképpen meg szeretnének valósítani, nagyon érdekes eredményeket kaptunk. Jellemző, hogy ha vannak teljesítendő céljaik a gyermekvállalás előtt, akkor a nemi szerepekből adódó stressz-szintjük alacsonyabb, mint azoknak, akik már nem látnak „akadályt” (tehát más célokat) a gyermekvállalás előtt. Akiknek tehát vannak céljaik, valószínűleg még távolabbinak látják a gyermekvállalást, nem érzik olyan félelemkeltőnek, stressz okozónak a várható változást, a gyermekvállalással kapcsolatos kihívásokat.

Összességében az eredmények alapján tehát arra következtethetünk, hogy a fiatal férfiak számára sokkal nagyobb nemiszerep-elvárásokból eredő stresszterhelést jelent, ha készülnek a házasságra vagy a gyermekvállalásra, tehát bizonyos szempontból egy bizonytalan, átmeneti helyzetben vannak, mint ha még jóval előtte állnak, vagy már meghozták a döntéseket, és házasságban élnek, és/vagy gyermekük van.

Ezek alapján tehát a második hipotézisünk (H2) is alátámasztást nyert, miszerint a nemiszerep-stressz összefügg a párkapcsolattal, annak létevel vagy hiányával, formájával és minőségével is. A stressz szintet befolyásolja az egyén házassággal, gyermekvállalással kapcsolatos beállítódása.

A nemiszerep-stressz vizsgálatokor egy új, a test társadalmi reprezentációjával kapcsolatos tényezőt, a túlsúlyt és elhízást is figyelembe vettük. A férfi testkép és evészavarok különböző formáinak vizsgálata a nőkhöz képest később került a kutatások középpontjába, bár bizonyos jelenségeket, mint például az izomdiszmorfiát már viszonylag régen említették és vizsgálták (pl.: Pope és mtsai 1993; Babusa, Túry 2012; Babusa és mtsai 2012). A nemi szerep stressz és a fentiekben leírt zavarok

összefüggéseit feltáró vizsgálatokkal a szakirodalom áttekintése során nem találkoztunk, így dolgozatomban közölt eredményeink novumnak számítanak.

A testtömeg index és a szexuális élet minősége, a szexuális aktivitás és a szexuális étellel való elégedettség szoros összefüggést mutat (Kolotkin és mtsai 2006). Bajos és munkatársai egy 2006-os francia lakossági szexuális viselkedés kutatásban vizsgálták a BMI és a szexualitás összefüggéseit (Bajos és mtsai 2010). Az eredmények alapján megállapították, hogy a túlsúlyos és elhízott férfiak körében szignifikánsan nagyobb eséllyel jelenik meg a merevedési zavar, ugyanakkor más szexuális diszfunkciók (szexuális partner hiánya, a közösülés gyakorisága és időtartama, szexuális étellel való elégedettség) és a testsúly között nem találtak kapcsolatot. A francia kutatási eredményeket Esposito és munkatársai is megerősítették, miszerint az elhízott férfiaknak mintegy 30 százalékkal nagyobb eséllyel van erekciós problémájuk, mint a normális BMI-vel rendelkezőknek (Esposito és mtsai. 2008).

A testsúlyproblémák vizsgálata során a pszichés rizikófaktorok mellett a demográfiai tényezőket is figyelembe véve azt tapasztalták, hogy a házasságkötés után jellemzően mindkét nem testsúlya gyarapszik: a házasok körében mind a férfiaknál, mind a nőknél gyakoribb a túlsúly és az elhízás (Túry, Szabó 2000).

A túlsúly, az elhízás jelentős szerepet játszik a nemi szerepekkel kapcsolatos stressz megjelenésében. Az elhízás gyakran szexuális diszfunkciót, erekciós problémákat okoz, ami jelentős mértékű stresszt okozhat a férfiak számára.

Mivel kutatásunk (HS 2013) nem irányult a valós szexuális diszfunkciók felmérésére, így csak arra tudunk következtetni, hogy már a szexuális teljesítménnyel kapcsolatos elvárások feltételezése, gondolata is szorongást, okozhat, stresszt okozhat a túlsúlyos, elhízott férfiak számára. Várakozásunknak megfelelően (H5) azt találtuk, hogy a túlsúlyos, elhízott férfiak körében a nemi szereppel kapcsolatos stressz mértéke magasabb, mint a normális BMI tartományba tartozók csoportjában, az együttélési forma hatását azonban nem tudtuk igazolni.

Kutatásunk keresztmetszeti jellege miatt a változók között csak összefüggéseket tudunk vizsgálni, ok-okozati összefüggések megállapítására nincs módunk. A szakirodalmi adatok alapján viszont feltételezhetjük, hogy a nemi szerep stressz egyrészt növelheti az

érzelmi evést, és ebben az esetben a nagyobb súly utalhat magasabb stressz szintre; másrészt az elhízás maga is okozhat stresszt, hiszen a nyugati kultúrában az elhízás megítélése meglehetősen negatív. Mára több kutatás is alátámasztja, hogy a testsúly miatti stigmatizáció (weight stigma), a bíráló megjegyzések nem hogy segítenék a lefogyási törekvéseket, de kifejezetten negatívan hatnak rá. A testsúly miatti stigmatizáció és diszkrimináció újabb stresszforrást jelent, amely kifejezetten a testsúly növekedéséhez és az egészségi állapot romlásához vezet (Tomiyama és mtsai 2018; Czeglédi, 2016; Major és mtsai 2017).

Végezetül vizsgáltuk, hogy változott-e a két mérési időszak (2006, 2013) közt eltelt hét évben a fiatal férfi korosztályok (18-35 év) nemiszerep-stressz szintje, struktúrája. Összességében a teljes MGRS skála átlag értéke nem változott, viszont az egyes tételek, illetve bizonyos alskálák, valamint a tradicionális és a modernizálódó faktorok mentén találunk statisztikailag jelentős, szignifikáns elmozdulást. A tradicionális faktoron mért stressz pontértéke csökkent, a modernizálódóé pedig növekedett a fiatalok körében. A *nőknek való alárendelődés* és az *intellektuális kisebbségi érzés* alskálák pontértéke szignifikánsan növekedett, míg a *fizikai gyengeséget* leíró skála pontértéke csökkent.

Rendkívül izgalmas lenne egy nemzetközi összehasonlítást is tenni, amelyben a magyar férfiak nemiszerep-stressz szintjét vizsgálhatnánk más országok adataival kapcsolatban. Sajnos azonban ezt az összehasonlítást nem tudjuk elvégezni, mivel a nemzetközi szakirodalomban többnyire speciális csoportok (egyetemisták, betegcsoportok) adatait ismertetik, illetve alig kerül sor összegző adatok bemutatására, csupán speciális összefüggésben láthatjuk a stresszmértéket jelző pontszámokat.

7 Következtetések

A nemi szerepekkel kapcsolatos kutatásoknak már Kopp Mária is fontos népegészségügyi és demográfiai jelentőséget tulajdonított, hangsúlyozva, hogy „Amennyiben a férfiak értékrendjében is fontossá válik a család, a gyermekkel való foglalkozás, ez felszabadítja őket attól, hogy kizárólag a munkahelyi, társadalmi helyzet miatt aggodalmaskodjanak. A „Pelenkázz, tovább élsz!” jelszó nagyon is megszívlelendő a férfiak számára, ez a gender-kutatások egyik fontos üzenete. A mai életfeltételek között nagyon hasznos, ha az óvodában a kisfiúk is megtanulnak főzőcskézni, babát pólyálni, míg a kislányoknak az válik hasznára, ha a szerelési alapkészségekben is otthon érzik magukat. Ettől nem fog károsodni a nemi identitásuk, de jobban fel tudnak készülni a mai nemi szerepek eredményes vállalására.” (Kopp 2010. 246. old.).

Saját kutatási eredményeink, amelyek a nemiszerep elvárásokból eredő stressz összefüggéseit igazolják a párválasztással, házasodási hajlandósággal, gyerekvállalási stratégiákkal, rávilágítanak arra, hogy a fiatal férfi generációk számára a családi elköteleződés szorongással jár. A szorongás, amely sok esetben késleltető vagy visszatartó erőként jelenhet meg a társas elköteleződés, a házasságkötés vagy a gyermekvállalással kapcsolatban, nemcsak a megváltozott társadalmi, gazdasági kihívásokra adott demográfiai válasz, hanem a közgondolkodásban élő tradicionális nemiszerep elvárásokból eredeztethető, pontosabban az elvárások és a teljesítésre vonatkozó diszkrepanciából.

A férfi nemi szerepek modernizálódása, amely vizsgálati anyagunkban a férfi-nő kapcsolatoknak a tradicionálistól eltérő szintjében fogalmazódik meg, alig okoz feszültséget, stresszt a férfiak számára. Ez persze jelentheti azt is, hogy a magyar férfiak probléma mentesen tudnak alkalmazkodni azokhoz a helyzetekhez, amelyekben például egy nő sikeresebb vagy jobban keres. De ismerve a mai magyar társadalmi viszonyokat (Nők és férfiak 2017), a kutató inkább arra az álláspontra helyezkedik, hogy az alacsony stressz szint inkább a fenti helyzetek ritkább előfordulásából adódik, bár az összehasonlító vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy valamelyest növekedhet ezeknek a helyzeteknek a társadalmi előfordulása, mivel a fiatal férfiak körében növekszik a modernizálódó szerepelvárásokból eredő stressz szintje. Ez egy folyamat

elejét is jelezheti, a változás megjelenését. Rendkívül izgalmas lenne újabb 7 év múlva, 2020-ban megismételni a HS felméréseket, vizsgálva a változások irányát és mértékét.

8 Összefoglalás

A magyar férfiak egészségi állapotában, életminőségében az elmúlt két évtizedben, jelentős változások történtek. Javultak a halálozási viszonyok, különös tekintettel a középkorú férfiak vonatkozásában, növekedett a születéskor várható élettartam. Valamelyest csökkent körükben az egészségkárosító magatartásformák, valamint a halálos kimenetelű öngyilkosságok előfordulási aránya is. A társadalmi nemi szerepekre vonatkozó elvárások viszont az évtizedek során kevésbé változtak.

Dolgozatom fókuszában a társadalmi nemi szerepek változása, a nemi szerepelvárások okozta stressz egészségmagatartásra, az egészségi állapotra gyakorolt hatása áll. Munkám során elsősorban a „Hungarostudy” (HS) lakossági egészségi állapot felmérésekre támaszkodtam. A nemiszerep-stresszel kapcsolatos vizsgálataim a két utolsó (2006, 2013) HS felmérés adatbázisaira épültek. A HS kutatások nem, életkor és település típus szerint reprezentálják a 18 éven felüli magyar népességet. A 2006-os felvételben közel két ezer férfi adatait, a 2013-asban pedig mintegy 650 fiatal férfi adatát tudtam értékelni.

Kutatási eredményeim szerint a magyar férfiak körében a tradicionális férfi szerepek megvalósításának esetleges kudarca vagy problémái (fizikai gyengeségtől, illetve a teljesítési kudarcból való szorongás) lényegesen nagyobb feszültséggel és stresszel járnak, mint a modern nemi szerep viszonyokhoz való alkalmazkodás, bár az összehasonlító vizsgálatok eredményei szerint a fiatal korosztályokban a modernizálódó szerepelvárásokból eredő stressz szintje növekedést mutat. A kutatási hipotéziseknek megfelelően azt tapasztaltam, hogy a nemiszerep-stressz vizsgált dimenzióiban jelentős, statisztikailag szignifikáns eltérések mutatkoztak a különböző életkorú, családi állapotú, iskolai végzettségű és aktivitású férfiak közt. Az a feltételezésem, hogy a nemi szerepek modernizálódása olyan mérvű stressz terhet ró a magyar férfiakra, amely kihat az egészségmagatartásra és az egészségi állapot alakulására is, vizsgálati anyagunkon nem volt igazolható. Ugyanakkor az összefüggés a tradicionális nemi szerepelvárásokból eredő stressz és az általános egészségi állapot és közérzet, valamint a dohányzási szokások között kimutatható volt. A fiatal férfiak körében összefüggés mutatkozott a teljesítési kudarcból való szorongás okozta stressz és a házasság, mint együttélési forma között. A házasság stressz-szintje volt a legmagasabb, a házasságot tervezőké

alacsonyabb, míg a házasságot nem is tervezőké volt a legalacsonyabb. Ha a fiatal férfiaknak voltak még teljesítendő céljaik a gyermekvállalás előtt, akkor a nemi szerepekből adódó stressz-szintjük alacsonyabbnak mutatkozott azoknál, akik már nem láttak „akadályt”, más megvalósítandó célokat a gyermekvállalás előtt. Várakozásunknak megfelelően azt találtuk, hogy a túlsúlyos, elhízott férfiak körében a nemi szereppel kapcsolatos stressz ezen belül pedig a szexuális teljesítménnyel és a szexuális izgalmi állapottal kapcsolatos stressz mértéke magasabb, mint a normális BMI tartományba tartozók csoportjában.

9 Summary

During the last two decades, significant changes took place in the health status and the quality of life of the Hungarian males. Mortality rates improved, especially among middle-age males, and life expectancy at birth increased. The occurrence of health damaging behaviors and suicide death also declined. However, gender role expectations remained rather stable during this time.

The focus of my dissertation is on the changes in gender roles, and also on the modifications in health behavior and health status caused by these changes. My analysis is primarily based on the Hungarostudy (HS) health status surveys. For the gender role analyses, I used the data bases of the last two HS surveys (2006, 2013). The HS studies represent the adult Hungarian population by gender, age, and type of settlement. The 2006 survey yielded data of almost 2000 males, while the 2013 survey yielded data of 650 young males for the analysis.

My research shows that failure or problems in accomplishing the traditional male gender roles (physical weakness anxiety and sexual dysfunction anxiety) cause significantly greater tension and stress than adaptation to modern gender roles. It is worth to note, however, that comparative studies show an increase in the stress level caused by the expectations of modernizing gender roles in the young generations. Confirming my research hypotheses, I found that there are statistically significant differences by the males' age, family status, education, and activity type in the analyzed dimensions of gender role stress. On the other hand, the sample did not yield for the verification of the hypothesis that the modernization process of the gender roles placed such a great burden on the Hungarian males that it would influence their health behavior and health status. However, I was able to confirm the relationship between the traditional gender role stress and the general health status, well-being, and smoking. I also found a correlation between sexual dysfunction anxiety and marriage among young males. In our sample, married man showed the highest stress level; those who planned to get married had lower stress level, and those who did not even considered marriage had the lowest stress level. Young males who wanted to accomplish some goals before having children showed lower gender role stress than those ones who saw no "obstacles", or goals to reach, before having children. Supporting our hypothesis we

could confirm that overweight and obese males have higher level of gender role stress, especially sexual dysfunction and sexual arousal anxieties, than those males who have normal BMI.

10 Irodalomjegyzék

1. Arrindell, WA, Kolk AM, Martin K, Kwee MG, Booms EO (2003): Masculine Gender Role Stress: a potential predictor of phobic and obsessive-compulsive behaviour. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 34. 3-4. 251-267.
2. Babusa B, Túry F (2012): Muscle dysmorphia in Hungarian non-competitive male bodybuilders. *Eat Weight Disord*, 17(1) 49-53.
3. Babusa B, Urbán R, Czeglédi E, Túry F (2012) Psychometric properties and construct validity of the Muscle Appearance Satisfaction Scale among Hungarian men. *Body Image* 9(1): 155-162
4. Bajos N, Wellings K, Laborde C, Moreau C. (2010): Sexuality and obesity, a gender perspective: results from French national random probability survey of sexual behaviours. *BMJ* 340:c2573
5. Baker B, Paquette M, Szalai JP, Driver H, Perger T, Helmers K, O’Kelly B, Tobe S (2000): The influence of marital adjustment on 3-year left ventricular mass and ambulatory blood pressure in mild hypertension. *Arch. Inter. Med.* 160: 3453–3458.
6. Balog P, Mészáros E (2005): Házastársi stressz, depressziós tünetek és a cardiovascularis vulnerabilitás – nőknél. *Lege Artis Medicinae.* (15). 8. 685-692.
7. Balog P (2006): Házasság és életminőség: házasság, házastársi stressz, válás. In.: Kopp M, Kovács ME (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest
8. Balog P, Székely A, Szabó G, Kopp M (2006) A Rövidített Házastársi Stressz Skála pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika.* 7 (3), 193-203.
9. Banton M (1965): *Roles. An Introduction to the study of social relations.* Tavistock, London
10. Barnett RC, Biener L, Baruch GK (1987): *Gender & Stress.* The Free Press, New York
11. Baugher AR, Gazmararian JA (2015): Masculine gender role stress and violence: A literature review and future directions. *Agression and Violent Behavior* 24. 107-112.

12. Bech, P, Staehr-Johansen K, Gudex C (1996): The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65: 183-190.
13. Best DL (2001): Gender concepts: Convergence in Cross-cultural research and methodologies, *Cross-cultural research* (35) 23.
14. Bíró D (1982): A "teremtés koronái" és a „gyengébb nem”. *Valóság* 9. 62-70.
15. Blaskó Á (2009): Szerepelvárások narratív elemzése; egyetemi oktatók szerepelvárásai. PhD disszertáció, Pécsi Tudományegyetem, <http://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/15320/blasko-agnes-phd2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (letöltve: 2018. 07. 23.)
16. Blaskó Zs (2006): Nők és férfiak – keresőmunka, házimunka. KSH Népeségtudományi Kutatóintézetének Kutatási Jelentései 82. Budapest
17. Blom M, Janszky I, Balog P, Orth-Gomer K, Wamala SP (2003): Social realations in women with coronary heart disease: the effects of work and marital stress. *J Cardiovasc Risk*, 10(3):201-206.
18. Bonomi AE, Cella DF, Hahn EA, Bjordal K, Sperner-Unterweger B, Gangeri L, Bergman B, Willems-Groot J, Hanquet P, Zittoun R (1996): Multilingual translation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life measurement system. *Quality of Life Research* 5. 3. 309–320.
19. Boros J, Györke J, Pásztorné Stokker E, Szabó ZsK (2018) ELEF Műhelytanulmány 1. A 2014-ben végrehajtott európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. szerk. Tokaji K, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
20. Buda B (1997): A szerep fogalma a szociálpszichológiában. In.: Lengyel Zs válogatta: *Szociálpszichológia szöveggyűjtemény*. 109-117. Osiris Kiadó, Budapest
21. Chadwick SB, van Anders SM (2017): Do women's orgasms function as a Masculinity achievement for men? *The Journal of sex research* 54(9), 1141-1152. DOI: 10.1080/00224499.2017.1283484
22. Connell RW (1990): The state, gender and sexual politics: Theory and appraisal. *Theory Soc* 19(5): 507-544.

23. Courtenay WH (2000): Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50(10) 1385-1401.
24. Czeglédi E (2016): A stresszkezelés alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Orv Hetil*, 157(7): 260–267.
25. DeFranc W, Mahalik JR (2002) Masculine gender role conflict and stress in relation to parental attachment and separation. *Psychol Men Masc* 3. 1. 51-60.
26. Demográfiai évkönyvek 2006-2016 (2007-2017), Központi Statisztikai Hivatal, Budapest.
27. Devins GM (1994): Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Adv Ren Replace Ther.* 1(3):251-263.
28. Eisler RM, Skidmore JR (1987): Masculine Gender Role Stress (MGRS). *Behav Mod*, 11(2). 123-136.
29. Esposito K, Giugliano F, Ciotola M, De Sio M, D'Armiento M, Giugliano D. (2008): Obesity and sexual dysfunction, male and female. *Int J Impot Res.* 20. 358-365.
30. Fagot BI, Leinbach MD (1989): The young child's gender schema: Environmental input, internal organization. *Child Development* 60. 663-672.
31. Gallagher KE, Parrott DJ (2011) What accounts for men's hostile attitudes toward women?: The influence of hegemonic male role norms and masculine gender role stress. *Violance Against Women* 17(5) 568-583.
32. Gerevich J, Bácskai E, Rózsa S. (2006) A kockázatos alkoholfogyasztás prevalenciája. *Psychiatr Hung*, 21:45-56.
33. Gregor A (2016): A nemi szerepekkel kapcsolatos attitűdök a 2000-es években Magyarországon. *Társadalomtudományi szemle* (1) 89-111.
34. Hadas M (2001): Hímnem, többes szám. *Replika*, 43-44., 25-36
35. Hadas M (2003): A modern férfi születése. Helikon Kiadó, Budapest
36. Hadas M (2008): Modernitás és maszkulinitás: A férfiak ábrázolása a tömegkultúrában. http://www.otka.hu/index.php?akt_menu=1017 (OTKA beszámoló)
37. Kiekolt-Glaser JK, Newton TL (2001): Marriage and health: his and hers. *Psychol Bull* 127 (4): 472–503.

38. Kimmel MS (2000): *The gendered society*, Oxford University Press, New York
39. Kolotkin RL, Binks M, Crosby RD, Østbye T, Gress RE, Adams TD. (2006): Obesity and Sexual Quality of Life. *Obesity* 14 (3) 472-479.
40. Kopp M (2007): A kelet-közép-európai egészségparadoxon. In.: Kállai J, Varga J, Oláh A (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest, 51-64.
41. Kopp M, Skrabski Á. (2009): Miért halnak meg idő előtt a magyar férfiak? *Neuropsychopharmacol Hung* 2009, XI/3, 141-149.
42. Kopp M (2010): A gender-kutatások népegészségügyi és demográfiai jelentősége. *Mentalhigiéné és pszichoszomatika* 11. 4:243-254.
43. Kovács K. (2006): *Egészség-esélyek. Életünk fordulópontjai* Műhelytanulmányok 5. KSH-NKI Budapest.
44. Lawson KM, Crouter AC, McHale SM (2015): Links between family gender socialization experiences in childhood and gendered occupational attainment in young adulthood. *J Vocat Behav* (90) 26-35.
45. Leone RM, Parrott DJ, Swartout KM, Tharp AT (2016): Masculinity and bystander attitudes: moderating effects of masculine gender role stress. *Psychology of Violence* 6. 1. 82-90. DOI: 10.1037/a0038926.
46. Levy MJ Jr. (1989): *Our mother-temper*. Barkeley, CA: University of California
47. Li Y, Pan A, Wang DD, Liu X, Dhana K, Franco OH, Kaptoge S, Di Angelantonio E, Stampfer M, Willett WC, Hu FB (2018): Impact of Healthy Lifestyle Factors on Life Expectancies in the US Population. *Circulation* 137.
48. Lindsey LL (1997): *Gender Roles*, Prentice-Hall inc., Upper Saddle River, New Jersey
49. Linton R. (1945): *The cultural background of personality*. Appleton-Century Crofts, New York
50. Lynn DB (1969): *Paternal and sex role identification: A theoretical formulation*. McCutchan, Barkeley, CA.
51. Mahalik JR, Aldarondo E, Gilbert-Gokhale S, Shore E (2005) The role of insecure attachment and gender role stress in predicting controlling behaviors in men who batter. *Journal of Interpersonal Violence*, 20. 5. 617-631.

52. Major B, Tomiyama AJ, Hunger JM (2018) ‘The negative and bidirectional effects of weight stigma on health.’ In.: Major B, Davidio JF, Link BG (szerk.): The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination and Health. Oxford University Press p.499-519.
53. Manago AM, Greenfield PM, Kim JL, Ward LM (2014): Changing cultural pathways through gender role and sexual development: A theoretical framework. *Ethos* Vol. 42.(2) 198-221.
54. Matarazzo JD (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *Am Psychol* 35(9): 807-817.
55. Matud MP. (2017): Gender and Health In: Alvinus, A ed.: Gender Differences in Different Contexts., IntechOpen DOI: 10.5772/63040 Chapter 4.
56. Mead GH (1934): *Mind, self and society*. From the standpoint of a social behaviorist. Chicago, The University of Chicago Press.
57. Mead M (1970): *Férfi és nő*. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
58. Merton RK (1957): The role-set. *Br J Sociol* Vol. 8. 106-1201.
59. Monk D, Ricciardelli LA (2003): Three dimensions of the male gender role as correlates of alcohol and cannabis involvement in young Australian men. *Psychol Men Masc* 4(1) 57-69.
60. Möller-Leimkühler AM (2003): The gender gap in science and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253(1): 1-8.
61. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (1982): Risk Factor Changes and Mortality Results. *JAMA* 248(12):1465-1477.
62. Nagy T, Tiringi I, Kállai J (2016): A társadalmi nem összefüggései a krónikus testi betegségek kialakulásával és lefolyásával. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 17(2) 117-144.
63. Novák M, Szeifert L, Mucsi I (2006): Krónikus betegek életminőségének mérése: a Betegségteher index. In.: Kopp M, Kovács ME (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis Kiadó. 406-412
64. *Nők és férfiak Magyarországon, 2016* (2017) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
65. Nunally JC (1976): *Psychometric Theory*. New York. McGraw-Hill.

66. Orth-Gomer K, Wamal SP, Horsten M, Gustafsson KS, Schneiderman N, Mittleman M (2000): Marital stress worsens prognosis in women with coronary heart disease. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *JAMA*, 284 (23): 3008–14.
67. Orth-Gomer K, Leineweber C (2005): Multiple stressors and coronary disease in women. The Stockholm Female Coronary Risk Study. *Biological Psychology*. 69, 57–66.
- Perkins KA (2001): Smoking Cessation in Women: Special Considerations. *CNS Drugs* 15(5):391-411.
68. Piaget J (1950): *The psychology of intelligence*. Routledge, London.
69. Piaget J (1954): *The construction of reality in the child*. Basic Books, New York.
70. Pongrácz T (2005): Nemi szerepek társadalmi megítélése. Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat tapasztalatai. In.: Nagy I, Pongrácz T, Tóth IGY (szerk.): *Szerepváltozások 2005*. TÁRKI, Budapest, 73-86.
71. Pope HG Jr, Katz DL, Hudson JI (1993): Anorexia nervosa and „reverse anorexia” among 108 male bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34:406-409.
72. Ranson G (2001): Men at work: Change - or no change? – in the Era of the „new father”. *Men Masc* 4(1) 3-26
73. Reidy DE, Berke DS, Gentile B, Zeichner A (2014) Man enough? Masculine discrepancy stress and intimate partner violence. *Personality and Individual Differences* 68. 160-164.
74. Sacks K (1974): Engels revisited: Women, organization of production and private property. In.: Rosaldo M és Lamphere L (szerk.): *Women, culture and society*. Stanford University Press, Stanford
75. Salavecz Gy (2013): A munkahelyi stressz és az egészségi állapot összefüggései. In.: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis kiadó, Budapest. 89-104.
76. Saunders JB és mtsai (1993) Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88:617-629.
77. Selye J (1976): *Stressz distressz nélkül*. Akadémia Kiadó, Budapest
78. Siegrist J (2000): Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med* 51(9): 1283-1293.

79. Silver ER, Chadwick SB, van Anders SM (2018): Feminist identity in men: masculinity, gender roles and sexual approaches in feminist, non-feminist, and unsure men. *Sex Roles* <https://doi.org/10.1007/s11199-018-0932-6>
80. Spéder Zs (2011): Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon. In: Pongrácz M, Nagy I (szerk.): Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről. TÁRKI Budapest, 207-228.
81. Statisztikai Tükör (2010) Egészségfelmérés (ELEF) 2009. IV. évfolyam 50. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
82. Statisztikai Tükör (2015) Egészségesen várható élettartam. Központi Statisztikai Hivatal, 27. Budapest
83. Stauder A (2008): Stressz és stresszkezelés szerepe az esélyerősítésben. In.: Kopp M. (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest 10-19.
84. Susánszky A, Susánszky É, Szántó Zs (2004): The influence of gender-role stress on the health of males. International Congress of Behavioural Medicine (ICBM), Satellite Meeting, Budapest 2004. 08. 29-31.
85. Susánszky A, Susánszky É, Szántó Zs. (2006): The influence of gender-role stress on males' health. *Psychology and Health* 21: pp. 147-148.
86. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M (2006): A WHO-jóllét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7 (3):247-255.
87. Susánszky É, Székely A, Szabó G, Szántó Zs, Klinger A, Konkoly Thege B, Kopp M (2008): A Hungarostudy Egészség Panel követéses vizsgálat módszertana. In.: Kopp M (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest
88. Susánszky É, Csala I, Szántó Zs. (2013a): A fiatal (18-35 éves) magyar népesség stresszel összefüggő kockázati magatartása. In.: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.): Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis kiadó, Budapest 137-145.

89. Susánszky É, Székely A (2013): A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In.: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.): Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis Kiadó, Budapest
90. Székely A, Lázár I. (2013): Vallásosság és kötődés. In.: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.): Magyar lelkiállapot 2013. Semmelweis kiadó, Budapest, 63-76
91. Takács J (2008): „Ha a mosogatógép nem lenne, már elváltunk volna” Férfiak és nők otthoni munkamegosztása európai összehasonlításban. *Esély* 6. 51-73.
92. Társadalmi helyzetkép (2010), Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
93. Tomiyama AJ, Carr D, Granberg EM, Major B, Robinson E, Sutin AR, Brewis A. (2018): ‘How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health.’ *BMC Medicine* 16:123. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
94. Todorova ILG (2011): Two decades on social change in Central and Eastern Europe: Implications for health. In.: Friedman H. S. (szerk.): *The Oxford handbook of health psychology*. Oxford University Press, New York. 824-847.
95. Túry F, Szabó P (2000): A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Budapest, Medicina Kiadó
96. Urbán R, Kugler Gy, Oláh A, Szilágyi Zs (2005): A dohányzás, a pszichológiai egészség és az iskolai végzettség összefüggései fiatal felnőtt férfiaknál, keresztmetszeti vizsgálatban. *Pszichológia*, 25(1):71-90.
97. Váriné Szilágyi I (1994): G. H. Mead eredeti szerepfogalma és későbbi változásai. *Szociológiai szemle* 4: 3-20.
98. Zihlmann A (1989): Woman the gatherer: The role of women in early hominid evolution. In.: Morgen S (szerk.): *Gender and anthropology*. American Anthropological Association, Washington D. C.
99. Zonda T, Paksi B, Veres E (2013): Az öngyilkosságok alakulása Magyarországon (1970-2010). *Műhelytanulmányok 2*. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest

11 Saját publikációk jegyzéke

11.1 Az értekezés témájában megjelent közlemények

1. **Susánszky A**, Döbrössy B. (2019): The Correlation Between Body Mass Index and Gender Role Stress Among Young Hungarian Males. *European Journal of Mental Health* 14. pp. 190-202.
2. Gaál P, **Susánszky A**, Szócska M. (2019): Tudományos bizonyítékok, anomáliák és paradigmaváltás a túltápláltság és 2-es típusú cukorbetegség elleni küzdelemben. I. rész. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. 18(5) pp. 42-48.
3. **Susánszky A**, Susánszky É. (2018): Társadalmi nemiszerep-stressz: az Eisler-Skidmore féle férfi nemiszerep-stressz kérdőív magyarországi adaptációja. In: Tatai Cs, Kovacs R. R. (szerk.) *Egészségünk közös ügyünk!* 83-92. Scientia Kiadó, Kolozsvár
4. **Susánszky A**, Dukay-Szabó Sz, Györffy Zs, Ádám Sz. (2013): Fiatalok házassággal és gyermekvállalással kapcsolatos beállítódása a férfi és női nemiszerep-stressz viszonylatában. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2013*. 245-254. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
5. Györffy Zs, **Susánszky A**, Ádám Sz, Dukay-Szabó Sz. (2013): A 35 év alatti felnőtt fiatalok párkapcsolati szokásai. Hogyan látják a férfiak és hogyan a nők? In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2013*. 199-212. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
6. Ádám Sz, **Susánszky A**, Györffy Zs, Dukay-Szabó Sz. (2013): Családtervezési stratégiák, családdal kapcsolatos értékek és attitűdök a fiatalok körében. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2013*. 213-226. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
7. Dukay-Szabó Sz, Ádám Sz, **Susánszky A**, Györffy Zs. (2013): Gyermekvállalás fiatal felnőttek körében: vágyak kontra tények. In: Susánszky É, Szántó Zs. (szerk.) *Magyar Lelkiállapot 2013*. 227-244. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
8. **Susánszky A** (2012): A társadalmi nemek kutatása. A férfikutatások (men's studies) nemzetközi és hazai története. In: Lázár I, Pikó B (szerk.) *Orvosi antropológia*. 467-471. Medicina Könyvkiadó, Budapest

9. **Susánszky A**, Susánszky É, Balog P, Kopp M. (2010): A házastársi stressz prediktorai férfiak körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 11:(4) pp. 391-404.
10. Balog P, Dégi Cs, Szabó G, **Susánszky A**, Stauder A, Székely A, Falger P, Kopp M. (2010): Magas vérnyomás vagy depresszió? Rossz házasságban másképp betegek a férfiak és másképp a nők. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 11:(4) pp. 313-333.
11. Susánszky É, **Susánszky A**, Szántó Zs, Kopp M. (2010): Vezetők életminősége és életstílusa. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 11:(4) 371-389.
12. **Susánszky A**. Susánszky É, Kopp M. (2009): Mitől szoronganak a magyar férfiak? A férfi nemiszerep-stresszjellegzetességei. *Lege Artis Medicinae* 19:(6-7) pp. 431-435.
13. **Susánszky A**, Susánszky É. (2008): Férfi nemi-szerep stressz és az egészségi állapot összefüggése. In: Kopp M (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* 254-259. Semmelweis Kiadó, Budapest
14. Susánszky É, **Susánszky A**, Szántó Zs. (2008): Férfias munka férfias betegségek. A magyar vállalkozók egészségi állapota és pszichés kondíciója. In: Kopp M. (szerk.) *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* 266-272. Semmelweis Kiadó, Budapest

11.2 Egyéb közlemények

- 1) Szebik I., Susánszky É., Szántó Zs., **Susánszky A.**, Rubashkin N. (2018): Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. 1: 51–69.
- 2) **Susánszky A**, Susánszky É, Györffy Zs, Szántó Zs. (2017): A terepmunka helye és szerepe az orvosi szociológia oktatásában. *Metszetek, társadalomtudományi folyóirat* 6:(2) pp. 44-55
- 3) Györffy Zs, **Susánszky A.**, Szántó Zs, Susánszky É. (2017): Az orvosi pályaválasztás átalakulása – Mit mutatnak a terepmunka-tapasztalataink? *Metszetek, társadalomtudományi folyóirat* 6:(2) pp. 5-21.

- 4) Gyórfy Zs, Susánszky É, **Susánszky A**, Szántó Zs. (2015): Az orvosi pályaválasztás átalakulása - esélyek és lehetőségek Magyarországon. *Lege Artis Medicinae* **25**:(4-5) pp. 211-219.
- 5) Gyórfy Zs, **Susánszky A**, Szántó Zs, Susánszky É. (2015): Terepmunka az orvosi szociológiában: Az orvostanhallgatók pályaválasztási motivációi. In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége. Pécs
- 6) Szántó Zs, Gyórfy Zs, **Susánszky A**, Susánszky É. (2015): Terepmunka az orvosi szociológiában: Jövőkép In: Csathó Árpád, Tiringer István, Kállai János (szerk.) XIV. Magatartástudományi Napok: A pszichoszomatika modern szemlélete. Az orvostanhallgatók egészsége. Pécs
- 7) Szebik I, Rubashkin N, Susánszky É, Szántó Z, **Susánszky A**. (2015): Etikai kérdések a nőgyógyászati gyakorlatban In: Fiatal Nőorvosok Társasága (szerk.) Fiatal Nőorvosok Társasága Szakmai Továbbképző Tanfolyama és XI. Kongresszusa. Kecskemét
- 8) **Susánszky A**, Lázár I. (2011): An Outline of the Situation of the Subject of Medical Anthropology in Hungary. *CARGO: CASOPIS PRO KULTURNI SOCIALNI ANTROPOLOGII / JOURNAL FOR CULTURAL SOCIAL ANTHROPOLOGY* 9:(1-2) pp. 173-178.
- 9) **Susánszky A**. (2008): A szomszédsági kapcsolatok szerepe a társadalmi beilleszkedésben (A kapcsolathálózatokban megnyilvánuló társadalmi tőke jelentősége és jellegzetességei egy Budapest agglomerációs körzetéhez tartozó kisvárosban). In: Kopp M. (szerk.) Magyar Lelkiállapot 2008, Budapest, Semmelweis Kiadó
- 10) Susánszky É, **Susánszky A**. (2006): A kliensek szerepe a segítő kapcsolatok alakulásában. Magyar Pszichológiai Társaság XVII. Országos Tudományos Nagygyűlése, Budapest,
- 11) **Susánszky A**. : Egy orvos viszonya páciensei testéhez, illetve saját testéhez. in: Testképek. A test antropológiai vizsgálatai tanulmánykötet, szerk. Bán A. 2002. Miskolc, ME KVAT
- 12) Sűrű Képek. Antropológia és Fotográfia II. kiállítás, 2000 Budapest, Mai Manó Ház (kiállító)

12 Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok mindazoknak, akik munkámat segítették és támogatták. Mindenekelőtt köszönöm édesanyámnak, Dr. Susánszky Évának, aki mind munkatársként, mind szülőként mellettem állt, támogatott munkámban. Köszönöm Dr. Ujhelyi Máriának, aki felkeltette érdeklődésemet a téma iránt, Dr. Kopp Máriának, Dr. Balog Piroskának és Dr. Szócska Miklósnak, akik témavezetőim voltak az idők során. Munkatársamnak Dr. Szántó Zsuzsának és a Magatartástudományi Intézet szociológia csoportjának, hogy együttgondolkodtak velem, és megoszthattam velük az írás során felmerülő kételyeimet és problémáimat. Köszönet illeti a Hungarostudy felmérések témavezetőit és szervezőit. Végül, de nem utolsó sorban köszönöm a támogatást és a türelmet családomnak, férjemnek és gyerekeimnek, akik elviselték a disszertáció megszületésével járó feszültségeket.

Táblázatok jegyzéke

1. táblázat: MGRS skálák paraméterei.....	43
2. táblázat: MGRS skáláinak bemutatása kor, lakóhely és családi állapot szerint	44
3. táblázat: MGRS alskálák átlag pontszámai és szórása	46
4. táblázat: A regresszió elemzés eredményei (a logisztikus regresszió elemzés eredményei közül a szignifikáns hatásokat tüntettük fel (esélyhányadosok=OR).....	49
5. táblázat: A kérdőív rövidített, 12 tételes változatának faktorstruktúrája (a 0,3-nál nagyobb faktorsúlyok feltüntetésével).....	51
6. táblázat: A nemiszerep-stressz alskáláinak átlagai (SD) a vizsgált háttérváltozók mentén	52
7. táblázat: A nemiszerep-stressz és az egészségi állapot jellemzőinek korrelációja.....	54
8. táblázat: A házastársi/élettársi kérdőív egyes tételeire igennel válaszolók aránya (%), és a házastársi/élettársi stressz átlagok az együttélés típusa szerint	55
9. táblázat: MGRS alskáláinak átlagai és szórása az együttélés típusa szerint.....	56
10. táblázat: A házastársi/élettársi stressz és az MGRS alskáláinak korrelációja (Pearson-féle korrelációs együttható).....	57
11. táblázat: A házastársi/élettársi stressz magyarázó tényezői (lineáris regressziós modellek, stepwise módszer)	57
12. táblázat: Párkapcsolati formák és az együttéléssel, házasodással kapcsolatos tervek fiatal férfiak körében	59
13. táblázat: Az MGRS alskálák átlagpontszámai és szórása	59
14. táblázat: A magas stressz tartományba tartozók aránya a BMI kategóriákban, az MGRS egyes tételei szerint	62
15. táblázat: Az MGRS egyes tételei alapján a magas stressz tartományba tartozók aránya az együttélés típusa szerint.	63
16. táblázat: WHO valamint a BDI átlagpontszámai az MGRS egyes tételei szerint.....	64
17. táblázat: A nagyfokú nemiszerep-stresszt befolyásoló tényezők esélyhányadosai és a hozzájuk tartozó konfidencia intervallumot bemutatása az egyes modellekben.....	65
18. táblázat: Az MGRS egyes tételeinek átlaga és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.	66
19. táblázat: Az MGRS alkáláinak átlagértékei és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.	67
20. táblázat: Az MGRS tradicionális és modernizálódó faktorainak átlagértékei és szórása a HS 2006-os és 2013-as felmérése alapján a fiatal (18-35 év) férfiak körében.....	67

Ábrák jegyzéke

1. ábra: Vélt egészség a 18 évesek és idősebbek között nemenként	8
2. ábra: Testtömeg index nem és korcsoport szerint, 2014	9
3. ábra: Depressziós tüneteket mutatók megoszlása a tünetek súlyossága és nemek szerint	10
4. ábra: A halállal végződő öngyilkosságok száma nemek szerint	11

Melléklet

MGRS kérdőív

SORSZÁM

--	--	--	--

BLOKKSZÁM

9	8
----------	----------

Kérjük, hogy ezt a kérdőívet is saját maga töltsse ki!

Kérjük, értékelje a következő helyzeteket aszerint, hogy mennyire lennének kellemetlenek az Ön számára. Minden sorban az Ön véleményét leginkább kifejező osztályzatot karikázza be. Mint láthatja, a 6-os érték mindig azt jelenti, hogy nagyon kellemetlen lenne az Ön számára az adott helyzet, az 1-es pedig azt, hogy egyáltalán nem lenne kellemetlen.

Mennyire kellemetlen az Ön számára:

egyáltalán nem
kellemetlen

nagyon
kellemetlen

	1	2	3	4	5	6
ha nem képes szexuális partnert találni?	1	2	3	4	5	6
ha olyan nő társaságában kell lennie, aki sikerebb, mint Ön?	1	2	3	4	5	6
ha egy olyan nővel kell beszélgetnie, aki a női egyenjogúság harcos híve?	1	2	3	4	5	6
ha nem képes szexuális teljesítményre?	1	2	3	4	5	6
ha azt gondolják Önről, hogy nőies?	1	2	3	4	5	6
ha egy nő legyőzi valamilyen játékban?	1	2	3	4	5	6
ha beszélnie kell egy síró nővel?	1	2	3	4	5	6
ha nem képes szexuális izgalomba jönni, amikor szeretne?	1	2	3	4	5	6
ha vigasztalnia kell egy elkeseredett barátját?	1	2	3	4	5	6
ha olyan emberekkel dolgozik együtt, akik okosabbak, mint Ön?	1	2	3	4	5	6
ha nem keres eleget?	1	2	3	4	5	6
ha nem tud családjának megfelelő anyagi biztonságot teremteni?	1	2	3	4	5	6

KÖSZÖNJÜK A VÁLASZAIT!