

A nők és férfiak egészsége ma Magyarországon

Kopp Mária

Az idő előtti halálozás nemi különbségei

Nemzetközi jellemzők

Egyes országokban, így különösképpen Magyarországon a férfiak jelentősen korábban halnak meg, mint ami az ország gazdasági fejlettsége alapján várható volna. Bár ez az úgynevezett közép-kelet-európai egészség paradoxon az 1990-es években volt nálunk a legdrámaibb, azonban még ma is jelentősen lemaradtunk ebben a tekintetben, nem csupán Európa nyugati feléhez viszonyítva, hanem néhány szomszédunkkal összehasonlítva is.

A UNDP Human Development Report (2008) adatai szerint annak valószínűsége, hogy egy nő illetve férfi túléli a 65. életévét

	Magyarországon	Csehországban	Ausztriában	Svédországban	Oroszország	Ukrajna
Nők	84 %	89 %	92 %	92 %	76%	80%
Férfiak	64 %	75 %	82 %	87%	42%	50 %

Az adatokból nyilvánvaló, hogy elsősorban a férfiak életkilátásai tekintetében vannak igen jelentős különbségek, a szomszédainkhoz képest is lemaradtunk, mint a Cseh Köztársasághoz képest is, nem is szólva az osztrák vagy a svéd arányoktól. Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy a magyar férfiak nem sérülékenyebbek alapvetően a szomszédainknál, az 1960-as években jobbak voltak a mutatóink az osztrákoknál.

A 2006-os adatok szerint még mindig több férfi hal meg nálunk az 50-64 éves korosztályból évente, mint 1930-ban, miközben az 1960-as években jelentős javulás volt kimutatható. (Demográfiai Évkönyv, 2006)

Mi magyarázhatja az idő előtti halálozás és egészségromlás nemi különbségeit?

Az átalakuló közép-kelet-európai országok és ezen belül is Magyarország megbetegedési és halálozási válsága különleges, a társadalomban lejátszódó kísérlet arra, hogy megértsük, hogyan függnek össze egymással a társadalmi változások és az egészségi

állapot, és milyen mechanizmusok magyarázhatják ezt az összefüggést.(Wilkinson, 1996, Marmot, 1996)

A magyar férfiak korai halálozása igen súlyos gazdasági veszteséget is jelent, inkább hasonlít az ukrán vagy az orosz népegészségügyi mutatókhoz, mint a szomszédos cseh, szlovák vagy lengyel helyzethez, nem is szólva a nyugat-európai életkilátásokról. 70 év felett a magyar mutatók már közelítik a rosszabb nyugat-európai életkilátásokat, ami arra mutat, hogy abban az életkorban, amikor az orvosi beavatkozások szerepe meghatározó, a magyar egészségügyben dolgozók, minden nehézség ellenére, viszonylag igen jól teljesítenek. Ezzel szemben gyakorlatilag nem működik a megelőzés hálózata, ami elsősorban iskolai, munkahelyi, valamint széleskörű közösségi alapú programokat jelentene. Miközben a svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi kohézió erősítése, a második a társadalmi és gazdasági biztonságérzet erősítése, a harmadik a munkahelyi stressz megelőzése, nálunk ezek a szempontok meg sem jelennek az egészségi állapotról szóló vitákban.

Felmerül a kérdés: miért éppen a középkorú férfiak a legsebezhetőbbek a rohamos gazdasági változások jelenlegi időszakában? Mi magyarázhatja az azonos társadalmi és gazdasági körülmények között élő férfiak és nők halálozási arányszámainak eltérését?

Ez a különbség nem magyarázható az egészségügyi ellátás hiányosságaiával, hiszen ugyanebben az időszakban jelentősen csökkent a csecsemők és az idősek halálozási aránya, a nők egészségi állapota pedig javult. Szintén nem valószínű, hogy genetikai tényezők magyarázhatják ezeket a gyors változásokat.

A *Hungarostudy 2006* követéses vizsgálatból 1130 férfi és 1529 nő adatait elemeztük, akik 2002-ben 40-69 életév közötti korúak voltak. 2006-ig 99 férfi (8,8%) és 53 nő (3,6%) hunyt el a 40-69 éves korosztályból. Ezek a halálozási arányok megfelelnek az adott időszakban az országos halálozási arányoknak.

A társadalmi-gazdasági tényezők meghatározó szerepe

Az 1986-1990-es évek átlagában 8.9 év volt a különbség a legmagasabb és legalacsonyabb végzettségű férfiak várható élettartama között, ez a különbség 2004-re 16.5 évre nőtt. A nők esetében a korábbi 4 évnyi hátrány 10,2 évre nőtt a legalacsonyabb végzettségűek hátrányára. Hasonlóan drámai a különbség abban, hogy a 30 évesek hány százaléka éli meg a 65. évét. Ennek valószínűsége a legalacsonyabb végzettségű férfiak esetében csupán 43 % !, a nőknél 70 %, míg a legmagasabb végzettségű férfiak 85 %-a a nők 91 %-a megéli a 65. életévet. (Habicsek, Kovács,2007) Klinger András (2007) számos korábbi tanulmányában elemezte részletesen, hogy az alacsony iskolai végzettség az idő előtti egészségromlás és halálozás, de

a leszakadás valamennyi jellemzőjének legfontosabb meghatározója. Az Európai Szociális Felmérés első és második hullámának eredményei szerint 23 európai ország adatait összehasonlítva az iskolázottság az egészségi állapot egyenlőtlenségeinek legfontosabb háttértényezője, bár az alacsony iskolázottság országok és nemek szerint különböző mértékű összefüggésben áll az egészségromlással.

A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a korai halálozás előrejelzésében a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat eredményei szerint

Valamennyi tényező esetében megvizsgáltuk külön a férfiakra és külön a nőkre vonatkozóan, hogy mely tényezők különböznek szignifikánsan a követéses vizsgálat során életben maradtak és a meghaltak között. Logisztikus regresszós elemzés segítségével esélyhányadosokat (odds ratio, OR) számoltunk minden változóra vonatkozóan, ez a módszer alkalmas arra, hogy megmutassa, az adott változó hányszoros valószínűséggel jelzi előre a korai halálozást a férfiak illetve a nők esetében. Minden változó esetében először a korrekció nélküli esélyhányadost adtuk meg, majd az adatokat a hagyományos kockázati tényezők szerint korrigáltuk életkor, végzettség, dohányzás, alkohol abúzus és testtömeg-index szerint.

A rosszabb társadalmi-gazdasági helyzet szinte minden változója csupán a férfiak esetében járt együtt magasabb korai halálozási arányokkal. Az érettséginel alacsonyabb iskolai végzettség esetében 1.84, a rossznak minősített szociális helyzet 1.92, a szubjektív szegénység 1.79-szeres korai halálozási arányokkal járt együtt a férfiak esetében. A család anyagi helyzetével kapcsolatos társadalmi-gazdasági mutatók, mint az autó és személyi számítógép hiánya a családban a nők és a férfiak esetében egyaránt a halálozás jelentős előrejelző tényezőinek bizonyultak. Az adatok hagyományos kockázati tényezőkkel történő korrekcióját követően ezeknek a család általános anyagi helyzetét, társadalmi beágyazottságát mutató változóknak az előrejelző szerepe még fontosabbá vált. Érdekes módon a férfiak esetében a saját személyi számítógép igen fontos védő tényező, valószínűleg nem csak státusz szimbólumként, hanem a társadalmi bizonytalanság, munkahelyi kiszolgáltatottsággal kapcsolatos védő tényezőként jelenik meg. (Marmot, 2004)

A munkával kapcsolatos változók és a korai halálozás

A vizsgált mintában a férfiak 26,8%-a, a nőknek pedig 36,3%-a volt nyugdíjas. Mivel ma a hivatalosan nyugdíjas státuszban lévők közül is sokan dolgoznak, 2002-ben a megkérdezettek

74,4%-a válaszolt a munkával kapcsolatos kérdésekre. Természetesen a munkával kapcsolatos kérdések elemzése erre a csoportra korlátozódott. Az alacsony munkahelyi kontroll érzése, a segéd és betanított munkás státusz, az alacsony személyes és családi jövedelem a férfiak között szignifikánsan magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a nők esetében nem. A nők esetében a munkával kapcsolatos változók közül egyedül a munkatársaktól kapott alacsony társas támogatás járt együtt magasabb halálozási arányokkal. A férfiak között a biztos munkahely hiánya a korai halálozás legjelentősebb kockázati tényezője volt, 3.33-szor magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után továbbra is háromszoros kockázatot jelentett. Szintén a férfiak között az életcélok, az élet értelmébe vetett hit hiánya kontrollálás után 3.14-szeres idő előtti halálozási kockázattal járt együtt.

Társas támogatás és idő előtti halálozás

Ebben a tekintetben is igen jelentős nemi különbségeket találtunk. Azok a férfiak, akik feleségükkel éltek 2002-ben, 2.2-szer kisebb valószínűséggel haltak meg 2006-ig, akik nagyon számíthattak házastársuk segítségére, 2.74-szer kisebb valószínűséggel. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után e tényezők előrejelző ereje megnőtt, aki nem élt feleséggel 2002-ben, 3.80-szoros valószínűséggel halt meg, a házastársi támogatás hiányában az esélyhányados 5.45-szörösre emelkedett. (2. ábra) Érdekes módon, az élettársi viszony/együttélés, valamint az élettárstól kapott társas támogatás nem voltak jelentős előrejelző tényezők sem a férfiak, sem a nők között. Ebben a csoportban azonban kis számok szerepeltek, mivel Magyarországon ebben a korcsoportban viszonylag alacsony volt az élettársi kapcsolatok aránya. Érdekes módon a gyermektől kapott alacsony támogatás a férfiak idő előtti halálozásának volt igen fontos előrejelzője akkor is, ha az adatokat az ismert kockázati tényezők szerint korrigáltuk, négyszeres idő előtti halálozással járt együtt, ha egy férfinak nem volt gyermeke, vagy rossz volt vele a kapcsolata.

A nők között a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség (3.90-es esélyhányados) bizonyult a korai halálozás jelentős előrejelzőjének. A hagyományos tényezők szerinti korrekció után a rossz személyes kapcsolatok fontossága nőtt, a relatív halálozási kockázat 6.81-ra emelkedett. A nők között ez volt a korai halálozás legjelentősebb előrejelzője. (2. ábra) A 2002-ben kikérdezett, életben maradt nők 38%-a nem volt elégedett személyes kapcsolataival, az elhalálozottak között pedig ez az arány 57% volt. A nők esetében tehát a tágabb társas kapcsolatok hiánya a legfontosabb egészségi kockázati tényező. Ez azonban

védettséget is jelent, mivel az egyik kapcsolat elégtelenségét más kapcsolatok pótolni képesek a nők esetében, míg a férfiak számára a házastársi kapcsolat különösen fontos.

A gyerek(ek)től kapott alacsony társas támogatás jelentős kockázati tényező volt mindkét nem esetében, a középkorú népesség számára tehát a korábbi gyermekvállalás már komoly védőfaktor a jobb életkilátások tekintetében. A barátoktól kapott társas támogatás hiánya csak a férfiak esetében volt jelentős veszélyeztető tényező.

Szubjektív egészségi állapot és kezelt betegségek:

A szubjektív önértékelés szerinti rossz vagy nagyon rossz egészségi állapot igen gyakori a középkorú népesség körében: az életben maradt férfiak 21,8%-a, a nők 22,5%-a, az elhalálozott férfiaknak viszont 42,4%, az elhunyt nőknek pedig 35,8% minősítette rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotát 2002-ben. A vizsgált személyek saját értékelése szerinti munkaképtelensége – az enyhétől a súlyosig terjedő skálán – meglepően magas értéket mutatott mind a férfiak (57,7%), mind a nők (58,6%) esetén, és 87,6% volt az elhalálozott férfiak, 73,6% pedig az elhunyt nők esetében.

Az egészségi állapot önbecslése mindkét nemnél fontos előrejelzője volt a korai halálozásnak: a saját értékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyhányadosa 2.98 volt a férfiak és 1.98 a nők esetében. Az adatok hagyományos kockázati tényezők szerinti korrigálása után, az egészségi állapot önbecslésének előrejelző ereje még erősebbé vált, a férfiak között 4,45, a nőknél pedig 3,08. A munkaképtelenség esélyhányadosa 5.84 volt a férfiak és 2,02 a nők esetében, kontrollálás után 4.24-szeres halálozást jelzett előre a férfiak esetében. **(3. ábra)** Felmerül a kérdés: milyen tényezők magyarázzák ezt a korai egészségromlást? Más tanulmányokkal összehangban, az egészségi állapot önértékelése a férfiak esetében még jobban jelzi előre a halálozás kockázatát, mint a nők esetében. Több követéses vizsgálat eredményei szerint az egészségi állapot önbecslése minden ismert vizsgálati módszernél jobban jelzi előre a halálozás kockázatát. Ennek háttérében a „közérzet” nehezen meghatározható jelensége áll, ami a férfiak esetében pontosabb előrejelzője a szervezet működési zavarának, mint a nők esetében. (Idler, Benyamini, 1997, Benyamini és mtsai, 2000) Megdöbbentő ugyanakkor, hogy ugyanezek a férfiak, akik egészségi állapotukat már rossznak minősítették 2002-ben, milyen alacsony arányban fordultak orvoshoz. 2002-ben sem a magas vérnyomás, sem a szív- és érrendszeri, sem az agyérbetegségek, sem más megbetegedések miatti kezelés nem jelezte előre a korai halálozást a férfiak esetében. A 2002 óta elhunyt nők 13,7%-át kezelték daganatos betegség miatt (OR=3,19), ez a halálok volt a középkorú nők esetében a leggyakoribb. Ma a rák miatti halálozás, különösen az idő előtti onkológiai

halálozás a világon a leggyakoribb Magyarországon. A férfiak esetében csak az ismeretlen eredetű szív- és érrendszeri problémák jelezték előre a korai halálozást.

A négy éves időszak alatt elhunyt férfiak esetében az orvosi kezelés igen alacsony aránya azt jelzi, hogy a magyar férfiak nem fordulnak orvoshoz a krónikus megbetegedések korai szakaszában. Ez különösen a depresszió esetében szembeszökő, mivel a Beck depresszió skála szerint az elhunyt férfiak 24%-a volt súlyosan depressziósnak tekinthető 2002-ben, és csak 5,2%-ukat kezelték.

A korai halálozás pszichológiai előrejelzői

A depresszió, különösen a súlyos depresszió a korai halálozás kockázatát ötszörösére növelte, de csak a férfiaknál. 2002-ben a súlyos depresszió előfordulási aránya 24% volt a mintában szereplő elhunyt, és 5,8% az életben maradt férfiaknál. A WHO életminőség skálája csak a férfiak esetében bizonyult jelentős védő tényezőnek. Az élet értelmének a hiánya szintén csak a férfiak között volt jelentős kockázati tényező. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után a súlyos depresszió, a rossz életminőség, valamint az élet értelmének a hiánya jelentős kockázati tényezők maradtak a férfiak esetében. A jókedv és a kompetencia érzése mindkét nem esetében jelentős védő tényező volt, mintegy kétszeresére emelte a túlélés valószínűségét. A negatív érzelmi beállítottság viszont a nők esetében bizonyult fontosabb halálozást előrejelző tényezőnek, és a hagyományos tényezők szerinti korrekció után is jelentős maradt, csakúgy, mint a boldogtalanság. Ez az eredmény arra mutat, hogy a környezeti hatások következtében kialakuló, a krónikus stressz lelkiállapotát jelző depressziós tünetegyüttes, más nemzetközi követéses vizsgálatok eredményeivel összhangban, a férfiak számára jelent nagyobb kockázatot, míg a negatív beállítottság, mint személyiségjellemző a nőknél fontosabb veszélyeztető tényező.

Magatartás, életmód és halálozás

A hagyományos kockázati tényezők közül a dohányzás (OR: 1,55) és különösen a rendszeres sport-tevékenység hiánya (OR: 2.99) a férfiak esetében jelentősen előre jelezte a korai halálozást. A nők esetében a sportolás hiánya (OR: 4,57) volt jelentős halálozást előrejelző tényező. Az életük során dohányzók aránya 2002-ben, a 40-69 éves korcsoportban 68,5% volt a férfiak és 36,1% a nők között, a dohányzók aránya 37,2% volt a férfiak és 23,1% a nők között. A dohányzás viszonylag kevésbé erős hatásának magyarázata az lehet, hogy a

magukat betegebnek érző férfiak és nők közül többen abbahagyták a dohányzást, így a 2002-es felmérés idején már nem voltak dohányosok.

Melyek tehát az idő előtti egészségromlás és korai halálozás nemi különbségeinek legfontosabb háttértényezői ma Magyarországon?

Felmerül a kérdés: mivel magyarázható a rendkívül magas arányú korai egészségromlás a magyar férfiak körében? A férfiak esetében a halálozás szignifikáns előrejelzője volt számos olyan tényező, ami a nők esetében nem volt kimutatható kapcsolatban a korai halálozás valószínűségével. Ilyenek voltak az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi helyzet, alacsony személyes és családi jövedelem, a munkával kapcsolatos tényezők közül a biztos munka hiánya, csekély munkahelyi kontroll érzés, segéd és betanított munka, depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a házastárstól és a gyermektől kapott társas támogatás hiánya.

Nemzetközi követéses vizsgálatok szintén azt az eredményt mutatják, hogy a házastárs hiánya a férfiak számára fontosabb veszélyeztető faktor, mint a nők esetében. A nők számára a legfontosabb veszélyeztető tényező a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség volt, ebben a tekintetben nem voltak alapvető változások az elmúlt évtizedekben.

Ha a férfiak korai halálozási arányának háttértényezőit vizsgáljuk, számos olyan aspektusa változott meg a társadalomnak, ami a férfiak számára különösen fontosnak. A legszembetűnőbb változás a társadalmon belül egyre nagyobb társadalmi-gazdasági különbségek kialakulása és az ezzel együttjáró társadalmi-gazdasági leszakadás érzése az alacsonyabb végzettségű és foglalkozású rétegekben. (Kopp, Réthelyi, 2004) Az 1960-as évekig gyakorlatilag nem volt látható jövedelmi egyenlőtlenség, így hát az egyes társadalmi-gazdasági rétegek nem is tértek el egymástól a halálozási arányszám tekintetében. A társadalmi-gazdasági különbségek növekvő anómiával, demoralizációval és kiszámíthatatlansággal jártak. (Spéder és mtsai, 1999, Eurobarométer, 2006)

Vizsgálatunk eredményeinek tükrében feltételezhető, hogy a krónikus stressz az a láthatatlan kéz, amely a középkorú magyar férfiak tragikus korai halálozási arányát okozza. A krónikus stressz során felmerülő magatartási és lélektani változások szembetűnően hasonlítanak a depresszió során tapasztalható krónikus változásokhoz. A stressz-reakció harmadik, krónikus fázisában halálos következmények jelentkeztek Selye János laboratóriumában: az állatok

elpusztultak az immunológiai, szív- és érrendszeri, illetve egyéb élettani összeomlás következtében. Emberek esetében elsősorban azok kerülnek a kontrollálhatatlan, krónikus stressz állapotába, akik nem rendelkeznek megfelelő megbirkózási képességekkel.

A depressziós tünetegyüttes a krónikus stressz állapotának legmegbízhatóbb mutatója. A súlyos depresszió 2.7%-ról 7%-ra növekedett 1988 és 1995 között a teljes magyar felnőtt lakosság körében. 2002 és 2006 között a súlyos depressziós tünetegyüttes aránya 4.3%-ról 9.2%-ra növekedett a felnőtt férfi lakosság körében, az emelkedés nagyobb arányú volt a férfiak, mint a nők esetében. Míg 2002-ben 13.5 % volt a kezelésre szoruló, közepesen súlyos és súlyos depressziósok aránya mind a teljes népességet képviselő mintában, mint azok között, akik beleegyeztek az utánkövetésbe, 2006-ban ez az arány azok között, akiket a követéses vizsgálat során újra felkerestünk 20 %-ra emelkedett, a férfiak között nagyobb mértékben, mint a nők esetében. (Purebl, 2008)

Az érettséginel alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak közül 1.84 -szor annyian haltak meg a követéses vizsgálatunk eredményei szerint. Alapvetően fontos megérteni a férfiak alacsony végzettségének lehetséges „toxikus” összetevőit. Megvizsgáltuk, hogy milyen tényezők közvetíthetnek az alacsony iskolai végzettség és a korai halál között. Egy logisztikus regressziós modellben, ha a kort, a testtömeg-indexet, a dohányzást, az alkohol abúzust és a súlyos depressziót vettük be az elemzésbe, a kor, a dohányzás és a súlyos depresszió a korai halálozás szignifikáns előrejelzői maradtak, a végzettség hatása azonban már nem volt szignifikáns. Ez azt jelenti, hogy a középkorú férfiak esetében a fenti változók magyarázzák az alacsony végzettség veszélyeztető hatását. Egyedül a súlyos depresszió volt az a változó, amely teljesen magyarázta az alacsony iskolai végzettség férfiakra gyakorolt hatását. Több más tényező, mint a munkahely bizonytalansága, a feleségtől kapott társas támogatás hiánya és az élet értelmének hiánya csökkentették az alacsony iskolai végzettség hatását az idő előtti halálozásra, de nem magyarázták teljes mértékben. Természetesen ezek a tényezők szoros kapcsolatban állnak a súlyos depresszió kialakulásával.

Az élet értelmének hiánya fontos stresszforrás a férfiak körében, míg ez a tényező nem volt kapcsolatban a nők korai halálozásával. Vizsgálataink eredményei alapján úgy tűnik, a férfiak sebezhetőbbek a kiszámíthatatlanság, a társadalom demoralizációja, a munkával kapcsolatos bizonytalanság, a társadalmi-gazdasági lemaradás kihívásaival szemben, mivel önmagukat tartják felelősnek a család társadalmi-gazdasági helyzetének javításáért. (Skrabski, 2008)

Az életkor szerinti, a biológiai és pszichológiai öregedés folyamatának viszonylagossága

Míg fiatal korban a kronológiai, biológiai és pszichológiai életkor a legtöbb esetben szinte teljesen egybeesik, a későbbiek során igen jelentős különbségek alakulnak ki az emberek életévek szerinti és biológiai, pszichológiai életkora között. Ma már számos vizsgálat bizonyítja, hogy az általános adaptációs szindróma három szakasza közül a harmadik, a tartós, krónikus stressz állapota jelentősen sietteteti a biológiai és pszichológiai öregedést. A krónikus stressz helyzetek megélése az öregedés folyamatában alapvető jelentőségű.

Az idős kor egyáltalán nem jelent egyet a munkaképtelenséggel, tehetetlenséggel, hanem számos tényező határozza meg az élet során, hogy mennyi ideig tudunk aktív, sajátmagunk és mások számára is örömet okozó életet élni. Ezért nem szerencsés a társadalom idős tagjairól úgy beszélni, mint akiket a fiataloknak kell eltartaniuk, bár természetesen sok esetben ez a helyzet. Mindent meg kellene azonban tennie a társadalomnak, hogy az idős emberek képességeikhez mértén részt tudjanak venni a család, a település, a társadalom életében, hogy a meghosszabbodott életévek által kialakult valódi forradalmi helyzet lehetőleg ne teherré, hanem előnnyé válhasson.

Teljes joggal aggódunk amiatt, hogy a demográfiai krízis miatt nem születik elég gyermek, és nincs elég középkorú dolgozó az egyre több idős ember eltartására. Pedig alapvető volna azzal is foglalkozunk, hogy az idős emberek, ha tisztában vannak a testi és lelki állapotuk miatti korlátaikkal, hogyan maradhatnak a társadalom alkotó, másoknak adni tudó, „egészséges” tagjai.

Fontos, hogy tisztában legyünk az idősödés folyamán kialakuló legfontosabb központi idegrendszeri élettani változásokkal, de ezzel együtt ismernünk kell az időskori változásokat ellensúlyozó biológiai és pszichológiai mechanizmusokat is. Az időskori testi és szellemi kapacitás szűkülése, az addigi szerepek elvesztése, átalakulása, a társ, barátok elvesztése, a szűkülő lehetőségek természetes veszteségtudattal járnak. Az időskori fejlődés alapja a tények elfogadása és az új élethelyzetnek megfelelő célok, hasznos tevékenységek, a következő generációért vállalt felelősség megélése, természetesen csak az adott korlátok között. Ezért alapvető, hogy már fiatalabb korban is felkészüljünk a megelőzés lehetőségeire, a kompetens, sikeres öregkor megélésére, valamint a „helytelen”, inaktív, önfeladó idősödés veszélyeire. Erikson (1968) személyiségfejlődési modelljében az idős kori krízis meghaladásának lehetőségét a generációs felelősség átélése, a krízis megoldásának képtelenségét az izoláció, magáramaradás, a boldogtalanság, reménytelenség lelkiállapota jellemzi. Miközben az idősök eltartásának terheiről beszélünk, félredobjuk az idősök alkotóképességében rejlő lehetőségeket. Pedig az alkotóképesség, a másoknak adni tudás az időskori egészség fenntartásának legfontosabb meghatározói.

Az életévek soha nem látott meghosszabbodása jellemzi a mai civilizált társadalmakat. Míg a várható élettartam 1900-ban a férfiak között 46 év, a nők között 48 év volt, 2006-ban a férfiak várható élettartama Magyarországon 69.0 év, a nőké 77.4 év. Ugyanakkor a várható élettartam a szomszédos Ausztriában 2006-ban a férfiak esetében 76.7, 7.7 évvel tovább élnek, mint magyar társaik, az osztrák nőké 82.3 év, 5.4 évvel tovább élnek, mint a magyar nők. Összehasonlításként 2006-ban Csehországban férfiak várható élettartama 72.9 év volt, a nőké 79.3 év. Ugyanezek az arányok Lengyelországban: férfi: 70.8 év nő: 79.3 év, tehát a hozzánk hasonló helyzetű szomszédainkhoz képest is jelentősen lemaradtunk ebben a tekintetben. A ma Európában leghosszabb ideig élő Svájcban 78.7 év a férfiak és 84.0 év a

nők várható élettartama, ez azt jelenti, hogy egy svájci férfi majdnem 10 évvel, egy svájci nő majdnem 7 évvel él tovább, mint egy magyar. (Statisztikai Évkönyv, 2006)

A 65 évnél idősebbek és a 18 évnél fiatalabbak aránya a férfiak és nők között

Magyarországon 1990-ben és 2005-ben

Magyarországon a férfiak között a 65 évnél idősebbek aránya

- 1990-ben 10.6 % volt, 2005-ben is csak 12.1 %
- a 18 évnél fiatalabbak aránya
- 1990-ben 21.9 % volt, 2005-ben csak 16.9 %
- A nők esetében a 65 évnél idősebbek aránya
- 1990-ben 15.7 % volt, 2005-ben is csak 18,8 %
- A 18 évnél fiatalabbak aránya
- 1990-ben 19.3 % volt, 2005-ben 14.5 % (Demográfiai Évkönyv, 2005)

Tehát míg a 18 évnél fiatalabbak aránya jelentősen csökkent 1990 óta, a 65 évnél idősebbek aránya nem növekedett jelentősen 1990 és 2005 között.

A 69 évnél idősebbek nők és férfiak túlélésének előrejelzői a mai magyar társadalomban

A Hungarostudy 2002 adatai alapján megvizsgáltuk, hogy milyen tényezők jelezték előre a 2006-ig bekövetkezett halálozást a 2002-ben 69 évnél idősebb népesség körében, és milyen nemi különbségek mutathatóak ki ebben a tekintetben. (Kopp, Skrabski, 2008a) A 69 évnél idősebb férfiak közül 263-an, a 69 évnél idősebb nők közül 416-an egyeztek bele az ismételt megkeresésbe. 2006-ig közülük 67 férfi (25.5%) és 85 nő (20.4%) halt meg. Kockázati hányados (odds ratio, OR) számítása segítségével vizsgáltuk meg, hogy milyen társadalmi-gazdasági, pszichoszociális és életmód tényezők különböztetik meg a túlélő és a meghalt 69

évnél idősebb személyeket, tehát hogy idős korban milyen tényezők a túlélés meghatározói. Mindkét nem esetében természetesen az általános egészségi állapot, illetve állapotromlás a halálozás igen fontos előrejelzője. A férfiak esetében azok, akik 2002-ben saját egészségi állapotukat egy ötfokú skálán egyesre vagy kettesre értékelték, kétszer nagyobb valószínűséggel haltak meg 2006-ig (OR:2.05), a nők esetében ez az arány még valamivel magasabb (OR:2.16). Számos korábbi vizsgálat is kimutatta, hogy az egészségi állapot önbecslése idős korban különösen fontos előrejelzője a közeli halálozás kockázatának, jobb előrejelző, mint az ismert klinikai vizsgálati módszerek. (Idler, Benyamini, 1997)

A enyhe depressziós tünetegyüttes (BDI 10 pont felett) a férfiaknál a halálozás majdnem háromszoros előrejelzője volt (OR= 2.72), a nők esetében OR=2.29-szeres volt ez az arány. Érdekes módon mindkét nem esetében a maguk módján vallásosak halálozási aránya magasabb volt, mint a nem hívők vagy mint az egyházukban vallásgyakorlók halálozási kilátásai (férfiaknál OR:2.49, nőknél OR= 1.99), tehát mind a nem hívők, mind az egyházukban vallásgyakorlók halálozási életkilátásai jobbak, mint a maguk módján vallásgyakorlóké.

Kétszeres túlélés előrejelzője voltak mindkét nem esetében a WHO jóllét 2002-ben (férfiOR:1.94, nőiOR:2.06). A rendszeres sport aktivitás a legfontosabb védő tényező, a férfiak esetében több mint négyszeres túléléssel járt együtt (férfiOR:4.31) a nőknél is majdnem négyszeres volt ez a pozitív hatása (női OR:3.65). Természetesen az egészségesebb idős emberek valószínűleg inkább sportolnak, de mégis ez az összefüggés igen figyelemreméltó. A gazdasági tényezők közül a gépkocsi tulajdon volt a túlélés jelentős előrejelzője, a férfiak esetében majdnem négyszeres, a nőknél is kétszeres túlélést jelzett előre. (férfi OR:3.76, női OR: 2.15).

A halálozást csak a férfiak esetében jelezte előre a reménytelenség (OR:2.14) és a negatív érzelmi állapot (OR:2.18). A rossz szubjektív szociális helyzet (OR:1.82), tehát hogy az

anyagi helyzetüket rossznak minősítik és a boldogtalanság (OR:1.82) viszont csak a nők esetében jelezte előre a halálozás kockázatát. A férfiak esetében az önhatékonyság (OR:2.58) és a személyes kapcsolatokkal való általános elégedettség (OR:2.12), a nők esetében a rendszeres vallásgyakorlás (OR:2.75) jelezte előre a túlélés valószínűségét. Érdekes módon, de összhangban más vizsgálatok eredményeivel, ebben az életkorban az iskolázottság, a jövedelem, a dohányzás és az alkoholfogyasztás már nem voltak szignifikáns kapcsolatban a négy éven belüli halálozás kockázatával. (Cheng, 2004) Tehát számos pszichoszociális tényező idős korban is szoros kapcsolatban áll a túlélés valószínűségével, azonban a nemi különbségek sokkal kevésbé lényegesek, mint a középkorú népesség esetében.

Megbetegedések, halálokok szerinti nemi különbségek

A 25-64 éves korosztályban a magyarországi standardizált halálozási kockázat szív érrendszeri okok miatt mind a férfiak, mind a nők esetében 3.1-szer, a daganatos halálozás a férfiak esetében 2.2-szer, a nőknél 1.6-szor, az emésztőszervi – nagyrészt alkohollal kapcsolatos- halálozás a férfiak esetében 5.5-ször, a nőknél 4.6-szor, a külső ok – öngyilkosság, gyilkosság miatti- halálozás a férfiak esetében 2.2-szer, a nőknél 1.7-szer magasabb arányú mint az EU országok átlaga. (Ádány, 2007)

Összességében tehát a halálokok közül az emésztőszervi és a külső ok miatti – gyilkosság, öngyilkosság- miatti halálozás 65 év alatt lényegesen gyakoribb a férfiak között, a szív-érrendszeri és a daganatos halálozás a nők között nagyobb részt a későbbi életkorokra tolódik át, de ezek miatt az okok miatt is lényegesen gyakoribb, mint az európai átlag.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség nemi különbségei

Az egészséggel kapcsolatos életminőséget az egészségi állapot önbecslése segítségével vizsgálhatjuk a legmegfelelőbben. Az idő előtti halálozással összefüggésben már tárgyaltuk,

hogy ez az ún. közérzet mutató minden más vizsgálati módszernél megbízhatóbban jelzi előre az életkilátásokat.

Európai összehasonlításban a magyarok rendkívül rossz helyen állnak, egyedül nálunk 50 % alatti az életminőségre jó vagy kiváló értékeket adók aránya, míg Svájcban, Írországban ez az arány 80 % felett van.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség jó vagy kiváló értékeinek aránya az European Social Survey 2002 szerint:

- Svájc 85,0 %
- Írország 84,1 %
- Belgium 78,2 %
- Dánia 77,8 %
- Ausztria 77,1 %
- ..
- Spanyolország 64,4 %
- Franciaország 62,1 %
- Olaszország 64,2 %
- Németország 59,2 %
- Szlovénia 56,4 %
- Lengyelország 55,2 %
- Cseh Köztársaság 54,3 %
- Portugália 51,2 %
- Magyarország 45,4 %

A Hungarostudy 2002 felmérés szerint a teljes népesség körében, az 1-5 fokozatú skálán, ahol 1 igen rossz és 5 igen jó életminőséget jelent, a teljes férfi népesség átlaga $3.38 + 0.012$, a női népesség átlaga $3.25 + 0.011$ volt, tehát a férfiak egészséggel kapcsolatos életminőségüket igen szignifikánsan jobbnak minősítették. Amennyiben azonban az életkorral korrigáljuk ezt az értéket, már nagyon lecsökken a különbség, mivel a nők közül sokkal magasabb az idősek aránya. Ez azért érdekes eredmény, mert az egészségi állapot önbecslése a legtöbb országban sokkal jobb értéket mutat a férfiak, mint a nők között. A magyar népesség körében tapasztalt viszonylag rosszabb egészségi állapot értékelés a férfiak valóban rosszabb egészségi állapotának reális mutatója.

A Hungarostudy 2006 felmérés eredményei szerint az egészségi állapot önbecslésének átlaga

a férfi népesség körében $3.30 + 0.02$, a nők között $3.19 + 0.018$ volt.

A Hungarostudy 2006 felmérés korrigált adatai alapján összehasonlítottuk három korosztályban a nők-férfiak életminőség jellemzőit.

A 45 évnél fiatalabb nők és férfiak életminősége

A 45 évnél fiatalabbak között megvizsgáltuk az is, hogy a gyermekesek vagy a gyermektelenek életminősége jobb. Korábban a Hungarostudy 2002 felmérés eredményeként azt találtuk, hogy a 45 évnél fiatalabb gyermekes nők életminősége rosszabb a gyermekteleneknél, míg a férfiak esetében vagy nem volt különbség, vagy a gyermekesek életminősége volt jobb. (Kopp, Skrabski, 2003) A jelenlegi felmérés eredményei arra mutatnak, hogy a gyermekesek mind a nők, mind a férfiak esetében életminőség romlással kénytelenek fizetni a gyermekvállalásért a mai magyar társadalomban.

A 45 évnél fiatalabb korosztályban az egészségi állapot önbecslése szerint jó vagy kiváló minősítést adott a nők 64 %-a, a gyermekes nők 61 %-a, a gyermektelen nők 74 %-a, a férfiak 66 %-a, a gyermekes férfiak 60 %-a, a gyermektelenek 73 %-a. Ez mindkét nem esetében igen szignifikáns eltérést jelent a gyermektelenek javára.

A gyermekes fiatal nők 24 %-a, a gyermektelenek 36 %-a mondta igen jónak az életminőségét, és ez a különbség igen szignifikáns, a gyermekes fiatal férfiak között ugyanezek az arányok 27 % és 32 %- ez nem szignifikáns különbség.

A depressziós tünetegyüttes a 45 évnél fiatalabb férfiak között 19 %, a nők esetében 22 %, a gyermekes fiatal nők között ugyanez az arány 24 %. A klinikai értelemben már kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttes a fiatal férfiak között 7 %, a nők között 10 %, a gyermekes fiatal nők között 12 %, ezek a különbségek csak a nők körében szignifikánsak. Ugyanakkor a boldogság tekintetében már nem volt szignifikáns különbség a gyermekes és gyermektelen fiatalok között, sőt a társadalom legboldogabb csoportjának a GYES-en lévő édesanyáké bizonyult. (Kopp, Skrabski, 2008)

4. táblázat A gyermekes és gyermektelen 45 évnél fiatalabb nők és férfiak életminőségének összehasonlítása (Az egészségi állapot önbecslésére jó vagy kiváló minősítést adók aránya)

	Germektelenek	Gyermekesek
Nők	74 %	61 %

Férfiak

73 %

60 %

A 45 éves és idősebb nők és férfiak életminősége

A 45-64 éves korcsoportban már hihetetlenül romlanak az egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzői, a nőknek csak 26 %-a, a férfiak 30 %-a tartotta jónak vagy kiválónak a saját egészségi állapotát. Ezek az arányok Ukrajna vagy Oroszország mutatóihoz hasonlóak. A nők 20 %-a, a férfiak 24 %-a mondta igen jónak az életminőségét. Ebben a korosztályban a nők 41 %-a, a férfiak 37 %-a panaszkodott depressziós tünetekről, mind a nők, mind a férfiak 20 %-át jellemezte már kezelésre szoruló depressziós tünetegyüttes.

64 év felett a nőknek csupán 18 %-a, a férfiaknak 30 %-t tartotta jónak vagy kiválónak egészségi állapotát, itt már rendkívül nagy a nemi különbség. Ebben jelentős szerepet játszik viszont az, hogy a nők között sokkal több az idősebb kort megélő asszony, de az azonos korú idős férfiak általában is jobbnak tartják az egészségi állapotukat. Az idős férfiak 24 %-a, a nőknek csupán 11 %-a tartotta igen jónak az életminőségét. A 64 évnél idősebb nők 54 %-t, a férfiak 43 %-t jellemzi depressziós tünetegyüttes, kezelésre szoruló depresszió a nők 38 %-t, a férfiak 26 %-t. (Kopp, Skrabski, 2008)

Összefoglalás

A felnőtt népesség egészségi állapotának két legfontosabb jellemzője a várható élettartam és ezzel szoros összefüggésben az idő előtti halálozás aránya, valamint a megélt életevek során elérhető életminőség. A magyar nőket és férfiakat ebből a két szempontból éppen ellenkező irányú tendenciák jellemzik. Míg a férfiak esetében az idő előtti, 40-69 éves korban bekövetkező halálozás európai összehasonlításban rendkívül magas, a nők életminősége minden korosztályban rosszabb a férfiakénál. A férfiak idő előtti halálozásának hátterében az átalakuló társadalom krónikus stresszforrásai közül a munkahelyi bizonytalanság, az általános értékvesztés, a közvetlen társas kapcsolatok zavarai mind az önkárosító magatartásformákon keresztül, mind közvetlenül, a depressziós tünetegyüttes közvetítésével fontos szerepet játszanak. 45 év alatt a gyermekes fiatalok életminősége jelentősen rosszabb a gyermekteleneknél, mind a nők, mind a férfiak között. A 45-64 éves korcsoportban már

hihetetlenül romlanak a magyar népesség egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzői, a nőknek csak 26 %-a, a férfiak 30 %-a tartotta jónak vagy kiválónak a saját egészségi állapotát, 64 év felett a nőknek csupán 18 %-a, a férfiaknak 30 %-a.

Irodalom

Ádány R (2007) A magyar népesség egészségi állapota, MOTESZ előadás, Egészségügyi Minisztérium

Balog P (2008) A házastársi /élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben In: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest

Benyamini Y, Leventhal EA, Lewenthal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health, *Psychosomatic Medicine*, 2000, 62, 354-364.

Cheng, S-T. (2004). Age and Subjective Well-Being Revisited: A Discrepancy Perspective.

Psychology and Aging. Vol. 19(3): 409–415.

Demográfiai Évkönyv, KSH, Budapest, 2006.

Erikson E (1968) *Identity, Youth and Crisis*, Norton

Hablicsek L, Kovács K (2007) Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint, KSH, Budapest

Human Development Report, 2008, UNDP

Idler EL, Benyamini Y.(1997) Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty Seven Community Studies, *J Health and Soc Beh* 38: 21-37.

Klinger A (2007) A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. Század elején, *Demográfia*, 50, 252-334.

Kopp M, Skrabski Á, Rózsa S (2008) Az esélyerősítés és életminőség mérésére alkalmazott kérdőíves vizsgálati módszerek, a Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat kérdőívei, In: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest

Kopp M, Skrabski Á (2008) A meghosszabbodott életévek forradalma, In: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest

Kopp M, Skrabski Á (2003) A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében, *Demográfia*, 46,4, 383-395.

- Kopp MS, Réthelyi J (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality - the Central-Eastern-European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62, 351-367.
- Kopp, M, Skrabski Á (2008) Kik boldogok a mai magyar társadalomban? In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest
- Marmot M (2004) *Status syndrome*, Times Books, London
- Marmot, M.; Wilkinson, R. *Social Determinants of Health*. Oxford Univ. Press; 1999.
- Marmot, M.G. The Social Pattern of Health and disease. In: Blane, D., Brunner, E., Wilkinson, R., eds. *Health and Social Organization* Rutledge; 1996: 42-70.
- Purebl Gy, Balog P (2008) A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., & Kopp, M. A Magyar népesség egészségi állapota a Hungarostudy 2002 felmérés szerint: módszerek és a reprezentatív minta jellemzői, *Psychiatria Hungarica* 2003; 18, 83-94.
- Skrabski Á(2008) A társadalmi tőke változásai Magyarországon az átalakulás időszakában In: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (Szerk:Kopp M) Semmelweis Kiadó, Budapest
- Skrabski Á, Kopp MS, Rózsa S, Réthelyi J, Rahe RH (2005): Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12,2, 78-85.
- Spéder Zs, Paksi B, Elekes Zs. Anomie and stratification at the beginning of the nineties. In: Kolosi T, Tóth IGY, Vukovich Gy, eds. *Social Report 1998*. Budapest, Social Research informatics Center; 1999:483-505
- Statisztikai Évkönyv, 2006, Központi Statisztikai Hivatal, Budapest