

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL
NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓINTÉZETÉNEK
KUTATÁSI JELENTÉSEI

77.

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL
NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓINTÉZET

Igazgató
Spéder Zsolt

Írta
Daróczy Etelka és Kovács Katalin

Olvasószerkesztő
Vérné Hegedűs Zsuzsanna

Technikai szerkesztő
Várnainé Anek Ágnes

KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Budapest
Angol u. 77.
1149

kshnki@mailop.ksh.hu

ISSN 0236–736–X
ISBN 963 9597 02 3

A kutatást az **NKFP 5/128/2001** számú
„*A demográfiai folyamatok társadalmi-gazdasági beágyazottsága*”
című program támogatta

Halálózási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak

Írta

Daróczy Etelka és Kovács Katalin

Budapest
2004/2

A KÖTET SZERZŐI

Daróczi Etelka demográfus, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
daroczi@mailop.ksh.hu

Kovács Katalin szociológus, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
kovkati@mailop.ksh.hu

Tartalomjegyzék

Előszó	7
Európa kelet–nyugati megosztottsága az életésélyek terén (Daróczy Etelka)	11
Bevezetés	11
Trendek és trendváltások a születéskor várható élettartam alakulásában.....	11
Az életkorok szerinti halandóság alakulása és szerepe a várható élettartam változásában	16
A fő halálokok trendjeinek alakulása és szerepe a várható élettartam változásában	22
„A szív- és érrendszeri forradalom”	25
Civilizációs betegségek.....	27
A keleti epidemiológiai válság	29
A férfiak és a nők halandósága.....	30
Jövőbeli kilátások	32
Irodalom.....	36
A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban (Daróczy Etelka)	41
A tanulmány célja	42
Az adatok forrása	45
Európai körkép (a változók statisztikai jellemzői)	48
Gazdasági fejlettség és várható élettartam.....	52
A várható élettartamok többtényezős vizsgálata	57
A kapcsolatok szorossága	57
Többváltozós regresszió	62
Következtetések	65
Irodalom.....	68
Melléklet	69
Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás (Kovács Katalin)	75
Hogyan keletkezik egy tudományos probléma?	75
Problémák, eredmények és újabb problémák: a legfontosabb közlemények 1992 és 2002 között	77
Iskolák és nézőpontok.....	83
Egy briliáns mozaik: a relatív depriváció elmélete.....	83
A Roseto-paradigma: társadalmi tőke és társadalmi integráció.....	87
Antiszocio-pszicho: a neomaterialisták	90
Kritikai megjegyzések	94
Növelik-e tehát a magas jövedelmi egyenlőtlenségek a halálozás esélyeit?	97
Irodalom.....	99

Területi és társadalmi különbségek a középkorú férfiak és nők halandóságában	
Magyarországon 2001 körül (Daróczi Etelka)	103
Bevezetés.....	103
Előzmények.....	105
Módszertani megjegyzések	109
Hipotézisek.....	115
A férfiak és a nők halandóságának regionális lejtője.....	116
A férfiak és a nők halandóságának iskolai végzettség szerinti lejtője	121
Összefoglalás és következtetések.....	126
Irodalom	131
Melléklet.....	134
Halandósági többlet és egészségdeficit a nem házasok körében	
(Kovács Katalin)	137
A nem házasok mortalitása az elméletek és a kutatási eredmények tükrében	142
A nőtlenek, illetve hajadonok mortalitási többletének magyarázatáról	142
Az özvegyek mortalitási többletének magyarázatáról	146
Az elváltak mortalitási többletének magyarázatáról	150
A nem házasok mortalitási többletéről az adatok tükrében.....	152
A nemzetközi összehasonlítás alapjául szolgáló adatok	152
A különféle nem házas csoportok mortalitási esélyeinek változása a nyolcvanas és a kilencvenes évtizedben Magyarországon	160
Irodalom	175
Társadalmi rétegződés, társadalmi folyamatok és a halálozások ok szerinti	
elemzése (Kovács Katalin)	177
A halálóki regisztráció néhány sajátossága.....	178
Szegénység, depriváció, hátrányos társadalmi helyzet	180
„Átöröklött” szociális hatások: hátrányos társadalmi helyzet kisgyermekkorban	183
Az egészségügyi ellátás szerepe – az „elkerülhető” halálokok.....	186
Anómia és elidegenedettség	192
A halálozás ok szerinti vizsgálatának jelentősége és lehetőségei Magyarországon	195
Irodalom	196
Melléklet.....	199

Előszó

A demográfiai folyamatok társadalmi-gazdasági beágyazottsága címet viselő NKFP/5/128-as számú kutatási projekt, amely tíz, egyenként is tekintélyes részfeladattól áll, 2001 és 2003 között valósult meg a Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutatóintézete irányításával.

Az egészségi állapot és a halandóság trendjei, társadalmi és gazdasági meghatározottsága című részfeladaton belül azt a célt tűztük magunk elé, hogy összefüggéseket tárjunk fel a társadalmi és a gazdasági fejlettség országonként eltérő színvonala (illetve országon belüli differenciálódása) és az egészségi állapot (illetve a halandóság) szintje között, majd ebben a keretben értelmezzük a hazai középgenerációk kiemelkedően magas halandóságát.

A részfeladat eredményeit két tanulmánykötet tartalmazza. Az első *Kettős szorításban: A középgenerációk élete és egészsége* címet viseli, és a Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási jelentések sorozatában, annak 74. köteteként jelent meg. Kilenc szerző tanulmánya¹ szerepel benne, s ezek a magyar népesség egészségi állapotára vonatkozó információk gyűjtéséről és értékeléséről, valamint a népesség egészségét és halandóságát befolyásoló két külső tényezőről (közúti közlekedés és környezet) szólnak, illetve a különböző szempontok szerint csoportosított hazai résznépességek (középkorúak, társadalmi csoportok, kistérségek) halandóságának jellemzőit vizsgálják.

A második (jelen) kötet a KSH Népeségtudományi Kutatóintézete két munkatársának három-három tanulmányát tartalmazza, amelyek a halandóság témakörében végzett további kutatási eredményeket adják közre. Az első kötethez képest itt nagyobb szerephez jut az időbeli, a térbeli, valamint a módszertani perspektíva: a hazai mortalitás trendjének és helyzetének elhelyezése az európai országok között, illetve az összefüggések elemzését megalapozó nemzetközi irodalom kritikai összefoglalása.

¹ Daróczi Etelka (szerk.) (2003): *Kettős szorításban: A középgenerációk élete és egészsége* című kötet (KSH NKI, Budapest) a következő tanulmányokat tartalmazza: Gárdos Éva (A népesség egészségére vonatkozó információk kritikai értékelése), Gaudi István (A Nemzeti Rákregiszterről), Kiss József – Boncz Imre (A rokkantság mint az egészségi állapot indikátora), Holló Péter (A közúti balesetek alakulása, szerkezete és tanulságai), Antal Ilona (Környezetünk hatása egészségi állapotunkra), Csizmadia Péter (A középkorúak egészsége az OLEF2000 eredményei alapján), Daróczi Etelka (A középkorúak halandósága nemek és főbb halálokok szerint), Kovács Katalin (Társadalmi rétegződés és mortalitás), Hablicsek László (Térségi halandósági különbségek a középkorúak körében).

A kötet bevezető írása történeti áttekintést nyújt arról, milyen szerepet játszott a népesség *demográfiai összetétele*, illetve *az egyes halálokok változó súlya* abban, hogy a volt szocialista országokban az életesélyek a 20. század harmadik harmadában nemcsak a fejlett északi és nyugati államokhoz vagy a dél-európai országokhoz viszonyítva, hanem saját korábbi trendjeikhez képest is kedvezőtlenül alakultak. Az elemzés Európa 43 országára vonatkozóan mutatja be a férfiak és a nők halandóságának nemek, életkori csoportok (csecsemők, fiatalok, középkorúak és idősek) és főbb halálokok szerinti alakulását, nagyrészt *Vallin és Meslé (2001)* nemzetközi összehasonlító tanulmányára támaszkodva, illetve annak eredményeit továbbvezetve. Az írásból kiderül, hogy a Kelet-Nyugat választóvonal nemcsak annak következtében vált élessé Európa halandósági térképén, mert a volt szocialista országokban egyöntetűen kedvezőtlenül alakultak az életesélyek (mindenekelőtt a „szív- és érrendszeri forradalom” elmaradása miatt), hanem azért is, mert a mediterrán országokban látványos javulás következett be. A rendszerváltás új törésvonalat hozott létre a halandóság terén is fordulatot mutató „visegrádi négyek” és a többi volt szocialista ország között, ahol a halandóság továbbra sem csökken, hanem esetenként (például Oroszországban) határozottan emelkedik.

A második tanulmány az elsőben felvetett kérdést viszi tovább. A hazai mortalitási viszonyokra magyarázatot keresve Daróczi Etelka többtényezős vizsgálattal elemzi az európai országok között a 20. század végére kialakult halandósági különbségeket. A hangsúly itt nem a demográfiai, hanem a *makroszintű gazdasági és társadalmi* tényezők hatásának kimutatásán van. Az eredmények szerint az egy főre jutó GNP-vel mért általános gazdasági fejlettség önmagában igen jelentős mértékben „magyarázza” a születéskor és a 65 éves életkorban várható élettartam országok közötti differenciáit. E hatás kiszűrése után egyedül az életszínvonal (azaz a jövedelem, illetve a fogyasztás) *egyenlőtlenségi mutatója* volt egyértelműen összefüggésbe hozható a nők és a férfiak általános és időskori halandósági szintjével egyaránt. A munkanélküliség, az iskolázottság, az egészségügyi ellátás és a dohányzás makroszintű mutatói közül egyedül az orvosok népességre vetített száma jelent meg a magyarázó változók között, mégpedig csak a nők általános és időskori halandóságának hatótényezőjeként, az orvosellátottságot ezért jellegzetesen női hatótényezőnek nevezi a szerző.

A jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás közötti kapcsolat gazdag irodalmának kritikai áttekintését adja Kovács Katalin tanulmánya. Az egymással vitázó nézetek és kutatási eredmények szemléletes bemutatása után összefoglalásképpen megállapítja, hogy „Richard Wilkinson eredeti tétele, vagyis hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintje statisztikailag bizonyíthatóan növeli a mortalitás szintjét, nem bizonyult igaznak. Jelentése ez ugyanakkor, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségeknek nincs hatása a mortalitásra? Semmiképpen. A jövedelmi egyenlőtlenségek szintje a jóléti államok különbségeinek még

olyan durva eszközökkel való számbavétele esetén is, mint a nemzeti jövedelem, befolyásosnak bizonyult a csecsemőhalandóság nagyságát illetően (...). Az olyan országokban pedig, ahol valamiféle kulturális homogenitás az ország egészére nézve feltételezhető, és az ország felbontható olyan nagy területi egységekre, amelyeken belül a jövedelmi egyenlőtlenségek szintje markánsan különbözik (mint Nagy-Britannia vagy az Egyesült Államok), a jövedelmi egyenlőtlenségek általánosságban, de legalábbis a középkorúak között hatást gyakoroltak a halálozás általános szintjére is.” (97. oldal.)

Az ezredforduló Magyarországon élő középkorú férfiak és nők társadalmi és területi csoportjainak halandósági különbségeit elemzi a negyedik tanulmány. Az iskolai végzettség öt fokozata és a megyék szintjén végzett vizsgálat újdonsága, hogy az élet-esély differenciáit a vertikális és a horizontális dimenzió mentén nemcsak külön-külön, hanem egymással kombináltan is kimutatja. Ezzel lehetővé válik, hogy a halandóság földrajzi különbségeit a társadalmi hierarchia szintjétől függetlenül (az iskolai végzettség foka szerint), illetve a társadalmi különbségeket a tágabb lakóhelytől függetlenül (megyénként) kimutassa. A halandóság területi különbségei korántsem csupán a megyék eltérő társadalmi összetételéből fakadnak, hiszen az eltérések az azonos végzettségűek között is jelentősek: a magasabb iskolai végzettségűektől az iskolázatlanok felé haladva egyre nagyobbak. Ez mindkét nem esetében fennáll. Ha tehát a társadalmi státust és a lakóhelyet egyaránt figyelembe vesszük, a nők körében is igen jelentős halandósági differenciákat találunk. Indokolt tehát, hogy a férfiaknak a nőknél magasabb halandósága és egy-egy (egymástól elszigetelt) dimenzió mentén mért élesebb különbségei ne tereljék el a figyelmet a női halandóság erőteljes társadalmi különbségeiről.

A következő tanulmány újabb dimenzióval bővíti a differenciális halandóság elemzését. Kovács Katalin a nőtlenek/hajadonok, illetve az özvegyek és az elváltak házasokhoz viszonyított halandósági többletének magyarázó modelljeit és nemzetközi kutatási eredményeit mutatja be, majd a magyarországi különféle nem házas csoportok házasokhoz viszonyított mortalitási esélyeinek változásait elemzi, standardizált halálozási arányszámok segítségével. A témának az ad különös jelentőséget, hogy a családi állapot szerinti halandósági különbségek nemcsak jelentősek, hanem az elmúlt másfél évtized során tovább növekedtek. A szerző azzal a gondolattal zárja dolgozatát, hogy bár „...Magyarországon a nem házasok többlethalálozása relatív értelemben véve hasonló mértékű, mint amit más országokban lehet tapasztalni, az abszolút értelemben vett különbségek nagysága miatt ezek az 'átlagos' különbségek az egészségi állapotot és az életesélyeket tekintve olyan mértékű hátrányokat takarnak, amelyekre megkülönböztetett figyelmet érdemes fordítani.” (174. oldal.)

A demográfiai jelenségek, köztük a halandóság differenciáinak vizsgálata és megértése jellegzetesen interdiszciplináris megközelítést kíván. Ehhez kapcsolódik a

kötet záró tanulmánya, amelyben Kovács Katalin azt az izgalmas elméleti és módszertani kérdést firtatja, hogyan lehet a Betegségek Nemzetközi Osztályozásában szereplő, különféle orvos-diagnosztikai szempontok szerint rendszerezett halálokokat olyan szociológiai szempontú elemzésben hasznosítani, amely a társadalmi folyamatok és az ok-specifikus halálozás közötti esetleges összefüggésekre világítana rá. Következtetése egyértelmű: „A szociológiai orientációjú mortalitás-elemzéseknek el kell szakadniuk a haláloki regisztráció logikája diktálta rendszerezéstől, és a halálokok rugalmas, de demográfiai szempontból is megalapozott csoportosításával kell új irányokat találniuk. A nemzetközi szakirodalom – tanulmányunkban korántsem teljes – áttekintése arra ösztönözhet minket, hogy bizonyos haláloki csoportokat bátran vizsgáljunk társadalmi folyamatokkal vagy jellegzetességekkel összefüggésben. Más esetekben saját [magyarországi], jó minőségű haláloki adataink elemzésével járulhatnánk hozzá ma még nyitott kérdések elméleti megválaszolásához.” (197. oldal.)

A szerzők őszintén remélik, hogy a kötet tanulmányaiban foglalt eredmények és a kijelölt új kutatási irányok előbbre viszik a halandóság összefüggéseinek sokoldalú és elmélyült feltárását.

Daróczy Etelka
témavezető

Európa kelet–nyugati megosztottsága az életesélyek terén

Daróczy Etelka

Bevezetés

A várható élettartam tekintetében a 21. század elején is jelentősek az európai országok közötti különbségek, ám a magas halandósági szinteket az alacsonyaktól elválasztó képzeletbeli választóvonal ma nem ott van, ahol az 1950–1960-as években volt. A 20. század második harmadáig az északnyugat-európai (a skandináv és az atlanti) országok fölényesen vezettek Európa minden más országa előtt. A 20. század végére azonban a korábban elmaradónak számító dél-, észak- és egyes közép-európai-országok (Olaszország, Portugália, Spanyolország, illetve Finnország és Ausztria) rohamtempóban felzárkóztak az élenjárókhoz, míg a volt szocialista országok nemcsak velük, hanem saját kezdeti ütemükkel sem tartottak lépést, így nemcsak az élmezőnytől, hanem a derékhadtól is elszakadtak. Az évtizedekkel ezelőtti északkelet–délnyugat törésvonal eltűnt, és – az életesélyek terén is – kialakult az Európát kelet–nyugat irányban kettéosztó, csaknem észak–dél irányú törésvonal, amely gyakorlatilag a volt szocialista országok nyugati határainál húzódik. 2001 körül az egyes országokban a nők várható élettartama 71 és 84, a férfiaké 59 és 78 év között alakult (lásd a térképet a 39. oldalon).

Írásunkban – a hazai és főképp a külföldi szakirodalomra támaszkodva – arra keressük a választ, mikor, hogyan, milyen tényezők közreműködésével és mely lehetséges okok hatására alakult ki a 20. század végére az egyértelmű kelet–nyugati megosztottság a halandóság tekintetében (is), hogyan befolyásolta ezt a helyzetet a rendszerváltás, és mi várható a jövőben.

Trendek és trendváltások a születéskor várható élettartam alakulásában

Vallin és Meslé (2001) tanulmánya átfogóan és alaposan tárgyalja Európa halandóság szerinti megosztottságának átalakulását. A kérdést több oldalról vizsgálva azzal is kitűnik a hasonló tárgyú írások közül, hogy nem tömbyszerűen kezeli sem Kelet-, sem Nyugat-Európát, továbbá a rendszerváltás óta eltelt időszaknál jóval tágabb perspektívát kínál. A tanulmány Európa 43 országára vonatkozóan mutatja be a férfiak és a nők születéskor várható élettartamának alakulását 1950 és 1995 között, amelyet kiegészítettünk

az Európa Tanács 2001-ben és 2002-ben publikált demográfiai adattárában (*Recent demographic developments in Europe*) fellelhető legfrissebb adatokkal.

Vallin és Meslé (2001) a vizsgált európai országokat igen jó érzékkel nyolc régióba csoportosítja, régióként 4–7 országot összefogva. Az azonos régióba sorolt országok egyrészt földrajzilag összefüggő területet alkotnak, másrészt történelmi, politikai és kulturális téren is összetartoznak:

- *Észak-Európa* (Dánia, Finnország, Izland, Norvégia és Svédország);
- *Északnyugat Európa* (Belgium, Egyesült Királyság, Franciaország, Hollandia és Írország);
- *Középnnyugat Európa* (Ausztria, Luxemburg, Németország és Svájc);
- *Dél-Európa* (Görögország, Málta, Olaszország, Portugália és Spanyolország);
- *Közép-Európa* (Csehország, Bulgária, Lengyelország, Magyarország, Románia és Szlovákia);
- *a FÁK európai része és a balti országok* (Észtország, Fehéroroszország, Lettország, Litvánia, Moldova, Oroszország és Ukrajna);
- *Albánia és a korábbi Jugoszlávia* (Albánia, Bosznia és Hercegovina, Horvátország, Jugoszlávia, Macedónia és Szlovénia);
- *a kelet-mediterrán és a kaukázusi országok* (Azerbajdzsán, Ciprus, Grúzia, Örményország és Törökország).

Még ha akadnak is „rendellenesen” viselkedő csoporttagok és régiók közötti átfedések, az egyes országok halandóságának félévszázados trendje a régiókon belül szembetűnő hasonlóságot, a régiók között pedig nyilvánvaló eltéréseket mutat. Ez legvilágosabban a születéskor várható élettartam (e_0^0) 1950-es szintje és az 1965-ig tartó, illetve az ezt követő időszak alatti dinamikája tekintetében tűnik ki.

A legmagasabb (1950-es) e_0^0 szintről (férfiak 69–70, nők 71–74 év) induló Dánia, Hollandia, Izland, Norvégia és Svédország férfi lakosságának várható élettartama ötven év alatt 4–8 évvel, a nőké 6–9 évvel lett hosszabb, úgy, hogy a kezdeti lendületet körülbelül az 1970-es évek közepéig tartó megtorpanás, majd – Dánia kivételével – kisebb növekedés követte. 2000 körül a férfiak születéskor várható élettartama 74,7 (Dánia) és 78,0 év (Izland), a nőké 79,3 (Dánia) és 81,4/81,5 (Izland és Norvégia) között alakult ebben a csoportban.

Az 1950-ben közepes e_0^0 szintről (férfiak 62–66, nők 67–71 év) induló északnyugat-európai régió (a csoportátlagnál magasabb értékeivel kiugró Hollandia és a csoporttól elmaradó Írország kivételével), a közép-nyugat-európai régió minden tagja, továbbá északról Finnország, valamint délről Görögország és Olaszország az előző csoportnál jóval nagyobb növekmény ért el (a férfiak életesélyei 8–12 évvel, a nőkéi 11–15 évvel nőttek). A

növekedés főleg az 1960-as évek közepéig (nyugati csoport), illetve az 1970-es évek közepéig (déli csoport) volt erőteljes, ám ezt követően is viszonylag egyenletesen, és az északi csoportnál gyorsabban nőtt a várható élettartam. Ennek eredményeképpen ma már nincs kategorikus különbség az északi és a nyugati csoportok (illetve egyes déli országok) között. 2000 körül a férfiak születéskor várható élettartama 74,6 (Írország) és 77,4 év (Svájc), a nőké 79,6 (Írország) és 82,7 (Franciaország) között alakult ebben a csoportban.

Málta, Portugália és Spanyolország a közép-európai szocialista országokéhoz hasonló (még a Magyarországnál is alacsonyabb) szintről indult 1950-ben (férfiak 55–58, nők 60–63 év). Az 1960-as évekig tartó ugrásszerű, majd a lényegesen lassúbb, de továbbra is látványos javulás eredményeképpen Spanyolországban a férfiak, Portugáliában a nők születéskor várható élettartama mintegy 17–18 évvel hosszabbodott meg a 20. század második felében. A növekedés üteme csak az 1980–1990-es években hagyott alább. 2000/2001-ben a férfiak születéskor várható élettartama 73,6 (Portugália) és 76,4 év (Málta), a nőké 80,3 (Portugália) és 82,5 (Spanyolország) között változott, tehát már csak a férfiaknál mutatkozik némi elmaradás az északi és észak-nyugati országoktól.

A közép-európai régióba sorolt országok születéskor várható élettartamának trendjei az 1980-as évek végéig, tehát nagyjából a rendszerváltás időszakáig mutatnak feltűnően hasonló vonásokat. Mint ismeretes, ezekben az országokban az 1960-as évek közepéig tartó gyors ütemű javulást húsz–harminc éven át húzódo hanyatlás, illetve stagnálás követte. Csehországban, Magyarországon, Lengyelországban és Szlovákiában néhány évvel a rendszerváltás után kisebb-nagyobb javulás következett be, ezzel szemben Bulgáriában és Romániában felerősödött a korábbi kedvezőtlen folyamat. A szerzők megjegyzik: „A keleti országok mély egészségi válságának megoldásához nem elegendő tehát a kommunista rendszer felszámolása. Ez attól is függ, hogyan történik a piacgazdaságba való átmenet.” (Vallin–Meslé 2001: 45). Magyarország azonban így sem tudta behozni óriási lemaradását, saját csoportján belül még 2001-ben is inkább Bulgária és Románia születéskor várható élettartamához hasonló értékeket mutatott (1. táblázat).

1. táblázat
A férfiak és nők születéskor várható átlagos élettartama
a közép-európai országokban, 2001

Ország	Férfiak	Nők
Csehország	72,1	78,6
Lengyelország	70,2	78,3
Szlovákia	69,6	77,7
Bulgária	68,6	75,3
Magyarország	68,1	76,4
Románia	67,7	74,6

Forrás: Recent demographic developments in Europe (2002).

A FÁK európai országai és a balti államok halandósági trendjei meglehetősen sajtóosan, de egymással teljes szinkronban haladnak. Ugrásszerű (Spanyolországét is meghaladó) volt a születéskor várható élettartam növekménye az 1960-as évek közepéig, amit egy két évtizedig tartó zuhanásszerű visszaesés követett. Gorbacsov szeszital-ellenes kampánya (1984–1987) átmenetileg milliók életét hosszabbította meg, de a szigorítások enyhítése után (1987–1992) a várható élettartam a korábbi szintre esett vissza. Mindezt tetézték a politikai és a gazdasági rendszer szétesésének káros következményei, amelyek nyilván szerepet játszottak abban, hogy 1992–1994 között földcsuszamlásszerűen – minden korábbinál rohamosabban – emelkedett a halandóság, és csak az 1990-es évek közepén mutatkozik javulás. 2001-ben nemcsak a csoporton belül, hanem egész Európában Oroszországban volt a legalacsonyabb a férfiak várható élettartama (59,0 év), a csoportmaximumot pedig Litvánia (65,9 év) érte el. Ugyanebben az évben a nők Moldovában éltek a legrövidebb ideig, átlagosan 71,9 évet, ami alig haladja meg a török nők európai minimumát, és még Oroszország értékétől is elmarad. A csoporton belüli leghosszabb várható élettartamot a nőknél is Litvánia (77,4 év) érte el.

A szerzők által *balkáni országoknak is nevezett csoport (Albánia és a szocialista Jugoszlávia utódállamai)* halandóságának 1950 utáni alakulása inkább a dél-európai, mint a közép-európai trendekhez közelít. Szlovénia kivételével (e_0^0 : férfiak 58, nők 63 év) igen alacsony – Portugáliánál is mélyebb – e_0^0 szintről (férfiak 47–55, nők 50–60 év) indultak, és 1990-re esetenként 20 évet meghaladó születéskori várható élettartam-növekményt értek el. E látványos eredményeket – amelyek nagyjából a csehországi szintre emelték ezen országokban az életesélyeket – jelentős mértékben lerombolták a háború veszteségei. 2000 körül a férfiak születéskor várható élettartama 69,7–72,4 év, a nőké 75,2–80,3 év között mozgott, a legkisebb értéket Bosznia és Hercegovina, a legmagasabbat Szlovénia érte el, mindkét nem esetében.

A kelet-mediterrán és kaukázusi csoporton belül kitűnik Törökország, amely minden más országnál alacsonyabb e_0^0 szintről indult (férfiak 42, nők 45 év), és a legnagyobb növekményt érte el. 1995-ben a török férfiak születéskor várható élettartama már megfelelt a magyar férfiakénak (bár ez csak Törökországra nézve hízelgő), és a török nők életkilátásai is jelentősen javultak, bár – Moldova után – még így is a második legalacsonyabbak voltak Európában (70,8 év). 1995 és 2000 között Törökországnak nemcsak a korábbi rendkívüli ütemet nem sikerült tartania, hanem az átlagos európai javulás mértékétől is elmaradt. 2001-ben csoportján belül mind a férfi (66,4 év) mind a női (71,0 év) e_0^0 tekintetében az utolsó helyen áll. Ciprus és a kaukázusi országok trendjeinek értékelését egyrészt az adatok hiányossága és bizonytalansága, másrészt a természeti és társadalmi katasztrófák nehezítik. A várható élettartamok viszonylag magas

induló szintjei feltehetően túlbecsültek, mivel akkoriban nem minden csecsemőhalálózást regisztráltak. Örményországban az 1988-as földrengés, Azerbajdzsánban a háború okozott rendkívüli többlethalálózást. Ciprus mindenestre 2000 körül magasan vezetett a csoporton belül mind a férfi (75,3 év), mind a női (80,4) születéskor várható élettartam tekintetben. A három kaukázusi országban (Azerbajdzsán, Grúzia és Örményország) a férfiak életesélyei hasonlóak (68,6–69,4 év), a nőkéi Azerbajdzsánban alacsonyok, Grúziában és Örményországban magasabbak (74,6–75,6 év).

Az európai országok félévszázados halandósági trendjeinek alakulását tehát egyrészt az jellemzi, hogy az 1950-ben élenjáró északi és északnyugati országokban a várható élettartamok növekedésének üteme korán (esetleg már az 1950-es, de többnyire az 1960-as években) lelassult, majd az 1970-es évek közepén–végén (Dánia kivételével) újabb lendületet vett. A közepes pozícióból induló középnyugati csoportban is voltak ugyan megtorpanások (Svájc kivételével), de a magasabb átlagos ütem eredményeként Németország és szomszédai lényegében ledolgozták elmaradásukat (Svájc az élvonalba került). A jövőre nézve fontos fejlemény, hogy – a várakozásokkal ellentétben – a már igen magas várható élettartamot elérő országok közül több helyen (például Franciaországban, Norvégiában, Svájcban vagy Svédországban) tovább tart – az 1990-es években sem lassult le – a javulás.

A közép-európai, a balti országok és a FÁK tagállamok az 1950–1960-as években elért kiváló eredményeik és a fejlettebb európai országokban tapasztalható megtorpanás következtében 1965-ben – a Moldovai Köztársaság és Oroszország kivételével – többé-kevésbé hasonló szinten álltak, mint a németajkú országok. Az ezt követő, mintegy húsz éven át tartó stagnálás vagy visszaesés valamennyi említett országra jellemző, de egymástól különböző mértékű lemaradást halmoztak fel. 1965 után tehát már nem teljesen párhuzamosan alakultak a halandósági trendek az egykori szocialista tábor országaiban. A szétválás az 1980-as évek közepén öltött határozott jelleget. A Szovjetunióban (illetve utódállamaiban) az 1984–1987-es kedvező fordulatot óriási zuhanás követte, és csak a vizsgált időszak legvégén (az 1990-es évek közepén) mutatkoztak a javulás jelei. Lengyelországban, Csehországban és Szlovákiában a rendszerváltás idején, Magyarországon néhány éves késéssel kezdett emelkedni a születéskor várható élettartam, míg Bulgáriában és Romániában a korábinál is kedvezőtlenebbre fordult a trend.

Dél-Európa országai a rendkívül gyors és többé-kevésbé töretlen élettartam-emelkedés hatására (Portugália kivételével) karnyújtásnyira kerültek az élenjáróktól. Alacsonyabb szinten, de hasonlóan alakult a trend Albániában és a korábbi Jugoszlávia utódállamaiban. A legnagyobb utat a kelet-mediterrán országok közül Ciprus és Törökország tette meg, az előző a legmagasabb észak-európai, az utóbbi – legalábbis a férfihalandóság tekintetében – a jóval alacsonyabb szinten megrekedt közép-európai szintet érte el a vizsgált időszak végére.

1995-ben a férfiak születéskor várható élettartama a 43 ország átlagában 69,3 év, a nőké 77,1 év volt. Ekkor a nők születéskor várható élettartama 22 országban érte el vagy haladta meg a 77 évet, 2000-re ezen országok száma 26-ra emelkedett. Közülük 1995-ben 19 országban, 2000-ben 20 országban a férfiak legalább 73 évre számíthattak. Az országoknak ebben a csoportjában nem nagy a szóródás. A többi, szám szerint 21, illetve 20 országban az életesélyek igen széles intervallumon belül, 1995-ben a férfiaké 59–71, a nőké pedig 71–79 év között, 2000-ben 59–72, illetve 72–76 között ingadoztak.

Összehasonlítva az 1965-ös helyzetet a 30 évvel későbbivel, különösen a férfiak születéskor várható élettartamának alakulása szerint csoportosulnak, illetve különülnek el az egyes országok egymástól. A legjelentősebb – átlagosan ötévnyi – élettartam-hosszszabodást az észak-, nyugat- és dél-európai országok érték el. A legnagyobb veszteséget – szintén átlagosan öt évet, csak ellenkező előjellel – a volt Szovjetunió országainak (a kaukázusi köztársaságok kivételével) kellett elszenvedniük. Az országok harmadik csoportjánál, azaz a közép-európai és a kaukázusi országoknál alig történt változás, ha az 1995-ös évet csak az 1965-össel vetjük össze. A nők életesélyei tekintetében kevésbé mélyült a kelet–nyugati szakadék, mivel sem az előre-, sem a visszalépés nem volt olyan jelentős, mint a férfiaknál.

Mint a fentiekben láthattuk, a kelet–nyugati megosztottság kialakulásához nemcsak a közvetlenül érintettek halandóságának egymástól eltérő alakulása, hanem a dél-európai és a kelet-mediterrán országok kiemelkedő eredményei is hozzájárultak. Szükséges ugyanakkor megjegyezni, hogy egyrészt maradtak lényeges eltérések a nyugati csoporton belül (feltűnő Dánia és Portugália saját csoportján belüli lemaradása), míg keleten újak is keletkeztek, amelyek közül a legmarkánsabb Oroszország leszakadása.

Az életkorok szerinti halandóság alakulása és szerepe a várható élettartam változásában

A csecsemőhalandóság meredeken és szinte töretlenül csökkent Európa majdnem minden országában a 20. század második felében. Kivételt jelent Románia, ami az 1968-as, előkészületek nélkül bevezetett abortusztilalommal, illetve az ennek következtében kialakult „baby boom”-mal hozható összefüggésbe. A korábbi Szovjetunió országaiban, illetve utódállamaiban is megfigyelhetők kitüremkedések a lefelé haladó trendvonalon – egyrészt az 1970-es években, másrészt a balti államokban a függetlenné válás után –,

ezek azonban az élveszületés nemzetközi kritériumainak¹ bevezetésével kapcsolatosak, vagyis nem tényleges változást tükröznek.

Érdemes megjegyezni, hogy a csecsemőhalandóságnak a csökkenése azokban az országokban is gyors volt, amelyekben annak szintje már 1950-ben is alacsonyan állt; tehát az országok csoportjai közötti különbségek hosszú ideig megmaradtak. Csökkenetek viszont a különbségek az északi, a közép- és az északnyugat-európai régiókn belül, Dél-Európa pedig felzárkózott e régiókhöz: 1995-ben *Észak- és Középanyugat-Európában* 4–6, *Északnyugat-Európában* 6–7, *Dél-Európában* 6–9 ezrelék volt a csecsemőhalandóság. 2001-ben már az egyes régiók sem különültek el markánsan egymástól, mindenütt 3–6 ezrelék között mozgott a csecsemőhalandóság.

Közép-Európában az 1960-as években, *a korábbi Szovjetunióban* pedig az 1970-es években – a nyilvántartási változtatásokon túlmenően is – lassult a csecsemőhalandóság csökkenése, tehát nemcsak a középkorúak növekvő halandósága járult hozzá a születéskor várható élettartam hosszabbodásának megtorpanásához. Ebben a két országcsoportban nagy a szóródás: 1995-ben Szlovénia vezetett 5,6 ezreléssel, míg Macedóniában, Moldovában és Romániában 21–23 ezreléket ért el a csecsemőhalandóság.² 2001-ben Csehország vette át a vezetést 4,0 ezreléssel, míg a sereghajtó Oroszország (14,6 ezrelék), Románia (15,1 ezrelék) és Moldova (16,3 ezrelék).

2. táblázat
Csecsemőhalandóság 2001-ben néhány volt szocialista országban

<i>Ország</i>	<i>Ezrelék</i>	<i>Ország</i>	<i>Ezrelék</i>
Csehország	4,0	Litvánia	7,8
Szlovákia	6,2	Észtország	8,8
Lengyelország	7,6	Fehéroroszország	9,1
Magyarország	8,1	Lettország	11,0
Bulgária	13,8	Oroszország	14,6
Románia	15,1	Moldova	16,3

Forrás: Recent demographic developments in Europe (2002).

A *kelet-Mediterrán* országok közül Cipruson és Törökországban hasonlóan gyors ütemben csökkent az egy éven aluliak halandósága, így saját csoportjukon belül 1995-ben is a két szélső értéket képviselték 8,5, illetve 44,5 ezreléssel, 2001-ben pedig

¹ A hazánkban is alkalmazott szigorú WHO-kritériumok szerint az élet bármely megnyilvánulása (például izomrángás vagy a köldökzsinór pulzálása) esetén a csecsemőt élveszülöttnek kell tekinteni. Ahol például csak a légzést tekintik az élet jelének, vagy nem számítják az élveszülöttek közé a néhány órát, esetleg egy-két napot élt csecsemőt, ott a kimutatott csecsemőhalandóság szintje alacsonyabb, mint a szigorú kritériumok alkalmazása esetén (ténylegesen) lenne. A probléma korábban más országok (például Csehország, Belgium, Franciaország, Spanyolország) statisztikáit is érintette.

² Megjegyzendő, hogy 1950-ben, az e téren akkor is vezető Svédországban volt hasonló, 21,9 ezrelék a csecsemőhalandóság.

4,9 és 38,7 ezrelékkal. Az utóbbi érték egész Európát tekintve kiugró. A csecsemőhalandóság országos átlagos értékei 2001 körül 2,7 és 38,7 ezrelék között szóródtak (lásd a térképet a 40. oldalon).

A csecsemőhalandóság jelentős csökkenésével egyre nagyobb jelentőségre tesznek szert a várható élettartam meghosszabbodásában a *magasabb életkorok* elhalálozási valószínűségeinek trendjei, amelyek igen változatosak. Egyrészt egyes életkorokban jóval nagyobb volt a javulás, mint másokban, másrészt az időszakok eltérőek voltak abban a tekintetben, hogy melyik életkorokat érintették a legkedvezőbben. A különbségek nemcsak az országok, hanem a nemek között is megmutatkoznak. Általában mégis elmondható, hogy a gyermek- és a serdülőkorúak halandósága csökkent a legnagyobb mértékben, és a nőké jobban, mint a férfiaké. A középkorúak halandóságának szintje – országonként különböző mértékben, időszakban és ideig – inkább romlott vagy stagnált, mintsem javult, a legidősebbek életesei viszont az idő előrehaladtával egyre jobbak lettek.

Annak a kérdésnek a megválaszolására, hogy a korszecifikus elhalálozási valószínűségek változatos alakulása milyen szerepet játszott a keleti–nyugati választóvonal kialakulásában, az idézett szerzők (*Vallin–Moslé 2001*) *nyolc ország: Csehország, Dánia, Franciaország, Jugoszlávia, Németország, Olaszország, Oroszország és Svédország* adatait vették közelebről szemügyre. Ezek elvben a korábban elhatárolt régiókat lettek volna hivatottak képviselni. A keleti mediterrán (kaukázusi) országok azért maradtak képviselő nélkül, mert kevésnek bizonyult az elemzésbe vonható megbízható adat, ugyanakkor az északi csoportból Svédország mellett Dánia is bekerült, mivel életesei a nyugatiakra jellemzőktől eltérően alakultak.

Az észak-európai csoport élenjáró képviselője Svédország. Érdekes módon 1965 és 1980 között a felnőttek életesei itt egyáltalán nem javultak, ám 1995-ben a 80–84 évesek elhalálozási valószínűsége több, mint 20%-kal, a 90–94 éveseké pedig több, mint 10%-kal volt alacsonyabb, mint 1950-ben. Dániában a férfiak közül csak a 35 éven aluliak halandósága csökkent töretlenül az 1950 és 1995 közötti időszakban, a 35–74 évesek elhalálozási valószínűsége 1995-ben alig különbözött az 1950-es értékektől. Ezen belül az 50–74 évesek halandósága 1950 és 1965 között emelkedett, majd 1980-ig stagnált, az 1995-ig tartó csökkenés pedig csak az 1950-es szint elérésére volt elegendő.

Az északnyugat-európai országok közül Franciaországban igen jelentősen, mintegy 90%-kal csökkent a 0–4 évesek halandósága 1950 és 1995 között. A fiatal felnőttek – főképp a férfiak – életesei azonban kevésbé javultak, mint a 60 éven felülieké. 1950 és 1965 között az 55–70 éves, 1965 és 1980 között a 40–50 éves, 1980 és 1995 között pedig a 25–40 éves férfiak elhalálozási esélyei alig változtak. További sajátosság, hogy a 20 év körüli férfiak halandósága – főképp 1965 és 1980 között – semmiféle csökkenést nem mutatott. Ebben az életkorban a közúti balesetek miatti halandóság fel-

emésztette a fertőző betegségek visszaszorulása következtében a második világháború és 1980 között elért nyereséget. Ezzel szemben a nők esélyei – különösen a reprodukív életkor felett – gyors ütemben javultak. A fejlett egészségkultúrával rendelkező európai országok közül 2000-ben Franciarszámban volt a legnagyobb a két nem születéskor várható élettartama közötti különbség ($82,7-75,2 = 7,5$ év).

A középnyugat-európai régiót képviselő Németország korszpecifikus halandóságának alakulása közel áll a svéd mintához, bár voltak időszakok, amikor a fiatal férfiak halandósága – szintén a közúti balesetek következtében – stagnált, továbbá 1950 és 1965 között a hatvanas-hetvenes éveikben járó férfiak életésélyei átmenetileg romlottak.

Dél-Európában az olasz nők halandósága a francia nőkéhez hasonlóan alakult, különösen az 50 és 75 év közöttiek kilátásainak látványos javulását illetően. A férfiak trendjei inkább a németekéihez állnak közel, mivel 1950 és 1965 között itt is emelkedett a 60–70 évesek elhalálzási valószínűsége.

A közép-európai régiót képviselő Csehország jól példázza azt a trendváltást, amely a volt szocialista országokban lezajlott. Az 1950 és 1965 közötti látványos javulást jellemzi, hogy ekkor a gyermekhalandóság javulása erőteljesebb, mint Svédországban, és valamennyi 50 év alatti korcsoportban jelentős. Ezzel szemben 1965 és 1980 között a férfigalandság emelkedett, és a 40 éven felüli nők életkilátásai nem javultak. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy az 1980 és 1995 közötti időszakban már mind a férfiak, mind a nők körében észrevehetően javultak a túlélési esélyek, pedig ez nem minden egykori szocialista országban volt így.

Oroszország példája meglehetősen sajátos. 1950 és 1965 között mindegyik fent említett országnál kedvezőbb trendet mutatott valamennyi életkor elhalálzási valószínűsége, de a következő 15 éves periódusban a 30 éven felüli férfiaknál elveszett a teljes nyereség, a 10 és 30 év közöttieknél pedig annak egy része. Valójában csak a kisgyermek halandósága maradt meg az 1965-ös szinten. A legdrámaibb változás mégis 1980–1995 között történt. A férfiak közül csak a legfiatalabbak tudták megőrizni az 1950-et követő nyereséget. A 40 éves férfiak és a 40–60 közötti nők elhalálzási valószínűsége 60%-kal magasabb volt 1995-ben, mint 1950-ben.

Jugoszlávia halandósági trendjében is élesen elkülönül az 1950–1965 és az ezt követő időszak. Az első periódusban – a legkisebb gyermekek kivételével – még az oroszországinál is gyorsabban csökkent a halandóság. 1965 után azonban a férfiaknál teljesen megállt a javulás. A nők esetében 1965 és 1980 között még volt némi előrelépés, de 1980 és 1995 között már semmi.

Összefoglalásképpen elmondható, hogy *1950-ben* a különböző európai régiókat reprezentáló országok közül Oroszország és Jugoszlávia korszpecifikus halandósága nagyjából hasonló volt, és inkább a fejlődő országok mintáját, mint a fejlett európai

országok jellemzőit mutatta. A 0–4 évesek halandósága csaknem kétszerese volt a nyolc ország átlagának, de az eltérés az életkor növekedésével csökkent, Jugoszláviában nagyobb ütemben, mint Oroszországban. A szülőképes korú nők halandósága azonban Jugoszláviában lényegesen meghaladta a hasonló korú oroszországi nőkéét. Saját régiójának átlagához Csehország (ekkor Csehszlovákia része) és Olaszország állt a legközelebb, Svédország és Dánia pedig a legtávolabb, különösen a felnőtt férfiak alacsony halandósága miatt.

1965-re teljesen megváltozott a kép. Oroszország behozta a gyermekek halandósága terén mutatott lemaradását, míg Jugoszlávia továbbra is messze elmaradt a többiektől. A felnőttek életesélyei viszont Jugoszláviában javultak jelentősen, különösen a férfiaké. Oroszországban a 25–40 éves férfiak elhalálási valószínűsége továbbra is jóval meghaladta a nyolc ország átlagát. Ettől eltekintve általában az országok közötti különbségek jelentős csökkenése tapasztalható.

1965 és 1980 között a közeledést távolodás váltotta fel, és ez a folyamat 1980 után felerősödött. A legszembetűnőbb a magas oroszországi halandóság: 1995-ben a 35–39 éves férfiak elhalálási valószínűsége az átlag három és félszerese, a 15–24 éves nőké pedig az átlag két és félszerese. A többi ország között is nőttek a különbségek, például Svédország és Olaszország, vagy Jugoszlávia és a Csehország (Csehszlovákia nyugati fele) között, Dánia pedig sokat veszített előnyéből. A fiatal nők és férfiak halandósága tekintetében a saját csoportján belül Franciaország ekkor elég rosszul áll, ám az idősebb francia női korosztályok életesélyei kimagaslóak.

A második világháború utáni három időszak (1950–1965, 1965–1980, 1980–1995) lényeges eltérést mutatott abban a tekintetben, hogy a főbb életkori csoportok (0, 1–14, 15–29, 30–59, 60–74, 75+) elhalálási valószínűségeinek alakulása milyen mértékben befolyásolta a születéskor várható élettartam változását.

Az első periódusban azokban az országokban nőtt a születéskor várható élettartam a legnagyobb mértékben, amelyek a legelmaradottabbak voltak. Oroszországban 15 év alatt (1950-től 1965-ig) a férfiak esélyei 12,8, a nőké 13,4 évvel javultak. Jugoszláviában a megfelelő értékek 11,9 és 11,7 évet tettek ki. A rangsor másik végén, Svédországban és Dániában a férfiak várható élettartama kevesebb mint két évvel, a nőké három, illetve négy évvel nőtt. Érdekes azonban, hogy bár a növekmények igen eltérő nagyságúak, mindenhol a csecsemőhalandóság csökkenése játszotta a döntő szerepet. Oroszországban, Jugoszláviában és Olaszországban ezen kívül a 1–14 évesek halandóságának csökkenése is jelentős (1,5–5,8 évnyi) növekményt eredményezett a születéskor várható élettartamban.

Ezzel szemben a harmadik időszakban (1980–1995) a csecsemő- és gyermekhalandóság csökkenése – annak ellenére, hogy a legtöbb országban változatlan ütemben

folytatódott – már csak marginális hatást gyakorolt, míg a felnőtt, különösen a magasabb életkori halandóság csökkenése a várható élettartam további hosszabbodását tette lehetővé. Kivétel ez alól Jugoszlávia, ahol a magasabb életkorokban nem történt semmi változás, valamint Oroszország, ahol nincs javulás a várható élettartamban.

Fontos kiemelni, milyen fontos szerepet játszott – különösen a nők körében – a 75 éven felüliek életésélyeinek javulása Olaszországban, az NSZK-ban, Svédországban, és főképp Franciaországban. A francia nők várható élettartama ez alatt a 15 év alatt 3,6 évvel hosszabbodott meg. Ennek jelentős része (1,5 év) egyedül a 75 éven felüliek javuló kilátásainak köszönhető. A 60 éven felüliek halandóságának csökkenése pedig nemcsak a nők, hanem a férfiak várható élettartamának meghosszabbodásában is döntő szerepet játszott mindazokban az országokban, amelyek az 1980–1995 közötti időszakban élenjárók voltak.

3. táblázat
A születéskor várható élettartam és változása (év)
1980–1995 között egyes élenjáró európai országokban

Ország/Nemek	Férfiak				Nők			
	1980	1995	Teljes változás	Ebből a 60+ évesek halandóságának csökkenése miatt	1980	1995	Teljes változás	Ebből a 60+ évesek halandóságának csökkenése miatt
Csehország	67,2	70,0	2,8	1,2	71,0	76,9	5,9	1,5
Dánia	71,2	72,7	1,5	0,6	75,3	77,9	2,6	-0,0
Franciaország	70,2	73,9	3,7	2,0	78,4	82,0	3,6	2,4
NSZK	69,6	73,3	3,7	1,7	76,1	79,7	3,6	1,9
Olaszország	70,8	74,3	3,5	1,8	77,7	80,7	3,0	2,0
Svédország	72,8	76,3	3,5	1,7	78,9	81,4	2,5	1,7

Forrás: Vallin–Moslé (2001) alapján.

Oroszország egészen más utat járt be. A csecsemőhalandóság terén elért csekély javulást teljesen elnyomta a felnőttkori halandóság emelkedése. Annyiban mégis hasonló (bár ellenkező előjelű) a helyzet, hogy sokkal inkább a 30–59 évesek, mint a hatvanon felüliek halandóságának emelkedése miatt csökkent a születéskor várható élettartam.

Összefoglalásként elmondható, hogy a 20. század második felében a várható élettartam növekedésének alapvető forrása áttevődött a csecsemő- és fiatalkori halandóság csökkenéséről a hatvan éven felüliek életkilátásainak javulására. A haladásnak ehhez az új forrásához az egyes országok eltérő mértékben jutottak hozzá, sőt, a Szovjetunió előtt gyakorlatilag elérhetetlen maradt.

A fő halálokok trendjeinek alakulása és szerepe a várható élettartam változásában

Az országok közötti halálloki összehasonlítást nehezíti a BNO (Betegségek Nemzetközi Osztályozása) többszöri revíziója és az, hogy az országok különböző időpontokban vették be a legújabb revíziót. Ezt a nehézséget csak úgy lehet áthidalni, hogy a betegségek olyan tág osztályaival dolgozunk, amelyeket az egymást követő felülvizsgálatok kevésbé befolyásoltak. Vallin és Meslé említett munkájában öt átfogó betegségcsoportba rendezi a BNO-ban felsorolt valamennyi esetet. Ezek a következők:

- *fertőző betegségek és légzőszervi betegségek* (1. és 8. fejezet);
- *daganatok* (2. fejezet);
- *a keringési rendszer betegségei* (szív- és érrendszeri, valamint agyérbetegségek: 7. fejezet);
- *egyéb betegségek* (a 16. és a 17. fejezet kivételével minden más fejezet);
- *erőszakos halálokok* (balesetek, mérgezések, öngyilkosságok és gyilkosságok: 17. fejezet).

A 16. fejezet az ismeretlen, illetve rosszul meghatározott okokat tartalmazza, az ide sorolt eseteket felosztották a fenti öt csoport között.

Az elemzés – az országok közötti összehasonlítás biztosítása érdekében – a WHO által javasolt standard európai korösszetételű népességre átszámított halálozási arányszámok alapján történt.

A fertőző és a légzőszervi betegségek miatti halandóság az 1950 és 1995 közötti időszak egészét tekintve jelentősen csökkent, különösen azokban az országokban, ahol az ötvenes években még magas volt: Finnországban, Középnyugat-Európában, Dél-Európában és a volt Jugoszláviában. A közép-európai országokban eleinte lassabb volt a javulás, ami az 1970-es évek közepétől gyors tempóra váltott. A skandináv országokban (Svédország, Norvégia és Dánia) és Hollandiában már az időszak elején alacsony volt a betegségcsoport halandósága, és azóta alig javult. A legutóbbi időben két egymástól lényegesen különböző okból nőtt a fertőző betegségekben szenvedők halandósága: Hollandiában és Svájcban az AIDS terjedése, míg a volt Szovjetunióban az 1992–93-as társadalmi-gazdasági válság következtében.

A volt szocialista országokban egyöntetűen az 1960-as évek közepén megkezdődött epidemiológiai krízist tehát egyáltalán nem a fertőző betegségek térnyerése idézte elő, éppen ellenkezőleg: a fertőző betegségek miatti halandóság csökkenése az 1960-as évek végétől gyorsult fel.

A rákhalandóság trendje szinte teljesen kiegyensúlyozott, mentes a rövid távú ingadozásoktól, és a fentiekben elhatárolt nyolc régión belül általában kicsik az országok közötti különbségek. A régiók közötti eltéréseket alapvetően az induló szintek hatá-

rozzák meg. A magas szintről induló észak-európai országokban – Dánia kivételével – folyamatos a csökkenés, míg a kezdetben viszonylag alacsony szinten álló Dél-Európában általános a rákhalandóság emelkedése. Nyugat-Európa köztes helyet foglal el, az 1980-as évek közepéig romlott a helyzet, majd – országonként eltérő időpontban és mértékben – megindult a javulás. A közép-európai országok többsége a dél-európai emelkedő trendet követi, Bulgária és Románia a többiekénél alacsonyabb szinten. A rákhalandóság tehát hozzájárult a kelet–nyugati választóvonal megerősödéséhez, bár ehhez hozzá kell tenni, hogy az utóbbi évek emelkedő rákhalandósága részben az egyre korszerűbb diagnosztikának, a betegség korábbi, gyakoribb felismerésének tudható be.

A legmarkánsabb regionális különbségek a *szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság* terén jelentkeznek. Az úgynevezett nyugati csoport mindegyikében csökkenő a trend, de a csoport országai között jelentősek az indulási időnek és a lefutás ütemének a különbségei. Az észak-európai országok körében Finnország felzárkózása, azaz csoporton belüli konvergencia tapasztalható. A közép-nyugat-európai csoport divergenciát mutat: Svájcban sokkal gyorsabb a javulás, mint a (többi) németajkú országban. Dél-Európában jóval később, csak az 1970–1980-as években kezdődött el a szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság csökkenése. Görögország ettől is eltérést mutat: csoportján belül a legalacsonyabb szintről indult, de a hosszú stagnálás, sőt, az átmeneti emelkedés miatt az időszak végére a legmagasabb szinten álló Portugáliához került a legközelebb.

Az úgynevezett keleti csoportban mindenütt kedvezőtlen és meglehetősen egyseges a változás iránya, legalábbis a rendszerváltás előtti időkben. Az 1960-as évek közepétől az 1980-as évek közepéig lassan, de érezhetően nőtt a szív- és érrendszeri halandóság. Ezt követően Romániában és Bulgáriában tovább romlott a helyzet, ám Lengyelországban, Csehországban és Szlovákiában javulni kezdett, és Magyarországon sem emelkedett tovább a mutató. A volt Szovjetunió országainak szív- és érrendszeri betegségek miatti halandósága egymáshoz igen hasonlóan és az általános halandóság szintjével szinte párhuzamosan alakult: gyors és egyenletes növekedés 1965 és 1984 között, csökkenés 1985 és 1987 között, majd hirtelen emelkedés 1992–1993-ban. „A szív- és érrendszeri halandóság tehát nemcsak a kelet-európai országok epidemiológiai válságának fő tényezője, hanem a Közép-Európa és a volt Szovjetunó országai között megfigyelt különbségek fő oka is. Közép-Európában nyoma sincs azoknak az 1980-as évekbeli ingadozásoknak, amelyeket a Szovjetunióban Gorbacsov alkohol-ellenes kampánya és annak bukása okozott, és úgy tűnik, megtalálták a kátyúból kivezető utat, míg az utóbbi országokban az epidemiológiai krízis az 1992–1993-as társadalmi-gazdasági válsággal érte el tetőpontját. Egyúttal érdemes megjegyezni, hogy ebből a szempontból

a három kaukázusi ország (Azerbajdzsán, Grúzia és Örményország – D. E.) határozottan eltér az orosz mintától.” (Vallin–Moslé 2001: 101.)

Az erőszakos halálokok (mint például a közúti balesetek, az öngyilkosság és a gyilkosság) nem nagy gyakoriságuk miatt érdemelnek különös figyelmet, hanem azért, mivel szoros összefüggést mutatnak a társadalmi és egyéni viselkedés módjával, amely pedig erősen függ a társadalmi berendezkedéstől és annak változásától. Ráadásul a volt Szovjetunió országaiban a legtöbb alkoholos eredetű betegség miatti halálozást ebbe a kategóriába sorolják mint „alkoholmérgezést”.

Az 1950-es és az 1960-as években az úgynevezett nyugati csoport legtöbb országában nőtt, vagy legalábbis nem csökkent az erőszakos eredetű halandóság. A hetvenes években fordult meg a trend, és azóta jelentős a javulás. A legkedvezőbbben az északi és a németajkú országokban alakult a helyzet, mivel a kezdeti növekedés szerény, az azt követő javulás erőteljes volt. Az általánosan jellemző képből Finnország és Dánia „lóg ki”. Finnországban ugyanis volt egy átmeneti emelkedés az 1980-as évek végén, míg Dániában nem volt se korábbi emelkedés, se későbbi javulás. Ebben a halálteki csoportban nem jellemző, hogy a magasabb szintről indulóknál gyorsabb, az alacsonyabb szintről indulóknál lassabb lett volna a változás. Belgiumban és Franciaországban például az 1950-es években magas volt a balesetekből és mérgezésekből eredő halandóság, mégis sokkal kevésbé esett vissza 1970 után, mint Hollandiában vagy Írországban, amelyek kifejezetten alacsony szintről indultak. Az európai országok közül az Egyesült Királyságban a legkedvezőbb az erőszakos halálokok miatti halandóság. Előnyös helyzetben vannak a dél-európai országok is, Portugália kivételével, ahol csak az 1990-es évektől látható javulás.

A keleti csoport országai más trendet követtek. Közép-Európában hosszan tartó emelkedés figyelhető meg az erőszakos okok miatti halandóságban, amely a legkorábban Csehszlovákiában torpant meg, az 1970-es évek elején. Másutt legalább az 1990-es évekig tartott, illetve Bulgáriában és Romániában még tart. Magyarországon volt a leglátványosabb a csökkenés, bár a csoporton belül még mindig itt a legmagasabb a balesetek, a mérgezések és az egyéb külső okok miatti halandóság.

A volt Szovjetunió országaiban, mint már szó volt róla, az erőszakos halálokok csoportjába sorolják a legtöbb alkoholos eredetű halálteket mint alkoholmérgezést. Ebből is adódik, hogy az erőszakos halandóság 1980-as évek elejéig tartó meredek emelkedése Gorbacsov alkoholelles kampánya (1985–1986) idején zuhanásszerű esésbe váltott át, majd az intézkedések visszavonását követően ismét gyors felfelé irányuló lendületet vett, amely 1993–1994-ben, a piaci gazdálkodásra való áttérés kíméletlensége és elhibázott irányítása miatt bekövetkezett válság idején tovább fokozódott. Némi javulás 1995-től látható. Az ismert adatok szerint több volt szovjet köztársaságban is eh-

hez hasonlóan alakultak az erőszakos okok miatti halálozás trendjei, a függetlenné válás e tekintetben nem hozott változást. Máshol viszont a rendkívüli helyi események miatt teljesen eltérően alakult az erőszakos halálozás időbeli változása. Örményországban az 1988-as földrengés, a volt Jugoszláviában (1991–1992), Azerbajdzsánban és Örményországban (1992–1994) a háborúk okoztak többlethalálozást.

„A szív- és érrendszeri forradalom”

Mint korábban említettük, az Európában lakók életesélye terén kialakult új, keletnyugati megosztottság legfőbb összetevője a szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság eltérő szintje, illetve trendje.

A szív- és érrendszeri betegségek elleni küzdelmet a nyugati országokban siker koronázta. Az Egyesült Királyság és Franciaország hosszú távú idősorai azt mutatják, hogy a nőknél igen hamar, már az 1950-es években gyors javulás kezdődött meg, a férfiak pedig az 1970-es években csatlakoztak ehhez.

4. táblázat

Öt fő haláloki csoport hozzájárulása a várható élettartam meghosszabbodásához Franciaországban és az Egyesült Királyságban, 1950–1965 és 1965–1995 között (év)

Haláloki csoportok	1950–1965		1965–1995		1950–1995	
	Franciaország	Egyesült Királyság	Franciaország	Egyesült Királyság	Franciaország	Egyesült Királyság
<i>Férfiak</i>						
Fertőző és légzőszervi betegségek	3,01	1,17	0,70	0,67	3,71	1,84
Daganatok	-0,45	-0,19	-0,05	0,43	-0,50	0,24
Szív- és érrendszeri betegségek	0,68	0,00	2,68	3,05	3,36	3,05
Más betegségek	1,16	1,06	2,49	1,03	3,65	2,09
Sérülés és mérgezés	-0,30	-0,19	0,74	0,47	0,44	0,28
Együtt	4,10	1,85	6,55	5,64	10,65	7,49
<i>Nők</i>						
Fertőző és légzőszervi betegségek	2,78	1,30	0,92	-0,11	3,70	1,19
Daganatok	0,15	0,14	0,63	0,03	0,78	0,17
Szív- és érrendszeri betegségek	1,50	1,39	3,31	3,38	4,81	4,77
Más betegségek	1,37	0,88	2,00	0,97	3,37	1,85
Sérülés és mérgezés	-0,21	-0,12	0,42	0,38	0,21	0,26
Együtt	5,59	3,59	7,29	4,66	12,88	8,25

Forrás: Vallin–Moslé (2001: 110).

Az 1970-es évek vízválasztónak bizonyultak. Míg 1950 és 1965 között a fertőző betegségek miatti halálozás csökkenése játszott döntő szerepet az életesélyek javulásá-

ban, a második időszakban a szív- és érrendszeri betegségek csoportja került az élre. Bár az Egyesült Királyságban kevésbé nőtt a várható élettartam az időszak egésze alatt, a szív- és érrendszeri betegségek ebben nagyobb szerepet játszottak, mint Franciaországban. A két időszak jellegzetességei mindkét országban élesen elkülönülnek. Az 1960-as években tapasztalt átmeneti megtorpanás után azért sikerült a „nyugati” országoknak ismét növekedési pályára állítani a várható élettartamot, mert a fertőző betegségek elleni küzdelemből származó nyereség fokozatos csökkenését ellensúlyozni tudták más frontokon, mindenekelőtt a szív- és érrendszeri betegségek területén elért új sikerekkel (Moslé–Vallin 1993). „A sort az agyérbetegségek nyitották meg az 1970-es évek elején, főképp a magas vérnyomás karbantartásának általános elterjedésével (ezt Franciaországban az alkoholizmus elleni harc is erősítette). Ezután a szívbetegségek (ischémiás és más) kapcsolódtak be a mozgalomba, annak köszönhetően, hogy az 1980-as évek elején új technológiák és eljárások egész sorát fejlesztették ki: szívsebészet, bétablokkolók, a trombózis gyógykezelése és a gyors beavatkozás lehetőségének megszervezése (Franciaországban a SAMU), a magas koleszterinszint figyelése és kezelése, és végül, de nem utolsó sorban, a dohányzás csökkenése.” (Vallin–Moslé 2001: 115.)

A halálteki szerkezet módosulása nem egyformán hatott a különböző korcsoportokra. 1950–1965 között Franciaországban a csecsemőhalandóság minden halálteki csoportjának csökkenése és a fertőző betegségek minden életkort érintő visszaszorítása okozta a legnagyobb nyereséget. Az Egyesült Királyságban 1965–1995 között még nagyobb mértékben csökkent a csecsemőhalandóság, mint a korábbi időszakban, ám ekkor szinte kizárólag az egyéb halálteki eredményes leküzdése okán. A második időszak leglátványosabb fordulatát mégis az hozta, hogy az idős emberek halandóságának csökkenése komoly tétellé vált a várható élettartam meghosszabbodásában. Ami a férfiakat illeti, az Egyesült Királyságban a 60–69 éves, Franciaországban a 70–79 évesek életésélyének javulása hozta a legtöbbet, míg a nők esetében mindkét országban a legidősebb (85+) korcsoport javuló kilátásai eredményezték a legnagyobb növekményt a várható élettartamban. A szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság csökkenésének hozzájárulása a nyereséghez, illetve a hozzájárulás mértéke az életkor növekedésével szinte teljes összhangban nő, mindkét nem esetében.

A nyugati világ e két reprezentáns országa közötti különbség abban mutatkozik meg, hogy bár az időskori szív- és érrendszeri halálozás csökkenése mindkét országban már az 1950-es években megindult, Franciaországban a haladás egyenletes, az Egyesült Királyságban viszont szakaszos volt. Ez a nők esetében azt jelentette, hogy a korábbi – a franciához képest lassú – folyamat az 1970-es évek végén felgyorsult. A francia férfiak szív- és érrendszeri halandósága ugyancsak egyenletesen, és mindkét felnőtt korcsoportot (35–59 és 60+) érintve csökkent. Ezzel szemben az Egyesült Királyságban lényeg-

gesen eltérő volt e két férfi korcsoport trendje. A legidősebbeké hasonló volt, mint Franciaországban, ám a 35–59 évesek ezen betegségek miatti halandósága az 1970-es évek végéig jelentősen nőtt, a csökkenés csak azután indult meg.

Civilizációs betegségek

A 20. század első felében az iparosítás és az ezzel együttjáró jelentős társadalmi változások sok kóros tünet, például az *alkoholizmus* megjelenésével jártak városon és falun egyaránt. A motoros járművek elterjedése a *közúti balesetek* számának példátlan megszorodását hozta magával. Az első világháború lövészárkaiban megszokott *dohányzás* általánossá vált, és ez számos betegség, különösen a tüdőrák gyakoriságának robbanásszerű megnövekedését idézte elő.

A nők körében sokkal később terjedt el a *dohányfüst* élvezete, ezért a tüdőrák miatti halandóságuk csaknem egy nagyságrendnyivel alacsonyabb, mint a férfiaké. Ugyanakkor, s nem függetlenül ettől a ténytől, a női tüdőrák-halandóság – az Egyesült Királyság kivételével – még egyetlen országban sem kezdett csökkenni, olyanokban sem, ahol már legalább 10–20 éve tart a férfi tüdőrák-halandóság csökkenése.

Az Egyesült Királyságban a férfinépeség tüdőrák-halandóságának növekedése már az 1960-as években lelassult, az 1970-es évek elején érte el tetőpontját, majd 1977–1978-tól kezdve rohamosan csökkent. A folyamat elindítója annak a felmérésnek az eredménye volt, amelyet az orvosok körében végeztek betegeik dohányzási szokásairól és a rák gyakoriságáról. A publikációt (*Royal College of Physicians 1962*) érintő első reakció az volt, hogy az orvosok számára nyilvánvalóvá vált a kockázat nagysága, és ezért megelőzési kampányt indítottak. Ez a dohányzásnak, és végső soron a tüdőrák-halandóságnak a csökkenéséhez vezetett.

Svédországban később, az 1970-es évek végén, szinte minden átmenet nélkül váltott át a tüdőrák-halandóság növekedése csökkenésbe, pedig itt a csúcs jóval alacsonyabb volt, mint például Hollandiában. Ausztriában korán megindult a növekedés ütemének lassulása, de a csökkenés szintén csak az 1970-es évek végén kezdődött. Dániában és Franciaországban továbbra is csak a növekedés lassulásáról beszélhetünk, míg Hollandiában az 1970-es évek végén megkezdődött lassulás az 1980-as évek végén fordult csökkenésbe.

Ezzel szemben a közép- és dél-európai országokban legalább az 1980-as évek végéig folytatódott a tüdőrák-halandóság emelkedése. A legutóbbi években azonban itt is kedvező előjelek láthatók. Olaszországban egyértelműen a csökkenés megindulásáról lehet beszélni, és a növekedési ütem lassulása Lengyelországban, Magyarországon és Spanyolországban is fordulatot jelez előre.

Míg a dohányzás elleni küzdelem és a tüdőrák gyakoriságának alakulása országonként eltérő időpontban kezdődött, illetve más pályát írt le, a közúti balesetek megelőzése és ennek következményeként a közlekedési baleseti halandóság emelkedő irányzatában bekövetkezett fordulat megközelítőleg egy időben történt. Az 1950-es és az 1960-as években mindenütt meredeken emelkedett a halálok gyakorisága egészen az 1970-es évek közepéig. A változás részben a megelőző intézkedéseknek (az utak és a járművek biztonságának javítása, sebességkorlátozás, a biztonsági öv kötelezővé tétele stb.), részben az 1973-as olajválság hatásának (takarékosabb benzinhasználat, alacsonyabb sebesség) volt tulajdonítható. A fordulat Hollandiában és Finnországban volt a legélesebb, Portugáliában csak jóval később következett be, Görögországban pedig még egyáltalán nem sikerült csökkenteni a közlekedési baleseti halandóságot. Néhány országban (Finnország, Norvégia, Svédország, Magyarország és Spanyolország) az 1980-as évek végén átmenetileg ismét nőtt a közúti halálozás, majd az 1990-es években visszaállt a csökkenő trend.

Az öngyilkosság más természetű halálok. „Sokkal inkább az egyes országok kulturális hagyományaival, mintsem gazdasági vagy társadalmi körülményekkel hozható összefüggésbe, bár az utóbbiak alakulása jelentős hatással lehet. Mégsem érdektelen ide, a civilizációs³ halálokok közé sorolni az öngyilkosságot, mert, bár a fentiekben említett okoktól eltérő módon, sokkal szorosabb kapcsolatot mutat a társadalom működésével, mint a különféle kórokok, amelyek elsősorban orvosi természetűek.” (Vallin–Meslé 2001: 131.) Az öngyilkosság tekintetében annyira színes képet mutatnak az egyes európai országok, sőt, sok esetben az országon belüli régiók is, hogy nagyon nehéz általános következtetéseket levonni. Először is nagy az öngyilkosság gyakoriságának országok közötti szóródása. Olaszországhoz, Spanyolorzághoz, de különösen Görögországhoz képest Oroszországban, Magyarországon, Ausztriában vagy Finnországban csaknem tízszeres a standardizált öngyilkossági ráta a férfiaknál, és ennél is nagyobb a különbség a nőknél. A jelentős eltérés részben földrajzi természetű (Dél-Európa versus Kelet- és Közép-Európa), részben kulturális (katolikus versus protestáns vagy ortodox), de vannak sokatmondó kivételek. A földrajzi és kulturális hasonlóság ellenére az 1950-es években például Svédországban csaknem háromszor olyan gyakori volt az öngyilkosság, mint Norvégiában. Kétségtelen, hogy ezt követően az előző országban csökkent, az utóbbiban pedig olyannyira nőtt az öngyilkosság mértéke, hogy az 1980-as évek végére a norvég szint elérte a svédet, és csak ezután kezdett visszaesni.

³ Vallin és Meslé az „embercsinálta halálokok” (man-made causes of death) kifejezést használja (Vallin–Meslé 2001: 126, 131.).

Ahol magas az öngyilkosság, ott rendszerint nagy szerepet játszanak az *alkoholos eredetű halálokok* is és fordítva. Az 1970-es és az 1980-as évek gazdasági recessziója idején pedig csaknem minden európai országban nőtt az öngyilkosságok száma.

A keleti epidemiológiai válság

Ahogy az már részben az eddig elmondottakból is kitűnt, az 1960-as évek közepén a szocialista országokban epidemiológiai válság kezdődött. *Vallin és Meslé (2001)* Lengyelország, Magyarország, Lettország és Oroszország példáján illusztrálja a részleteket. 1984-ig mind a négy országban hasonlóan alakultak a trendek: a férfiak várható élettartama folyamatosan csökkent, a nőké stagnált, vagy alig javult. Ezt követően azonban eltért a két közép-európai és a két volt szovjet köztársaság fejlődési vonala.

Lengyelországban és Magyarországon – kisebb-nagyobb ingadozásokkal – lényegében folytatódott a korábbi trend, egészen 1991/1992-ig, amikor megkezdődött a kedvezőtlen folyamatok megfordulása. Lettországban és Oroszországban az 1984 utáni időszak nem két, hanem négy részre osztható. Az első kettő *Gorbacsov* alkoholelles kampányához kapcsolható. A kampány idején (1984–1987) hirtelen nőtt, majd a kudarc után (1987–1992) a korábbi szintre esett vissza a várható élettartam. A harmadik, az 1992 és 1994 közötti időszakban a társadalmi-gazdasági összeomlás hatására a várható élettartam a háború óta nem látott mély szintre süllyedt. A negyedik időszak a mélypontról való elmozdulást, a halandóság csökkenését hozta az 1990-es évek második felében.

A főbb haláloki csoportokat vizsgálva mind a négy országban az tapasztalható, hogy a halandóság szintjében 1984 előtt bekövetkezett jelentős emelkedés két fő tényező együttes hatásának következménye, nevezetesen a szív- és érrendszeri betegségek gyakoriságának növekedése (különösen a 40 és 70 év közöttiekénél), továbbá az erőszakos eredetű és az alkohollal összefüggésbe hozható halálozások szaporodása.

A különbség a közép-európai és a volt szovjet köztársaságok között egyrészt abban nyilvánult meg, hogy míg Lengyelországban és Magyarországon egyformán jelentősen nőtt a rákhalandóság, Lettországban és Oroszországban sokkal kevésbé nyilvánvaló ennek az oknak a szerepe. Másrészt pedig a lengyelek és a magyarok esetében a csecsemőhalandóság csökkenése még jelentős mértékben ellensúlyozni tudta a más téren elszenvedett veszteségeket, ám a volt szovjet köztársaságoknál ez nem volt jellemző. Bár 1984 és 1992 között Lengyelországban és Magyarországon is a korábbi tendenciák folytatódtak (azaz a csecsemőhalandóság csökkent, a felnőtteké pedig nőtt), érdemes megjegyezni, hogy míg Lengyelországban a szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság rendkívül negatív hatása ebben az időszakban is fennmaradt, Ma-

gyarországon a várható élettartam további csökkenését szinte kizárólag a rákos megbetegedések különféle formái és az emésztőrendszeri betegségek miatti halálozások okozták. Sőt, az idősek körében némi javulás is megfigyelhető a szív- és érrendszeri halandóság terén, ami talán az 1992 utáni változás első jelének tekinthető.

1992 után Lengyelországban és Magyarországon is megváltozott a helyzet. A szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóság minden érintett korcsoportban csökkent, a felnőttek várható élettartama nőtt. Szintén visszaesett az erőszakos halálokok (és Magyarországon az emésztőrendszer betegségei) miatti halandóság, de a rákhalandóság gyakorlatilag változatlan maradt.

Lettországban és Oroszországban az 1984 és 1987 közötti javulás csaknem teljes egészében annak köszönhető, hogy a 25–60 év közötti korcsoportban visszaesett az erőszakos halálozás. Ez és a 45–70 évesek szív- és érrendszeri betegségek miatti halandóságának kisebb mértékű csökkenése egyértelműen a korábbinál mérsékeltebb alkoholfogyasztásnak tudható be. Ennek pontosan az ellenkezője történt az alkoholkorlátozások feloldása után. 1992 és 1994 között szinte minden életkorban és minden haláloki csoportban nőtt a halandóság, a rák kivételével. Ez a folyamat egyértelműen az életszínvonal drasztikus romlásának a következménye. 1994 után, ahogy az emberek többé-kevésbé alkalmazkodni tudtak az új körülményekhez, a várható élettartam visszatért az 1992 előtti szintre, amely azonban még mindig alacsonyabb, mint 1984-ben volt.

Sok korábbi szovjet köztársaságban hasonló a helyzet. Bulgáriában és Romániában sem látható az a javulás, ami a lengyeleknél, a magyaroknál, illetve a cseheknél és a szlovákoknál fellelhető. „Más szóval, ... a választóvonal egyre inkább a négy közép-európai ország – ahol sikerült a piacgazdaságra való átmenet – és a volt kommunista tömb többi országa között húzódik, ahol még sok a teendő az egészségi állapotok javítása terén.” (*Vallin–Moslé 2001: 148.*)

A férfiak és a nők halandósága

A 20. század második felében jelentősen megnőtt a különbség *a férfiak és a nők* várható élettartama között. Az 1950-es évek elején mindössze két év körül volt a különbség egy sor olyan országban, amelyek más tekintetben lényegesen különböztek egymástól (Svédország, Dánia, Hollandia, Írország, Málta, Bulgária, Albánia, Jugoszlávia és Törökország). Ugyanakkor Finnországban, Franciaországban, Belgiumban, Lengyelországban és a legtöbb volt szovjet köztársaságban a nők mintegy hat évvel remélhettek hosszabb életet, mint a férfiak. Oroszországban már ekkor nyolc év volt a különbség. Fél évszázad múltán a nők előnye 5–12 évre nőtt. Öt év körül van/volt Dániában, Svédországban, Izlandon, Hollandiában, az Egyesült Királyságban, Máltán, Görögországban, Jugoszláviában, Albániában,

Cipruson és Törökországban, nyolc év körül Franciaországban, Lengyelországban és Magyarországon, míg Oroszországban, Ukrajnában, Fehéroroszországban és a balti köztársaságokban a 12 évet is eléri. A különbség az 1970-es évek közepéig mindenütt nőtt, akkor viszont néhány országban megindult a közeledés. Az új folyamatban az Egyesült Királyság járt az élen, őt követték a skandináv országok az 1980-as évek elején, majd Németország, Ausztria, Svájc és Hollandia az 1980-as évek közepén. Más országokban, például Franciaországban, Belgiumban és Olaszországban tartósan megmaradt a férfiaknak a nőkéhez képest lényegesen magasabb halandósága.

A férfiak és a nők várható élettartama közötti különbség igen változatos okok miatt növekedett meg. 1950 és 1965 között minden országban és minden életkorban, de különösen a 20 év körülieknél nőtt a férfiak többlethalandósága. Egy másik, kevésbé hegyes csúcs a 60 éves életkor körül alakult ki. 1965 és 1980 között tovább nőtt a fiatalkori férfi többlethalandóság, és ezen a magas szinten maradt később is. A 20–24 éves férfiak elhalálozási valószínűsége szinte mindenütt háromszor annyi, mint a hasonló korú nőké. A kivétel Svédország (ahol a különbség 2,5-szeres) és Oroszország (ahol 4-szeres). Az időskori férfi többlethalandóság is markánsabbá vált ebben az időszakban. Az egyetlen kivételt az Egyesült Királyság jelentette, ahol már megkezdődött a különbség csökkenése. 1980 és 1995 között a férfiak többlethalandósága már Svédországban és Olaszországban is csökkent, Franciaországban, Németországban, a Csehországban és Jugoszláviában pedig tetőzött. Oroszország e tekintetben is kivételt képez, itt az 1965-ben még különálló fiatalkori és időskori csúcs fokozatosan egyetlen hatalmas hegygerinccé nőtt össze.

A férfiak fiatalkori halandósági többletének természetesen nincs akkora hatása a két nem várható élettartamának különbségére, hiszen 20–24 éves korban mindkét nem halandósága igen alacsony. Az időszak elején (az 1950-es években) még érezhető volt a csecsemőhalandóság és a fertőző betegségek hozzájárulása a két nem életésélyeinek különbségéhez, de ez a hatás mára elenyészett. Ami viszont az egész időszak során jelentősnek bizonyult, az a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a 40 és 80 év közöttiek halandóságában mutatkozó eltérés a férfiak és a nők között. A 20. század legvégén pedig a rákhalandóság és a legidősebb korcsoport halandóságában mutatkozó nemek közötti különbség vált fontos tényezővé.

Sokáig – és nem teljesen alaptalanul – az volt az általános nézet, hogy a férfiak többlethalandósága elsősorban a civilizációs betegségek elterjedésének és a munkahelyi ártalmaknak, veszélyeknek tulajdonítható, ami a férfiakat inkább érinti, mint a nőket. Ahogy azonban a férfi és a női magatartási minták közelednek egymáshoz, ez az érvelés egyre kevésbé kielégítő. Az viszont tény, hogy a „szív- és érrendszeri forradalomból” kezdetben a nők többet profitáltak, mint a férfiak. Ez ugyanis nemcsak a gyógy módok

terén, hanem az életmódban is változást követelt. A nők mindkét téren hamarabb „kapcsoltak”, a férfiaknál kevésbé esik nehezükre, hogy orvoshoz forduljanak, jobban figyelnek az egészségükre és az étrendjükre. A férfiak mintegy tízéves késéssel reagáltak, csak ekkor kezdett lassulni a férfi és a női várható élettartam különbségének növekedése.

1950-ben és 1965-ben a nemek közötti különbségek mögött egymáshoz igen hasonló betegségcsoportok és életkori csoportok álltak Franciaországban és az Egyesült Királyságban, és ezek hozzájárulásának mértéke is többé-kevésbé hasonló volt. Az egyetlen különbséget a légzőszervi betegségcsoport képezte, amely a szigetországban nagyobb szerepet játszott, mint Franciaországban. 1980-ban azonban változott a kép, mivel a rákhalandóság szerepe az Egyesült Királyságban változatlan maradt, Franciaországban viszont megnőtt. Ez nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy a szigetországban nem nőtt tovább a férfiak és a nők várható élettartama közötti különbség, Franciaországban viszont igen.

Magyarországon a nemek közötti különbség az 1990-es években még nőtt is, mégpedig minden halálok tekintetében. Megjegyzendő, hogy nálunk az emésztőrendszeri betegségek (különösen az alkoholos eredetű májbetegségek) minden más országnál nagyobb szerepet játszanak a férfiak többlethalandóságában. Oroszország ebben a tekintetben is egyedülálló helyzetet foglal el, mivel itt elsősorban az erőszakos halálokok (köztük a már említett „alkoholmérgezés”) idézik elő a férfiak magasabb halandóságát 1965 óta. Ezek szerepe a későbbiekben nemhogy csökkent volna, hanem inkább nőtt, ráadásul egyre szélesebb életkori sávban: 1965-ben még „csak” a 15–50, 1995-ben már a 15–65 évesek körében is megmutatkozott.

Jövőbeli kilátások

A 20. század második felében négy fő tényező alakította a várható élettartam alakulását Európában:

- A korcsoportok szerepének megváltozása (a csecsemő-, gyermek- és ifjúkorról az időskorra tevődött át a halandóság csökkenésének fő terepe);
- A haláloki struktúra gyökeres átalakulása (a fertőző betegségek, majd a szív- és érrendszeri betegségek, illetve a daganatok vezető szerepe);
- A kelet–nyugati megosztottság kialakulása;
- A nemek közötti különbség változása.

Ami e tényezők jövőbeli sorsát illeti, nagyon valószínű, hogy *a férfiak többlethalandósága tovább fog csökkenni*. Azok az országok, ahol ez a folyamat megindult, élenjárónak bizonyultak, és feltehetően egyre több ország követi őket. Nemcsak azért fog ez bekövetkezni, mert a két nem szerepe és magatartása egyre közelebb kerül egy-

máshoz, hanem pusztán a számok törvénye, a továbbélési görbe úgynevezett „derékszögese” miatt is. Ez azt jelenti, hogy egyre többen érik meg a legmagasabb életkorokat, ahol már meglehetősen kicsi a mozgástér.

Kevésbé valószínű, hogy a várható élettartam tekintetében megfigyelhető kelet-nyugati megosztottság rövid idő alatt megszüntethető lenne. Inkább a fennmaradása várható, bár a törésvonal feltehetően máshova tevődik át. Úgy tűnik, hogy a négy közép-európai ország (Lengyelország, Csehország, Szlovákia és Magyarország), amely a piacgazdaságra való átmenet terén a többiekénél sikeresebbnek bizonyult, olyan pályára állt, amely az egészség frontján is tartós javuláshoz vezet. Bulgária és Románia azonban mind a társadalmi-gazdasági fejlődés, mind az egészségügy terén messze elmarad mögöttük. A volt Szovjetunió országaiban a legutóbbi néhány év alatt bekövetkezett kedvező változás inkább konjunkturálisnak, a válsághoz való alkalmazkodás jelének tekinthető, mintsem a kedvezőtlen korábbi trend megfordulásának.

Azokban az országokban, ahol a 20. század második felében, vagy legalábbis annak a legvégén lényegesen nőtt a várható élettartam, az elsősorban a szív- és érrendszeri betegségek visszaszorításának tudható be. Ezek a kórokok lassan második helyre szorulnak a daganatos betegségek mögött. Ebből következik, hogy az előttünk álló évtizedekben a várható élettartam további hosszabbodása elsősorban attól függ, sikerül-e hatásosan csökkenteni a rákhalandóságot. Vannak kedvező jelek, például Franciaországban látványosan csökken a nők daganatos betegségek miatti halálozása. A tüdőrák összefüggése a dohányzással nyilvánvaló, és az Egyesült Királyság és a skandináv országok példája azt mutatja, hogy a dohányzás visszaszorításával, valamint a gyomorrákhalandóság korábban megkezdődött csökkentésének folytatásával növelhető a férfiak életésélye. Vannak azonban kedvezőtlen jelek is, ezek közé tartozik a nők tüdőrákhalandóságának gyors és mellrákhalandóságának lassú emelkedése, amely tönkretetheti a gyomor- és a méh daganatos betegségeinek megelőzése, illetve gyógyítása terén elért eredményeket. Ami pedig a férfiakat illeti, a tüdőrák mellett a vastagbél és a prosztatara káros megbetegedései is jelentős súlyt képviselnek, tehát ezekkel is meg kell küzdeni annak érdekében, hogy a rákhalandóság visszaszoruljon.

A jövőre vonatkozó lehetséges alternatívák felvázolásakor nem lehet figyelmen kívül hagyni azokat a betegségeket, amelyek az utóbbi években váltak fenyegetővé. Az AIDS-járvány elterjedése valóságos sokkot okozott az embereknek, hiszen azt hittük, lejárt már a nagy járványok időszaka. Európában szerencsére csak korlátozott mértékben (az 1980-as évek végén és az 1990-es évek elején, a fiatal felnőttek, főleg a férfiak körében) okozott többlethalandóságot, a születéskor várható élettartam növekedésének hosszú távú tendenciáját azonban nem térítette ki. Ebben szerepet játszott a megelőzés, a szokások megváltoztatása és egyre inkább a betegség kezelésének sikere.

Vannak más, újonnan a figyelem középpontjába került betegségek is, amelyek talán az AIDS-nél is nagyobb riadalmat keltettek. Ilyen például a listeriózis (az agyhártyagyulladás, a meningitis okozója), vagy a szivacsos agyvelőgyulladás, amely még az étkezési szokásokat is megváltoztatta. Szintén sokakat aggaszt, hogy a fertőző betegségek elleni küzdelem eredményeit lerombolhatják a kórokozók antibiotikumoknak ellenálló mutációi. Új és új veszélyek megjelenését a jövőben sem lehet kizárni, viszont a gyors és hatékony beavatkozás képessége fejleszthető.

A lehetséges jövőképek megformálásának egyik sokat vitatott kérdése: meddig nőhet a várható élettartam, van-e az emberi életnek felső határa? A természettudósok inkább a korlátokat, a társadalomtudomány képviselői inkább a további lehetőségeket sorolják. *Mertens (1994)* megkülönbözteti a főként biológusokból álló *természetes korlátok* iskoláját és a demográfusokból, valamint egészségügyi szakemberekből álló *hosszabb élet iskoláját*. A *természetes korlátok* iskolájának hívei az öregedés alapvető biológiai folyamatával érvelnek. A testi működést fenntartó és javító mechanizmusok csak a reprodukív életkor végéig működnek hatékonyan. Az első 30-40 év után testi funkcióink fenntartása velünk született korlátokba ütközik. Génállományunk szerint nem vagyunk sem hosszú életre, sem halhatatlanságra programozva. Az emberi nem halandóságának változatlan jellemzője, hogy az élet negyedik évtizedétől kezdve a halálozási ráta 8-9 évenként megkétszereződik. A *természetes korlátok* iskolájának képviselői szerint az időskori halandóság újabban tapasztalható csökkenése rendellenes, kivételes pillanat az emberiség százezer éves történetében, ami nem tartható fenn. Véleményük szerint a demográfusok és az epidemiológusok tévednek, amikor a pillanatot a jövőre, a rendkívülit az egészre kivetítve irreális képet festenek. A hosszú élet keveseknek adatik meg, és semmiképp nem válik általánossá.

A *hosszabb élet* iskola követői szerint nemcsak a genetikai (belső) tényezőket kell figyelembe venni, hanem az életmód, a környezet és az egészségvédelem terén meglévő tartalékokat is. A biológiai korlátok nem rögzített, hanem mozgó korlátok, amelyek a külső tényezők káros hatásának visszaszorításával kitolhatók. A fizikai aktivitás vagy a táplálkozás mennyisége és minősége például közismerten befolyásolja az elhasználódással járó belső folyamatokat. Véleményük szerint a halandóság javítása előtt álló további lehetőségekre mutatnak rá a halál előtti társadalmi különbségek és az alacsony és magas halandóságú országok közötti kulturális különbségek.

A másik vitatéma az egészségben eltöltött élettartam hosszának és a várható élettartamon belüli arányának alakulása. Nem véletlenül, hiszen az öregedés miatt növekvő társadalmi és gazdasági terhek nagyságát végső soron az határozza meg, milyen lesz az idős emberek egészségi állapota, hogyan változik a jövőben az időskori megbetegedés. A halandóság és a morbiditás múltbeli és lehetséges jövőbeli alakulására vonatkozóan is

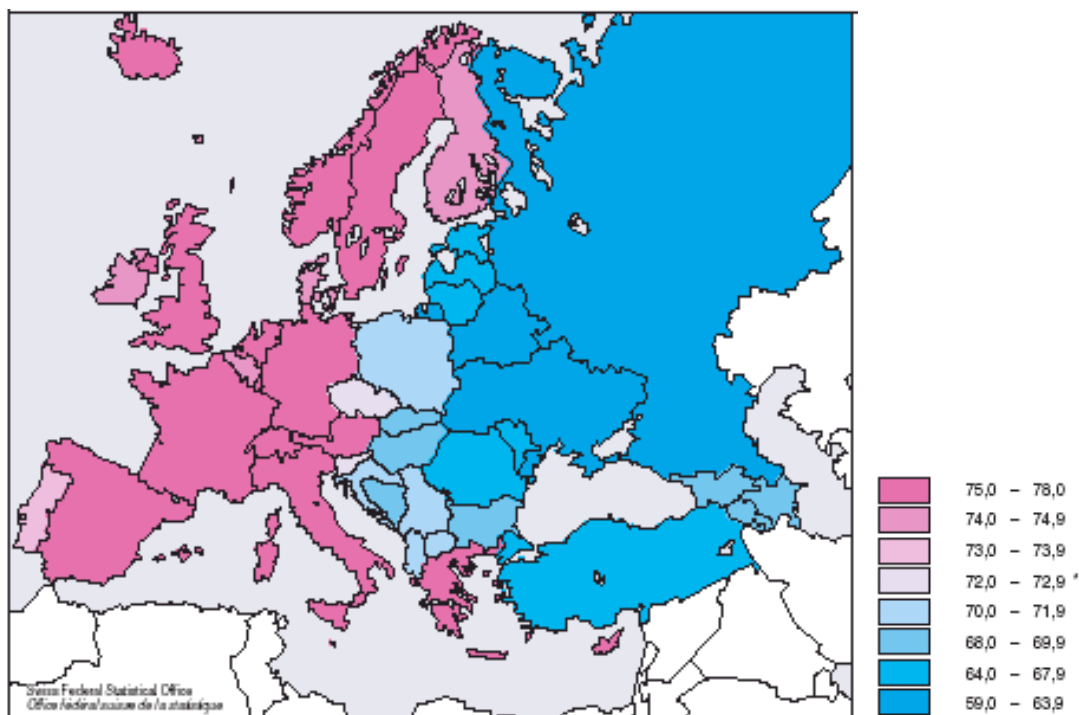
két egymástól eltérő modell született. Az egyik elmélet a betegségben leélt időszak megnyúlását feltételezi. Képviselői (*Gruenberg 1977; Olshansky–Rudberg–Carnes–Cassel–Brody 1991*) abból indulnak ki, hogy az egyre magasabb élettartam inkább a krónikus betegségek miatti halálozás terén bekövetkezett kedvező változásnak, mintsem a betegségek ritkább előfordulásának tulajdonítható. A halál idejének kitolódása azonban növeli a betegségek súlyosságát, vagyis a hosszabb várható élettartam nem jár együtt az egészségesen eltöltött évek számának gyarapodásával. „A biológiai óra megbolygatása csak a szenvedés idejét hosszabbítja meg.” (*Mertens 1994.*) Ezzel szemben *Fries (1980; 1989)* elmélete, a betegen leélt életszakasz lerövidülése értelmében az egészségromlás egyre később következik be. Mivel – feltételezése szerint – a születéskor várható átlagos élettartam nem fogja meghaladni a 85 évet, a betegségek az élet végének egyre rövidebb időszakára „zsúfolódnak” (*Daróczy 2001*). Ez összefügg a továbbélési görbe fentiekben említett „derékszögesedésével”, amely a női népesség esetében már Magyarországon is megfigyelhető. De az a kérdés, hogy meddig tolódhat ki az emberi élet felső határa, továbbra is nyitott.

Irodalom

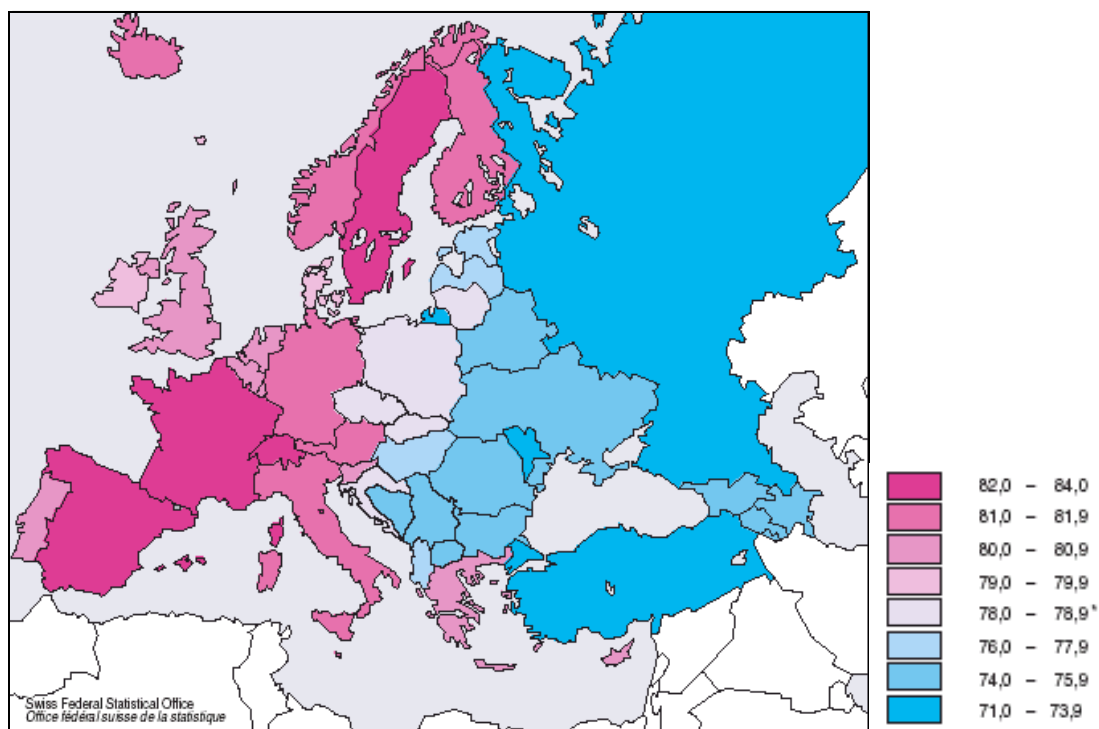
- Carlson, E.–Hoffmann, R. (2002): *State Socialist Development Policy and Rising Working-Age Mortality*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Caselli, G.–Meslé, F.–Vallin, J. (2002): „Epidemiologic transition theory exceptions”, *Genus*, LVIII. No 1: 9–51.
- Cockerham, W. C.–Snead, M.C.–DeWaal, D. F. (2002): *Health Lifestyles in Russia and the Socialist Heritage*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Daróczi E. (2001): „Az öregedés határai”, *KorFa* 2001/2: 4–6.
- Davey Smith, G.–Egger, M. (1996): „Commentary: Understanding it all—health, meta-theories, and mortality trends”, *British Medical Journal* 313: 1584.
- Fries, J. F. (1980): „Aging, natural death, and the compression of morbidity”, *New England Journal of Medicine* 303: 130–135.
- Fries, J. F. (1989): „The compression of morbidity: near or far?” *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* 67: 208–232.
- Gruenberg, E. M. (1977): „The failures of success”, *Milbank Memorial Fund Quarterly, Health and Society* 55: 3–24.
- Hertzman, C.–Siddiqi, A. (2000): „Health and rapid economic change in the late twentieth century”, *Social Science and Medicine* 51: 809–819.
- Johnson, P. (2000): *A modern kor. A 20. század igazi arca*. Szentendre, Kairosz; Budapest, XX. Század Intézet.
- Kohler, I. (2002): *The Effect of Regional Occupational Structure on Mortality in a Transition Economy—Individual versus Spill-Over Effects*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Kristenson, M. et al. (1997): „Antioxidant state and mortality from coronary heart disease in Lithuanian and Swedish men: concomitant cross sectional study of men aged 50”, *British Medical Journal* 314: 629.
- Kunst, A. E. et al. (2002): *Monitoring of trends in socioeconomic inequalities in mortality: experiences from a European project*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.

- Leon, D. A. (2000): Common threads: underlying components of inequalities in mortality between and within countries. In: Leon, D.A.–Walt, G.(eds.): *Poverty, inequality, and health. An International Perspective*. Oxford, Oxford University Press: 59–87.
- Lüschen, G.–Nieman, S.–Apelt, P. (1997): „The integration of two health systems: social stratification, work and health in East and West Germany”, *Social Science and Medicine* 44: 883–899.
- Mach, A. (1998): „Life expectancy falls in Europe”, *British Medical Journal* 317: 767.
- Mackenbach, J. P.–Looman, C. W. N. (1994): „Living standards and mortality in the European Community”, *Journal of Epidemiology and Community Health* 48: 140–145.
- Marmot, M.–Bobak, M. (2000): „International comparators and poverty and health in Europe”, *British Medical Journal* 321: 1124–1128.
- McKee, M. (2002): *Health Sector Reforms in Central and Eastern Europe: How Well Can Health Services Respond to Changing Patterns of Health?* Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Mertens, W. (1994): *Health and Mortality Trends among Elderly Populations: Determinants and Implications*. IUSSP Policy and Research Paper 3.
http://www.iussp.org/Publications_on_site/PrP/prp3.htm
- Meslé, F. (2002): *Mortality in Eastern Europe and the Former Soviet Union: Long-Term Trends and Recent Upturns*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Meslé, F.–Vallin, J. (1993): „Développement économique et espérance de vie : la transition sanitaire au tournant des années soixante”. In : *Congrès international de la population, Montréal 1993, Vol 2*. pp. 365–382, UIESP, Liège, p. 394.
- Meslé, F.–Vallin, J. (2002): „Mortalité en Europe: la divergence Est–Ouest”, *Population-F* 57, 1: 171–212.
- Mueller, U. (2002): *Income and Health – A Comparison of Its Association in Capitalist West and Communist East Germany*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Nolte, E.–Scholz, R.–McKee, M. (2002): *The case of East Germany. How much improvement is due to health care?* Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Olshansky, S. J., Rudberg, M. A., Carnes, B. A., Cassel, C. K. Brody J. A. (1991): „Trading off longer life for worsening health”, *Journal of Aging and Health* 3: 194–216.

- Omran, A. (1971): „The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Vol. 49, No 4: 509–538.
- Preston, S. H. (1975): „The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development”, *Population Studies* 29: 231–248.
- Pridemore, W. A. (2002): *Determinants of regional homicide mortality patterns in Post-Soviet Russia*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Recent demographic developments in Europe (2001 and 2002)*. Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- Richards, T. (2001): „Health issues rise up the EU agenda”, *British Medical Journal* 323: 772.
- Rodgers, G. B. (1979): „Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis”, *Population Studies* 33: 343–351.
- Royal College of Physicians (1962): *Smoking and health: summary and report of the Royal College of Physicians of London on smoking in relation to cancer of the lung and other diseases*. Pitman Publishing Co., New York.
- Rychtaříková, J. (2002): *The Case of the Czech Republic. Determinants of the recent favourable turnover in mortality*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Vallin, J.–Meslé, F. (2001): „Trends in mortality in Europe since 1950: age-, sex- and cause-specific mortality.” In: Vallin, J.–Meslé, F.–Valkonen, T. (eds.): *Trend in mortality and differential mortality*. *Population Studies*, No. 36: 31–184.
- Vavrikova, M.–Tulchinsky, T. (2002): *Russia's continuing health crisis and the case for public health action: The Example of Preventing Stroke Mortality*. Paper presented at the First Seminar of the IUSSP Committee on Emerging Health Threats. Determinants of Diverging Trends in Mortality. IUSSP and Max Planck Institute for Demographic Research, June 19–21, 2002.
- Walberg, P.–McKee, M.–Shkolnikov, V.–Chenet, L.–Leon, D. A. (1998): „Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis”, *British Medical Journal* 317: 312.
- Watson, P. (2000): „Explaining rising mortality among men in Eastern Europe”, *Social Science and Medicine* 41: 923–934.
- Watson, R. (2000): „Heart disease rising in Central and Eastern Europe”, *British Medical Journal* 320: 467.
- Wilkinson, R. G. (1997): „Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?” *British Medical Journal* 314: 591.



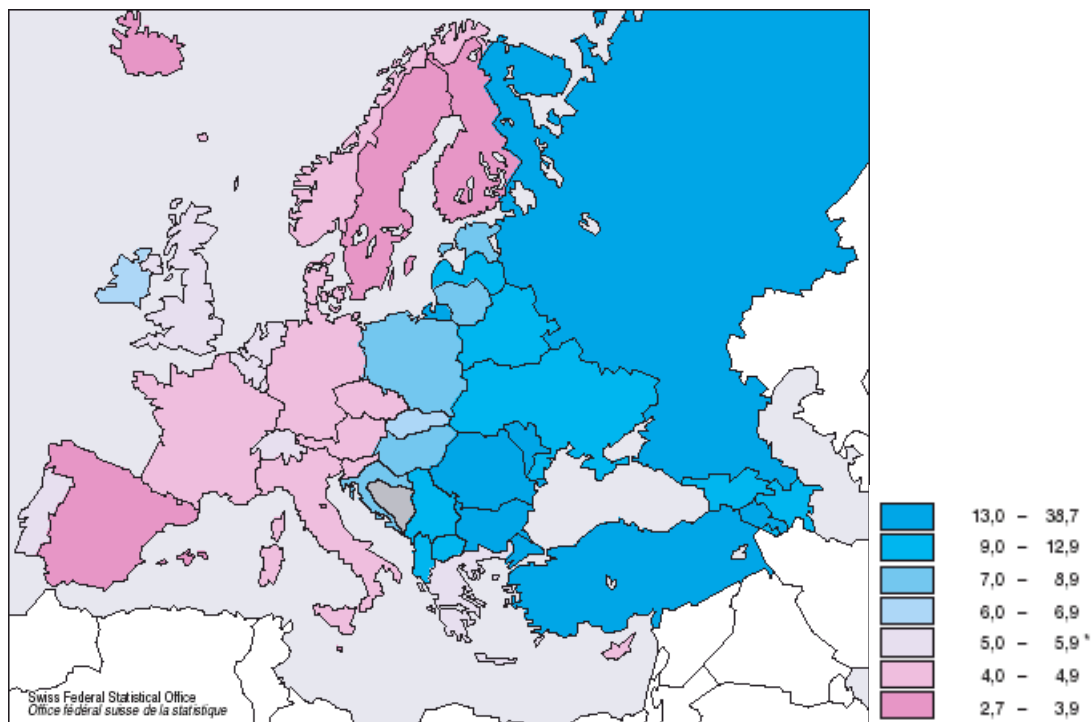
A férfiak születéskor várható élettartama 2001 körül
(maximum: 78,0; minimum: 59,0; medián: 72,2)



A nők születéskor várható élettartama 2001 körül
(maximum: 84,0; minimum: 71,0; medián: 78,6)

Forrás: Recent demographic developments in Europe 2002.

http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/d%E9mo211960EN.PDF



A csecsemőhalandóság 2001 körül (‰)
(maximum: 38,7; minimum: 2,7; medián: 5,7)

Forrás: Recent demographic developments in Europe 2002.

http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/d%E9mo211960EN.PDF

A várható élettartam Magyarországon európai összehasonlításban¹

Daróczy Etelka

A második világháborút követően minden európai országban jelentősen javultak az életkilátások.² A halandóság általános – és mintegy húsz éven át, az 1960-as évek közepéig tartó – csökkenése független volt az országok társadalmi-politikai berendezkedésétől. A változás üteme azonban országonként különbözött. Kisebb volt azokban az északnyugati országokban (Izland, Norvégia, Svédország, Hollandia, Dánia) és a mediterrán Görögországban – ahol már az 1950-es évek elején viszonylag hosszú volt a várható élettartam –, mint a rosszabb helyzetből induló Ausztriában, Finnországban, Németországban, Portugáliában, Spanyolországban vagy az egykori szocialista tábor országaiban.³

A várható élettartam országonként eltérő ütemben javult, s ezáltal a halandóság Európán belüli különbségei jelentősen csökkentek. Az 1960-as évek közepén azonban a közeledés trendje megtört. A szocialista országokban (Bulgária, Csehszlovákia, Lengyelország, Magyarország, Románia) ugyanis a halandóság alakulása drámai fordulatot vett, a csökkenés folyamata megállt, sőt, egyes életkorokban – főképp a férfi népesség esetében – emelkedni kezdett. A jelenség *rendszerspecifikus* jellegét támasztja alá, hogy Közép- és Dél-Európa korábban szintén viszonylag kedvezőtlen halandóságú országaiiban (például Ausztriában vagy Portugáliában) tovább javultak az életkilátások. Mindez – főképp a rendszerváltás után – élénk érdeklődést váltott ki az európai és a tengerentúli

¹ A Spéder Zsolt (szerk.) „Család és népesség – itthon és Európában” című kötetben megjelent tanulmány (KSH NKI–Századvég Kiadó, Budapest, 2003: 281–319.) módosított változata.

² Az életkilátásokat ebben a tanulmányban a születéskor és a magasabb életkorokban várható élettartamokkal mérjük. A várható élettartam a halandóság legátfogóbb és legközérthetőbb mutatója, amely országok között összehasonlítható, mivel független az adott népesség életkor szerinti összetételétől. A köztudatban a várható élettartam a születéskor (0 éves egzakt életkorban) várható élettartam szinonimájaként terjedt el, bár minden egyes életkorra kiszámítható. A várható élettartam számítása a halálozási adatok és a népességszám összevetésével, a halandósági tábla mutatóinak segítségével történik. A várható élettartam és a halandósági tábla többi mutatója között függvényszerű összefüggés van. A várható élettartam és a halandóság fogalmát a változatosság kedvéért felváltva használjuk, hiszen – bár más előjellel – ugyanazt fejezik ki.

³ Az 1950–1954 évek átlagában Portugáliában még legalább négy évvel alacsonyabb volt mind a férfiak, mind a nők születéskor várható élettartama, mint például Romániában, Magyarországon, Bulgáriában, vagy Csehszlovákiában.

társadalomtudósok körében (például *Bobak–Marmot 1996; 2000; Boys–Forster–Józan 1991; Okólski, 1993; 1994; Meslé 1991; 1996; Meslé–Vallin 2002; Watson 1995*).

A tanulmány célja

Tanulmányunk egyik célja, hogy a hazai halandóság ezredvégi szintjét széles európai perspektívában mutassa be. Fontosnak tartjuk ezt, mert amikor a magas és emelkedő magyar halandóság ténye végre napvilágra kerülhetett, a fejlettebb országokhoz, rendszerint az Európai Unió tagországaival való viszonyítás került előtérbe. Ennek az lehetett az egyik oka, hogy a rendkívül kedvezőtlen hazai halandóság súlyának megfelelő figyelmet kapjon. Ezenkívül az 1980-as években még igen kevés kelet-közép-európai országra vonatkozóan álltak rendelkezésre megbízható adatok. Széles körű összehasonlításra ösztönöz továbbá az a meggyőződésünk is, hogy realisabb képet kapunk országunkról, ha nemcsak a „hová tart”, hanem a „honnan jött” kérdésre is igyekszünk választ találni. A lehetőséget a sokoldalú elemzéshez pedig az adja, hogy ma már a felbomlott Jugoszlávia és a volt Szovjetunió utódállamaira vonatkozóan is rendelkezünk halandósági adatokkal.

A másik cél: összefüggések kimutatása az európai országok halandósági szintje és egyes makroszintű gazdasági-társadalmi mutatók között. Arra szeretnénk választ kapni, hogy az egy főre jutó GNP-vel mért általános gazdasági fejlettség önmagában milyen mértékben határozza meg a halandóság országos szintjét, és melyek azok a további makromutatók, amelyek a gazdasági fejlettség hatásának kiszűrése után is szerepet játszanak a várható élettartam hosszának alakításában.

Ezzel összefüggésben teszteljük azt a hipotézist (*Preston 1975; Rodgers 1979*), mely szerint a halandóság országos szintjét a társadalmi differenciák nagysága is alakítja.⁴ A feltevés logikus. Egyrészt a szélsőséges társadalmi egyenlőtlenségek frusztrációt okoznak, és ez káros az egészségre. Másrészt a jövedelem növekedése határtalan, és akár exponenciális növekedés is lehetséges, míg a várható élettartam – egyes vélemények szerint – nem nőhet egy bizonyos biológiai határon túl, illetve amennyiben igen,

⁴A leggyakrabban felhozott példa Svédország és az Egyesült Államok esete. 1998-ban Svédországban 19 848 dollár, az Egyesült Államokban közel másfélszer ennyi (29 240 dollár) volt a vásárlóerőben mért egy főre jutó GNP, a mindkét nemre számított várható élettartam mégis két évvel elmaradt a svédoké mögött (77, illetve 79 év). Ezt – a feltételezések szerint – a szélsőséges amerikai társadalmi egyenlőtlenségek magyarázzák. A jövedelmi egyenlőtlenség Gini-indexe 1997-ben az Egyesült Államokban 40,8 százalék volt. Ez azonban nemcsak a svédokét (1992-ben 25,0 százalék), hanem – a Világbank adatai szerint – gyakorlatilag minden európai államét meghaladta. Ennél magasabb mutatót csak Oroszországban (1998-ban 48,7 százalék) és Törökországban találunk (1994-ben 41,5 százalék), hozzáátéve, hogy ezekre az országokra nem a jövedelmek, hanem a kiadások alapján számolták a Gini-indexet. A következő legnagyobb érték „mindössze” 36,1 százalék (Egyesült Királyság, 1991-es adat, ismét a jövedelmek alapján számítva). Bár a mutatók részben tartalmi, részben időbeli eltérések miatt szigorúan véve nem összehasonlíthatók, a különbségek nagysága több mint jelzésértékű. (*Forrás: World Development Indicators 2000.*)

akkor egyre lassuló ütemben.⁵ Minél gazdagabb egy ország (vagy társadalmi csoport), annál kisebb az egységnyi jövedelemnövekménnyel elérhető élettartam-növekmény, vagyis csökken a halandóság jövedelemrugalmassága. Ennek következtében nagyobb átlagos élettartam-növekedés (társadalmi összhaszon) keletkezik akkor, ha az anyagi gyarapodás gyümölcsét nemcsak egy tehetős szűk réteg élvezi, és kiváltképpen akkor, ha a leszakadó rétegeket sikerül felzárkóztatni, azaz ha csökkennek a társadalmi egyenlőtlenségek.

Vizsgáljuk a munkanélküliség hatását is. Egyéni szintű vizsgálatok általában arra mutatnak rá, hogy a munkanélküliség károsan hat az egészségre, sőt, a halandóságot is kedvezőtlenül befolyásolja. A munkanélküliség lehetséges hatása azonban nagyban függ az adott körülményektől. Nem közömbös, milyen jellegű és milyen körülmények között végzett munkától „szabadít meg” a munkanélküliség, továbbá az sem, hogy tartós és kilátástalan állapotnak vagy átmeneti és pozitív energiákat felszabadító lehetőségnek éli-e meg valaki. Feltehetően más a munkanélküliség és az egészség, illetve a halandóság kapcsolata egy kiegyensúlyozottan fejlődő országban, ahol átmeneti munkanélküliség szinte bárkivel előfordulhat – és erre az esetre az emberek többsége tartalékkal is rendelkezik –, és más ott, ahol a munkanélküliség tartósan és ismételtlen ugyanazokat a többszörösen hátrányos helyzetben lévő – máról holnapra élő – csoportokat érinti. Feltételezem – bár bizonyítani nem tudom –, hogy a rendszerváltást követő munkanélküliség sokaknak kifejezetten jót tett, legalábbis az egészségük szempontjából. Gondolok az agyonhajszolt, a családtól távol élő, mindig másoktól függő, kiszolgáltatott, ráadásul az egészségre káros munkát egészségtelen körülmények között végző bányászokra, építőipari és gyári dolgozókra. Közülük sokan elvesztették ugyan biztos megélhetést jelentő állásukat, és úgy érezhették, feleslegessé váltak, ugyanakkor a családjukhoz visszaköltözve a szó szoros értelmében fellélegezhettek, és ha jóvátételük nem romlott még meg az egészségük, az adott kereteken belül saját maguk dönthettek sorsuk további alakulásáról.⁶

Közismert, hogy a halál előtti társadalmi egyenlőtlenség legerőteljesebben az iskolai végzettség szerint jelenik meg. Az iskolázottság nemcsak a jövedelmeken keresztül, hanem azon túlmenően is kedvező hatással van az élet számos területén. Ilyenek a munka- és lakáskörülmények, az életmód, a családi és társas kapcsolatok, az alkalmazkodási készség, a nehéz helyzetekkel való megküzdési képesség stb. A tanulmány célja annak a hatásnak a számszerűsítése, amelyet az iskolázottság a gazdasági fejlettségtől függetlenül gyakorol a várható élettartamra.

⁵A vitatott kérdés rövid összefoglalását lásd: Daróczi 2001: 4–6.

⁶Nem célokom idealizálni a munkanélküliséget, de szükségesnek tartom az itt vázolt lehetséges összefüggés megemlítését, mert erre kevesen gondolnak. Csak a negatív kapcsolat közismert, sokan axiómának tekintik a munkanélküliség káros hatását az egészségre.

A gazdasági mutatók és az iskolázottság mellett az egészségügy fejlettsége és az egészségtudatos magatartás az, ami kapcsolatba hozható egy ország átlagos halandósági szintjével. Vizsgálatunkban ezért arra is kitérünk, hogy a fellelhető adatok nyújtotta lehetőségek között megmérjük, milyen kapcsolat tapasztalható az egészségre fordított anyagi eszközök, bizonyos ellátottsági mutatók és egy egészségre káros szenvedély (nevezetesen a dohányzás) gyakorisága és a várható élettartam között.

Szükséges hangsúlyoznunk, hogy az elemzésben szereplő magyarázóváltozók többsége – az egy főre jutó GNP, az iskolázottság, a jövedelmi egyenlőtlenség, illetve az egészségre fordított kiadások relatív nagysága – *nem közvetlenül* befolyásolja a halandóságot, hanem többszörös áttétellel (és nem feltétlenül lineárisan, sőt, esetenként változó előjellel) hatnak a várható élettartamra. Nagyon sok múlik a közvetítő közegeken, például az állam, a munkahely, a lakóhely, a család és az egyén fentiekkel nem jellemezhető adottságain, értékrendjén, követelményein, egészségtudatosságán, következetességén és ezeknek a lehetőségekkel való összhangján.

A halandóságra *közvetlenül* ható tényezők (például az emberek testi–lelki–szellemi egészsége, az egészségkockázatok jellege, súlyossága, gyakorisága és időtartama, a baleset- és a betegségmegelőzés színvonala, a betegellátás hozzáférhetősége és minősége stb.) igen sokrétűek, ezeket nem tudjuk több országra, összehasonlítható módon leltárba venni és számszerűsíteni. Vannak olyan körülmények (például a hagyományok, a kulturális szokások), amelyek nem is alkalmasak a számszerűsítésre. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a döntéshozók, a legfelső politikai vezetés számára hasznos lehet azoknak a peremfeltételeknek az ismerete, amelyek hiányában az egyes részterületeken mutatkozó siker – még ha az egyébként közvetlen összefüggésbe is hozható a halandósággal – eredménytelen marad, vagy nem éri el a kívánt hatást.⁷

A halandóságot vizsgáló tanulmányok kevesebbet foglalkoznak a nők életéselyeivel, mint a férfiakéval (*Sacker–Firth–Fitzpatrick–Lynch–Bartley 2000*). Ez tetten érhető a hazai szakirodalomban is, ami nem meglepő, hiszen a magyar férfiak halandósága nemcsak magas, hanem évtizedeken keresztül emelkedett, vagy legalábbis stagnált. A két nem halandóságának azonban nemcsak a szintje és időbeli változásának iránya különbözik egymástól. A nők esetében nem ugyanazok a tényezők, illetve nem ugyanolyan fontossággal esnek latba, mint a férfiakéban. Csak az egyik nemre elvégzett elemzések eredményeiből nem vonhatunk le az egész népességre érvényes következtetést. Fontos ezért, hogy a halandósági vizsgálatokat a férfiakra és a nőkre (külön-külön és egymással összevethetően) is elvégezzük. Tanulmányunk erősségének tekintjük ennek a

⁷Az 1980-as években az orvosok népességre vetített száma alapján a volt szocialista országokban kellett volna a legtöbbet élniük az embereknek.

szempontnak a következetes alkalmazását, hiszen a nemzetközi szakirodalomban is ritka az ilyen megközelítés.

Az adatok forrása

A vizsgálatba bevont országok és mutatók körének megválasztását nemcsak elvi megfontolások és a tanulmány célja, hanem erőteljesen korlátozó gyakorlati szempontok is befolyásolták. Egyrészt csak a többé-kevésbé összehasonlítható, másrészt a minél több országra és lehetőleg egymáshoz közeli időszakra vonatkozó adatokból válogathattunk.

Az összehasonlíthatóságot segíti (bár nem garantálja), ha egy-egy változó valamennyi országra vonatkozó adata ugyanabból a forrásból származik. Erre való tekintettel a várható élettartam adatait a *Recent demographic developments in Europe 2000*, a GNP/fő értékét a *World Bank Atlas 2000*, míg a többi mutatót a *World Development Indicators 1999 és 2000* kiadványból vettük át.

Kiinduló adatbázisunk 39 európai ország adatait tartalmazta. A kitűzött cél szempontjából fontosnak tartottuk, hogy a 39 ország közül csak 17 tartozik a hagyományos polgári demokráciák közé (azaz soha nem vallotta magát szocializmust/kommunizmust építő országnak). A volt szocialista országok közül 12 a Szovjetunió határain kívül helyezkedik el (köztük Jugoszlávia korábbi tagállamai), tíz pedig a Szovjetunió felbomlásával keletkezett. Az országok száma, történelmi múlt és társadalmi-politikai berendezkedés szerinti megoszlása kedvezőnek tűnt, de az elemzésbe nem tudtuk valamennyi országot bevonni.

Albánia, Bosznia és Hercegovina, Macedónia és Jugoszlávia, továbbá Azerbajdzsán és Grúzia estében vagy az egy főre jutó GNP-adat, vagy a – vizsgálat céljai szempontjából nélkülözhetetlen – magyarázóváltozók (a jövedelmi/fogyasztási egyenlőtlenség, az iskolázottság, az egészségi kiadások, a dohányzás) közül legalább kettő hiányzott. Így ezektől az országoktól kénytelenek voltunk megválni. Örményországot pedig módszertani szempontok miatt kellett kihagynunk. Örményország ugyanis olyan – úgynevezett befolyásos – esetnek bizonyult a lineáris regressziós elemzésben, amelynek bevonása lényegesen módosította volna az eredményeket, ezért inkább nem szerepeltettük az összefüggések vizsgálatában.⁸ A megtartott 32 országra vonatkozóan sem volt hiánytalan az adatállomány, de nem lett volna célszerű tovább csökkenteni az országok számát, amelyek között már csak 15 volt szocialista ország szerepelt.

⁸Örményország és Moldova a vizsgált országok között a legszegényebbek. Mindkettőben 2000 körül az egy főre jutó GDP, de Örményországban több mint nyolc évvel élnek tovább a férfiak, és 5,5 évvel a nők, mint Moldovában. Az örmény férfiak átlagos várható élettartama (72,5 év) magasabb, mint a portugál férfiaké (72,0 év), pedig az egy főre jutó jövedelem Portugáliában hétszer akkora, mint Moldovában. Az örmény nők várható élettartama pedig (77,0 év) a lett, a lengyel vagy a szlovák nőkéhez hasonló (mindhárom országban 77,2 év), pedig az ő jövedelmük alig harmadával-negyedével rendelkeznek.

Kiinduló adatbázisunkban a lehetséges függő változókat a férfi és a női népesség 0, 1, 15, 45 és 65 éves korban várható élettartamai jelentették, amelyek azonban nem függetlenek egymástól.⁹ Az elemzést ezért – és a takarékoság elvét szem előtt tartva – a 0 és a 65 éves életkorban várható élettartamokra szűkítettük, így a halandóság általános és időskori szintjét tudjuk mérni. Ebben a két életkorban a legszorosabb a férfi és a női lakosság halandósága közötti területi összefüggés,¹⁰ vagyis ezek világítanak rá legjobban az országok között eltérő, de azon belül hasonló helyzetekre. (Az alapadatokat a *Melléklet 1. táblázata* tartalmazza. A táblázat második oszlopa jelöli azt a naptári évet, amelyre a várható élettartamok adata vonatkozik.)¹¹

A lehetséges független változók halmazát 37 mutató közül választottuk ki, amelyek általában mindkét nembeli népességre vonatkozó országos átlagok voltak. Kivételt jelentett a dohányzás gyakorisága a felnőttek körében, amelynek értéke a férfiakra és a nőkre külön-külön állt rendelkezésre. A válogatás során figyelembe vettük, hogy milyen erős a korreláció szorossága az adott mutató és a függő változók között, illetve milyen erős a független változók egymás közötti kapcsolata. Azonos témakörhöz (társadalmi egyenlőtlenségek, oktatás, egészségügy) tartozó mutatók közül azokat részesítettük előnyben, amelyek a várható élettartammal szorosabb, illetve a gazdasági fejlettséggel lazább összefüggést mutattak. Tekintettel voltunk még olyan gyakorlati szempontokra, mint az adatok megbízhatósága, összehasonlíthatósága, teljessége, az esetek/országok száma, és végeredményben kilenc magyarázóváltozót hagytunk meg. (Az alapadatokat a *Melléklet 1. táblázata* tartalmazza.)

A legfontosabb és egyben kontroll független változó az egy főre jutó GNP értéke, valamennyi ország esetében 1998-ban, összehasonlítható vásárlóerőben, dollárban kifejezve (PPP98). A másik társadalmi-gazdasági tényező a munkanélküliség. Az általunk használt munkanélküliségi mutató – valamennyi ország esetében – 1997-es adat. Ez a körülmény joggal kifogásolható, mivel a munkanélküliség nagysága évről évre jelentősen ingadozhat, továbbá a halandósággal nyilván nem az alkalmi, az egyszeri, hanem a sokáig fennmaradó, esetleg ismételt munkanélküliség halmozott hatása hozható összefüggésbe. Ezenkívül – mivel a férfi és a női munkanélküliség mértéke az elemzés idején még igen kevés országra volt ismert – adatunk a teljes népességre vonatkozik. Az

⁹ Az egyes életkorokban várható élettartamok valamennyi magasabb életkor halandósági szintjét magukba tömörítik.

¹⁰ A köztes életkorokban – amikor nemenként eltérő társadalmi követelmények, s a pozíció, a környezet, az életmód stb. a leginkább érezteti hatását – rendre 0,9-nél alacsonyabb korrelációs együtthatót kaptunk az egyes országok férfi és női népességének várható élettartamai közötti kapcsolatra.

¹¹ A várható élettartam adatai 1997-re, 1998-ra vagy 1999-re vonatkoznak, kivéve Horvátországot, amelynek adata 1990-es.

európai országok általában követik az ILO definícióját.¹² A magas és hosszan tartó munkanélküliség az erőforrások nem hatékony elosztását mutatja, de abból, hogy valahol kevés a munkanélküli, még nem következik jólét. Azokban a társadalmakban ugyanis, ahol nincs, vagy fejletlen a munkanélküli-, illetve a szociális ellátás, az emberek a feketegazdaságban keresik a megélhetésüket. Fejlett társadalombiztosítással rendelkező országokban viszont az emberek ki tudják várni, míg megtalálják a számukra megfelelő állást. A társadalmi egyenlőtlenségek méréséhez – a kevésbé érzékeny Gini-mutatón kívül – a jövedelmi/kiadási kvintilisek és decilisek értékei álltak rendelkezésünkre. A felső és az alsó kvintilis, illetve a felső és az alsó decilis hányadosából képzett egyenlőtlenségi mutatók közül – a páronkénti korrelációs együtthatók tanúsága szerint – az előző mutató szorosabb összefüggést a várható élettartamokkal, ezért azt használtuk az elemzésben (H20L20). Ez a változó két szempontból jelent problémát. Egyrészt az egyenlőtlenség egyes országokban a jövedelmek, más országokban a kiadások (a fogyasztás) eloszlását mutatja (1. táblázat az 50. oldalon), s a jövedelmek szóródása – *ceteris paribus* – nagyobb, mint a fogyasztásé. Másrészt a referenciaévek elég távoliak (1987–1998 között szóródnak), és ennyi idő alatt jelentős változások történhettek. Némiképp enyhít ugyan a helyzeten, hogy a rendszerváltó országok adatai rendre az 1990-es évekre – 1992 és 1998 közé – esnek. (A Melléklet 1. táblázatában feltüntettük azokat az éveket, amelyekre a jövedelemegyenlőtlenség mutatói vonatkoznak.)

Ami az iskolázottságot illeti, a teljes népesség képzettségére vonatkozóan nem találtunk megfelelő adatot. Ezért kénytelenek voltunk beérni azzal az arányszámmal, amely a különböző szintű oktatási intézménybe járók számát viszonyítja a megfelelő korcsoport létszámához (valamennyi ország adata 1997-es). Ezek közül a 0–14 éves gyermekek iskolázottsági mutatója – az általános iskola valóban általánossá válásával – már nem tükrözi az országok közötti különbségeket. A középiskolára vonatkozó információ pedig annyira megbízhatatlannak tűnt, hogy jobbnak láttuk mellőzni. (A középiskolák típusai országonként jelentősen eltérnek, illetve időről időre sokat változnak.) Maradt tehát a felsőoktatási intézmények hallgatóinak aránya a megfelelő korosztályon belül (DIPL97). A tartalmi összehasonlíthatóság ebben az esetben sem problémamentes, de az adott körülmények között ez bizonyult a legkevésbé rossz választásnak.

¹²Az International Labour Organization meghatározása szerint munkanélküli az, aki a gazdaságilag aktív népesség tagja, akinek nincs munkája, de munkára rendelkezésre áll, és munkát keres. Ide tartoznak a munkájukból elbocsátottak és azok is, akik önként hagyták ott munkájukat. Az egységes fogalomhasználat mellett a munkaerő-felmérések különbözhetnek abban a tekintetben, hogy az adatgyűjtést melyik évszakban készítik, és milyen kritériumokat alkalmaznak a munkát keresők, az ideiglenesen elbocsátottak és az először munkát keresők azonosításához.

Az egészségügyi ellátás mutatói az 1990–1998-as időszak legutolsó rendelkezésre álló éveire vonatkoznak. Az egyik változó az egészségre fordított teljes (közösségi és egyéni) kiadás a GDP százalékában (HEXT90_98). Ez a mutató azt érzékelteti, hogy egy adott – akár szegény, akár gazdag – ország társadalmában mekkora helyet kap, hol szerepel a rangsorban az egészség védelme. A változó technikailag – jellegénél fogva – független az országok közötti jövedelmi különbségektől. Míg a kiadások a „befektetési oldalt”, az orvosok és a kórházi ágyak ezer főre jutó száma az „ellátási oldalt” hivatott bemutatni (PHY90_98 és HOB90_98). A kórházi ágyak számával kapcsolatban felmerül, hogy az csak azonos felkészültségű egészségügyi ellátás mellett jelez rangsort. A szegényebb országok körében az alacsony ágyszám jelenthet abszolút ellátási hiányt, korszerű körülmények között azonban a színvonal emelése nem feltétlenül jár együtt az ágyak számának növelésével, mert ambulánsan, illetve rövidebb kórházi kezeléssel tudnak hasonló eseteket gyógyítani.

Az egészségtudatos magatartást a legelterjedtebb egészségkárosító szokás, a dohányzás gyakoriságával mérjük a felnőtt férfiak és a felnőtt nők körében (MCI85_98 és FCI85_98). Itt is a rendelkezésre álló utolsó év adata szerepel, amely igen tág intervallumban (1985 és 1998 között) helyezkedhet el, és az nem derül ki az adatforrásból, hogy az egyes országok adatai melyik évre vonatkoznak. Lehetséges, hogy ennyi idő alatt a dohányzási szokások megváltoznak, ugyanakkor az is valószínű, hogy a változás hatása nem azonnal jelentkezik.

Nyilván felmerül a kérdés ezek után, vajon nem túl merész – netán meggondolatlan – vállalkozás-e ennyi problémával terhelt adatokra építeni az elemzést. Ha merésznek mérész is, nem gondoljuk meggondolatlanak, mert világosak a lehetőségek korlátai, amelyeket az eredmények értékelésekor is szem előtt tartunk. A jelen vállalkozást olyan kezdeti lépésnek tekintjük, amely segíti az általános tájékozódást, alkalmas néhány hipotézis elsődleges tesztelésére, és tájékoztat arról, milyen tekintetben, milyen irányban szükséges az elemzést megbízhatóbb adatok birtokában finomítani és pontosítani.

Európai körkép (a változók statisztikai jellemzői)

A vizsgálatunkban szereplő 32 országban a férfiak születéskor várható átlagos élettartama 70,7 év, a nőké 78,0 év. A 65 éves életkorban várható élettartam átlaga (30 országban) a férfiaknál 14,3 a nőknél pedig 17,8 év.¹³ Az országok közötti különbségek

¹³Ezek súlyozatlan átlagok, vagyis nincsenek tekintettel arra, hogy hányan élnek – adott életesélyek birtokában – az egyes országokban. Földrajzi, ezen belül nemzetközi összehasonlításban indokolt a súlyozatlan átlag használata, mert a megfigyelés nem egyes emberekre, hanem azok elkülönülő csoportjaira – esetünkben országokra – irányul, a hangsúly nem az egyének, hanem az országok közötti eltérések vizsgálatán van. Itt és a továbbiakban ezért, ha átlagról beszélünk, vagy átlaghoz viszonyítunk, mindig súlyozatlan átlagról lesz szó.

jelentősek (1. táblázat, 50. oldal). Általános tapasztalat, hogy a férfiak között – bármi legyen is a csoportképző ismérv – nagyobb halandósági eltérések adódnak, mint a nőknél. Ezt láthatjuk nemzetközi összehasonlításban is.

A férfiak születéskor várható élettartama Svédországban a legmagasabb, és Oroszországban a legalacsonyabb, s a kettő között 17,2 év az eltérés. Ez a megrázó különbség jól példázza, mennyire tömör és szemléletes mutató a várható élettartam. Sokkal közelebbről érzékelteti e két országban élhető élet minősége közötti távolságot, mint például az a tény, hogy Svédországban 3,2-szer annyi vásárlóerőben mért jövedelem jut egy főre, mint Oroszországban. Magyarországon a férfiak születéskor várható élettartama 10,7 évvel marad el a svédországi mögött, és 6,5 évvel hosszabb, mint az oroszországi.

A nők születéskori életésélyei Svájcban a legjobbak, és Törökországban a legkevésbé jók. E két ország közötti különbség 11,3 év, sokkal kevesebb, mint amit a megfelelő férfimutatók között tapasztaltunk, annak ellenére, hogy a nők születéskor várható átlagos élettartamának európai átlaga 7,3 évvel meghaladja a férfiakét. A magyar nők születéskor várható élettartama 7,3 évvel marad el a svájci adat mögött, és 4 évvel haladja meg a török értéket.

A 65 éves életkorban várható élet a férfiak számára Svájcban a leghosszabb, és Oroszországban a legrövidebb. A különbség 5,7 év. Az idős nők még várható élettartama Franciaországban a legtöbb, és Törökországban a legkevesebb. A különbség 6,5 év. A női halandóságban mutatkozó nagyobb abszolút eltérés (terjedelem) abból adódik, hogy a nők 65 éves életkorban várható élettartama 3,6 évvel hosszabb, mint a férfiaké. Az országok közötti különbségeket a relatív szórás alapján – vagyis a változók átlagos értékeiben mutatkozó különbségek kiküszöbölésével – összehasonlítva kiderül, hogy a nőknél ebben az esetben is kisebbek az eltérések, mint a férfiaknál. A 65 éves magyar férfiak várható élettartama 4,6 évvel kevesebb, mint svájci sorstársaiké, és csupán 1,1 évvel több, mint az Oroszországban élő hasonló korú férfiaké. A 65 éves magyar nők esetében is hasonló a helyzet, átlagosan 4,9 évvel élnek kevesebbet, mint a franciák, és 1,6 évvel többet, mint a törökök. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy a várható élettartam rugalmatlanul reagál a jövedelmek és az életszínvonal más mutatóinak változására.

1. táblázat
A változók statisztikai jellemzői

A változók neve		N	Mini- mum	Maxi- mum	Terje- delem	Átlag	Szórás	Relatív szórás (%)
Férfi e ₀ ¹⁴	ME0	32	59,9	77,1	17,2	70,7	4,90	6,93
Női e ₀ ¹⁵	FE0	32	71,2	82,5	11,3	78,0	3,33	4,27
Férfi e ₆₅ ¹⁶	ME65	30	11,1	16,8	5,7	14,3	1,62	11,40
Női e ₆₅ ¹⁷	FeE65	30	14,3	20,8	6,5	17,8	1,82	10,21
GNP/fő, dollár vásárlóerőben	PPP98	32	1 995	26 876	24 881	13 980	7728	55,28
ln GNP/fő	LPPP98	32	7,6	10,2	2,6	9,4	0,69	7,34
Munkanélküliség	UNEM97	32	1,5	22,1	20,6	8,7	4,73	54,29
Jövedelemegyenlőtlenség	H20L20	32	2,6	12,2	9,6	5,0	1,82	36,17
Felsőfokú oktatásban résztevők, százalék	DIPL97	32	21,0	74,0	20,6	40,6	12,69	31,24
Egészségre fordított ki- adások/GDP, százalék	HXT90_98	32	4,0	10,7	6,7	7,3	1,56	21,37
Orvosok/ezer fő	PHY90_98	32	1,1	5,5	4,4	3,1	0,94	30,27
Kórházi ágyak/ezer fő	HOB90_98	32	2,5	20,8	18,3	8,5	3,73	44,12
Férfi dohányzás, százalék	MCI85_98	29	22,0	68,0	46,0	43,4	12,36	28,50
Női dohányzás, százalék	FCI85_98	29	10,0	37,0	27,0	24,9	6,25	25,16

Az érvényes esetek soronkénti száma: 28.

Az emberi élet hosszában mutatkozó országok közötti óriási különbségeket teljes joggal érzékeljük és éreztetjük méltatlanul nagyak. Statisztikai szempontból nézve ezek a különbségek mégis szinte eltörpülnek (a relatív szórás mindössze 4–11 százalék) a független változók szóródásai mellett.

A legnagyobb eltéréseket a dollárban mért gazdasági fejlettség és a munkanélküliség esetében tapasztaljuk, itt a szórás meghaladja az átlag felét. Az 1998. évi egy főre jutó GNP (súlyozatlan) átlaga a 32 országban 13 979 dollár. Az ennél kevesebbel rendelkezők közé tartozik – Szlovénia kivételével – minden volt szocialista ország és Törökország. A legszegényebb Moldova és a leggazdagabb Svájc között 13,5-szeres (!) a különbség. Magyarország Csehország mögött a második legkevésbé szegény ország az „európai” átlag alatti csoportban: egy főre jutó jövedelmünk (nemzetközi vásárlóerőben mérve) a svájci érték 36,6 százaléka. A munkanélküliség 1997-es átlagos szintje 32 országban 7,3 százalék volt. A legmagasabb értéket Spanyolországban (22,1 százalék), a legalacsonyabbat Ukrajnában (1,5 százalék) mutatták ki. A megfelelő magyar adat 10,5 százalék. A meglepő sorrendre az adatok tartalmáról és korlátairól korábban leírtak adnak magyarázatot.

¹⁴ A férfiak születéskor várható élettartama, év.

¹⁵ A nők születéskor várható élettartama, év.

¹⁶ A férfiak 65 éves korban várható élettartama, év.

¹⁷ A nők 65 éves korban várható élettartama, év.

A jövedelemegyenlőtlenség mutatójának országok közötti relatív szórása a fentieknél lényegesen kisebb, 36,2 százalék. Ez nyilván összefügg azzal, hogy az egyenlőtlenséget nem a felső és az alsó decilis, hanem a felső és az alsó kvintilis arányával mértük. A legnagyobb társadalmi egyenlőtlenségek Oroszországot és Törökországot jellemzik, ahol a népesség felső, leggazdagabb ötöde az alsó, legszegényebb ötöde jövedelmének – Oroszország esetében fogyasztásának – 12,2-szeresével, illetve 8,2-szeresével rendelkezik. A társadalmi különbségek Svédországban, Belgiumban, Norvégiában és Horvátországban a legkisebbek (3,6–3,9). Magyarország a középmezőnyben található (4,5) Bulgária és Németország között.

A felsőfokú oktatásban résztvevők aránya tekintetében a relatív szórás 31 százalék. Az európai országok közül Finnországban járnak a fiatalok legnagyobb arányban főiskolára és egyetemre (74 százalék). Ez az érték Norvégiában, Belgiumban, Spanyolországban, az Egyesült Királyságban és Svédországban éri még el, vagy haladja meg az 50 százalékot. A legalacsonyabb érték Törökországban található (21 százalék), és ennél alig magasabb egy sor volt szocialista országban. Magyarországon a megfelelő korúak 25 százaléka vett részt felsőfokú oktatásban az 1990-es évek második felében, ezzel 32 ország között alulról a 6. helyet foglaltuk el.

A független változónak tekintett mutatók közül az egészségre fordított összes kiadás GDP-n belüli aránya mutatja a legkisebb országok közötti eltérést (a relatív szórás 21,4 százalék). A gazdagabb országok nemcsak többet, hanem azonos összegből nagyobb arányban is költenek az egészségre. A legmagasabb értékek Németországban és Svájcban (10,7 és 10,0 százalék), valamint Franciaországban és Horvátországban (9,6–9,6 százalék) fordulnak elő, míg a legalacsonyabbak (6,7 százalék alatt) a volt szocialista országokban és Törökországban. Magyarország a maga 6,4 százalékaival a harmadik harmadban szerepel. A sor végén Románia és Bulgária áll, 4,2, illetve 4,0 százalékkal. Érdemes figyelni azokra a kivételekre, ahol átlagos vagy annál alacsonyabb az egy főre jutó GNP, az egészségre fordított részarány azonban az átlagosnál magasabb. Ezek közé az országok közé tartozik Görögország, Horvátország és Lettország.

Ami az orvosok ezer főre jutó számát illeti, az országok közötti eltérés statisztikai mérőszáma (30,3 százalék) hasonló ahhoz, amit a felsőfokú oktatásban résztvevők arányánál észleltünk. Az országok sorrendje azonban egészen más. Olaszország vezet 5,5-es értékével, ezután rögtön Oroszország következik 4,6-tal. Ebben a tekintetben a kelet-közép-európai országok viszonylag jó helyezéseket értek el, Magyarország 3,4 orvos/ezer lakossal a 13. helyen található.

Nagyok az országok közötti különbségek az ezer lakosra jutó kórházi ágyak tekintetében (a relatív szórás 44,1 százalék). Érdemes megjegyezni, hogy ez a mutató – az orvosok számán kívül – egyetlen más független változóval sem mutat szignifikáns kapcsola-

tot.¹⁸ Jól példázzák az adatok, hogy – amint korábban említettük – gazdag és szegény országban is előfordulhat magas vagy alacsony ágyszám. A sor élén Svájc áll, ahol 20,8 kórházi ágy jut ezer emberre, a legkevesebb értéket (2,5) pedig Törökországban találjuk. Svájcot Norvégia követi jelentős lemaradással (15 ágy/ezer fővel), majd Fehéroroszország, Oroszország és Moldova következik 12 körüli értékekkel. A sor végén pedig, közvetlenül Törökország előtt a következő országokat találjuk: Spanyolország, Portugália, Egyesült Királyság és Dánia. Ezeknek az országoknak egyikében sem éri el a mutató értéke az ezer lakosra jutó öt ágyat. Magyarországon az átlagos 8,4-nél valamivel több kórházi ágy jut ezer főre (9,1), ez az érték Franciaország és Ausztria között a 11. helyet jelenti.

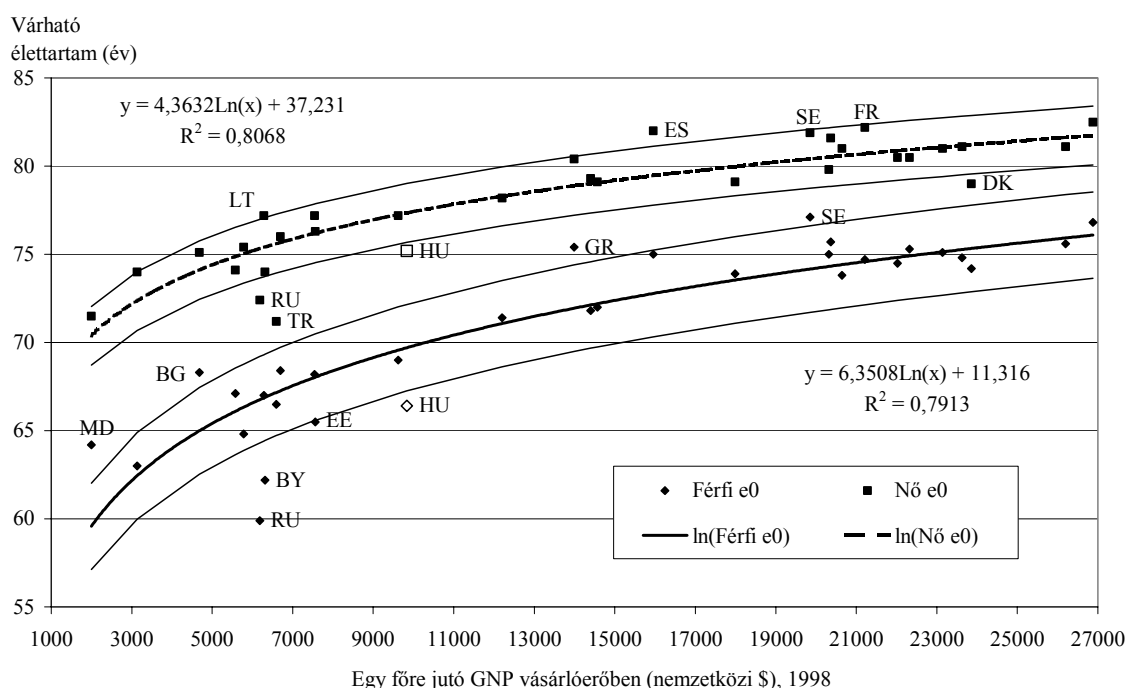
Nem szóltunk még a dohányzás mutatóiról. A férfiak dohányzására vonatkozó adat országok közötti szóródása valamivel nagyobb, mint a nőké (28,5, illetve 25,2 százalék). A férfiak közül legtöbben a volt szocialista országokban, Törökországban, Spanyolországban és Görögországban dohányoznak. Románia, Litvánia és Oroszország vezet 68–67 százalékkal, de 50 százalék feletti az arány Törökországban, Lettországon, Észtországban és Lengyelországban is. Magyarország a maga 40 százalékkal a középmezőnyben foglal helyet. A legkevesebb férfi Svédországban, Finnországban, az Egyesült Királyságban és Írországban dohányzik (22–29 százalék). A női dohányzás mértéke más sorrendet mutat. Ebben a tekintetben Dánia és Norvégia áll az élén, ahol a nők a férfiakkal azonos arányban (36–37 százalék) hódolnak e káros szenvedélynek. Ezután vegyesen következnek kelet-, nyugat-, észak- és dél-európai országok. 20 százalék alatti női dohányzás jellemzően északon és délen fordul elő: Belgiumban és Finnországban 19 százalék, Bulgáriában és Portugáliában 17, illetve 15 százalék, Litvániában és Lettországon 12, illetve 10 százalék. Magyarországon viszonylag sok (27 százalék) a felnőtt női dohányos.

Gazdasági fejlettség és várható élettartam

Vizsgálatunk két tekintetben terjeszti ki az ismert összefüggés elemzését. Egyrészt nem a teljes népesség, illetve nemcsak a férfiak élethesélyeit, hanem mindkét nem várható élettartamát megvizsgálja a gazdasági fejlettség függvényében. Ez lényeges továbblépés, mivel a férfiak és a nők válaszai a különböző élethelyzetekre – a várható élettartam tekintetében is – eltérnek egymástól. Másrészt nemcsak a születéskor, hanem a 65 éves korban várható élettartamokat is vizsgáljuk, tehát a halandóság általános szintje mellett külön hangsúlyt kap az időskori halandóság. Ennek fontosságát a népesség öregedése, továbbá az emeli ki, hogy a fejlett országokban – ahol a csecsemő-, a gyermek- és a fiatalfelnőtt-kori halandóság szintje már igen alacsony – a várható élettartam további növelése leginkább az időskori halandóság csökkenésével valósul meg.

¹⁸Még az ezer főre jutó orvosok számával mért korreláció is igen laza ($R = +0,299$).

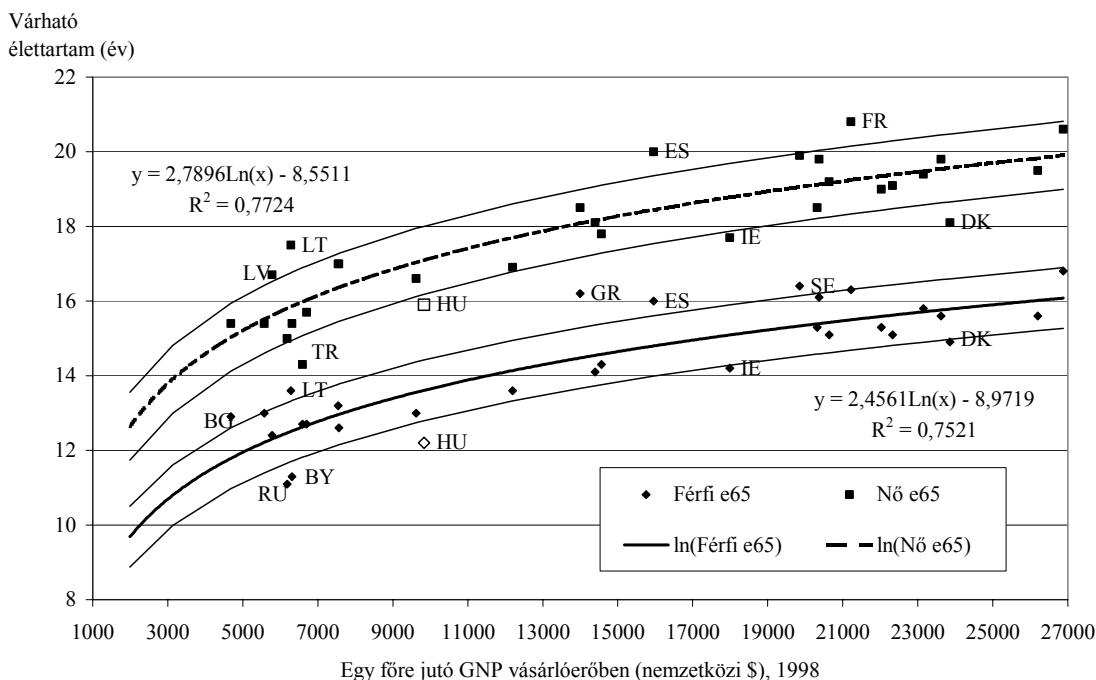
Első lépésként egyszerű, kétváltozós regresszióelemzést végeztünk külön-külön a négy függő változó (a férfiak és a nők születéskor és 65 éves életkorban várható élettartama: ME0, FE0, ME65, FE65) és az egy főre jutó vásárlóerő-paritáson mért GNP (PPP98) – mint független változó – között. Az elemzés a vizsgált intervallumokban logaritmikus összefüggést tárt fel mind a négy függő változó esetében (1. és 2. ábra, 53. és 54. oldal). Az összefüggést úgy is megfogalmazhatjuk, hogy az elemzésben szereplő európai országok gazdasági teljesítményei közötti különbségek mértani haladvány szerint alakulnak, és az egy főre jutó GNP logaritmusára szerinti sorba rendezett országok várható élettartamai közötti különbségek számtani haladvány szerintiek.¹⁹



1. ábra
A születéskor várható élettartamok a gazdasági fejlettség függvényében
32 európai országban az 1990-es évek végén
(a függvényértékektől mért $\pm 0,5$ szórásnyi sáv jelölésével)

AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

¹⁹Ha az európai országok többsége eléri a várható élettartamnak azt az átlagos szintjét, amely ma a legfejlettebb országokat jellemzi, az összefüggés minden bizonnyal módosul.



2. ábra

A 65 éves korban várható élettartamok a gazdasági fejlettség függvényében
30 európai országban az 1990-es évek végén
(a függvényértékektől mért $\pm 0,5$ szórásnyi sáv jelölésével)

AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

A gazdasági fejlettség a születéskor várható élettartam tekintetében meglévő országok közötti különbségek mintegy 80 százalékát magyarázza, mind a férfiak, mind a nők esetében (1. ábra, 53. oldal). A független változóhoz tartozó együttthatók azt mutatják, hogy két ország gazdasági fejlettségében mutatkozó eltérés nagyobb különbséget okoz a férfiak, mint a nők születéskor várható élettartamában. Ha például egy országban másfélszer akkora az egy főre jutó GNP, mint egy másikban, akkor az összefüggés alapján arra számíthatunk, hogy az egyikben a férfiak születéskor várható élettartama körülbelül 2,6 évvel, a nőké viszont csak 1,7 évvel haladja meg a másikat.²⁰ A női halandóságot minden európai országban meghaladó férfigalandság (legalábbis a halandósági viszonyok egész élettartamra vonatkozó átlaga tekintetében) tehát szemmel láthatóan „rugalmasabban” reagál a gazdasági feltételekre. Ezáltal a gazdagabb európai országokban kisebbek a nemek közötti különbségek az életésélyek terén, mint a szegényebb országokban.

²⁰A férfiak esetében az $y = 6,3508 \times \ln(x) + 11,316$ képletből $x = 150$ százalék esetén $dy = 6,3508 \times \ln(1,5) = 2,5749$. A nők esetében értelemszerűen $dy = 4,3632 \times \ln(1,5) = 0,9959$.

Ennek kétféle – egymást nem kizáró – társadalmi magyarázata lehetséges.²¹ Az egyik az a feltételezés, hogy a nők várható élettartama közelebb jár a biológiai határ – akár rögzített, akár változó – felső értékéhez, mint a férfiaké, tehát a férfiakéhoz hasonló emelkedéshez nagyobb erőfeszítés, „befektetés” szükséges. A másik lehetőség az, hogy a modernizáció csak bizonyos körülmények között javítja jobban a nők egészségét, életésélyeit, mint a férfiakét.

Úgy gondoljuk, hogy a „bizonyos körülmények” a férfiak és a nők közötti munkamegosztásra és ezzel összefüggésben a két nem eltérő életvitelére vonatkoznak. Azt feltételezzük tehát, hogy – egyébként változatlan feltételek mellett – a nők addig tudják a férfiakkal szemben megőrizni halandósági előnyeiket – természetesen azokról az előnyökről van szó, amelyek túlmutatnak a pusztán biológiai okokra visszavezethetőkön –, amíg „nőies” életet élnek. Társadalmi szinten ez azt jelenti, hogy például kevesebben, illetve kevesebbet vesznek részt pénzkereső munkában, vagy legalábbis kisebb kockázati tényezőkkel járó munkát végeznek, óvatosabban közlekednek, lényegesen kevésbé alkoholizálnak, dohányoznak, drogoznak stb., többet foglalkoznak az egészségükkel, mint a férfiak, sokan vállalnak gyermeke(ke)t, és választják a gyermek első éveiben az otthon maradási. Természetesen az „erősebb nem” szempontjából is élhetünk a feltételezéssel. A férfiak csökkenthetik a várható élettartam tekintetében a nőkkel szembeni – társadalmi okokra visszavezethető – lemaradást, ha nem ragaszkodnak az úgynevezett „férfias” életvitelhez, például kevesebbet kockáztatnak, többet törődnek az egészségükkel, és több időt fordítanak nem kereső tevékenységre, például a háztartásra, a gyermekekre. Az európai országokban sokféle változatát és átmenetét láthatjuk a férfiak és a nők közötti munkamegosztásnak. Véleményünk szerint ez is hatással van a halandóság általános és nemspecifikus szintjére, de a jelen tanulmányban erre nem tudunk kitérni.

A születéskor várható élettartamok gazdasági fejlettséggel becsült értékei jól illeszkednek az adatokhoz. Az országok túlnyomó többsége a regressziós értékektől mért $\pm 0,5$ szórásnyi sávon belül található (1. ábra, 53. oldal). Magyarországon a férfiak és a nők születéskor várható élettartama ennél nagyobb – és egymáshoz igen hasonló – mértékben marad el attól a szinttől, ami gazdasági fejlettsége alapján következne.²² Ez egyrészt azt jelzi, hogy lenniük kell gazdaságon kívüli tartalékoknak, amelyekkel a halandóság javítható, másrészt azt, hogy az európai országok között mért összefüggések tekintetében nemcsak a magyar férfiak, hanem a magyar nők halandósága is magas. Nem minden volt szocialista országban van ez így. Moldovában és Bulgáriában a férfiak, Lettországon és Ukrajnában a nők várható élettartama *magasabb* annál, mint amit gaz-

²¹Nem foglalkozunk tehát a két nem eltérő halandóságának – a magzati és a csecsemőkorban is megnyilvánuló – biológiai okaival.

²²A standard hiba értéke a férfiak esetében $-1,45$, a nőknél $-1,44$.

dasági fejlettségük sejtet.²³ Kétségtelen azonban, hogy a férfiak születéskor várható élettartama tekintetében negatív irányban „kilengő” országok – Magyarország mellett – mind szovjet utódállamok: Oroszország, Fehéroroszország és Észtország.²⁴ A férfiak születéskor várható élettartama a becslétnél magasabb még Görögországban és Svédországban.²⁵ A nők születéskor várható élettartamát nézve – a már említetteken kívül – pozitív irányban eltérők között találjuk Spanyolországot, Görögországot, Franciaországot és Svédországot, míg az elmaradók között Törökországot, Oroszországot és Dániát.²⁶ Az eltérések oka feltehetően sokféle. Azt reméljük, hogy a vizsgálatunkban szereplő független változókkal sikerül néhányat megragadni a tényezők közül.

A gazdasági fejlettség és az időskori halandóság közötti összefüggést – adatok híján – Moldova és Ukrajna nélkül, 30 országra tudjuk megvizsgálni. A 65 éves életkorban várható élettartam országok közötti eltéréseit az egy főre jutó GNP a születéskor várható élettartamnál tapasztalhoz képest valamelyest kisebb mértékben (a férfiaknál 75 százalékban, a nőknél 77 százalékban) indokolja (2. ábra, 54. oldal). Ebből arra következtetünk, hogy az időskori halandóság különbségeinek magyarázatában nagyobb szerephez fog jutni az általunk vizsgált többi független változó, s közülük elsősorban az egészségügyi mutatók.

Felhívjuk a figyelmet arra, hogy míg a születéskor várható élettartamokat mutató 1. ábra férfi és női görbéi a jövedelem függvényében közelednek egymáshoz, a 65 éves életkorban várható élettartamok 2. ábrája enyhe távolodást mutat a két görbe között. Ez arra utal, hogy idős korban nem a férfiak, hanem a nők halandósága reagál érzékenyebben a gazdasági körülményekre. Korábbi példánknál maradván: másfélszer akkora egy főre jutó GNP esetén a 65 éves életkorban várható élettartam-növekmény becsült értéke a férfiaknál kerekén +1,0 év, míg a nőknél +1,1 év.²⁷ Ez ellentmond annak a korábbi feltetelezésnek, hogy a női életesélyek közelebb járnak a lehetséges biológiai maximumhoz, mint a férfi élettartamok. Ugyanakkor megerősíti azt az ismert összefüggést, hogy az orvostudomány áldásait főképp a nők élvezik. Ennek is több oka van, amelyek közé biológiai, kulturális és magatartásbeli tényezők is sorolhatók: a már említetteken kívül a nők sűrűbben mennek orvoshoz, és az orvosnál (is) könnyebben panaszkodnak, mint a férfiak, tehát ezért is gyakrabban részesülnek egészségügyi ellátásban.

²³A standard hiba értékei: +2,03; +1,45; +1,22 és +1,11.

²⁴A standard hiba értékei: -3,01; -2,06 és -1,11.

²⁵A standard hiba értékei: +1,52 és +1,29.

²⁶A standard hiba értékei: +1,71; +1,02; +1,01 és +1,00; illetve -2,95; -1,96 és -1,48.

²⁷A férfiak esetében az $y = 2,4561 \times \ln(x) - 8,9719$ képletből $x = 150$ százalék esetén $dy = 2,4561 \times \ln(1,5) = 0,9959$; a nők esetében $dy = 2,7896 \times \ln(1,5) = 1,1311$.

Az időskori halandóság országok közötti eltérései nagyobbak, mint amekkorát a születéskor várható élettartam esetén láthatunk (*1. táblázat*, 50. oldal). A gazdasági fejlettséggel becsült regressziós értékektől mért $\pm 0,5$ szórásnyi sávon kívül található és pozitív irányban tér el a férfiak esetében (az eltérés csökkenő sorrendjében) Görögország, Spanyolország, Bulgária, Lettország és Svédország;²⁸ negatív irányban pedig Magyarország, Oroszország, Fehéroroszország, Írország és Dánia.²⁹ Ami a női népességet illeti, az egy főre jutó GNP alapján várthoz képest hosszabb életet remélhetnek a litván, a francia, a spanyol és a lett nők,³⁰ annál rövidebbet viszont a török, a dán, a magyar és az ír hölgyek.³¹ A 65 éves magyar férfiak várható élettartamának a gazdasági fejlettséghez viszonyított elmaradása nagyobb, mint bármelyik más országban, és jóval nagyobb, mint a 65 éves magyar nőké.³² Az eltérésekre többváltozós regressziós elemzéssel keressük a magyarázatot.

A gazdasági fejlettség és a várható élettartamok közötti kapcsolat vizsgálatának eredményeiből adódó egyik következtetés kétségtelenül az, hogy a halandóság csökkentési lehetőségeinek nagy része összefügg a gazdaság teljesítőképességével (főképpen a nem idős férfiak és az idős nők esetében) és az ennek növelésére rendelkezésre álló tartalékokkal. Adott gazdasági szinten is van azonban lehetőség az életesélyek általános javítására, de ennek keretei meglehetősen szűkek. Ide sorolható a bruttó hazai termék elköltésének hatékonysága, a munkakörülmények javítása, a szociális célokra, az egészségügyre fordított pénzek növekvő és hatékony felhasználása stb. Nem véletlen, hogy mindössze egyetlen ország – Örményország – példája mond ennek ellent. Ha feltételezzük, hogy Örményországban sem nagyobbak az adatközlés pontatlanságából eredő hibák, mint más szovjet utódállamban, akkor az igen magas várható élettartam magyarázatát elsősorban földrajzi, történelmi és néprajzi (életmódbeli) okokban véljük fellelni. Ezek pedig olyan tényezők, amelyek egyáltalán nem, vagy nagyon lassan és nehezen változtathatók.

A várható élettartamok többtényezős vizsgálata

A kapcsolatok szorossága

A tanulmány egyik célja annak kimutatása, hogy a gazdasági fejlettség mellett milyen más tényezők befolyásolják a halandóság szintjének országok közötti eltéréseit. Megvizsgáltuk ezért, milyen irányú és milyen erősségű a függő és a független változók, il-

²⁸A standard hiba értékei +2,10 és +1,30 között mozognak.

²⁹A standard hiba értékei: -1,71; -1,66; -1,48; -1,08 és -1,08.

³⁰A standard hiba értékei +1,87 és +1,76 között mozognak.

³¹A standard hiba értékei: -1,90; -1,67; -1,35 és -1,22.

³²A standard hiba a férfiaknál -1,71, a nőknél -1,35.

letve a független változók egymás közötti kapcsolata, ha kontrolláljuk a gazdasági fejlettség igen erőteljes hatását.³³ A kérdés megválaszolására parciális korrelációs számítást végeztünk.

Lássuk először a függő és a független változók viszonyát (2. táblázat, 59. oldal)! A munkanélküliség mértéke és a várható élettartam közötti összefüggés iránya pozitívnak mutatkozik, s a nők esetében még megbízhatónak is mondható a kapcsolat. Ez az eredmény ellentmond annak a kézenfekvőnek tűnő feltételezésnek, hogy a munkanélküliség kedvezőtlenül befolyásolja az egészséget, és ezáltal a halandóságot. Ebből két alternatív – vagy egymást kiegészítő – következtetés adódik. Az egyik az a – már korábban említett – gond, hogy egyetlen év munkanélküliségi mutatója nem alkalmazható sikeresen a halandóság országok közötti eltéréseinek magyarázatában. A másik az, hogy a munkanélküliség káros hatása nem annyira nyilvánvaló, mint ahogy az első látásra tűnik, sok múlik a munkanélküliséget megelőző és az azt követő körülményeken.

A jövedelemegyenlőtlenség mértéke és a születéskor, valamint a 65 éves korban várható élettartamok között a várakozásnak megfelelően negatív a kapcsolat, ami alátámasztja azt a hipotézist, hogy adott gazdasági fejlettség mellett annál magasabb a halandóság, minél nagyobbak a társadalmi egyenlőtlenségek. A korreláció azonban csak a születéskor várható élettartam tekintetében markáns és szignifikáns. Ebből arra gondolhatunk, hogy az idősek egészségét és életesélyét a relatív szegénység kevésbé zavarja, hiszen egyrészt már nem, vagy alig vesznek részt a jövedelemért folytatott harcban, másrészt helyzetüket inkább saját korábbi helyzetükhöz, mint a többiek szintjéhez mérik. Az az eredmény, hogy a jövedelemegyenlőtlenségek nagysága szorosabb összefüggést mutat a férfi halandósággal, mint a nőivel, további adalék ahhoz az általános megfigyeléshez, hogy a két nem halandósága nem mindig ugyanazon tényezők hatására, illetve nem mindig ugyanúgy reagál.

³³A gazdasági fejlettség és a várható élettartam között feltárt logaritmikus összefüggés miatt a további elemzésben az egy főre jutó GNP értékének természetes alapú logaritmusát szerepeltetjük (a változó neve: LPPP98).

2. táblázat
*A függő és a független változók közötti összefüggés iránya, szorossága
és megbízhatósága a gazdasági fejlettség kontrollálása után
(Parciális korrelációs együtthatók az egy főre jutó GNP [LPPP98]
hatásának kiszűrése után)*

Függő változó	Munka-nélküliség	Jövedelemegyenlőtlenség	Felsőfokú oktatás	Egészségre fordított kiadás	Orvosok száma	Kórházi ágyak	Férfi dohányzás	Női dohányzás
	UNEM97	H20L20	DIPL97	HXT90_98	PHY90_98	HOB90_98	MCI85_98	FCI85_98
Férfi e_0 (ME0) ³⁴ (N = 26)	0,2797+	-0,5024**					-0,2863+	
Női e_0 (FE0) ³⁵ (N = 26)	0,3409*	-0,4236**	0,3024+	0,3443*	0,4428**		-0,2596+	-0,3897**
Férfi e_{65} (ME65) ³⁶ (N = 25)	0,2863+			0,3027+				-0,2710+
Női e_{65} (FE65) ³⁷ (N = 25)	0,3361*		0,3182+	0,4273**	0,4389**			-0,4607**

Kétirányú szignifikancia: ** 0,05 szinten, * 0,1 szinten, + 0,1–0,2 szinten szignifikáns.

A felsőfokú oktatásban résztvevők aránya és a várható élettartam között – a gazdasági tényező „kiiktatása” után is – pozitív a kapcsolat, de csak a nők esetében beszélhetünk érzékelhető összefüggésről. A mért összefüggés itt is gyenge és csak kvázi-szignifikáns. Vajon miért van ez így, hiszen minden vizsgálat azt mutatja, hogy a halandóság az iskolai végzettség tekintetében differenciálódik a legerőteljesebben? Meggyőződésünk, hogy a hiba a mutató alkalmatlanságában rejlik. Mint korábban említettük, a teljes népesség iskolázottságára vonatkozóan nem találtunk használható adatot. Kénytelenek voltunk beérni azzal az arányszámmal, amely az adott iskolatípusba járók számát viszonyítja a megfelelő korcsoport létszámához. Az alacsony beiskolázási arányokkal nem számoltunk, hiszen azok már alig differenciálódnak. A középfokú oktatási arányokkal sem, mert a középiskola értelmezése országonként nagyon különböző. Maradt tehát a fogalmilag viszonylag egységesen kezelt felsőfokú oktatás, illetve az ebben a képzésben résztvevők aránya. Ez az arányszám viszont – úgy tűnik – egyrészt még mindig túl alacsony ahhoz, hogy az egész népesség iskolázottságát jellemezze, másrészt a

³⁴ A férfiak születéskor várható élettartama.

³⁵ A nők születéskor várható élettartama.

³⁶ A férfiak 65 éves korban várható élettartama.

³⁷ A nők 65 éves korban várható élettartama.

beiskolázási arányok akár ugrásszerűen is változhatnak, de ennek népegészségi hatása csak hosszabb idő múltán jelentkezik.

Az egészségre fordított (közületi és magán) kiadások és a GDP hányadosa – ami áttételesen a politika és a közvélemény közös egészségtudatát fejezi ki – az összeg abszolút nagyságától függetlenül is kedvezően hat, de csak a nők, és főképp az idős nők halandóságára. *A 65 éves nők várható élettartama szignifikánsan együtt mozog az egészségre fordított kiadások relatív nagyságával. Hasonló a helyzet az orvosok népességhez viszonyított száma esetében.* Míg a férfiak halandósága gyakorlatilag független az orvosok számától, a nők várható élettartama egyértelmű és stabil pozitív összefüggést mutat vele. Ez a mutató az egészségügyi kiadásoknál is világosabban rámutat a nők férfiakkal szembeni kiváltságos helyzetére, ami nemcsak a 65 év feletti korban, hanem az egész élet folyamán megnyilvánul. Nyilvánvaló, hogy egyrészt az anyaszerep miatt az orvosok szükségszerűen többet foglalkoznak a nőkkel, mint a férfiakkal, de az is, hogy a férfiak életkilátásain sokat javítana, ha sikerülne változtatni orvoskerülő magatartásukon. Az orvosok magas száma nem tűnik luxusnak, mert segítségükkel csökkenteni lehet a feltáratlan esetek és az ellátatlan betegek számát, javítani a gyógyulás esélyeit, több időt fordítani a megelőzésre, és végül, de nem utolsósorban az emberek – különösen a férfiak – egészségtudatának formálására.

Ami a felnőttkori dohányzás gyakoriságával mért egészségtudatos magatartást illeti, a férfiak esetében ezt alig lehet függetleníteni a gazdasági fejlettségtől. Az egy főre jutó GNP és a férfiak dohányzása között ugyanis olyan szoros a – fordított – kapcsolat (*3. táblázat*, 59. oldal), hogy emellett eltörpül az a hatás, amelyet egyedül a dohányzásnak tudunk tulajdonítani. Még az összefüggés előjele is csak a születéskor várható élettartam esetében negatív (*2. táblázat*, 59. oldal), ami viszont arra figyelmeztet, hogy a dohányzás főképp a 65 év alatti férfiak halandóságát növeli meg.³⁸

Teljesen más a helyzet a női dohányzással. Egyrészt a nők dohányzása és a női népesség halandósága között a gazdasági fejlettség hatásának kontrollálása után is jelentős marad a kapcsolat (*2. táblázat*). Másrészt szorosabb az összefüggés a dohányzás és az idős-kori, mint az egész életre számított halandóság között. Ezzel kapcsolatban több kérdés is felmerül. Vajon a nők fiatalabb korukban biológiailag védettebbek a nikotin káros hatása ellen? Esetleg a nőknél csak a hosszabb ideig tartó dohányzás okoz a halandóság szintjében is mérhető hatást? A kérdésekben feltételezéseket fogalmaztunk meg, a választ nem tudjuk. A harmadik és igen markáns eltérés a férfiaktól, hogy a gazdagabb országokban nem kevesebb, hanem több nő dohányzik (*3. táblázat*). Ez arra utal, hogy a dohányzás mértékét ille-

³⁸Érdekes módon a férfiak dohányzása a nők születéskor várható élettartamával majdnem ugyanolyan szoros kapcsolatot mutat, mint a férfiakéval, talán a passzív dohányzásnak is tulajdoníthatóan, de vélhetően inkább valamilyen közös ok következtében.

tően más motívumok játszanak szerepet a nők, mint a férfiak esetében. A szegény országokban a hagyományok szabnak gátat a nők dohányzásának, míg a gazdag országokban nemcsak a nők, hanem a férfiak egy része is – a korszerű, egészségtudatos magatartást követve – lemond a cigarettától.

3. táblázat
A független változók közötti összefüggés iránya, szorossága és megbízhatósága.
Páronkénti korrelációs együtthatók

Független változó	GNP/fő (ln) LPPP98 (N = 32)	Munkanélküliség UNEM97 (N = 32)	Jövedelem-egyenlőtlenség H20L20 (N = 32)	Felsőfokú oktatás DIPL97 (N = 32)	Egészségi kiadás HXT90_98 (N = 32)	Orvosok száma PHY90_98 (N = 32)	Kórházi ágyak száma HOB90_98 (N = 32)	Férfi dohányzás MCI85_98 (N = 29)	Női dohányzás CI85_98 (N = 29)
GNP/fő (ln) LPPP98 (N = 32)									0,3189*
Munkanélküliség UNEM97 (N = 32)	0,3313*								
Jövedelem-egyenlőtlenség H20L20 (N = 32)	-0,2332+	-0,2611+							
Felsőfokú oktatás DIPL97 (N = 32)	0,5791**								
Egészségi kiadás HXT90_98 (N = 32)	0,6145**	0,2521+							
Orvosok száma PHY90_98 (N = 32)									
Kórházi ágyak száma HOB90_98 (N = 32)									
Férfi dohányzás MCI85_98 (N = 29)	-0,8104**	-0,2883+	0,4426**	-0,5359**	-0,5498**				
Női dohányzás CI85_98 (N = 29)	0,3189*								

Kétirányú szignifikancia: ** 0,05 szinten * 0,1 szinten, + 0,1–0,2 szinten szignifikáns.

Röviden áttekintve a már hivatkozott 3. táblázatot, amely a független változók közötti kapcsolatokat jellemzi, kiemeljük, hogy az alapváltozónak tekintett gazdasági fejlettséggel csupán három változó mutat legalább közepesen erős kapcsolatot. Talán meglepő, de a legerősebb – negatív – kapcsolat az egy főre jutó GNP és a férfiak dohányzása között található. A várakozásnak megfelelően pozitív összefüggés mutatható ki egy ország gazdagsága és a felsőfokú oktatásban résztvevők aránya, továbbá az egészségre fordított kiadások GDP-n belüli súlya között. Ebből is adódik, hogy a férfiak do-

hányása az egyetemi/főiskolai hallgatók számával és az egészségre költött kiadásokkal közepesen erős – fordított – kapcsolatban áll. Gyengébb, de még értékelhető egyenes (!) irányú kapcsolatot találtunk a jövedelem, valamint a munkanélküliség aránya, illetve a női dohányzás tekintetében. A munkanélküliség gyenge-közepes összefüggést mutat a kórházi ágyak számával, a jövedelemegyenlőtlenség pedig a férfiak dohányzásával. A kapcsolat mindkét esetben pozitív irányú. A még említésre méltó összefüggések közül a leggyengébb kapcsolatot az orvosok és a kórházi ágyak száma között találtuk.

Összefoglalásképpen elmondhatjuk, hogy a tanulmányban szereplő mutatók alkalmasak arra, hogy a hazai halandóságot európai összefüggésben jellemezzük, hogy elkülönítsük a gazdasági fejlettség közvetlen és közvetett hatását a várható élettartamok országos átlagos szintjeire, de nem teszik lehetővé, hogy minden felvetett hipotézist alátámasszunk, illetve elvessünk. Az adott körülmények közötti lehetőségeket és korlátokat a többváltozós regressziós elemzés eredményei mutatják meg.

Többváltozós regresszió

A többváltozós regressziós számítást az SPSS 8.0 programcsomag Windows alapú változata segítségével végeztük. A kilenc független változó közül az egyenkénti beléptetés (*stepwise*) módszerének segítségével választottuk ki a legfontosabbakat, majd az így kijelölt változókon újból elvégeztük az elemzést, ekkor az egyszerre történő beléptetés (*enter*) módszerével. Ennek az volt az értelme, hogy az utóbbi esetben azok az országok is számításba kerülhettek, amelyekre nem ismertük az összes független változó adatát, a kiválasztott mutatók értékei azonban rendelkezésre álltak. Míg az egyenkénti beléptetés módszerével készült számításba csak 28 országot tudtunk bevonni, a kiválogatott mutatókon végzett elemzésben – a születéskor várható élettartamok vizsgálatánál – mind a 32 országot szerepeltetni lehetett. A 65 éves férfiak esélyeinek vizsgálatából – adathiány miatt – kimaradt Moldova és Ukrajna, a 65 éves nők életkilátásainak elemzéséből pedig további két ország, Fehéroroszország és Horvátország.

A születéskor várható élettartam európai országok közötti különbségeit „magyarázó” többváltozós regressziós egyenletekbe a kilenc tényezőváltozó közül a férfiak esetében mindössze kettő, a nőknél három került be, ezek feleltek meg az egyenkénti beléptetés módszere szigorú feltételeinek.³⁹ A 65 éves életkorban várható élettartam férfiakra vonatkozó egyenletének egyetlenegy, a 65 éves nők egyenletének három független változója lett.

³⁹Alkalmazott be- és kiléptetési feltételek: a beléptetés feltétele, hogy az F érték legalább 0,05 szinten megbízható legyen. Ha az F érték legfeljebb 0,10 szinten megbízható, a változó kikerül a modellből.

A férfiak halandósági szintjében az európai országok között jelentkező különbséget döntő módon a gazdasági fejlettség határozza meg. A férfiak születéskor várható élettartamában a 28 ország között mutatkozó eltérések (a szórásnégyzet) 82,5 százalékát az egy főre jutó GNP különbségei magyarázzák (standard béta = +0,844). Statisztikailag kimutatható önálló hatása van még a jövedelemegyenlőtlenségek mutatójának. Bár magyarázóereje elég csekély (mindössze 4,4 százalék), előjele megfelel a várakozásnak (standard béta = -0,220).⁴⁰ Ez az eredmény alátámasztja azt a hipotézist, hogy azonos gazdasági fejlettség esetén abban az országban magasabb a férfiak születéskor várható élettartama, ahol kisebbek a társadalmi egyenlőtlenségek. A modellbe bekerült mindkét változó a jövedelmi viszonyokat tükrözi, az egészségi ellátás vagy a dohányzás jellemzői nem jeleznek ezektől független és statisztikailag szignifikáns hatást a férfiak átlagos halandóságára. A modellből kiszorult változók közül a legjelentősebb parciális korrelációs együtthatóval a munkanélküliség és az ezer főre jutó kórházi ágyak mutatója szerepel, csak hogy a várakozással éppen ellentétes előjellel (munkanélküliség +0,203; kórházi ágyak -0,203).

A 32 országra számított regressziós függvény által becsült értékektől nyolc ország adata mutat viszonylag nagy eltérést. A számítottnál hosszabb várható élettartammal jellemezhető országok (a standard hiba csökkenő sorrendjében): Moldova (+2,103), Görögország (+1,675), Bulgária (+1,279), Svédország (+1,134) és Észtország (+1,125); míg a negatív irányban eltérők: Fehéroroszország (-2,626), Oroszország (-1,825) és Magyarország (-1,625). Erre vonatkozóan nincs kézenfekvő magyarázat, de megállapíthatjuk, hogy a pozitív irányban eltérők között különböző történelmi és politikai háttérű, igen szegény és igen gazdag, északi és déli országok is találhatóak, míg a negatív irányban eltérők kizárólag kelet-, illetve közép-európaiak.

A 65 éves férfiak várható élettartamában az országok (szám szerint 28) közötti eltérések 73,2 százalékát (standard béta = +0,856)⁴¹ magyarázza a gazdasági fejlettség, és – meglepetésünkre – ez a regresszió egyetlen független változója. A jövedelemegyenlőtlenség nem mutat a gazdasági fejlettségtől független, önálló hatást az idős férfiak várható élettartamára, sőt, még a regresszióból kizárt változók közül sem emelkedik ki. Parciális korrelációs együtthatójának értéke ugyan negatív (-0,230), de abszolút értékben három független változó is megelőzi: az egészségügyi kiadások (+0,303), a munkanélküliség (+0,286) és a nők (sic!) dohányzása (-0,271).

Az időskori férfi halandóság 30 országra számított regressziós függvényével becsült értékektől tíz ország adatai térnek el ± 1 standard hibánál nagyobb mértékben. A számítottnál hosszabb várható élettartamú országok (a standard hiba csökkenő sorrend-

⁴⁰A 32 országra végzett számítás eredménye: $R^2 = 81,4$ százalék; standard béta = +0,853 (LPPP98), illetve -0,156 (H20L20).

⁴¹A 30 országra végzett számítás eredménye: $R^2 = 75,2$ százalék; standard béta = +0,867 (LPPP98).

jében): Görögország (+2,097), Észtország (+1,464), Bulgária (+1,354), Lettország (+1,327) és Svédország (+1,297); a negatív irányban eltérők: Magyarország (-1,711), Oroszország (-1,662), Fehéroroszország (-1,483), továbbá Írország (-1,084) és Dánia (-1,076), amelyek a születéskor várható élettartam tekintetében még nem szerepeltek a kiugró értéket mutató országok között.

A női halandóság országok közötti különbségeit „magyarázó” változók összetettebbek. A születéskor várható élettartamok eltérései három független változó kombinációjával írhatók le. Szerepel közöttük a férfi halandóság esetében is fontosnak bizonyult egy főre jutó GNP és a jövedelemegyenlőtlenség mutatója, ezeket a két nem halandósága közös háttérváltozóinak tekinthetjük. A harmadik az ezer főre jutó orvosok száma. Mivel a nők inkább élnek az orvostudomány és az egészségügyi ellátás adta lehetőségekkel, mint a férfiak, a mutató szereplése nem meglepő, sőt, jellegzetesen női tényezőnek nevezhetjük.

A nők születéskor várható élettartamában a 28 ország között mutatkozó eltérések 77,2 százalékát az egy főre jutó GNP különbségei magyarázzák (standard béta = +0,906). A második legerősebb, önálló hatással rendelkező tényező az ezer főre jutó orvosok száma (az eltérések 4,5 százalékával és +0,213 standard béta értékkel), és ezzel csaknem egyenértékű a jövedelemegyenlőtlenségek mutatója (a szórásnégyzet 4,2 százalékával és -0,214 standard béta együtthatóval).⁴² Ez az eredmény is összhangban van azzal a feltételezéssel, hogy a társadalmi egyenlőtlenségeknek a jövedelem szintjétől független, önálló jelentősége van egy ország halandósági szintjének alakításában. Ugyanakkor az orvosellátottság bekerülése a női modellbe egyrészt aláhúzza az egészségügyi ellátás pozitív szerepét az életésélyek javításában, másrészt alátámasztja azt a mindennapos tapasztalatot, hogy ennek előnyeit – különböző okok miatt – elsősorban a nők élvezik. A modelltől kiszorult változók közül a legjelentősebb parciális korrelációs együtthatóval a nők dohányzása (-0,337), az egészségre fordított kiadások GDP-n belüli aránya (+0,291), a munkanélküliség (+0,250) és a felsőfokú oktatásban résztvevők aránya (+0,242) rendelkezik. Ez is azt mutatja, hogy a női halandóság alakulásának körülményei bonyolultabbak és kevésbé redukálhatók az anyagi helyzet jellemzőire.

A 32 országra számított regressziós függvény által becsült értékektől kilenc ország adata mutat viszonylag nagy eltérést. A számítottnál hosszabb várható élettartamú országok (a standard hiba csökkenő sorrendjében): Spanyolország (+1,538), Franciaország (+1,375), Lengyelország (+1,160) és Lettország (+1,026). A negatív irányban eltérők: Fehéroroszország (-2,080), Dánia (-1,865), Magyarország (-1,862), Törökország (-1,762) és Oroszország (-1,276). A férfiaknál tapasztaltakhoz hasonlóan a számítottnál

⁴²A 32 országra végzett számítás eredménye: $R^2=85,7$ százalék; standard béta = +0,886 (LPPP98), +0,162 (PHY90_98) és -0,162 (H20L20).

hosszabb várható női élettartam sem mutat összefüggést a történelmi múlttal. Annyit láthatunk, hogy a nők inkább délnyugaton és északkeleten, mintsem Európa közepén számíthatnak viszonylag hosszú életre. Az elmaradók pedig Európa közepén vagy attól keletre és délre találhatók, kivéve Dániát, ahol a nők relatíve magas halandóságának egyik oka a dohányzás magas gyakorisága lehet (Melléklet 1. táblázat).

A női népesség 65 éves korban várható élettartamában 28 európai ország között mutatkozó eltérések 74,7 százaléka indokolható az országok gazdasági fejlettségével (standard béta = +0,864). A szórásnégyzet további 5,4 százaléka tudható be a nők dohányzási szokásaiban (standard béta = -0,203); 3,0 százaléka pedig az orvosok népességre vetített számában (standard béta = +0,179) mutatkozó különbségeknek.⁴³ A kihagyott változók között egy sincs, amely számottevő hatást jelezne (valamennyi parciális korrelációs együttható abszolút értéke jóval 0,2 alatt marad). Az idős nők halandóságának európai modellje egyszerűbbnek tűnik tehát, mint a születéskor várható élettartam mintája. Itt is a jövedelem nagysága a legfontosabb tényező, de a társadalmi egyenlőtlenségek – úgy tűnik – 65 éven felül kevésbé számítanak. A gazdagság–szegénység mellett a nők időskori életésélyeinek országok közötti eltéréseit modellünkben a dohányzás koporsószögei valamint az orvosok szerepe alakítja.

A regressziós függvénnyel becsült értékektől ebben az esetben is kilenc ország adata mutat számottevő eltérést. A következő országokban hosszabb a várható élettartam a számítottnál (a standard hiba csökkenő sorrendjében): Franciaország (+2,114), Lengyelország (+1,526), Spanyolország (+1,423) és Románia (+1,047). A negatív irányban eltérők: Magyarország (-1,543), Törökország (-1,287), Portugália (-1,274), Oroszország (-1,272) és Dánia (-1,090). Itt sem adódik nyilvánvaló magyarázat arra, vajon miért tér el ellenkező irányban az idős spanyol és a portugál, illetve a román és a magyar nők várható élettartama a számítottól.

Következtetések

Tanulmányunkban az európai országok közötti halandósági különbségek magyarázatát kerestük néhány makromutató segítségével. Ezek az anyagi helyzetre, a munkanélküliségre, a jövedelmi/fogyasztási egyenlőtlenségre, a felsőoktatásban való részvételre, az egészségügy néhány jellemzőjére és a dohányzás gyakoriságára vonatkoztak. Feltételeztük, hogy az általunk vizsgált gazdasági-társadalmi jellemzők összefüggésbe hozhatók a halandóság szintjével. Megállapítottuk, hogy az országok közötti eltérések mind a nők, mind a férfiak születéskor és 65 éves életkorban várható élettartama tekintetében

⁴³Az elemzést csak 28 országra lehetett elvégezni.

elsősorban gazdasági okokra, illetve azokkal szorosan összefüggő tényezőkre vezethetők vissza.

Csak néhány változó esetében tudunk az életszínvonalról független hatást kimutatni. A munkanélküliség, a felsőfokú oktatás és a kórháziágy-ellátás mutatóinak bevonása nem bizonyult szerencsés választásnak. Ezek az adatok tartalmilag alkalmatlanok az összefüggések kimutatásához. Sikert viszont alátámasztani azt a tételt, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek egyértelműen, a gazdaság minden fejlettségi szintjén csökkentik az életesélyeket.

Elemzésünk kimutatta, hogy a vizsgált tényezők eltérő súllyal szerepelnek a férfiak és a nők életesélyeiben mutatkozó országok közötti különbségek magyarázatában. A férfiak halandósági szintjét alapvetően meghatározza az anyagiak szintje és elosztása. Ezek a női halandósággal kapcsolatban is fontos szerepet játszanak, de a nők esete összetettebb. Valójában csak a női halandóság értelmezésében bukkantunk a jövedelmek szintjétől és eloszlásától független és szignifikáns hatással bíró tényezőkre. Ide tartozik mindenekelőtt az orvosok népességre vetített száma, amely az általános és az időskori női halandóság magyarázóváltozói között is megjelent. A férfiak esetében azonban még a kihagyott, de figyelemre méltó változók között sem fordult elő. Az orvosok számát ezért jellegzetesen női hatótényezőnek nevezhetjük.

Eltérő a vizsgált tényezők súlya a születéskor, illetve a 65 éves életkorban várható élettartam tekintetében. Míg az anyagi javak szintje nemcsak az általános, hanem az időskori halandóság mértékét is döntő módon befolyásolja, a társadalmi egyenlőtlenségek nem mutatnak mérhető hatást a 65 évesek várható élettartamára. Vajon az idős korban esetleg kisebbek a különbségek, vagy hatásuk kevésbé érvényesül? A választ nem tudjuk, de a kérdést érdemesnek tartjuk további vizsgálatra. Az az eredményünk, hogy idős korban az egészségi ellátás fontosabb szerepet játszik az életesélyek alakításában, mint az egész élet folyamán, nem meglepő. A nőknél ismét az orvosok száma bizonyult fontos magyarázóváltozónak. A 65 éves férfiak regressziós egyenletében ugyan csak egyetlen magyarázóváltozó – az egy főre jutó GNP értéke – szerepel, de a kizárt mutatók között az egyik legsúlyosabbnak az egészségre fordított kiadások relatív nagysága bizonyult. Figyelembe véve, hogy a népesség öregszik, másrészt a várható élettartam hosszabbításának tartalékai egyre inkább az idősebb korra tolódnak, az egészségügy – Magyarországon is – nagy kihívásoknak néz elébe. Ahhoz, hogy ezeknek meg is tudjon felelni, határozott, világos és bőkezű fejlesztésekre van szükség, leginkább az egészségügy humán területén.

Meglepőnek találtuk azt az eredményt, hogy a gazdasági fejlettség kontrollálása után az országok életesélyei már nem a kelet–nyugati, a volt szocialista, illetve tőkés tábor vonal mentén váltak szét. A hatvanas években az akkori szocialista országok több-

ségében egyöntetűen és szinte egyszerre váltott a halandóság javulása romlásba vagy stagnálásba. Ezt a váltást joggal nevezhetjük rendszerspecifikusnak. Az európai országok között a 20. század végén meglévő halandósági különbségek azonban nem vezethetők vissza a második világháborút követően kialakult szembenálló politikai rendszerekre. Ezek hatása nem múlt el nyomtalanul, de a távolabbi múlt (hagyományok, kultúrák) és a hosszabb időn keresztül változatlan (kontinentális, illetve mediterrán) környezet hatása is jelen van. A halandóság mai eltéréseit – statisztikailag kimutathatóan – döntően az anyagi viszonyok határozzák meg. Kétségtelen, hogy a közép- és kelet-európai országokban az életszínvonal igen alacsony, és időnként romló volt, ami – a hadi kiadások, a túlméretezett és életképtelen beruházások erőltetése, a fogyasztás korlátozása miatt – a szocialista rendszer számlájára írható. Az elemzés eredményei alapján feltételezhető, hogy a halandóság trendjében bekövetkezett tragikus fordulatot közvetlenül az életkörülményekben lezajlott drámák idézték elő. Azt várjuk tehát, hogy a gazdasági fejlődés hatására Magyarországon is lényegesen javulni fognak az emberek életésélyei. Az is kiderült azonban, hogy a jövedelem nem elegendő. Elsőrendű feladat a leszakadó rétegek helyzetének jobbítása, a munkakörülmények javítása, az egészségügy és az egészségtudatos magatartás fejlesztése.

Irodalom

- Bobak, M.–Marmot, M. G. (1996): „East–west mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda”, *British Medical Journal*, 312: 421–425.*
- Boys, R. J.–Forster, D. P.–Józan, P. (1991): „Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of eastern Europe”, *British Medical Journal*, 303: 879–883.*
- Daróczy E. (2001): „Az öregedés határai”, *KorFa*, 2004/2: 4–6..*
- Marmot, M.–Bobak, M. (2000): „International comparators and poverty and poverty and health in Europe”, *British Medical Journal*, 321: 1124–1128.*
- Meslé, F. (1991): „La mortalité dans les pays d'Europe de l'Est”, *Population*, 3: 599–650.*
- Meslé, F. (1996): „Mortality in Eastern and Western Europe: a widening gap”. In: *Coleman, D. (szerk.): European Population in the 1990s*, Oxford University Press.*
- Meslé, F.–Vallin, J. (2002): „Mortalité en Europe: la divergence Est–Ouest”, *Population-F*, 57: 1. 171–212.*
- Okólski, M. (1993): „East–West mortality differentials”. In: *Blum, A.–Rallu, J-L. (szerk.): European population. Volume 2: Demographic Dynamics*. John Libbey Eurotext, 168–189.*
- Okólski, M. (1994): „Health and mortality”. In: *European Population Conference, 1993. Proceedings*. Volume 1. UN ECE, Genf, Council of Europe, Strasbourg. 119–205.*
- Preston, S. H. (1975): „The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development”, *Population Studies*, 29: 231–248.*
- Recent demographic developments in Europe (2000): Council of Europe, Strasbourg.*
- Rodgers, G. B. (1979): „Income and Inequality as Determinants of Mortality: An International Cross-Section Analysis”, *Population Studies*, 33: . 343–351.*
- Sacker, A.–Firth, D.–Fitzpatrick, R.–Lynch, K.–Bartley, M. (2000): „Comparing health-inequality in men and women: prospective study of mortality 1986–94”, *British Medical Journal*, 320: 1303–1307.*
- Watson, P. (1995): „Explaining rising mortality among men in eastern Europe”, *Social Science Medicine*, 41: 923–934.*
- World Bank Atlas (2000): World Bank, Washington.*
- World Development Indicators (1999) and (2000): World Bank, Washington.*

Melléklet

1. táblázat
Alapadatok (az országok a GNP/fő sorrendjében)

Ország	Az év, amelyre a várható élettartam mutatói vonatkoznak	A születéskor várható élettartam		65 éves korban várható élettartam		GNP/fő nemzetközi vásárlóerőben (dollár)	Munkanélküliség (százalék)	Az év, amelyre a várható élettartam mutatói vonatkoznak	Jövedelemegyenlőtlenség a felső és az alsó ötöd hányadosa	Főiskolások a megfelelő korúak százalékában	Az egészségre fordított kiadások a GDP százalékában	Ezer főre jutó		Dohányzó férfiak a felnőtt férfiak százalékában	Dohányzó nők a felnőtt nők százalékában
		férfiak	nők	férfiak	nők							orvos	kórházi ágy		
Moldova	1999	64,2	71,5	–	–	1995	1,6	1992	6,0 (a)	27	6,7	3,6	12,1	–	–
Ukrajna	1998	63,0	74,0	–	–	3130	1,5	1996	4,8 (b)	42	5,4	4,5	11,8	57	22
Bulgária	1999	68,3	75,1	12,9	15,4	4683	11,1	1995	4,4 (b)	41	4,0	3,5	10,6	49	17
Románia	1999	67,1	74,1	13,0	15,4	5572	6,3	1994	4,2 (a)	23	4,2	1,8	7,6	68	32
Litvánia	1999	64,8	75,4	12,4	16,7	5777	7,0	1998	5,3 (a)	33	6,4	3,4	10,3	67	12
Oroszország	1999	59,9	72,4	11,1	15,0	6180	3,4	1998	12,2 (b)	41	5,7	4,6	12,1	67	30
Lettország	1999	67,0	77,2	13,6	17,5	6283	7,1	1996	5,2 (b)	31	8,3	3,9	9,6	52	10
Fehéroroszország	1999	62,2	74,0	11,3	15,4	6314	3,9	1998	2,9 (b)	44	6,0	4,3	12,2	–	–
Törökország	1998	66,5	71,2	12,7	14,3	6594	6,6	1994	8,2 (b)	21	5,8	1,1	2,5	63	24
Horvátország	1990	68,4	76,0	12,7	15,7	6698	15,9	1998	3,9 (b)	28	9,6	2,0	5,9	–	–
Lengyelország	1999	68,2	77,2	13,2	17,0	7543	13,6	1996	5,3 (a)	24	5,9	2,3	5,4	51	29
Észtország	1999	65,5	76,3	12,6	17,0	7563	2,1	1995	6,7 (a)	45	6,4	3,1	7,4	52	24
Szlovákia	1999	69,0	77,2	13,0	16,6	9624	12,6	1992	2,6 (a)	22	6,8	3,0	7,5	43	26
Magyarország	1999	66,4	75,2	12,2	15,9	9832	10,5	1996	4,5 (a)	25	6,4	3,4	9,1	40	27
Csehország	1999	71,4	78,2	13,6	16,9	12197	3,1	1996	3,5 (a)	24	7,0	2,9	9,2	43	31
Görögország	1998	75,4	80,4	16,2	18,5	13 994	10,4	1993	5,4 (a)	47	8,9	3,9	5,0	46	28
Szlovénia	1999	71,8	79,3	14,1	18,1	14 400	13,9	1995	4,2 (a)	36	7,8	2,1	5,7	35	23
Portugália	1999	72,0	79,1	14,3	17,8	14 569	7,1	1994–95	6,0 (a)	38	7,9	3,0	4,1	38	15
Spanyolország	1998	75,0	82,0	16,0	20,0	15 960	22,1	1990	5,4 (a)	53	7,4	4,2	3,9	48	25
Írország	1999	73,9	79,1	14,2	17,7	17 991	10,8	1987	6,4 (a)	41	6,3	2,1	6,0	29	28
Svédország	1999	77,1	81,9	16,4	19,9	19 848	8,1	1992	3,6 (a)	50	8,6	3,1	5,6	22	24
Egyesült Királyság	1999	75,0	79,8	15,3	18,5	20 314	6,1	1991	6,5 (a)	52	6,8	1,6	4,5	28	26

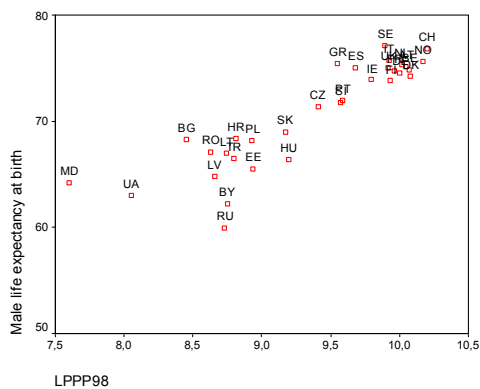
Ország	Az év, amelyre a várható élettartam mutatói vonatkoznak	A születéskor várható élettartam		65 éves korban várható élettartam		GNP/fő nemzetközi vásárlóerőben (dollár)	Munkanélküliség (százalék)	Az év, amelyre a várható élettartam mutatói vonatkoznak	Jövedelemegyenlőtlenség a felső és az alsó ötöd hányadosa	Főiskolások a megfelelő korúak százalékában	Az egészségre fordított kiadások a GDP százalékában	Ezer főre jutó		Dohányzó férfiak a felnőtt férfiak százalékában	Dohányzó nők a felnőtt nők százalékában
		férfiak	nők	férfiak	nők							orvos	kórházi ágy		
Olaszország	1997	75,7	81,6	16,1	19,8	20 365	12,1	1995	4,2 (a)	47	7,6	5,5	6,5	38	26
Finnország	1999	73,8	81,0	15,1	19,2	20 641	14,7	1991	3,6 (a)	74	7,4	2,8	9,2	27	19
Franciaország	1998	74,7	82,2	16,3	20,8	21 214	12,6	1995	5,6 (a)	51	9,6	2,9	8,7	40	27
Németország	1998	74,5	80,5	15,3	19,0	22 026	11,1	1994	4,7 (a)	47	10,7	3,4	9,6	37	22
Hollandia	1999	75,3	80,5	15,1	19,1	22 325	6,2	1994	5,5 (a)	47	8,5	2,6	11,3	36	29
Ausztria	1999	75,1	81,0	15,8	19,4	23 145	6,4	1987	3,2 (a)	48	8,3	2,8	9,2	42	27
Belgium	1998	74,8	81,1	15,6	19,8	23 622	12,7	1992	3,6 (a)	57	7,6	3,4	7,2	31	19
Dánia	1999	74,2	79,0	14,9	18,1	23 855	8,1	1992	3,6 (a)	45	8,0	2,9	4,7	37	37
Norvégia	1999	75,6	81,1	15,6	19,5	26 196	4,5	1995	3,7 (a)	62	7,5	2,5	15,0	36	36
Svájc	1999	76,8	82,5	16,8	20,6	26 876	5,4	1992	5,8 (a)	34	10,0	3,2	20,8	36	26

Megjegyzés: Az országok a GNP/fő (PPP98) növekvő sorrendjében szerepelnek. A jövedelemegyenlőtlenség (H20L20) mutatja (a) a jövedelmek; (b) a kiadások alapján számítva. Bővebben lásd: World Development Indicators 2000, 69. old.

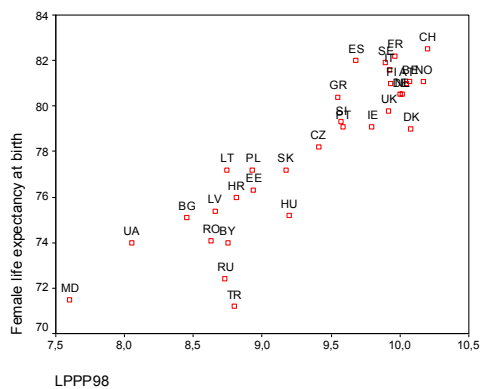
Az adatok forrása: Recent demographic developments in Europe 2000. Council of Europe, Strasbourg, 2000. (ME0, FE0, ME65, FE65). World Bank Atlas 2000. (PPP98). World Development Indicators 2000. World Bank. (Unem97, H20L20, Dipl97, Hext90_98, Phy60_98, Hob90_98, Mci85_98, Fci85_98).

1. ábra
Várható élettartamok a gazdasági fejlettség függvényében
(Az x tengelyen az egy főre jutó 1998-as GNP természetes alapú logaritmus, az y tengelyen az életévek)

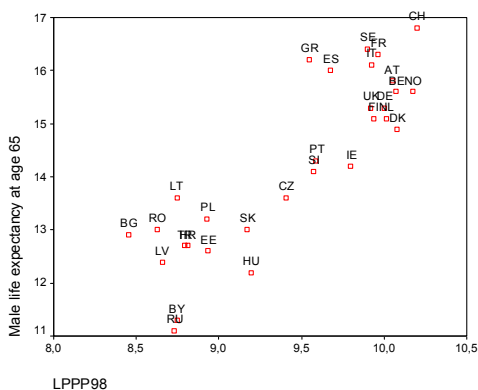
A) A férfiak születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



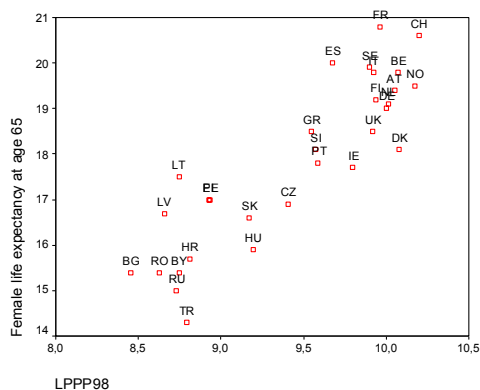
B) A nők születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



C) A férfiak 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



D) A nők 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)

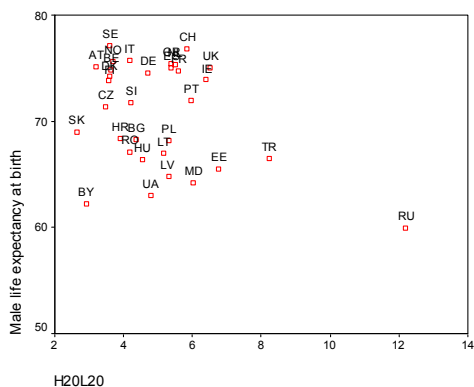


AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

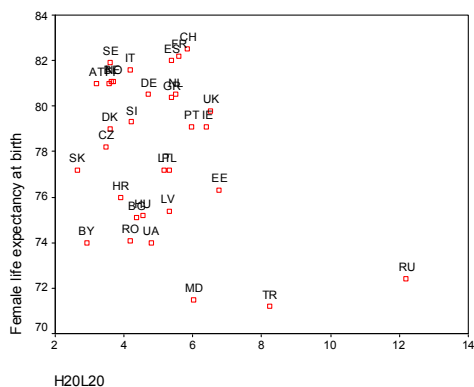
2. ábra

Várható élettartamok a társadalmi egyenlőtlenség függvényében
(Az x tengelyen az 1987–1995 közötti jövedelem/fogyasztás
felső és alsó kvintilisének hányadosa, az y tengelyen az életévek)

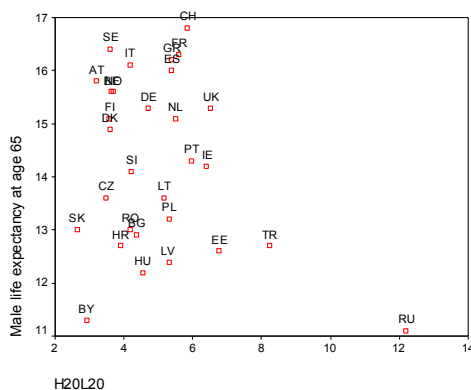
A) A férfiak születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



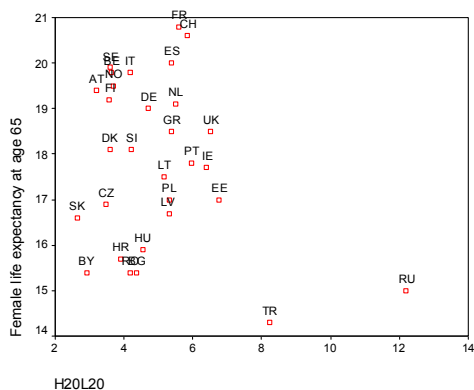
B) A nők születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



C) A férfiak 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



D) A nők 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)

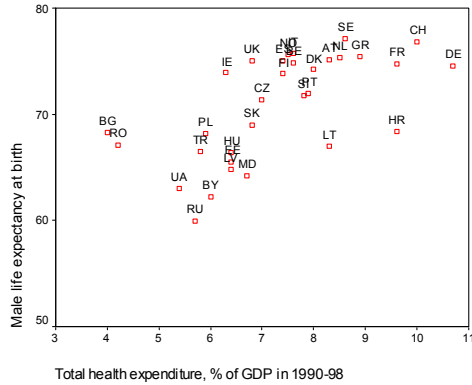


AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

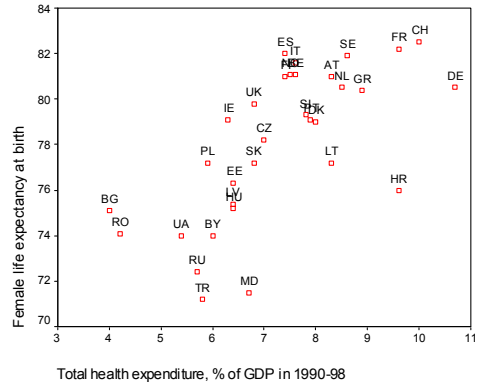
3. ábra

Várható élettartamok az egészségügyi kiadások függvényében
(Az x tengelyen az egészségre fordított kiadások GDP-n belüli százalékos aránya az 1996–1998 közötti években, az y tengelyen az életevek)

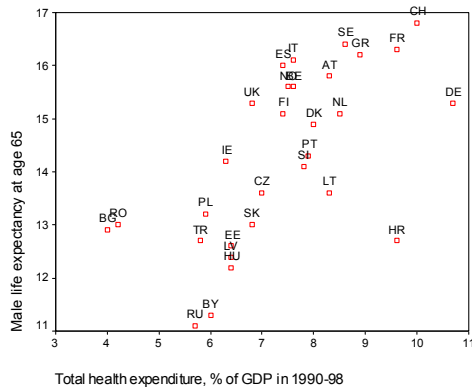
A) A férfiak születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



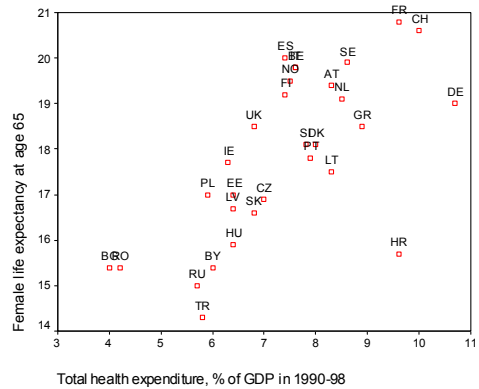
B) A nők születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



C) A férfiak 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



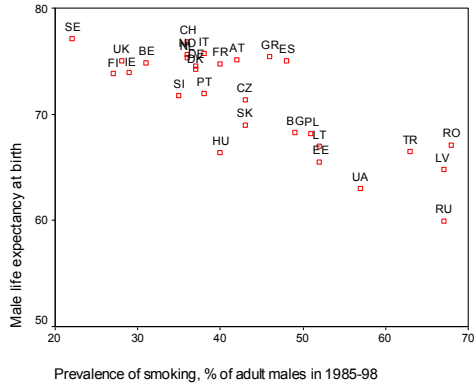
D) A nők 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



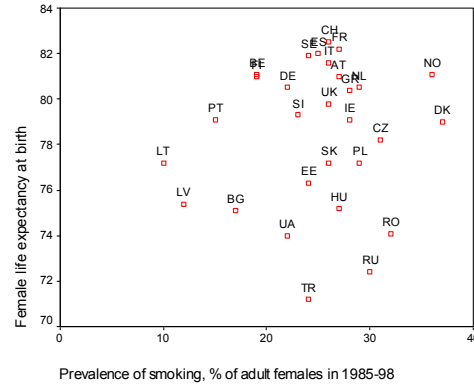
AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

4. ábra
Várható élettartamok a dohányzás függvényében
 (Az x tengelyen a dohányzó felnőtt férfiak, illetve nők százalékos aránya
 az 1985–1998 közötti években, az y tengelyen az életévek)

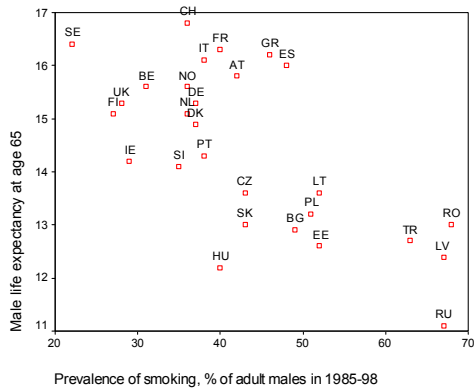
A) A férfiak születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



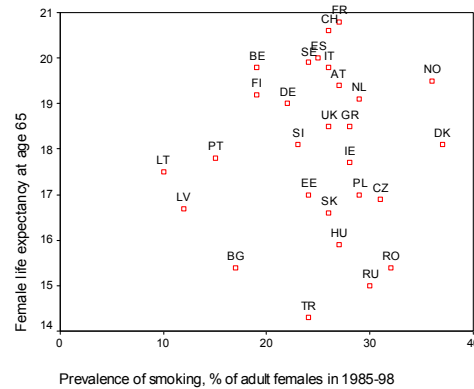
B) A nők születéskor várható átlagos élettartama (1997–1999)



C) A férfiak 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



D) A nők 65 éves korban várható átlagos élettartama (1997–1999)



AM Örményország, AT Ausztria, BE Belgium, BG Bulgária, BY Fehéroroszország, CH Svájc, CZ Csehország, DE Németország, DK Dánia, EE Észtország, ES Spanyolország, FI Finnország, FR Franciaország, GR Görögország, HR Horvátország, HU Magyarország, IE Írország, IT Olaszország, LT Lettország, LV Litvánia, MD Moldova, NL Hollandia, NO Norvégia, PL Lengyelország, PT Portugália, RO Románia, SE Svédország, SI Szlovénia, SK Szlovákia, TR Törökország, UA Ukrajna, UK Egyesült Királyság.

Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás¹

Kovács Katalin

Hogyan keletkezik egy tudományos probléma?

Rontják-e az életesélyeket a magas jövedelmi egyenlőtlenségek? A probléma 1992 óta kedvelt epidemiológiai és demográfiai kutatási téma, amely körül az elmúlt tíz évben élénk, indulatoktól sem mentes diskurzus bontakozott ki, amelybe szociológusok is bekapcsolódtak. Napjainkban a vita epidemiológiai nézőpontból éppen lezáródnak látszik, szociológiai szempontból azonban az eredmények és argumentációk változatlanul figyelemre méltóak. Írásunk egyrészt arra törekszik, hogy bemutassa azt a folyamatot, amelyben a vitázó és egymásra reflektáló felek kérdésfeltevései és eredményei egymásra épültek, másrészt részletesebben ismerteti azokat a különböző nézőpontokat, amelyeket e diskurzus legmarkánsabb egyéniségei képviseltek. Mielőtt azonban belevágnánk az 1992-ben kezdődő történetbe, szükséges néhány pillantást vetni az előzményekre.

A hetvenes és nyolcvanas években napvilágot látott néhány demográfiai közlemény, amely a nem-fejlett világ bizonyos pontjain akkor lassan már emelkedni kezdő nemzeti jövedelem és a halandóság alakulása közötti kapcsolatot vizsgálta. Samuel Preston az 1930-as és az 1960-as évekre vonatkozóan hasonlította össze a nemzeti jövedelem és a mortalitás országokénti szintjét, amelynek alapján már akkor – a hetvenes években – jelezte, hogy a nemzeti jövedelem és mortalitási szint közötti kapcsolat gyengülni látszik (*Preston 1975*). A mortalitási szint meghatározói után kutatva már ekkor felmerült, hogy a jövedelemegyenlőtlenségeket is be kellene vonni a vizsgálódások körébe. Az említett tanulmány egyszerű matematikai eszközökkel azt is demonstrálta, hogy amennyiben a (várható élettartammal jellemezett) mortalitást individuális szinten a jövedelem növekedésével csökkenő mértékűen, de monoton növekvő függvényeszerű kapcsolat írható le, akkor az aggregált szintű összefüggésben a jövedelmi egyenlőtlenségek – legalábbis matematikai értelemben – szükségszerűen kapcsolatot mutatnának a várható élettartam alakulásával. A hetvenes évek végén már az is világossá vált, hogy ilyen összefüggés a fejlődő és a fejlett országokban – őket együtt és külön-külön elemezve egyaránt – megjelenik (*Rodgers 1979*). Később az elemzést a jövedelmi és mor-

¹ A Századvég Új Folyam 26. számában megjelent tanulmány (2002. 4: 87–114.) módosított változata.

talitásbeli egyenlőtlenségekre vonatkozóan is elvégezték (*Le Grand 1987*), és közöttük is erős, szignifikáns összefüggést találtak. Más elemzések szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek önálló, jelentős hatást gyakoroltak arra is, hogy egy-egy országban milyen magasan alakult a csecsemőhalálozás szintje (*Flegg 1982*). A nyolcvanas és kilencvenes évek fordulóján *Wilkinson* több cikket is publikált a jövedelemegyenlőtlenségek és a mortalitás között a fejlett országokban tapasztalható összefüggésekről (*Wilkinson 1986; 1990; 1992/a*).

A vita mégis csak 1992-ben robbant ki, *Richard Wilkinson* az évben „Income distribution and life expectancy” címmel a *British Medical Journal*-ban publikált cikke nyomán (*Wilkinson 1992/b*). Az említett cikk tudományos közlemények esetében ritka karriert futott be. Mint ahogyan három évvel megjelenése után legádázabb kritikusa, *Judge*, felháborodottan sorolja:

„*Wilkinson* felfedezéseit gyakorlati alkalmazásra átvette az Ausztrál Nemzeti Egészségstratégiai Egység, a Világbank, a kanadai Népegészségügyi Program, a WHO Európai Régiója valamint a brit „Szociális Igazság” Bizottság. Mindennek tetejébe a tudományos citációs index szerint *Wilkinson* cikkét 1992. januári megjelenése óta több mint 30 cikk, szerkesztőségi közlemény illetve áttekintés idézte, 16 különböző, jelentősebb folyóiratban”.²

A cikk által kavart vihar azóta sem csillapodik. A jövedelemegyenlőtlenségek és a halálozás kapcsolatát firtató tudományos közlemények száma megsokszorozódott, a kérdésre adott válasz jellege szerint egymással polemizáló tudományos műhelyek formálódtak, néhány országban pedig a kutatási eredmények gyakorlati adaptációja is elkezdődött. Ami a tudományos élet fejleményeit illeti, ma három nagyobb, különböző irányzatot képviselő műhely produkálja a „termelés” túlnyomó részét. Az angliai Notthingenben dolgozó *Wilkinsont* és a hozzá kapcsolódókat szokták az úgynevezett relatív deprivációs irányzatnak nevezni. Az amerikai Harvard egyetemen dolgozó kutatócsoport, amelyet *Bruce Kennedy* és *Ichiro Kawachi* neve fémjelez, az úgynevezett társadalmi integrációs irányvonal képviselője, az angol amerikai „Bristol–Michigan” tengely pedig (legismertebb kutatói: *George Davey Smith*, *George Kaplan* és *John Lynch*) az úgynevezett neo-materialista iskola követőit tömöríti.

Az utóbbi tíz év során sok más nemzetiségű, elsősorban „szociálepideológiát” művelő kutató is részt vett a jövedelemegyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatáról szóló vitában, a kérdést igazi társadalmi figyelem mégis csak Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban kíséri, és ugyanezekben az országokban a legintenzívebb az eredmények egészség-szociológiai nézőpontból való vitatása és kommentálása is. A jövedelmi egyenlőtlenségek és az egészségi állapot kapcsolatára vonatkozó kérdésfeltevé-

² Judge 1995, 1284. old.

sek ebben a két országban kezdetekben a nagy – a brit és amerikai hosszú konzervatívizmus következményeit számba venni próbáló – társadalomkritikai áramlatokba integrálódtak. Ezek az áramlatok ma általában a neoliberalizmus (melynek megjelenése talán leginkább Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban érzékelhető) trendjeire adandó válaszokra koncentrálnak gondolkodás kereteivé váltak.³

Problémák, eredmények és újabb problémák: a legfontosabb közlemények 1992 és 2002 között

Wilkinson (1992/b) cikke, amely a jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatának ma már virágzó kutatási területét mozgásban hozta, nem eredményeinek újszerűségében, inkább provokatív szemléletében különbözött elődeitől.

A nevezetes közlemény – részben a szerző korábbi eredményeit összefoglalva – azokat a lehetőségeket járja körül, amelyek a kilencvenes évek elején rendelkezésre álltak a jövedelmi egyenlőtlenségek és a halálozás kapcsolatának nemzetközi összehasonlító vizsgálatára. Három, viszonylag koherens és egy kevésbé koherens adatbázist használ fel annak demonstrálására, hogy a fejlett országokban a jövedelmi egyenlőtlenségek alakulása befolyásolja az általános mortalitási szintet. Az első elemzés (a Luxemburg-vizsgálat jövedelemegyenlőtlenségi adatait felhasználva) a jövedelmi egyenlőtlenségeket az egyes jövedelmi decilisek által kapott jövedelmi hányad mutatóinak segítségével, részletesen vonja be a vizsgálat körébe, külön-külön vizsgálva azok összefüggését az egyes országokban tapasztalható mortalitási szinttel.⁴ Az egy főre jutó nemzeti össztermék nagyságának kontrollálása után erős parciális korrelációkat talált a jövedelemegyenlőtlenségi mértékek legtöbbje és a mortalitás között (Ausztrália, az Egyesült Királyság és az Egyesült Államok, Kanada, Hollandia, Norvégia, Nyugat-Németország, Svédország, Svájc adatainak összehasonlítása alapján). A közlemény két másik elemzést is tartalmaz, az egyik az Európa Tanács a másik pedig az OECD adatbázisára alapoz. A 12 illetve 6 országra vonatkozó elemzésekben Wilkinson (az adatbázisok által kínált korlátozott lehetőségek használva) csupán különböző relatív szegénységi rátákat alkalmazott a jövedelmi egyenlőtlenségek mértékének jellemzésére. Az elemzési mód-

³ Minthogy az áttekintett cikkek java része epidemiológiai jellegű, érdemes talán megjegyezni, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás kutatási témájának előtérbe kerülése kétségkívül része annak az epidemiológiát érintő „szociologizálódási folyamat”-nak, amely a nyolcvanas és kilencvenes évek során végbement.

⁴ Ennek az elemzésnek az eredményei szerint a decilisenként kapott jövedelmi hányad minden decilist illetően összefüggésben volt a halálozási szinttel – kivéve a két legszegényebbet. Ezeket az eredményeket nem könnyű összeegyeztetni azzal az elmélettel, amelyet Wilkinson ilyen és hasonló empirikus eredményekre alapozott. A későbbi adatelemzések – mint majd látható – sokkal realiztikusabb eredményekre vezettek.

szer az előzőekkel megegyezően egyszerű, korrelációs számítás volt, s az eredmények is hasonlóaknak bizonyultak.

A jelenség magyarázatául *Wilkinson* ekkor még több, alternatív lehetőséget is felsorakoztat, de már ebben a cikkben is világossá teszi, hogy az általa preferált magyarázat a jövedelmi egyenlőtlenségek önálló egészségromboló szerepe lehet, a jövedelmi egyenlőtlenségek pedig pszichológiai átviteli mechanizmusok által (stressz) transzformálódnak az egészségi állapot különbségeivé (*Wilkinson 1992/a*).

Az elkövetkező években *Wilkinson* megkezdte a magyarázatul szolgáló elmélet felépítését. A kibontakozásnak induló elmülethez további támpontul szolgált, hogy ugyanebben az évben megjelent egy közlemény, amely tizenhét iparosodott országban vizsgálta a jövedelmi egyenlőtlenségek és a csecsemőhalálozás közötti kapcsolatot és szoros összefüggést talált közöttük (*Wennemo 1993*). *Wilkinson* a következő években elsősorban az 1992-es cikk kapcsán felvetődött módszertani problémákkal (ezen belül az adatok validitására vonatkozó részletkérdésekkel) foglalkozik, illetve újra és újra közzéteszi a pszichoszociális stressz szerepét kibontó elméletének alapelképzeléseit (*Wilkinson 1994*).

Wilkinson 1992-es cikkének empirikus eredményeire, közvetetten pedig egész megközelítés-módjára vonatkozó első, s mindmáig legkíméletlenebb kritika 1995-ben látott napvilágot (*Judge 1995*). *Judge* *Wilkinson* 1992-es cikkének minden elemét ízekre szedi. Elsőképpen a felhasznált jövedelemegyenlőtlenségi adatok pontosságát kérdőjelezi meg, majd az alkalmazott jövedelemegyenlőtlenségi mutatót, végül az egész analízist újra elvégzi: a *Wilkinson* által használt családi-háztartási jövedelmek helyett az egy főre eső jövedelmeket véve és jövedelemegyenlőtlenségi mutatók egész szériáját alkalmazva. A *Judge* által figyelembe vett kilenc ország ugyanaz volt, mint amelyeket *Wilkinson* is elemzett. Az egy főre jutó jövedelmek és a jövedelemegyenlőtlenségi mutatók közötti korrelációkat vizsgálva a szignifikáns összefüggés hiányát mutatta ki. *Judge* szerint a *Wilkinson* által talált összefüggéseket olyan statisztikai műtermékeknek kell tekinteni, melyek valójában a családok illetve háztartások országonként különböző nagysága miatt jöttek létre.

A kritikai megjegyzésekre *Wilkinson* részletes módszertani magyarázatokkal szolgál, *Judge* reflexióit igen kevés ponton találva elfogadhatónak (*Wilkinson 1995*).

Wilkinson pozícióját az is erősítette, hogy a rákövetkező évben a jövedelmi egyenlőtlenségeknek a 65 éven aluliak mortalitására gyakorolt hatását Nagy-Britannián belül is kimutatták. Az elemzés az egyes helyhatóságok mortalitási rátáit, az átlagos depriváció szintjét valamint a depriváció helyhatóságokon belüli területi varianciáit veti össze, és arra az eredményre jut, hogy erős összefüggés mutatható ki mind a depriváció átlagos szintje, mind pedig területi variabilitása és a mortalitás között, habár az elsőként

említett jelenség hatása jóval erősebbnek mutatkozott (*Ben-Shlomo et al. 1996*). *Judge* kritikai megjegyzéseitől nem zavartatva *Wilkinson* 1996-ban megjelenteti addig írt cikkeinek foglalatát, az „Unhealthy societies” című könyvét, amely társadalomképének és általában a jövedelmi egyenlőtlenségek pszichológiai hatására vonatkozó nézőpontjának kibontását is magában foglalja (*Wilkinson 1996*).

A jövedelmi egyenlőtlenségeknek az egészségi állapotra gyakorolt hatására vonatkozó kételkedést két, majdnem ugyanabban az időben megjelent, s később egyaránt igen híressé vált közlemény eredményei szorították hosszú időre háttérbe. Mindkét tanulmány az Egyesült Államokon belül, annak egyes államait összehasonlítva tárt fel a mortalitási szint és a jövedelmi egyenlőtlenségek között erős kapcsolatot (*Kaplan és munkatársai 1996*, illetve *Kennedy és munkatársai 1996*). Mindkét cikk erőteljesen épít mind *Wilkinson* megközelítésére, mind pedig kritikusaik megjegyzéseire. Az eredmények lenyűgözően meggyőzőek. Hatásukra indult meg az az áradat, amely a lehető legkülönbözőbb kontextusokban akarta a nagy jövedelmi egyenlőtlenségek egészségromlásban testet öltő hatását kimutatni. Egyes kutatások kisebb területi egységeken belül és azok környezetében tapasztalható jövedelmi egyenlőtlenségeket vizsgálták a mortalitás tükrében, mások a nemzetközi összehasonlítás körét tágabbra vonva az országok közötti összehasonlítást finomították. Ismét mások különböző jövedelemegyenlőtlenségi mérőszámok alkalmazásának lehetőségét vizsgálták illetőleg a differenciális (a népesség egyes csoportjaiban különféleképpen jelentkező) hatások után kutattak, s voltak, akik a mortalitás mutatóját az egészségi állapot más mérőszámaival (szubjektív egészségértékelés, pszichiátriai betegségek, krónikus betegségek) helyettesítésén fáradoztak.

Térjünk azonban vissza a híres-nevezetes közleményekre. *Kaplan, Pamuk Lynch, Cohen* és *Balfour* cikke („Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways”) parciális korrelációs módszerrel, a tíz jövedelmi decilisbe esők rendelkezésére álló jövedelmi hányad nagyságát külön-külön hozza korrelációs kapcsolatba az államonkénti élettartammal (a kovariánsként kezelt változó az államok egy főre jutó átlagos jövedelme volt). Eredményeik szerint a korrelációs kapcsolat közepesen erős ($-0,5$ - és $-0,7$ közé esik), s ezt a kapcsolatot alig gyengíti az államonként egy főre jutó jövedelem figyelembe vétele. A korcsoportos mortalitási ráták közül a jövedelmi egyenlőtlenségek nagysága a legerősebb hatást a középkorúak halálzására gyakorolta. Különösebb elméleti megalapozottság nélkül a cikkben számos egyéb, ökológiai szintű korrelációs kapcsolatot is bemutatnak: a kissúlyú újszülöttek, az emberölések, a „védelmi kiadások”, a rokkantság előfordulásának, a bebörtönzöttek, az élelmiszerjegyvet, illetőleg szociális segélyt kapók aránya valamint a standardizált mortalitási szint között (elemzési egységként ismét az egyes amerikai államokat véve).

Kennedy, Kawachi és Prothrow-Stich cikkükben („Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of Robin Hood index in the United States”) a háztartási jövedelmek közötti egyenlőtlenségek nagysága és a standardizált mortalitási ráta közötti kapcsolatot vizsgálják szintén államok szerint. Az alkalmazott módszer itt azonban lineáris regresszió. A modellillesztés során a jövedelemegyenlőtlenségi indexek (a Robin Hood index mellett alternatívaként a Gini-koefficienst is szerepeltették) és a mortalitási ráta közötti összefüggések erősségét figyelték meg az alapmodellben. A további modellezés során az előbbieken említett változókon túl a szegénységi rátát, az átlagos háztartási jövedelmet, a háztartásméretet, illetőleg a dohányzási rátát vették figyelembe. A standardizált mortalitási ráta alakulása mindkét jövedelem-egyenlőtlenségi index-szel erős összefüggést mutatott a fent említett változók hatásának kiszűrése után is (habár a két jövedelemegyenlőtlenségi mutató esetében más és más népességcsoportoknál volt erős a kapcsolat).

A később neo-materialistákként említett kutatók mindezeket az eredményeket szkeptikusan fogadják. Különösképpen a jövedelmi egyenlőtlenségek adott időpontban mérhető értékének az ugyanabban (vagy közeli) időpontban tapasztalható mortalitási rátával való összefüggésbe hozását kritizálják, azon az alapon, hogy a fejlett országok halálozási mintáit domináló betegségek kockázati tényezői tipikusan olyan természetűek, hogy hosszú időn keresztül kell akkumulálódniuk ahhoz, hogy halálozáshoz vezessenek. A jövedelmi egyenlőtlenségeket ezért semmiképpen nem hajlandóak a halálzással kapcsolatban hozható, azt determináló, azaz oki tényezőként felfogni. Nézeteik szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek csupán jelek, a „humán tőkébe való, hosszú időn keresztül tartó, szisztematikus alul-invesztíció” jelei (*Davey Smith 1996*). Később Wilkinson elméletét a népesség egészségi állapotának meghatározottságára már kidolgozott, számos „meta-elmélet” egyikének sorolják be, erőteljesen érvelve amellest, hogy a mortalitási trendek alakulását számos hosszú távú, gazdasági és társadalmi folyamat alakulását is magában foglaló kontextusban lehet tárgyalni (azaz a probléma nem egyszerűsíthető le a jövedelem és a jövedelmi egyenlőtlenségek hatásának vizsgálatára) (*Smith–Egger 1996*).

Az 1997-es év a mortalitás és a jövedelmi egyenlőtlenségek kapcsolatára vonatkozóan ismét egymásnak első pillanatra nézve ellentmondások eredményeket hozott. Egyrészt Van Doorslaer és munkatársai kilenc európai országra kiterjedő vizsgálatukban erős összefüggéseket találtak az egészségi állapot szubjektív önértékelésében mutatkozó egyenlőtlenségek, valamint a jövedelmi egyenlőtlenségek között (*van Doorslaer és munkatársai 1997*). Ebben a vizsgálatban mind a jövedelmek számbavétele, mind az egészségi állapot egyenlőtlenségi mértékeinek kialakítása különösen nagy gondossággal történt. Újabb eredményekkel jelentkezett a bostoni kutatócsoport is: ezúttal az amerikai

nagyvárosok jövedelemegyenlőtlenségi és mortalitási viszonyait hasonlították össze (*Kawachi–Kennedy 1997*) – ismét erős összefüggést mutatva ki a két változó között. Ugyanakkor az egyes spanyol régiókban tapasztalható jövedelmi egyenlőtlenségeket összevetve a mentális fogyatékosokban szenvedők arányával, a kettő között nem találtak kapcsolatot (*Regidor et al. 1997*). Szintén nem talált kapcsolatot az Egyesült Államokban a jövedelmi egyenlőtlenségek és a halálozás alakulása között az adatokat az ottani megyei szinten elemezve egy longitudinális adatokkal dolgozó elemzés (*Fiscella–Franks 1997*). Ez utóbbi eredményt Wilkinson optimistán kommentálja: szerinte a megyei szint, minthogy feltehetően társadalmilag meglehetősen homogén területei egységeket foglal magában – a relatív deprivációs elmélettel igencsak összhangban – nem is mutathatja a keresett összefüggéseket (*Wilkinson 1997/a*).

Bár az amerikai eredmények hitelességét nemigen kérdőjelezi meg, mégis egyre erőteljesebben merül fel a kérdés, nem statisztikai műtermékek-e a talált összefüggések. 1998-ban és 1999-ben számos cikk (*Gravelle 1998; Diez–Roux 1998; Ecob–Smith 1999*) foglalkozott ezzel a – mint a korábbiakban láttuk, nem igazán új – felvetéssel.

A kételyeket némiképp eloszlatta a bostoni kutatócsoport 1998-ban napvilágot látott, módszertani újításokkal szolgáló közleménye (*Kennedy és munkatársai 1998*). Az említett kutatásban olyan „többszintű” sokváltozós elemzést alkalmaztak, amely alkalmas az egyéni szinten mért (egyéni vagy háztartási jövedelem) illetve aggregált szinten mért változók (az állam jövedelme illetve jövedelem-egyenlőtlenségi mutatója) hatásainak szétválasztására. Az eredmények szerint a magasabb jövedelmi egyenlőtlenségek valóban gyakorolnak önálló, kedvezőtlen hatást az egészségi állapot szubjektív értékelésére, legalábbis amerikai kontextusban. Hasonló eredményekre jutott az egészségi állapot szubjektív értékelésében mutatkozó különbségeket és a jövedelmi egyenlőtlenségeket (az amerikai) megyei szinten összehasonlító vizsgálat is. A számos kontrollváltozó bevonásával lefolytatott logisztikus elemzés azt is megmutatta, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek nagyságának hatása kisebb földrajzi egységeket összehasonlítva már nem detektálható (*Soobader–LeClere 1999*).

Nem a jövedelmi egyenlőtlenségek nagyságát mérő szokásos, hanem különféle szegregációs és szegénységi indexeket alkalmazott az a tanulmány, amely első alkalommal mutatkozott képesnek arra, hogy komolyan számításba vegye a jövedelem és a jövedelmi egyenlőtlenségi mértékek szoros korrelációjából adódó módszertani problémákat (*Waitzman–Smith 1998/b*). Az amerikai nagyvárosi térségek mortalitási viszonyait vizsgáló tanulmány erős összefüggést talált a gazdasági alapú szegregáció magas szintje valamint a magas mortalitás között. A tanulmány differenciált hatásokra vonatkozó eredményei realiztikusabbak, mint bármely korábbi eredmény: a szegregáltság

elsősorban a szegények körében rontotta az életesélyeket, de moderált hatása megjelent a közepes jövedelműek között is. Mindezek a hatások elsősorban a fiatalabbak és a középkorúak között jelentkeztek: az idősök körében mindezekről jellegzetesen eltérő halálzási viszonyokat találtak.

További megerősítésül szolgált egy, ugyanebben az évben megjelent „szimulációs technikát” alkalmazó kutatás végeredményei. A tanulmány bemutatta, hogy az egyéni (illetőleg) háztartási jövedelmekből következő mortalitási különbségekből nem vezethetőek le az államok szintjén tapasztalható, a halálzásban megmutatkozó különbségek (*Wolfson és munkatársai 1999*). Innentől tehát bizonyítottnak tekintették, hogy a jövedelemegyenlőtlenségeknek – legalábbis az Egyesült Államokban – valóban önálló szerepe van a halandósági különbségek létrejöttében.

A jövedelemegyenlőtlenségi elmélet újabb sikere volt, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek az epidemiológiai átmenetet követő időszakban (azaz azt a szakaszt követően, amikor a vezető halálokok között a fertőző betegségek szerepét az úgynevezett civilizációs betegségek vették át) Tajvanban is kapcsolatot mutattak a halálzás szintjével (*Chiang 1999*).

Mindemellett komolyan elgondolkodtatta a kutatókat annak a Boston-i és Michigan-i kutatócsoportnak a részvételével végzett kutatásnak a végeredménye, amelyek a korábbi amerikai nagyvárosi térségekben kapott eredményeket a kanadai nagyvárosok bevonásával akarták tesztelni. A kanadai nagyvárosi térségekben ugyanis a jövedelmi egyenlőtlenségek és a halálzás között egyáltalán nem volt összefüggés kimutatható, míg az amerikai nagyvárosi térségekre nézve a kutatás a korábban kapott eredményeket reprodukálta (*Ross és munkatársai 2000*).

Meglepő módon nem találtak összefüggést a jövedelmi egyenlőtlenségek és a szubjektív egészség-értékelés között Japán különböző régióinak összehasonlítása során (*Shibuya et al. 2002*), illetve ugyanezt a kérdést vizsgálva az ország különböző régióinak viszonyait összevetve Dániában (*Osler et al. 2002*), és számos más országban sem.

Lynch-nek és munkatársainak közleménye (2001) cáfolja a legmeggyőzőbben a jövedelmi egyenlőtlenségeknek a mortalitási szint meghatározásában betöltött szerepét, immár a legutóbbi jövedelemegyenlőtlenségi (és mortalitási) adatokat összevetve a fejlett országok igen széles körében (*Lynch és munkatársai 2001*).

A jövedelemegyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatának kutatásában így a jelenséggel kapcsolatos kételyek kerültek túlsúlyba. A jövedelemegyenlőtlenség–mortalitás kapcsolatára vonatkozó kutatásoknak legnagyobb teret adó periodika, a *British Medical Journal* szerkesztőségi közleménye mintha a vita lezárása készülődne:

„... [az utóbbi időben megjelent] tanulmányok megerősítik az a képzetet, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek és az egészség közötti korrelációs kapcsolatra vonatkozó

elképzelés lassan szertefoszlik. Kevés olyan eredmény van, amely arra utalna, hogy ilyen kapcsolat az Egyesült Államokon kívül is létezik. Az Egyesült Államokon belül meggyőző bizonyítékok támasztják alá, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek hatása a mortalitásra nem a jövedelem és a mortalitás közötti, konkáv görbületű, de monoton emelkedő függvény által leírt kapcsolat következménye. ... A kutatási folyamat során .. azonban ... jobb bepillantást nyertünk a népesség egészségi állapotát befolyásoló kontextuális faktorok működésébe. Talán ennél is fontosabb, hogy újra felfedeztük azt, hogy az egyéni szinten mért jövedelem milyen erőteljesen befolyásolja a halandósági esélyeket, s hogy ez egy olyan tény, amely a világ minden szegletében változatlanul igényli a döntéshozók és a politikusok figyelmét” (*Mackenbach 2000*).

Az epidemiológusok a vitát lezártak tekintik: nem sikerült általános, a természettudományos összefüggések törvényszerűségével rendelkező összefüggést találni. Más diszciplínák szerint a vita most kezd igazán érdekessé válni: a szociológia álláspontja szerint a feladat annak a mechanizmusnak a jellemzése lenne, amelynek eredményeként a szóban forgó összefüggés bizonyos országokban megjelenik, más országokban viszont nem.

Iskolák és nézőpontok

Egy briliáns mozaik: a relatív depriváció elmélete

Mint korábban már említettük, az immár tíz éves intenzív kutatási folyamat során markáns, egymástól jól elkülöníthető irányzatok alakultak ki, elsősorban annak mentén, hogy milyen jellegű az a mechanizmus, amely a jövedelmi egyenlőtlenségek hatását mortalitási esélykülönbségekké alakítja. A következőkben a különböző irányzatok erre vonatkozó – teoretikusan különböző mértékben megalapozott – nézőpontjait mutatjuk be.

Richard Wilkinson nem elsősorban meglepő empirikus eredményei, hanem intellektuális bátorsága és eredetisége miatt vált az írásunk tárgyát képező vita egyik legmarkánsabb figurájává. Az eredetileg gazdaságtörténettel, később epidemiológiával (és sok minden mással) foglalkozó angol tudós a nyolcvanas és a kilencvenes évek fordulóján publikálta első, a jövedelmi egyenlőtlenségek mortalitásra gyakorolt hatásáról szóló cikkeit. Összehasonlításainak köre igen változatos: szerepel benne egy amerikai kisváros néhány évtizedes különbséggel tapasztalható társadalmi viszonyainak és halálozási profiljának egybevetése, a brit és a japán halálozási trendek illetve a két ország jövedelemegyenlőtlenségi viszonyainak összevetése, illetve a jövedelmi egyenlőtlenségek és a halálozás összehasonlítása a fejlett országok különböző csoportjaiban, hogy csak a fontosabbakat említsük (*Wilkinson 1986; 1990*). A felvetett probléma és a megoldási javaslat az utóbbi tíz évben *Wilkinson* műveiben alapvetően ugyanaz maradt. A

megoldandó probléma annak a kérdésnek a megválaszolása, miképpen lehetséges az, hogy miközben individuális vagy (családi) szinten a jövedelem nagysága igen erősen meghatározza az életesélyeket, ez az összefüggés aggregált szinten eltűnik, azaz az egyes országok (például nemzeti jövedelemmel mért) gazdagsága, gazdasági fejlettsége és halandósági viszonyai között az összefüggés – legalábbis a fejlett országok körében – már egyáltalán nem erős, sőt, szinte eltűnni látszik. Az a meggyőződése, hogy a megoldás kulcsát a nagy jövedelmi egyenlőtlenségek mortalitásra gyakorolt, önálló hatásában kell keresnünk, már a nyolcvanas és a kilencvenes évek fordulójára kialakult, a kilencvenes évek végére pedig egy, első látásra igencsak meggyőző, impozáns mennyiségű multidiszciplináris ismeretanyagot mozgósító – és sokakat vitára ingerlő – elméletet épített ki mögéje. Wilkinson saját elméletét több könyvben és cikkben is közzétette. A kilencvenes évek első felében elfoglalt elméleti pozícióját legátfogóbban az 1996-ban közzétett, közérthető formában megírt, s a jelek szerint közönségsiker aratott könyve, az „Unhealthy societies: the afflictions of inequality” volt.

Elméletének kialakításakor *Wilkinson* nagymértékben épít a „Black Report” megjelenését követő egészségzociológiai vizsgálatok eredményeire, amelyek elsősorban az egészségi állapot területi egyenlőtlenségeire vonatkozóan a kilencvenes évekre már igen gazdag ismeretanyagot halmoztak fel Nagy-Britanniában. Meghatározó befolyást gyakorolt a kibontakozó teóriára a szociál-epidemiológia „szociál-pszichológizáló” áramlata is, amely szembesül azzal, hogy egyre több olyan jel utal arra, hogy sem a képzettség és más „kemény” szociológiai változók, sem pedig az úgynevezett rizikófaktorok nem nyújtanak elégséges magyarázatot egy-egy közösség egészségi állapotának, illetve a halálzásának alakulására. Bizonyos szempontból azt is mondhatjuk, hogy *Wilkinson* a két diszciplína és tradíció összeegyeztetésére törekszik – az utóbbi áramlat képviselői között lényeges melegebb fogadtatásban részesülve, mint a később neo-materialistáknak nevezett kutatói körben. Ami *Wilkinson* gondolati konstrukcióját érdekessé teszi, az kétségkívül a különböző diszciplínák kurrens empirikus kutatási eredményeinek és teoretikus megfontolásainak egyetlen keretbe való összefogása. Elméletében szerepelnek viselkedéstudományi (etiológiai), gazdaságtörténeti, oktatásszociológiai, antropológiai, tradicionális és szociál-epidemiológiai valamint pszichológiai megfontolások. „Health becomes social science” hirdeti könyvének egyik fejezetcíme, jelezvén, hogy szándéka elsősorban társadalomtudományi koncepció kidolgozása.

A koncepció mögött álló társadalomkép leginkább *Polányi* társadalom-felfogására emlékeztet, habár a szerző a jelek szerint *Polányit* nem ismeri. Otthonosan mozog viszont az antropológiai szakirodalomban, melynek tanulmányozása arra a meggyőződésre vezette, hogy az emberi társadalmak történetében a kapitalizmus és a piacgazdaság olyan viszonylag új jelenségek, melyekhez a modern társadalom individuumai ér-

tékrendszerükben és érzelmeikben még csak részlegesen tudtak adaptálódni. A szerző felfogása szerint az archaikus társadalmak jórészt egyenlő, a piaccgazdaságoknál mindenképp egyenlőbb társadalmak. Az elmélet másik pillérét viselkedéstudományi megfigyelések alkotják: az állatkísérletek szerint az állati közösségek hierarchikus szerveződése stresszreakciókat vált ki a hierarchia alsó pozícióiba került egyedeiben. A stresszreakcióknak pedig – mind az állatok, mind pedig az emberek között – neurológiai következményei vannak, amelyek biológiai elváltozásokhoz vezetnek, s amelyek az egészségi állapot romlásán keresztül rontják az életesélyeket. (A neurológiai válaszreakciók között említhetjük például a stresszhelyzetben állandósuló magas adrenalin-szintet, amely mellékvese megnagyobbodáshoz, s ennek következtében általános fizikai állapotromláshoz vezet.)

Wilkinson nézetei szerint azokban a társadalmakban, ahol a jövedelmi egyenlőtlenségek nagyobbak, ott általában mindenfajta társadalmi hierarchia erősebb, s a különféle hierarchiák végső soron ugyanazokat (jellemezzük őket alacsonyabb jövedelemmel) hozzák kedvezőtlen helyzetbe. A relatív háttérbe szorítottságra, azaz a relatív deprivációra az emberek stresszreakciókkal válaszolnak. A relatív depriváció által keltezt stresszhatások pedig – a fent leírt mechanizmus szerint – az egészségi állapot romlásához vezetnek, amely végeredményben az anyagi feltételek által determinálnál magasabb halálozási valószínűségben manifesztálódik. Az elmélet tehát – pszichológiai átviteli mechanizmusok segítségével – közvetlen kapcsolatot teremt a társadalmi és a biológiai jelenségek között.

A később relatív deprivációs elméletnek, illetve még később a pszicho-szociális elméletek egyik típusaként kezelt gondolati konstrukció íve, mint látható, szokatlanul széles. Intellektuális bátorsága, amellyel a biológiai mechanizmusok és a makro-társadalmi tényezők közötti távolságot kívánja áthidalni, valóban csodálatra méltó. Mindennek ellenére, az elmélet számos pontját, és a különféle szak-diszciplínák eredményei közötti kapcsolatok megteremtésének módját számos kritika érte.

Wilkinson eredeti elméletében nagy szerephez jut a társadalom anómikus állapota valamint az emberi kapcsolatok individualizálódása. Ebből a szempontból szokás a relatív depriváció hatását középpontba helyező *Wilkinson*-i elméletet egy csoportba sorolni a jövedelmi egyenlőtlenségeket a társadalmi integrációval kapcsolatban hozó amerikai iskolával. A „szociálpszichológiai megközelítés e két áramlata azonban mégis alapvető pontokon különbözik egymástól, hiszen *Wilkinson* szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek az oki tényezők, amelyek a társadalmi integráció romlásához, mint okozathoz vezetnek, míg a másik irányzat szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek növekedése csupán jelzi a társadalmi integráció rosszabb állapotát. A „cash and key” – társadalom

képét, amely a vita talán minden résztvevője számára közös, *Wilkinson* rajzolta meg a legszemléletesebben.

„Egyre inkább olyan társadalomban élünk, amelyet a pénz és a kulcs társadalmának nevezhetünk. Ahogyan kilépünk az utcára, rögtön szembesülünk világunk e két legfontosabb szimbólumával. A pénz lehetővé teszi számunkra, hogy részt vegyünk a piacon folyó tranzakciókban, míg a kulcs megvédi a piacon megszerzett javainkat más emberek féltékenységétől és kapzsiságától. Növeli ezeknek a szimbólumoknak a szociális jelentőségét az, hogy a helyett, hogy marginális szerepet töltenének be életünkben, uralkodó és szervező elvvé váltak abban a termelési és az elosztási rendszerben, amelyben sokkal inkább függünk egymástól, mint valaha. [] megélhetésünket pedig úgy biztosítjuk, hogy társadalmilag ellenséges közegben mozgunk. A helyett, hogy a többieket olyan embereknek tekintenénk, akikkel társadalmi kötelék kapcsolnak össze, és akikkel közös érdekeink és céljaink vannak, riválisnak tekintjük őket, akikkel állásokért, házakért, ülőhelyekért és parkolóhelyekért versenyzünk. [] Ahogyan érzékeljük, hogy a szociális távolságtartás és kizáródás folyamatai zajlanak körülöttünk, időnként sértettek, dühösek, lekicsinylőek vagy aggodalmasak leszünk, máskor viszont fölényesekké válnunk”⁵ A „kemény” társadalmi változók fontosságát – s mortalitás-kutatásokban azok alkalmazásának elégségességét – hangoztató neo-materialista iskola ebből a szempontból semmi kivetni való nem talál *Wilkinson* társadalom-felfogásában. Véleményük szerint a neo-liberalizmus általános elvei valóban atomizált, a közösség értékét negligáló társadalmpolitikai gyakorlathoz vezetnek.

Az epidemiológusok pszichoszociális irányzatával való együttműködése során *Wilkinson* mind több empirikus szociológiai elemet integrál elméletébe. Az utóbbi években keletkezett cikkeiben, legalábbis említés szinten, kitér a fogyasztói társadalom kulturális jellegzetességeire – bár ennek egyébként kiterjedt szociológiai irodalmára nem reflektál – valamint a munkajelleg, a stressz és a halálozás közötti kapcsolatokra vonatkozó eredményeire, melyeket a társadalmi rétegződés bizonyos aspektusaival is összeköt (*Marmot–Wilkinson 2001*).

Bizonyos szempontból a neo-materialista állásponthoz való közelítésnek is tekinthető, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek mellett a társadalmi szegregáció más mérőszámait is bevonja legújabb, amerikai adatokon végzett elemzésének körébe, s ugyanitt fontolóra veszi az egészségügyi ellátás különbözőségéből adódó módszertani problémákat is (*Lobmayer–Wilkinson 2002*).

⁵ *Wilkinson* 1996: 226.

A Roseto-paradigma: társadalmi tőke és társadalmi integráció

A jövedelemegyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatát kutató jelentős műhelyek sorában a „relatív deprivációs” iskola „pszicho-szociális” megközelítést képviselő testvére az úgynevezett társadalmi integrációs (más olvasatban a társadalmi tőke fogalmára alapozó) iskola. A *Kennedy–Kawachi* irányvonal esetében – *Wilkinson* esetéhez hasonlóan – társadalomtudományi értelemben nem teljesen kidolgozott, de markáns társadalomkép áll a kutatások hátterében.

A korábbiakban a fent említett szerzők csupán néhány, a kutatások egymáshoz kapcsolódásának szempontjából különösen befolyásosnak bizonyult cikkét említettük. Témánkhoz kötődő munkáságuk azonban ma már több mint egy tucat jelentős közleményből áll. A sorozat első, a korábbiakban már részletesen ismertetett darabjában *Kennedy* és *Kawachi* még nem szerepeltette a társadalmi tőke fogalmát, csupán empirikus leíró módon összefüggéseket tárt fel a jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás között. A következő évben azonban elméleti pozíciójukat is kifejtik (*Kawachi–Kennedy 1997/a*). A kutatások megindítását inspiráló probléma a szegénység és az egyenlőtlenségek növekedése a világ egészében és az Egyesült Államokon belül is, ami a halandóság növekedésének rémét vetíti előre. A jövedelmi egyenlőtlenségeket már ebben a cikkükben kapcsolatba hozzák a társadalmi tőke fogalmával. Teoretikus bázisként *Putnam* munkáját, a „Making Democracy Work” című könyvben kifejtett gondolatmenetet és az ott használt fogalmi apparátust használják.

Mielőtt a *Putnam* könyv jelentőségére kitérnénk, meg kell említenünk, hogy az amerikai egészségszociológia tradicionálisan legfejlettebb területe a társas kapcsolatok egészségi állapotra gyakorolt szerepe volt. A nyolcvanas évek végére a közösségi szinten végzett terepkutatások és kisebb kérdőíves felmérések nagy száma bizonyította, hogy a szociális izoláció az egészségi állapot romlásával jár. Epidemiológusok által is kedvelt téma volt Roseto, az amerikai olasz kisváros mortalitási profiljának története. Mortalitási és társadalmi viszonyainak átalakulásával, a kettő közötti párhuzammal tudományos publikációk tömege foglalkozott. A hatvanas évek közepéig Roseto-ban az olasz bevándorlók szolidáris és egalitáriánus társadalomban éltek. Ebben az időszakban a mortalitás, ezen belül pedig a szívbetegségek okozta mortalitás igen alacsonynak, a szomszéd településeken tapasztaltnál jóval kedvezőbbnek mutatkozott. A szolidáris társadalom „amerikanizálódásával” párhuzamosan mind az általános halálozás, mind pedig a szívbetegségek okozta halálozás szintje az átlagosra emelkedett (*Egolf et al. 1992*). A társadalmi integráció és a társadalmi kötelékek fontosságát így az amerikai egészségszociológia hosszú idő óta evidenciaként kezeli.

Putnam könyve a szerző 1970-től Olaszországban szerzett tapasztalatait összegzi, ahol az önkormányzati rendszer átalakulását követte nyomon. A „társadalmi tőke” az olasz viszonyok között a társadalmi aktivitásban való részvétel jellemzésére szolgáló fogalom volt: a közösségi aktivitásban tanúsított részvétel a tapasztalatok szerint szoros kapcsolatban volt az állampolgárok egymás közötti kapcsolatainak minőségével, azoknak egymás iránti tolerancia-érzésével, illetve az emberközi viszonyok bizalomtelítettségével. Az ilyen módon definiált társadalmi tőke nagysága azután fontos meghatározója lett annak, hogy az újonnan létrehozott regionális önkormányzatok hatékonyan, demokratikusan működtek-e. A könyv amerikai értelmiségi körökben igen nagy népszerűsége tett szert, ezért nem meglepő, hogy az egészség-szociológia és az epidemiológia mezsgyéjén dolgozó kutatásban is felbukkan. Valószínűleg azért lett a jövedelemegyenlőtlenségi kutatások hivatkozási pontja, mert képes volt azt a benyomást kelteni, hogy a társadalmi tőke empirikus kutatásokban is használható operacionalizálásának feladatát kielégítően végezte el.⁶ Hogy a bizalom és reciprocitás kérdésköre valóban elsősorban Putnam hatására került *Kawachi* és *Kennedy* látóhatárába, azt az is bizonyítja, hogy nem hivatkoznak a kapcsolódó értékvizsgálatok (például *Ingelhart 1993*) eredményeire sem.

Egy rövid módszertani kitérő után, amelyben a lehetséges jövedelemegyenlőtlenségi mérőszámok használhatóságát kutatják a mortalitással kapcsolatban (*Kennedy–Kawachi 1997*), publikálják a „társadalmi tőke” és a mortalitás közvetlen kapcsolatáról szóló első cikküket (*Kennedy et al. 1997*). Ebben a cikkben jelenik meg először, hogy a korábbiakban használt jövedelemegyenlőtlenségi mutatót más makro-adatokkal, az idézett cikk esetében survey-ből származó adatokkal helyettesítették. Így kerül a mortalitási szinttel kapcsolatba az, hogy a különböző amerikai államok polgárai miképpen válaszoltak olyan típusú kérdésekre, hogy „Tagja-e valamilyen egyesületnek, csoport-

⁶Az elmélet részletesebb ismertetése nélkül fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a társadalmi tőke ilyen szemléletű fogalma, s az egész leírás magán viseli a jellegzetes amerikai értékek lenyomatát. Ennek bizonyítására idézzük most fel, mit írt az amerikai társadalom szerveződéséről egy másfél évszázada ott járt, élesszemű, Amerikával rokonszenvező utazó:

„Az egyenlőség egymás mellé helyezi az embereket, mindenfajta összetartó kapocs nélkül. A despotizmus korlátokat emel közöttük, és elválasztja őket egymástól. Az előbbi arra ösztönzi a őket, hogy ne törődjenek embertársaikkal, az utóbbi pedig egyfajta közéleti erényt kovácsol számukra a közösségből
.....

.....
Az amerikaiak körében a legkülönfélébb korú, létfeltételű és szellemű emberek társulnak. Nemcsak kereskedelmi és ipari társulások vannak, hanem ezernyi más is: vallási, erkölcsi, komoly és jelentéktelen, általános érdekű és nagyon partikuláris, hatalmas és egészen kicsi: társulnak az amerikaiak, hogy ünnepet üljenek, neveldeket alapítsanak, fogadókat építsenek, templomokat emeljenek, könyveket terjeszsenek, misszionáriusokat küldjenek isten háta mögötti vidékekre, így építenek fel kórházakat, börtönöket, iskolákat.

Az emberi társadalmakat irányító törvények között van egy, amely, úgy tűnik, pontosabb és világosabb valamennyinél. Annak érdekében, hogy az emberek civilizáltak maradjanak, vagy azzá legyenek, ugyanolyan mértékben kell fejlődnie körükben a társulás művészetének, amilyen mértékben a létfeltételek egyenlőtlensége növekszik.” Tocqueville 1983: 396., 402–403., 407.

nak?” illetőleg hogy „Megbízhatunk-e Ön szerint embertársainkban?”. A következő években az ilyesfajta eszközök használata gyakran ismétlődik, és az elemzések konklúziója minden esetben az, hogy „a társadalmi tőke” sűrűsége valóban javítja az emberek életesélyeit. Minthogy a „társadalmi tőke”, másképpen társadalmi kohézió magas szintje egyúttal a jövedelmi egyenlőtlenségek alacsony szintjét is jelenti, ezért a kibontakozó elméleti keretben a társadalmi kohézió (más olvasatokban társadalmi tőke) lesz a valódi oki tényező, amely egyrészt a jövedelmi egyenlőtlenségek nagyságát, másrészt a halálzási szintet meghatározza.

Szociológiai szempontból mind a társadalmi tőke fogalmának ilyenén való definícióját, mind pedig a mérésére alkalmazott eszközöket vitatták. A *Kennedy–Kawachi* féle irányzat fogalomhasználatát a „társadalmi tőke” szociológiában használt jelentésével egybevetve, a kritika megállapítja, hogy a szerzők által használt értelmezés egyik szokásos jelentéstartalomnak sem felel meg. A többféle lehetséges megközelítésben definiált társadalmi tőke (amelyet az emberi kapcsolatok hálózatának elméletében is használnak, de ismertebb a Bordieau-féle megközelítés) fogalmakhoz képest a *Kennedy–Kawachi* féle értelmezés koncepcionálisan megalapozatlan.

Erősen kritizálták a survey-adatok *Kennedy* és *Kawachi* által használt módját, mind az adatok validitását illetően, mint pedig abban a tekintetben, hogy a társadalmi integráció fogalma valóban megközelíthető-e a csoporttagság jelenségén keresztül, azaz, tekinthető-e a rendelkezésre álló survey-eredmények a probléma elfogadható operacionalizálásának. A kritikák szerint ez több mint kérdéses: a csoporttagság semmi esetben sem tekinthető egyértelműen az erős társadalmi kohézió jelének: ismeretesen különféle, funkcionálisan a más társadalmi csoportoktól való távolságtartást szolgáló csoportok.

Megemlíthető, hogy a csoporttagság sem feltétlenül kínál egészség-szempontról protektív környezetet – számos egészségkárosító magatartásmód alakulhat ki különben nagyon összetartó, szoros csoportokhoz való kötődés következményeként (drogfogyasztás).

A szerzők maguk is több helyen szembenéznek a fent említett problémákkal. A későbbiekben ezért a társadalmi kohézió és a halálozás kapcsolatára vonatkozó vizsgálódásaikban egyfelől az „emberi erőforrások management” -jének módjaként kezelik a társadalmi kohézió fogalmát, másfelől a klasszikus deviancia-fogalom alkalmazásának irányába mozdulnak el.

Az elmozdulás egyik legjelentősebb állomását jelzi a bűnözés és a mortalitás kapcsolatát vizsgáló tanulmányuk (*Kawachi–Kennedy–Wilkinson 1999*). Ebben a tanulmányban már *Merton* anómia-elméletét és a Chicago-i iskola eredményeit tekintik kiindulópontnak. A társadalmi kohézió így az anómia-mentes állapot jelentésével ruhá-

zódik fel. A bűnözés gyakoriságát azonban nem teoretikus úton, hanem empirikus kutatási eredmények alapján értelmezik a társadalmi dezintegráció jeleként. Nem adják fel a jövedelmi egyenlőtlenségek vizsgálatának lehetőségét sem – ezt jórészt a Wilkinson-i érvelés alapján csatolják a kriminalitás és a mortalitás kérdésköréhez. Ugyanakkor a társadalmi kohézió mérésére, hasonlóan a korábbiakhoz, kritizálható módon ismét survey eredményeket használnak fel, amelyeket a bűnözésre és más, tipikusan deviánsnak tekintett jelenségekkel, valamint a mortalitásra vonatkozó makro-statisztikai adatokkal hoznak összefüggésbe.

Fontos megjegyezni, hogy *Kennedy* és *Kawachi* – elsősorban korai cikkeiben – sok tekintetben közel álló álláspontot képvisel a neo-materialistákhoz. A „humán erőforrásokba való szisztematikus alulinvesztíció”, amely a szerzők által is bátorított olvasata az alacsony sűrűségű társadalmi tőkének, megengedi azt a feltételezést is, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintjét egyfajta közösségi deprivációként, az egészségügyi és a humán infrastruktúra leromlott állapotaként értelmezzük.

Antiszocio-pszicho: a neo-materialisták

A jövedelmi egyenlőtlenségek mortalitás-generáló hatását tételező szociálpszichológiai elmélet szociológiai szempontból legfeltűnőbb hiányossága, hogy a pszichológiai mechanizmusok működési közegét jelentő társadalom csak absztrakt módon, tagolatlanul jelenik meg benne.

A szociálpszichologizáló és az úgynevezett materialista nézőpontok a jövedelemegyenlőtlenség/mortalitás vita első pillanatától szemben álltak egymással. A véleménykülönbségek nem elsősorban az empirikus eredmények „valódiságára” vonatkoznak,⁷ hanem azok magyarázatára. A későbbiekben neo-materialistáknak nevezett iskola képviselői szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek olyan jelek, melyeket a társadalom strukturális viszonyaival kell összekapcsolni. Ennek a követelménynek – saját elméletüket illetően – kielégítő módon csak 2000-ben tudtak eleget tenni.

A vita során a neo-materialista táborba sodródott tudományos műhelyek két különböző tudományos tradícióból merítettek. Nagymértékben hasznosították egy részről a „Black Report” hagyományait folytató empirikus egészségszociológia eredményeit, amely, elsősorban Nagy-Britannia földrajzi értelemben vett mortalitási különbségeinek leírása kapcsán, megalapozott empirikus tapasztalati anyagot tudott nyújtani arra nézve, hogy azokban a térségekben, ahol a lakosság nagyobb arányban tartozik az alacsony jövedelműek (vagy más szempontból hátrányos helyzetűek) közé, ott számos, csak közösségi szinten értelmezhető és mérhető társadalmi hátrány is kialakul. Nem csak az

egészségi állapot alakulásával közvetlenül összefüggő infrastruktúrát – mint amilyen az orvosi ellátás különböző intézményeinek sűrűsége, az igénybe vehető szolgáltatások időkerete illetve a szolgáltatások megközelíthetősége – találták az ilyen közösségekben a gazdagabb térségekhez viszonyítva jóval hiányosabbnak, hanem az infrastrukturális tényezők egész sorozatát. Az ilyen településeken vagy lakókörzetekben rosszabb a tömegközlekedés, alacsonyabb színvonalúak az iskolák, nehezkesebb bevásárolni (és drágábbak az egészséges élelmiszerek), valamint kevesebb a sportolásra, illetve a szabadidő más módon való eltöltésére alkalmas hely, könyvtár, szabadidőközpont. Az ilyen körzetekben vagy azok közelében gyakrabban épültek a környezet minőségét rontó létesítmények (beleértve a nagy forgalmú utakat, ipari komplexumokat) is. A szociológusok ezeknek a tényezőknek egyfajta „posztmodern jóléti mátrix”-ban való számbavételét javasolják, akik szerint a mátrix elemeinek hosszú távú alakulása a „humán tőkébe, illetőleg a humán infrastruktúrába való beruházások”-nak tekintendők. A „humán tőkébe való beruházások” szintje – amely magas jövedelmi egyenlőtlenségek mellett várhatóan alacsonyabb – valójában elégséges magyarázattal szolgálhat a többlethalalozás kialakulására magas jövedelmi egyenlőtlenségekkel rendelkező közösségek esetén (*Macintyre et al. 1993*).

A neo-materialista iskolában a szociológiai hagyomány szervesen épült össze a szociál-epidemiológia egyik legújabb, „élettörténeti”-nek nevezett irányzatával. A témára vonatkozó első – longitudinális vizsgálatokra alapozó – eredmények a kilencvenes évek közepén jelentek meg. A megállapításokat itt csak röviden összefoglalva, az aktuális társadalmi pozíció és az élettörténet egészét jellemző, „pozicionáló” változók (vagyis, a háztartás tulajdonában lévő eszközök, az életkereset, illetőleg a munkaút egésze) egyaránt erőteljesen meghatározták a mortalitási esélyeket.

A jövedelmi egyenlőtlenségek mortalitás-generáló hatására vonatkozó szociálpszichológiai elméletekkel kapcsolatos első ellenérzések az „élettörténeti” kutatásokkal foglalkozó epidemiológusok körében abból adódtak, hogy nézeteik szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek adott időpontban való nagyságát nem lehet differenciálatlanul összefüggésbe hozni az ugyanabban az időben mért mortalitási adatokkal, hiszen a hatások – saját kutatásaik által bizonyítottan – késleltetettek. A mortalitás szekuláris trendjeit vizsgálva (például életkori csoportok vagy halálokok szerinti bontásban) azonban felfedezhetőnek vélik a jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintjével a többlet-mortalitás együtt járását, amelyet azonban – a korábbiak értelmében – nem tekintenek ok-okozati összefüggésnek, hanem csupán a társadalmi viszonyok lenyomatának.

⁷ Ezt a kérdést – azaz a lehetséges artifaktuális hatásokat – minden irányzat képviselői vizsgálták. A főbb eredményekről az előző fejezetben számoltunk be.

A jövedelmi egyenlőtlenségekkel összefüggést mutató többlet-mortalitás jelentkezése bizonyos közösségekben szerintük – mint ahogyan már 1996-ban leszögezték – nem a jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintje miatt alakulnak ki, hanem az „emberi tőkébe való szisztematikus alul-invesztíció” eredményeként (*Smith 1996*). A kilencvenes évek közepén az „egybeesést” (vagyis azt, hogy a magas jövedelmi egyenlőtlenségek a humán infrastruktúra hosszú távon történő elhanyagolásával együtt, vagy azok következményeként jelentkeznek), még nem tudták bizonyítani.

A „humán infrastruktúra” és a jövedelmi egyenlőtlenségek kapcsolatát a halandósággal összefüggésben empirikus úton elsőként az Egyesült Államok és Kanada bizonyos régióinak és halandósági viszonyainak összehasonlításakor tesztelték. Ebben a kutatásban fontos, elméleti szempontból is jelentős és jól interpretálható eredmények születtek: a kanadai tartományok adatait összehasonlítva nem mutatkozott jele annak, hogy a magasabb jövedelmi egyenlőtlenségek rosszabb halálozási viszonyokkal társulnának, az Egyesült Államokban viszont az összefüggés fennállását ebben a kutatásban is megerősítették (*Ross et al. 2000*). Ezek az empirikus eredmények később azoknak az elméleti lépéseknek szolgáltak alapul, amelyek szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek mortalitás-növelő hatása elsősorban az Egyesült Államokat és Nagy-Britanniát jellemző társadalomszerkezeti vagy társadalomtörténeti jelenségekkel hozhatók összefüggésbe.

Az alakuló elmélet főbb pontjaival egybecsengtek azoknak az empirikus kutatásoknak az eredményei, amelyek – nemzetközi összehasonlításban – a szociális kiadások, illetőleg az adók aránya, valamint a halálozás (ezen belül különösképpen az anyai halálozás) között állapítottak meg erős korrelációs kapcsolatot.

A magas jövedelmi egyenlőtlenségek által okozott – a *Wilkinson*-féle szociálpszichológiai elmélet szerinti – kedvezőtlen pszichológiai hatások a neo-materialista álláspontot képviselő kutatók szerint is jelentkeznek. Ezek a kedvezőtlen pszichológiai hatások azonban – meggyőződésük szerint – nem nyilvánulhatnak meg a mortalitás azonnali növekedésében. Az élettörténeti kutatások eredményeire alapozva azt feltételezik, hogy a növekvő jövedelmi egyenlőtlenségek hatását a pszichiátriai megbetegedések számának növekedése, az általános jól-lét érzet csökkenése, az általános morbiditási arány növekedése illetőleg a krónikus megbetegedésekben szenvedők halálozásának növekedése tükrözheti (*Smith–Egger 1996*).

A szóban forgó kutatók a fent felsorolt mutatókat alkalmazták a „The widening gap” című, az egészségi állapot földrajzi egyenlőtlenségeit leíró könyvükben is (*Shaw et al. 1999*). A könyvet csak részben szánták a *Wilkinson*-féle relatív deprivációs elmélet ellenében hangsúlyozott abszolút depriváció egészségi állapot alakulásában betöltött jelentőségének bemutatására. A könyv alapvető célja a híres „Black Report” hagyományának folytatása, az abban tett megállapítások aktualizálása. A „materiális világ”

szegmensei (csecsemőhalálozás, iskoláztatás, munka, munkanélküliség, megbetegedés, jövedelem, lakhatás) szerint rendezett könyv a „legrosszabb” és a „legjobb” helyzetű, hozzávetőleg egymillió nagyságú alnépességek (ezeket a mortalitási adatok segítségével, a kisebb lélekszámú választókerületek összevonása útján alakították ki) helyzetét mutatja be különböző szegmensekben. A számadatokkal zsúfolt, ugyanakkor többnyire egyszerű keresztábrák közlésére szorítkozó tanulmánykötet meggyőző erejű a kutatóműhely által javasolt egészség-mutatók hasznosságát illetően.

A neo-materialisták az írásunk tárgyát képező vita során mindvégig a társadalom strukturális jellemzői figyelembevételének szükségessége mellett érvelnek. Első teoretikus munkáikban azt mutatták be, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek strukturális okai mind nemzetközi viszonylatban, mind pedig az egyes országokon belüli osztályviszonyokat tekintve jól leírhatók marxista vagy neo-marxista megközelítésben, a kizsákmányolás fogalmát állítva a középpontba. Teljes mértékben elvetik azt a lehetőséget, hogy a szociális kohézió – társadalmi részvétel alapján megállapított – mértéke egyenes arányban állna az életesélyekkel (igen magas részvétellel jellemezhető, de legkevésbé sem egészséges társadalmakat – a náci Németországot – hozva fel extrém példaként) (*Muntaner–Lynch 1999*).

A későbbiekben érvelésüket kiegészítik a depriváció közösségi szinten akkumulálódó hatásaival. Véleményük szerint az abszolút (és semmiképpen sem a relatív) depriváció közösségi szinten nem csupán a tág értelemben vett infrastruktúra szegénységében ölt testet, hanem az önszerveződéshez szükséges tőke (energia, lehetőségek) alacsonyabb szintjében is. Ezek szerint a társadalmi kohézió – s különösképpen annak szervezeti részvétel alapján megállapított szintjének – deficitje az abszolút depriváció következményének tekinthető, mint ahogy a deprivált csoportok ettől függetlenül kialakuló kedvezőtlen életesélyei is annak tudhatók be (*Muntaner–Lynch–Oates 1999*).

A neo-materialista álláspont koherenciáját végül a neo-liberalizmusra vonatkozó általános baloldali kritika elemeinek a diskurzusba való beemelése teremtette meg (*Coburn 2000*). A neo-materialisták szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatát a globalizáció és a jóléti állam hanyatlásának kontextusában kell elemezni. Az utóbbi két évtizedet – elsősorban az Egyesült Államokban és Nagy-Britanniában – a neo-liberalizmus politikai és ideológiai térhódításával lehet jellemezni. A neo-liberalizmus elméletében individuumból kiinduló, politikai gyakorlatában pedig feladja a keynesi jóléti állam alapelveit. A napi politika bizonyította, hogy a neo-liberális kormány nemcsak a korábban közösségileg működtetett szolgáltatásokat, hanem „a piaci mechanizmusok negatív hatásait is privatizálja”.⁸ A liberalizmus alapelvei egyrészt

⁸ Coburn, idézett mű.

könnyedén tudomásul veszik az élesebb társadalmi egyenlőtlenségeket; az egyénekre elsősorban mint individuumokra, s nem mint a közösség tagjaira tekintenek; a versenyt az innováció szükséges velejárójának tekintik; az elosztás legjobb eszközének pedig a piacot tartják. Mind az alapelvek következetes érvényesítése, mind az ismert politikai gyakorlat alapján látható, hogy a neo-liberalizmus térhódítása növekvő társadalmi egyenlőtlenségekkel, csökkenő társadalmi kohézióval és a közösségi szolgáltatásokba való alul-invesztícióval jár együtt. Minél erőteljesebb egy adott állam piaci orientációja, annál erőteljesebbé válik a társadalom töredezettsége, s annál kevésbé szolgálhatja a közösségi infrastruktúra az egészség megőrzését (Coburn 2000).

Kritikai megjegyzések

Wilkinson szociálpszichológiai, avagy a relatív deprivációt a magyarázat központi elemévé emelő megközelítését igen sokan támadták. A kritikák egy része a *Wilkinson*-i elmélet „analógiás” építkezési módját kritizálta. Sokakban például az állati és emberi viselkedés párhuzamba való állítása keltett visszatetszést. A *Wilkinson*-i gondolati konstrukcióban ugyanis a majmok között kísérleti úton létrehozott hierarchikus helyzetekben az adrenalin magas szintjének az alávetett állatok körében megfigyelhető állandósulása, valamint az angol közalkalmazottak beosztásának stressztelítettsége és egészségi állapota között megfigyelhető kapcsolat között közvetlen analógia állítható fel. E példák általánosításával adódik az a következtetés, hogy az állati és az emberi stresszreakciók és következményei egyformák. („Páviánok, közalkalmazottak és a gyermekek testmagassága” – így *Wilkinson* könyvének egyik fejezetcíme.) Az analógiás építkezés, bármennyire is az egyetlen útja egy multidiszciplináris elmélet kialakításának, általában véve is támadható.

Mások szerint a jövedelmi egyenlőtlenségek középpontba való helyezése és a társadalmi stressz alapvető és döntő okaként való kezelése az elmélet legnagyobb gyengesége – a kritika egyenértékű azzal a vitázó nézőponttal, amely szerint a modern társadalmak szerkezete nem egyetlen (például a jövedelem szerinti) hierarchia megtöbbszöröződésére épül, azaz a társadalmi egyenlőtlenségek rendszere nem egy-, hanem többdimenziós. A wilkinsoni konstrukcióban nem jelent problémát, hogy az emberi közösségekben megjelenő hierarchiák egészségromboló hatását például a munkanélküliség egészségkárosító hatására vonatkozó epidemiológiai eredményekkel demonstrálja – a munkanélküliség számára ugyanis csupán a társadalmi hierarchiában elfoglalt kedvezőtlen pozíció egyik jele. A társadalmi egyenlőtlenségek eme egydimenziós felfogását természetesen a szociológusok bírálták a leghevesebben, de pszichológiai szempontból sem találták kielégítőnek (*Berkman et al. 2000*).

A neo-materialisták számára *Wilkinson* elméletével kapcsolatban az volt a legnagyobb probléma, hogy a relatív depriváció elsődlegessége és az abszolút depriváció másodlagossága mellett érvelt. *Wilkinson* a társadalom széles rétegeit akarta meggyőzni arról, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek csökkentése érdekükben áll (melyet első kutatási eredményei alá is támasztottak). A neo-materialisták, akik tulajdonképpen *Wilkinson* relatív deprivációs nézőpontjával való egyet nem értés hangsúlyozása miatt ragasztották magukra a neo-materialista címkét, meggyőzően érvelnek a mellett, hogy országok, területek, közösségek mortalitási adatait és trendjeit csak számos társadalmi és gazdasági folyamat figyelembevételével lehet értelmezni. Ezzel szembe *Wilkinson* mindössze a „paleo-materialista” *Marx* egy, a relatív depriváció fontosságát hangsúlyozó szövegrészletét citálja, kevésbé meggyőzően (*Lynch et al. 2000*).

A vita nemcsak *Wilkinson* álláspontjának tudományos megalapozottságáról folyt, hanem alkalmazásának politikai következményeiről is. A neo-materialisták attól tartanak, hogy a szociálpszichológizáló elmélet ismét a vesztesek bűnösökké való nyilvánításához vezethet – a magas mortalitású közösségekért való társadalmi felelősség könnyen elhárítható válik, ha az adott közösségek „rossz társadalmi integrációját” tekintik oknak. *Wilkinson* hiába szögezi le, hogy megoldásként nem „tömegpszichoterápiát” javasol (*Wilkinson 1996*), a felsorakoztatott aggályok nem teljesen alaptalanok, tekintettel azokra a korábbi egészségpolitikai reakciókra, amelyeket az úgynevezett rizikófaktorok egészségromboló hatásának felfedezése váltott ki.

Mindezen felül feltétlenül szót kell ejteni *Wilkinson* elméletének az empirikus társadalomkutatás szempontjából fontos további aspektusáról. A jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintje, mint a társadalmi stressz forrása, nem definiálható vonatkoztatási csoport, keret nélkül. Az erre vonatkozó bizonytalanság tükröződik az elméletet tesztelni akaró kutatók állandó mozgásában a különféle lehetséges (földrajzilag célszerűen körülhatárolható) egységek mint vonatkoztatási szintek között. Melyek azok a jövedelmi egyenlőtlenségek, amelyeket az emberek valójában nyugtalanítóknak, rossz helyzet esetében megszegyenítőnek tarthatnak, oly mértékben, hogy arra stresszreakciókkal válaszolnak? A közvetlen szomszédságban észlelhető, jóval magasabb jövedelmek percepciója történhet ilyen módon, avagy inkább a tágabb környéken tapasztalható jövedelmi különbségek észlelhetők? Vagy az országok egészén belül kialakuló jövedelmi egyenlőtlenségeknek lehet nagyobb szerepük? Miért ne lehetne hasonló hatása a munkaszervezeteken belüli jövedelmi egyenlőtlenségeknek? Nem ésszerű-e azt gondolni, hogy az emberek saját a saját szakmájukban elérhető kereseteket tartják mérvadónak, és az attól való lemaradás a legkomolyabb frusztráció forrása? Ezekre a kérdésekre a *Wilkinson*-i elmélet, szerkezeti okokból, nem tud válaszolni.

A referencia-keret bizonytalanságát tükrözik azok a kilencvenes évek végén megjelent tanulmányok, amelyeket *Wilkinson* a „pszichologizáló epidemiológia” neves képviselőivel közösen jelentetett meg. Ezekben az elemzésekben a pszicho-szociális stressz egészségi állapotot romboló hatását már Kelet- és Nyugat-Európa mortalitási viszonyainak összevetése útján próbálták meg demonstrálni, (*Marmot–Bobak 2000; Marmot–Wilkinson 2001*) holott *Wilkinson* eredeti elméletében más megfontolások kaptak helyet, nevezetesen, hogy a jelenség csak a viszonylag gazdag, fejlett országokban érdemel figyelmet.

A *Kennedy–Kawachi*-féle megközelítés elsősorban az általa használt társadalmi tőke fogalom miatt váltott ki ellenérzéseket szociológiai körökben. Minthogy azonban sok cikkükben jelzik, hogy a társadalmi tőke alacsony szintje alatt a humán infrastruktúra rossz állapotát értik, így eredményeik nagy része mindenki számára elfogadható. Kivételt képez ez alól a társadalmi tőke oporacionalizálási kísérlete.

Azt az eljárást ugyanis, amelynek segítségével a survey-elemekre adott válaszokra alapozva a szerzők általános érvényű szociológiai elméletet építettek, vagy legalábbis univerzális társadalmi törvényszerűségeket akartak megállapítani, meglehetősen sokan találták kifogásolhatónak (*Forbes–Wainwright 2001*). A survey-adatok használatával kapcsolatban módszertani jellegű kifogások is felmerültek. Az adatok érvényessége bizonyos szempontból megkérdőjelezhető, mivel a megkérdezés egész Amerikát átfogta. Vajon ugyanazt jelenti-e a csoporttagság minden válaszadó számára? Hogyan lehet érvényesnek tekinteni az eredményt, ha tudjuk, hogy a csoporttagság implicit voltának foka igencsak különböző lehet különböző közegekben? Lehet-e ezt a kérdést neutrálisnak tekinteni, azaz elvárható-e az, hogy a kérdezett olyasfajta, a mainstream által deviánsnak tartott csoportokban való „tagságáról” is beszámoljon, mint egy utca-sarki galeri? Összességében tehát, a hely- és idő-specifikus jelentéstartalmak lehetséges sokasága nem teszi valószínűvé, hogy értelmezhető eredményhez jutunk. Ezen felül pedig meg kell említeni az ilyen méretű kérdőíves kikérdezéseknél gyakran tapasztalt, differenciális, a vidéki és marginalizált közösségekben élők esetében általában szignifikánsan alacsonyabbnak bizonyuló válaszadási arány. Az utóbbi időben az egymással vitázó kutatók között bizonyos közeledés is megfigyelhető.

A neo-materialisták a szegénység-kutatás legutóbbi eredményei szerint minden bizonnyal módosítják majd álláspontjukat a társadalmi stressz mint potenciális mortalitás-növelő forrás jelentőségével kapcsolatban. Ahogyan a neo-materialista álláspont egyre markánsabban anti-liberalizmus irányultságúvá vált, felismerte, hogy a közösségi integráció az anyagi világ alapvető fontosságát hangsúlyozó, de a társadalmat nem atomizált egyedek összességéként szemlélő társadalomkutatói nézőpont számára is fontos. A társadalmi integráció hívei pedig mind érzékenyebbek a közösségi élet olyan jellemzőit te-

kintve, mint amilyen a materiális infrastruktúra. Egyáltalán nem elképzelhetetlen, hogy a jövőben szorosabb integráció jöjjön létre a társadalmi egyenlőtlenségek és a halálozás kapcsolatát vizsgáló kutatási irányzatok között.

Növelik-e tehát a magas jövedelmi egyenlőtlenségek a halálozás esélyeit?

Richard Wilkinson eredeti tétele, vagyis hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek magas szintje statisztikailag bizonyíthatóan növeli a mortalitás szintjét, nem bizonyult igaznak. Jelenti-e ez ugyanakkor, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségeknek nincs hatása a mortalitásra? Semmiképpen. A jövedelmi egyenlőtlenségek szintje a jóléti államok különbségeinek még olyan durva eszközökkel való számbavétele esetén is, mint a nemzeti jövedelem, befolyásosnak bizonyult a csecsemőhalandóság nagyságát illetően (*Hales et al. 1999*). Az olyan országokban pedig, ahol valamiféle kulturális homogenitás az ország egészére nézve feltételezhető, és az ország felbontható olyan nagy területi egységekre, amelyeken belül a jövedelmi egyenlőtlenségek szintje markánsan különbözik (mint Nagy-Britannia vagy az Egyesült Államok), a jövedelmi egyenlőtlenségek általánosságban, de legalábbis a középkorúak között hatást gyakoroltak a halálozás általános szintjére is. A vita eredményeit ezért helyesebb lenne talán úgy interpretálni, hogy a fejlett országok közötti kulturális és társadalmi szerkezeti különbségek nagyok ahhoz, hogy mai eszközeinkkel a jövedelmi egyenlőtlenségek halálozásra gyakorolt hatása kimutatható lenne. A kérdés ma már inkább úgy teendő fel, hogy valóban a neo-liberális társadalompolitikai gyakorlat fokozott térhódítása, más tényezők, avagy csupán a fent említett, kivételes lehetőségek azok, amelyek miatt a jövedelmi egyenlőtlenségek éppen Nagy-Britanniában és az Egyesült Államokban mutatnak összefüggést a mortalitás szintjével. Továbbá feltehető az a kérdés is, biztos-e, hogy a jövedelmi egyenlőtlenségek egészségkárosító hatásának jelentkezését csak területi kontextusban érdemes vizsgálni.

Egy tudományos vita hozadéka sohasem csupán abban mérhető le, hogy sikerült-e a feltett kérdést megválaszolni. Így van ez a jövedelemegyenlőtlenségi vita esetében is. A számos következmény közül csupán néhányat tudunk kiemelni.

A jövedelmi egyenlőtlenségek és a mortalitás kapcsolatára vonatkozó vita végülis emancipálta a szociológián és az epideimológián belül az utóbbi időkben egyaránt héttérbe szorult, aggregált szintű hatások kérdéskörét és a kontextuális (vagy többszintű) elemzés módszerének bevezetésével lehetővé is tette a kontextuális hatások mérését. A jövedelmi egyenlőtlenségi vitához kapcsolódva vizsgálták a lakóhelyi szegregáció és a halálozás kapcsolatát, a faji diszkrimináció, valamint a tágabb lakóhelyi státusz szerepének jelentőségét (*Waitzman–Smith 1998; McLaughlin–Stokes 2002; Bosma et al. 2001*).

A jövedelemegyenlőtlenségi vita hatására nemcsak új technikák terjedtek gyorsan és új problémák kerültek fel a kutatási naptárakba, hanem egyre komolyabbá váltak az egészséget alakító társadalmi tényezők szisztematikus, elméletileg konzisztens számbavételére vonatkozó törekvések is. A Nyugat- és Kelet-Európa közötti halandósági különbségek magyarázatára kidolgozott elméletek példáját véve, a neo-materialisták minden eddiginél konzekvensebben tudták összefoglalni nézeteiket e témában (*Lynch 2000*), és megindult másfajta, például a szerepelméletre alapozott, szociológiai irányultságú elméletek kiépítése is (*Siegrist 2000*). A vita legjelentősebb hozadéka azonban kétség kívül a szociológiai és a pszichológiai tényezők egységes kereten belül való kezelése, amely előtt még nagy perspektívák állnak.

Irodalom

- Beh Shlomo, Y.–White, I. R.–Marmot, M. (1996):* „Does the variation in the socioeconomic characteristics of an area affect mortality?”, *British Medical Journal*, 312: 1013–14.
- Berkman, L. F.– Glass, T.–Brisette, T.–Seemen, T. (2000):* „From social integration to health: Durkheim in the new millennium”, *Social Science and Medicine*, 51: 843–857.
- Bosma, H.–van de Mheen, D.–Borsboom, G. J. J. M.–Mackenbach, J. P. (2001):* „Neighbourhood Socioeconomic Status and All-Cause Mortality”, *American Journal of Epidemiology*, 153: 363–371.
- Chiang, T. (1999):* „Economic transition and changing relation between income inequality and mortality: regression analysis”, *British Medical Journal*, 319: 1162–1165.
- Coburn, D. (2000):* „Income inequality, social cohesion and the health status of population: the role of neo-liberalism”, *Social Science and Medicine*, 51: 135–146.
- Daly, M.–Duncan, G.–Kaplan, G. A.–Lynch, J. W. (1998):* „Macro-to micro linkages in the inequality–mortality relationship”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 76: 315–339.
- Diez-Roux, A. V. (1998):* „Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis”, *American Journal of Public Health*, 88: 216–222.
- van Doorslaer, E. K. A.–Wangstaff, A.–Bleichrodt, H.–Calonge, S.–Gerdtham, U. G.–Gerfin, M. et al. (1997):* „Income-related inequalities in health: some international comparison”, *Journal of Health Economy*, 16: 93–112.
- Ecob, R.–Smith, D. G. (1999):* „Income and health: what is the nature of the relationship?”, *Social Science and Medicine*, 48: 693–705.
- Egolf, B.–Lasker, J.–Wolf, S.–Potvin, L. (1992):* „The Roseto Effect: A 50-Year Comparison of Mortality Rates”, *American Journal of Public Health*, 82: 1089–1092.
- Fiscella, K.–Franks, P. (1997):* „Poverty or income inequality as predictor of mortality: longitudinal cohort study”, *British Medical Journal*, 314: 1724.
- Flegg, A. T. (1982):* „Inequality of income, illiteracy and medical care as determinants of infant mortality in underdeveloped countries”, *Population Studies*, 36: 441–458
- Forbes, A.–Wainwright, S. P. (2001):* „On the methodological, theoretical and philosophical context of health inequality research: a critique”, *Social Science and Medicine*, 53: 801–816.
- Fritzell, J. (1993):* „Income inequality trends in the 1980's a five country comparison”, *Acta Sociologica*, 36: 47–62.
- LeGrand, J. (1987):* „Inequalities in health. Some international comparisons”, *European Economic Review*, 31: 182–91.
- Gravelle, H. (1998):* „How much of the relation between population mortality and unequal distribution of income is a statistical artifact?”, *British Medical Journal*, 316: 382–385.

- Hales, S.–Howden-Chapman, P.–Salmond, C.–Woodward, M.–Mackenbach, J. (1999): „National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income”, *Lancet*, 354: 2047.
- Inglehart, R. (1993): *Modernization and Postmodernization. Cultural economic and political change in 43 societies*. Princeton University Press, Princeton New Jersey.
- Judge K. (1995): „Income distribution and life expectancy: a critical appraisal”, *British Medical Journal*, 311: 1282–1985.
- Kaplan, G. A.–Pamuk, E. R.–Lynch, J. W.–Cohen, R. D.–Balfour, J. L. (1996): „Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways”, *British Medical Journal*, 312: 999–1003.
- Kawachi, I.–Kennedy, B. P. (1997/a): „Socioeconomic determinants of health: Health and social cohesion: why we care about income inequalities?”, *British Medical Journal*, 314: 1037.
- Kawachi, I.–Kennedy, B. P. (1997/b): „The relationship of income inequality to mortality: Does the choice of indicator matter?”, *Social Science and Medicine*, 45: 1121–1127.
- Kawachi, I.–Kennedy, B. P.–Gupta, V.–Prothrow-Stith, D. (1999): „Women’s status and the health of women and men: a view from the States”, *Social Science and Medicine*, 48: 21–32.
- Kawachi, I.–Kennedy, B. P.–Wilkinson, R. G. (1999): „Crime: social disorganization and relative deprivation”, *Social Science and Medicine*, 48: 719–731.
- Kennedy, B. P.–Kawachi, I.–Lochner, K.–Prothrow-Stith, D. (1997): „Social capital, income inequality and mortality”, *American Journal of Public Health*, 87: 1491–1498.
- Kennedy, B. P.–Kawachi, I.–Prothrow-Stith, D. (1996): „Income distribution and mortality: cross sectional ecological study of the Robin Hood index in the United States”, *British Medical Journal*, 312: 1004–1007.
- Kennedy, B. P.–Kawachi, I.–Glass, R.–Prothrow-Stith, D. (1998): „Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: multilevel analysis”, *British Medical Journal*, 317: 917–921.
- Mackenbach, J. P.–Looman, C. W. N. (1994): „Living standards and mortality in the European Community”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48: 140–145.
- Mackenbach, J. P. (2002): „Income inequality and population health”, *British Medical Journal*, 324: 1–2.
- Macintyre, S.–MacIver, S.–Sooman, A. (1993): „Area, class and health: should we be focusing on places or people?” *Journal of Social Policy*, 22: 213–34.
- Marmot M.–Bobak M. (2000): „International comparators and poverty and health in Europe”, *British Medical Journal*, 321: 1124–1128.
- Marmot, M.–Wilkinson, R. G. (2001): „Psychosocial and material pathways in the relation between income and health a response to Lynch et al.”, *British Medical Journal*, 322: 1233–1236.

- McLaughlin, D. K.–Stokes, C. S. (2002): „Income Inequality and mortality in US Counties: Does Minority Racial Concentration Matter?“, *American Journal of Public Health*, 92: 99–104.
- Muntaner, C.–Lynch, J. W. (1999): „Income inequality and social cohesion versus class relation: a critique of Wilkinson’s neo-Durkheimian research program“, *International Journal of Health Services*, 29: 59–81.
- Muntaner, C.–Lynch, J. W.–Oates, G. (1999): „The social class determinants of income inequality and social cohesion“, *International Journal of Health Services*, 29: 699–732.
- Lynch, J. W.–Davey Smith, G.–Kaplan, G. A.–House, J. S. (2000): „Income inequality and mortality: Importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions“, *British Medical Journal*, 320: 1200–1204.
- Lynch, J. W.–Davey Smith, G.–Hillemier, S. (2001): „Income inequality, psycho-social environment and health: comparison of wealthy nations“, *Lancet*: 358: 194–200.
- Lobmayer, P.–Wilkinson, R. G. (2002): „Inequality, residential segregation by income, and mortality in the US cities“, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 183–187.
- Osler M.–Prescott E.–Gøonbæk M.–Christensen U.–Engholm G. (2002): „Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults analysis of pooled data from two cohort studies“, *British Medical Journal*, 324: 13.
- Preston, S. H. (1975): „The changing relationship between mortality and level of economic development“, *Population Studies*, 29: 231–48.
- Putnam, R. D. (1993): *Making democracy work. Civic tradition in modern Italy*. Princeton, N. J. Princeton University Press.
- Regidor, E.–Navarro, P.–Dominguez, V.–Rodriguez, C. (1997): „Inequalities in income and long term disability in Spain: analysis of recent hypotheses using cross sectional study based on individual data“, *British Medical Journal*, 315: 1130–1135.
- Rodgers G. B. (1979): „Income and inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis“, *Population Studies*, 33: 343–351.
- Ross, N. A.–Wolfson, M. C.–Dunn, J. R.–Berthelot, J. M.–Kaplan, G. A.–Lynch, J. W. (2000): „Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics“, *British Medical Journal*, 320: 898–902.
- Shibuya, K.–Hashimoto, H.–Yano, E. (2002): „Individual income, income distribution, and self-rated health in Japan: cross sectional analysis of nationally representative sample“, *British Medical Journal*, 324: 16.
- Show, M.–Dorling, D.–Gordon, D.–Davey Smith, G (1999): *The widening gap*. The Policy Press, University of Bristol, Bristol.
- Sloggett, A.–Joshi, H. (1994): „Higher mortality in deprived areas: community or personal disadvantage?“, *British Medical Journal*, 309: 1470–1474.

- Smith, G. (1996): „Income inequality and mortality: why are they related?”, *British Medical Journal*, 312: 987–988.
- Smith, G.–Egger, M. (1996): „Commentary: understanding it all—health, meta-theories, and mortality trends”, *British Medical Journal*, 313: 1584–1585.
- Smith, G.–Dorling, D. (1996): „’I’m all right, John’: voting pattern and mortality in England and Wales, 1981–92”, *British Medical Journal*, 313: 1573–1577.
- Soobade,r M. J.–LeClere, F. B. (1999): „Aggregation and the measurement of income inequality: effects on morbidity”, *Social Science and Medicine*, 48: 733–744.
- Toqueville, A. (1983): *A demokrácia Amerikában*, Válogatás, Gondolat, Budapest.
- Waitzman, N. J.–Smith, K. R. (1998): „Phantom of the area: poverty-area and mortality in the United States”, *American Journal of Public Health*, 88: 973–976.
- Waitzman, N. J.–Smith K. R. (1998): „Separate but lethal: the effects of economic segregation on mortality in metropolitan America”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 76: 341–373.
- Wennemo, I. (1993): „Infant mortality, public policy and inequality—a comparison of 18 industrialized countries 1950–85”, *Sociology of Health and Illness*, 15: 419–446.
- Wilkinson, R. G. (ed.) (1986): „Income and mortality”. In: *Class and health: research longitudinal data*. Tavistock, London: 88–114.
- Wilkinson, R. G. (1990): „Income distribution and mortality: a ’natural’ experiment”, *Sociology of Health and Illness*, 12: 391–412.
- Wilkinson, R. G. (1992/a): „Income distribution and life expectancy”, *British Medical Journal*, 304:165–168.
- Wilkinson R. G. (1992/b): „National mortality rates: the impact of inequality?”, *American Journal of Public Health*, 82: 1082–1084.
- Wilkinson, R. G. (1994): „Divided we fall. The poor pay the price of increased social inequality with their health”, *British Medical Journal*, 308: 1113–1114.
- Wilkinson, R. G. (1996): *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. London: Routledge.
- Wilkinson, R. G. (1997/a): „Health inequalities: relative or absolute material standards?”, *British Medical Journal*, 314: 591–595.
- Wilkinson, R. G. (1997/b): „Commentary: Income inequality summarises the health burden of individual relative deprivation”, *British Medical Journal*, 314: 1727.
- Wolfson, M.–Kaplan, G. A.–Lynch, J. W.–Ross, N.–Backlund, E. (1999): „Relation between income inequality and mortality: empirical demonstration”, *British Medical Journal*, 319: 953–957.

Területi és társadalmi különbségek a középkorú férfiak és nők halandóságában Magyarországon 2001 körül¹

Daróczy Etelka

Bevezetés

A halál előtti egyenlőtlenség megszüntetése – vagy legalábbis csökkentése – kiemelt társadalompolitikai cél, aminek jelentősége nem kellően tudatosult. Legalábbis erre enged következtetni az, hogy ennek a szerteágazó és csak hosszú – mindenképpen több választási ciklusra kiterjedő – idő alatt megvalósítható feladatnak nincs lépésről lépésre követhető programja. Egy ilyen program kidolgozása és elfogadtatása természetesen magas szintű koordinációt, a vidékfejlesztés, az oktatásügy, a szociálpolitika és az egészségügy egymással összehangolt munkáját, az eddiginél ésszerűbb és költségkímélőbb megoldásokat kíván.

Tanulmányunk azzal kívánja ezt a folyamatot elősegíteni, hogy a demográfia és a statisztika eszköztárával bemutatja és elemzi, milyen kirívóan nagy különbségek vannak a Magyarországon élő középgenerációk halandóságában attól függően, ki hol él az országban, és milyen az iskolai végzettsége. A lakóhely a horizontális, az iskolai végzettség a vertikális dimenziót képviseli. A halandóság regionális és hierarchikus eltéréseinek feltárása a 2001-es népszámlálás eredményeire és a népszámlálás időpontját megelőző, illetve követő két-két év (1999–2002) halálozási adataira épít.

Elemzésünkben az életésélyek iskolai végzettség szerinti összetétel-hatástól megtisztított regionális különbségeinek és az életésélyek regionális különbségektől függetlenített társadalmi státusbeli differenciáinak kimutatására helyezük a hangsúlyt. A differenciális halandóságot a következő ismérvek (ismérvváltozatok) szerint vizsgáljuk:

1. külön a férfi és külön a női népességre;
2. a 30–60 éves életkor között várható (részleges) élettartam tekintetében;
3. a tényleges lakóhely (Budapest és a 19 megye) szerint;
4. az iskolai végzettség öt fokozata (0–7 osztály, 8 osztály, szakiskola, érettségi és felsőfokú végzettség) szerint.

¹ Hálás vagyok Augusztinovics Máriának, Kovács Katalinnak és Losonczi Ágnesnek a tanulmányhoz fűzött észrevételeikért, amelyekre nemcsak a kézirat véglegesítésében, hanem a kérdéskör továbbgondolásában is támaszkodni tudtam, illetve támaszkodni fogok.

A KSH Népesedésszisztkai Főosztálya² jóvoltából az elmúlt húsz évben számos kiadvány jelent meg a hazai halandóság földrajzi eltéréseiről. A halandóság társadalmi pozíció szerinti különbségeiről már jóval kevesebb adattal és elemzéssel rendelkezünk (*Klinger 1963, 1987, 2001; Kovács 2003; KSH 1987*).

Tudomásunk szerint olyan halandósági vizsgálat még nem készült Magyarországon, amely nem külön-külön, hanem kombináltan venné figyelembe a lakóhely és az iskolai végzettség változóját. Jelen tanulmány erre tesz kísérletet, és más tekintetben is eltér a halandóság társadalmi differenciáit vizsgáló eddigi elemzésektől. Egyrészt nem standardizált halálozási arányszámokkal, illetve nem a születéskor várható élettartammal számol, hanem a középkorúakra koncentrál, ezért a 30–60 életkor között várható (részleges) élettartam regionális és társadalmi különbségeit méri. Ez ugyan megnehezíti az összehasonlítást a korábbi eredményekkel, viszont sokkal kifejezőbben (években, hónapokban, napokban) méri az életesélyek különbségeit a legaktívabb életévekben.

A halandóság társadalmi összefüggéseit vizsgálva a következő kérdésekre keressük választ:

1. Milyen mértékben különböznek a hasonló korú férfiak és nők életesélyei aszerint, hogy az ország mely területén élnek?
2. Milyen meredek a halandóság földrajzi lejtője?
3. Az iskolai végzettség mely szintjein erősebbek, illetve gyengébbek a megyék közötti halandósági különbségek? (Azt feltételezzük, hogy a képzettség magasabb szintjein kisebb a területi hátrány hatása.)
4. Mennyire különböznek a középkorú férfiak és nők életesélyei aszerint, milyen az iskolai végzettségük?
5. Milyen meredek a halandóság iskolai végzettség szerinti lejtője?
6. Az ország mely részein meredekebb a halandóság társadalmi státus szerinti lejtője; befolyásolja-e a halandóság általános megyei szintjét a társadalmi (iskolai végzettség szerinti) csoportok életesélyeinek megyén belüli különbségének nagysága?

² 1995-től Népesedés- és Egészségügyi Szisztkai Főosztály, 1998-tól Népesedés-, Egészségügyi és Szociális Szisztkai Főosztály.

Előzmények

A halandóság földrajzi és társadalmi státus szerinti különbségeinek irodalma igen gazdag, amit a téma jelentősége³ feltétlenül indokol. A nemzetközi összehasonlító vizsgálatok száma azonban – a nemzeti tanulmányok céljaiban, a vizsgált népesség csoportképző ismérveiben, az események által átfogott időszakban, az alkalmazott módszerekben stb. mutakozó jelentős eltérések miatt – elenyésző.

Valkonen (2001) az egyes európai országokra vonatkozó ilyen témájú forrásmunkák áttekintése során azt tapasztalta, hogy a halandóság területi eltéréseinek magyarázatára tett kísérletek általában kezdetlegesek, és – főképp a szükséges háttérváltozókra vonatkozó adatok hiánya miatt – következtelenek. Ezeket a nehézségeket nem könnyű áthidalni. A szerző azonban kísérletet tett az okfejtés szintjeinek elhatárolására és az egyes szintekhez tartozó tényezők megnevezésére, ami jelentős előrelépést hozhat abban, hogy ne csak leírni, hanem értelmezni is tudjuk a várható élettartam regionális különbségeit (*1. ábra*, 107. oldal). Az ábrán a várható élettartam a függő változó, a független változók pedig a magyarázat négy szintje szerint csoportosítva jelennek meg. A közvetlen (első szintű) magyarázat az orvosi halálokokat, a következő az egészségkárosító tényezőket tartalmazza, a harmadik a népesség társadalmi összetételéből indul ki, végül a negyedik a regionális különbségek kialakulásának természeti, társadalmi, gazdasági és politikai tényezőire utal.

A finn demográfus 11 európai országon⁴ belül vizsgálta a halandóság területi eltéréseit és az alábbi következtetéseket vonta le:⁵

- A halandóság országon belüli eltérései általában rendezettek: az átlagosnál magasabb halandóságú térségek egymás szomszédságában találhatóak, és az átlagosnál kedvezőbb életesélyeket felmutató területek is többé-kevésbé összefüggő régiót alkotnak.
- A magas, illetve alacsony halandóságú régiók rendszerint ugyanazok a férfiaknál és a nőknél.

³ „A magas korai halandóság gyakori egészségi problémákat jelez és az általános jól-lét hiányát tükrözi; a halandóság szintjének a népesség egyes alcsoportjai – például a régiók lakossága, vagy a társadalmi-gazdasági csoportok – közötti különbségek tehát az egészség és a jól-lét különbségeit mutatják. Az európai társadalmak közös célja, hogy a társadalom minden tagja részére azonos esélyt biztosítsanak az egészséges élethez és a biztonsághoz. Ezért elfogadhatatlan, hogy a halandóság és az életesélyek terén a népesség alcsoportjai között jelentős különbségek legyenek. A halandóság feltűnő különbségeinek a régiók és más népességi csoportok között csökkenteniük kell, nem pedig növekedniük.” (Valkonen 2001: 185.)

⁴ A 11 ország égtáj szerinti csoportosítása Valkonen szerint a következő: Finnország, Svédország és Dánia (Észak-Európa); Ausztria, Németország és Franciaország (Nyugat-Európa); Olaszország és Spanyolország (Dél-Európa); Lengyelország, Románia és Oroszország (Kelet-Európa).

⁵ Valkonen 2001: 226–229.

- Az országok többségében a férfiak körében jóval nagyobbak a halandóság területi különbségei, mint a nők esetében⁶, de előfordul (például Ausztriában, Olaszországban és Spanyolországban), hogy a két nemnél hasonló a szóródás nagyságrendje.

A magas-, illetve alacsony halandóság földrajzi mintája változatos, de – legalábbis az 1960-as és az 1990-es évek között – igen nagy stabilitást mutat. Gyakori, hogy az elavult ipari térségekben és a mezőgazdasági peremvidékeken viszonylag kedvezőtlenek az életesélyek. Finnországban, Svédországban, Franciaországban és Olaszországban a magas halandóság területei inkább északon lelhetők, míg más országokban kelet–nyugati megosztottságot⁷ találunk.

- A város és falu közötti különbséget közvetetten, a főváros–vidék viszonylatában nézve az látható, hogy az országok többségében a fővárosiak életesélyei jobbak az országos átlagnál, vagy megegyeznek azzal. (A ritka kivételek közé tartozik Kopenhága és a korábbi Nyugat-Berlin.)
- Meglehetősen eltérő képet mutatnak az országok abban a tekintetben, hogy az egyes halálokok milyen mértékben járulnak hozzá a területi különbségekhez. Van, ahol az ischémiás szívbetegségek vagy más szív- és érrendszeri rendellenességek játsszák a vezető szerepet, míg másutt a daganatos megbetegedések, esetleg az erőszakos halálokok. Valószínű ezért, hogy országonként más és más okok húzódnak meg a regionális eltérések általánosnak mondható csökkenése mögött.⁸

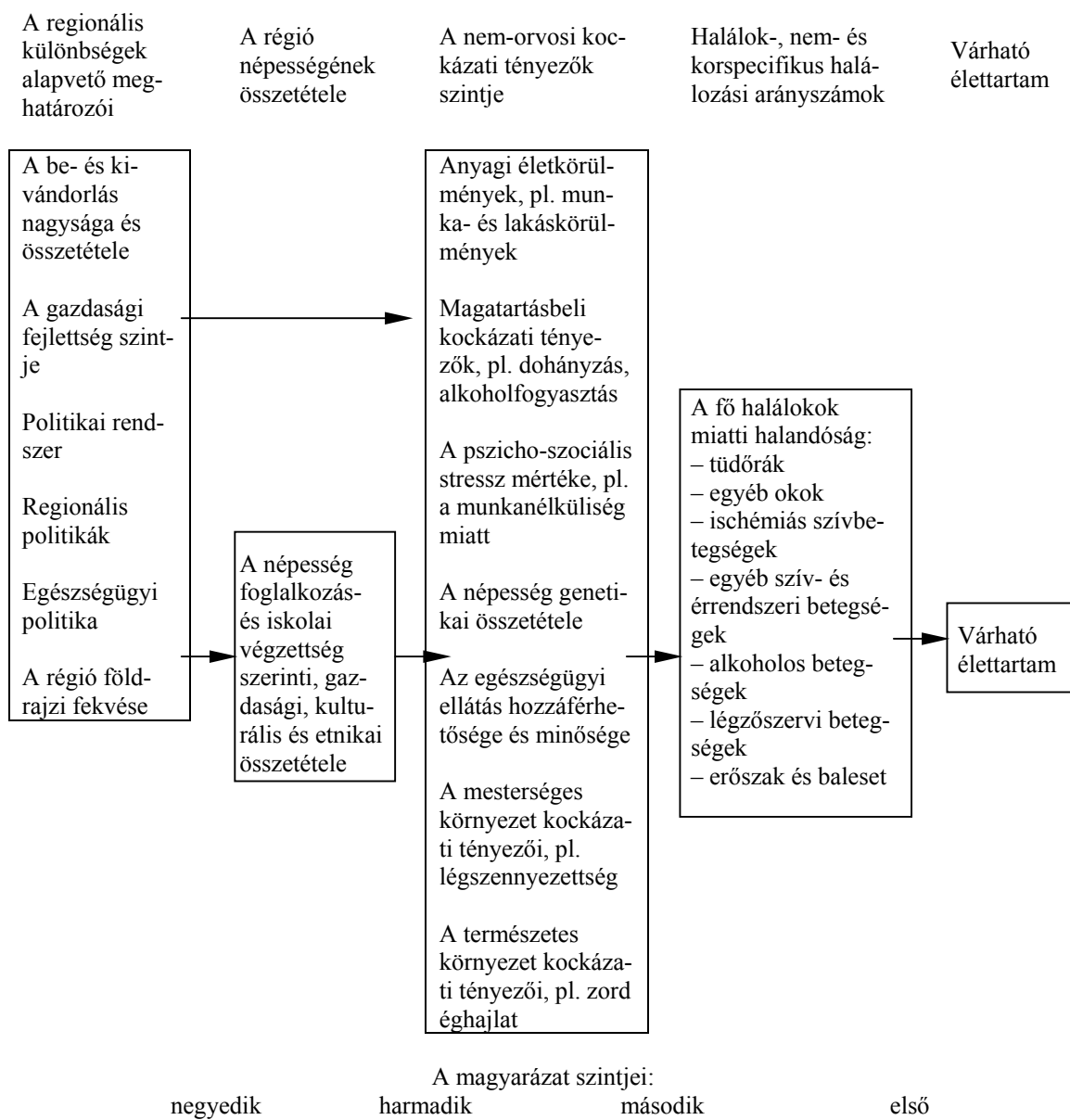
⁶ Finnországban a nők halandóságának területi különbségei (átlagos abszolút eltérés) mindössze a 40–50%-át teszik ki a férfiakénak, főképp a nők szív- és érrendszeri halálozási esélyeinek regionális kiegyenlítettsége okán. (Valkonen 2001: 202–203.)

⁷ Csehországban a Prágától nyugatra, északnyugatra fekvő területek halandósága átlagon felüli, Magyarországon a Budapeستől keletre, északkeletre, illetve délre, délnyugatra eső megyéké.

⁸ Valkonen következtetései között nem szerepel, de adataiból kiolvasható, hogy azokban az országokban, ahol a gazdaságilag fejlettebb régiókban sokkal jobbak az életesélyek, mint az elmaradottakban, ott főképp a szív- és érrendszeri halálokok alakítják a területi eltéréseket. Ahol viszont nem különösen jó az urbanizált régiók halandósága, mint például Olaszországban vagy Dániában, ott inkább a rákos betegségek halandóságában mutatkozik jelentős területi különbség. Az alkoholfogyasztással összefüggő és az erőszakos halálokok pedig az égetett szeszesital-fogyasztásban élenjáró országokban (Finnország, Lengyelország és Oroszország) járulnak hozzá nagy mértékben a halandóság területi eltéréseihez.

1. ábra

Valkonen sémája a várható élettartam regionális különbségeinek magyarázatára⁹



Ami a halál előtti társadalmi egyenlőtlenséget illeti, számos, különböző időszakból származó és különféle népességre vonatkozó vizsgálat kimutatta, hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státusú emberek átlagosan fiatalabb korban halnak meg, mint a magasabb pozícióban lévők. Erre az eredményre jutunk csaknem minden esetben, bármivel mérjük is a társadalmi-gazdasági helyzetet, legyen az társadalmi vagy foglalkozási csoport, iskolai végzettség, jövedelem, vagy lakáskörülmény. A társadalmi helyzet és a halandóság között az eltérő munka-, lakás- és életkörülmények, az egész-

⁹ Valkonen 2001: 193.

séggel kapcsolatos magatartás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás különbségei közvetítenek. Ezek között számos olyan tényező szerepel, amelyet célirányos társadalompolitikával eredményesen lehet befolyásolni. Azért is fontos tehát tudni, mekkorák a halandóság földrajzi és státus szerinti különbségei, mert a nagy eltérések társadalmi feszültségeket jeleznek, ami pedig hatékony szociál- és egészségügyi politikát sürget. Ráadásul e feladat egyre inkább aktuális, mert míg a regionális különbségek tendenciája csökkenő, a halandóság társadalmi differenciái még az alacsony és csökkenő halandóságú országokban is nőnek (Klinger 2001).

Bár kétségtelenül sokasodnak a halál előtti társadalmi egyenlőtlenségek okaira magyarázatot kínáló elméletek és hipotézisek, ezek tapasztalati ellenőrzése, működési mechanizmusainak feltárása egyrészt igen bonyolult, másrészt az eredmények ellentmondóak, amelyekből nehéz világos következtetést levonni. Valkonen szerint „Az eredmények ellentmondásossága feltehetően a probléma lényegéből fakad: a különböző halálokokra, különböző országokra és időszakokra vonatkozóan a magyarázatok is valószínűleg különbözőek lesznek. Nincsenek egyetemesen érvényes magyarázatok.” (Valkonen 2001: 232.)

A halandóság társadalmi státus szerinti különbségeinek európai országok közötti összehasonlító vizsgálataival foglalkozó jelentősebb munkák (Valkonen 1989, 2001; Kunst 1997; Mackenbach et al. 1997; Shkolnikov et al. 2004) általában a 30–45 éves és az 55–75 éves korhatár között elemzik az életkor szerint standardizált halandósági arányszámok vagy az adott korhatárok közé eső (részleges) várható élettartamok különbségeit az egyes foglalkozási kategóriák (általában a kétkezi munkások és a szellemi dolgozók) vagy az iskolai végzettség szerinti csoportok között. A regionális eltérésekhez hasonlóan itt is nagyobb az életesélyek szóródása a férfiak, mint a nők körében: a magasabb iskolai végzettség nagyobb mértékben javítja a férfiak életesélyeit, mint a nőkéét.

Shkolnikov és munkatársai (2004) Moszkva és Szentpétervár, illetve Helsinki és Oslo férfinépességének halandóságát összehasonlítva nemcsak azt állapították meg, hogy a halandóság az orosz férfiak minden társadalmi csoportjában lényegesen meghaladja a skandináv városokban élőkét, hanem azt is, hogy Moszkvában és Szentpéterváron lényegesen meredekebb az iskolai végzettség szerinti lejtő. „Az élesebb iskolázottsági különbségek a Lipid Kutató Klinika kohorszában¹⁰ az alacsony iskolai végzettségű férfiak agyér-rendellenességek miatti különösen magas halandóságából, valamint a külső okok magas halálozási arányszámából erednek. Ez utóbbi esetben különösen mere-

¹⁰ „Az orosz adatok 7815 főre, 1916–1935-ben született moszkvai és szentpétervári férfire vonatkoznak, akik részt vettek a Lipid Kutató Klinika 1975-től 1997-ig tartó követéses vizsgálatában.” (Shkolnikov et al. 2004: 2.)

dek az iskolázottsági lejtő. Ezzel szemben a szívbetegségek és a dohányzással összefüggő daganatos betegségek halandósági különbségei nem nagyobbak, mint Helsinkiben, vagy Oslóban. Ez arra utalhat, hogy a társadalmi körülményekben mutatkozó különbségek ellenére az iskolázottság szerinti halandósági lejtőt alátámasztó konkrét kockázati tényezőkben – dohányzás, alkoholizmus, rossz minőségű táplálkozás, a saját egészség iránti figyelem hiánya és a korszerű orvosi ellátáshoz való hozzájutás egyenlőtlensége – van egyfajta hasonlóság.” (Shkolnikov et al. 2004: 20.)

Módszertani megjegyzések

Hazánkban az életesélyek a megyék és a társadalmi ranglétra fokai között is lényegesen eltérnek. Mint említettük, a férfiak körében szinte mindig nagyobb mértékű a halandóság csoportok közötti szóródása, mint a nők körében – bármi is legyen a csoportképző ismérv. Ezért mind a hazai, mind a nemzetközi kutatások kitüntetett figyelemmel fordulnak a férfiak halandóságának elemzése felé.¹¹ Magyarországon az is hozzájárult a férfigalandság előtérbe helyezéséhez, hogy nemcsak európai, hanem világviszonylatban is rendkívül rövid, és ráadásul évtizedeken keresztül hanyatló volt a férfiak várható élettartama, elsősorban a középkorúak magas és emelkedő halandósága miatt. Az egyoldalúság elkerülése céljából a jelen tanulmány *mindkét nem* halandóságát azonos terjedelemben és mélységben tárgyalja.

Az *életkort* tekintve a legerőteljesebb társadalmi különbségek a gazdaságilag aktív korú felnőttek halandóságában mutatkoznak. Ebben az életkorban halmozottan jelentkeznek a gyermek- és ifjúkorban kapott (tapasztalt) előnyök és hátrányok, az iskolában megszerzett (vagy elmulasztott) ismeretek, a saját családalapítás sikerei vagy kudarcái, a tiszta, illetve a szennyezett lakókörnyezet, és legfőképp a végzett munka jellegeből és körülményeiből adódó hatások. Úgy véljük, hogy a gyermek- és ifjúkori halandóság örvendetesen alacsony szintje, a tanulás idejének jelentős meghosszabbodása és a családalapítás életkorának kitolódása miatt csak a legalább 30 évesek körében van értelme annak, hogy a halandóság társadalmi és a területi különbségeit együttesen vizsgáljuk. A felső korhatárt pedig azért szabtuk meg 60 évnél, mert – bár a nyugdíjkorhatár megemelkedett – egyelőre kevés a 60 éves vagy idősebb aktív dolgozó, és a nyugdíjas évek merőben más életformát jelentenek. A magasabb életkorokban a társadalmi csoportok közötti halandósági különbségek jóval kisebbek (Klinger 2001).

A 2001-es népszámlálás idején az országban 2,022 millió 30–59 éves férfi volt, a férfinépeség 41,7%-a. A megyék közötti eltérés nem nagy, az arányszám 40,3%

¹¹ A demográfiában ez szokatlan, hiszen a hangsúly általában a női népesség jellemzőin és magatartásán van. A férfi termékenység elemzése például kifejezetten új kutatási területnek számít.

(Szabolcs-Szatmár-Bereg) és 42,3% (Vas) között ingadozik. A nők közül abszolút számban (2,135 millió) és részarányukat tekintve is (43,2%) valamivel többen tartoznak ebbe a korosztályba (1. és 2. táblázat). A középkorú nők aránya Budapesten a legmagasabb (46,6%) és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legalacsonyabb (40,0%).

Az elemzés a 30–60 éves életkor közötti hat – ötéves – korcsoportra számított halálozási arányszámokból indul ki. A korszpecifikus halálozási arányszámok számlálójában egy adott évben (vagy egy hosszabb időszak éves átlagában) elhunytak száma szerepel korcsoport, nem, iskolai végzettség és az illetőség (tényleges lakóhely) megyéje szerint, míg a nevezőben a vizsgált területen egy időpontban élő, adott korcsoportba tartozó és megfelelő iskolai végzettségű férfiak és nők száma található. Ilyen részletekbe menően csak a népszámlálások időpontjában ismerjük a népesség összetételét. Kézenfekvő volt tehát, hogy a 2001-es népszámlálás kellően részletes adataiból állítsuk össze a számunkra szükséges népességszámokat, és ezeket mint időszaki középértékeket (átlagokat) tekintsük.

1. táblázat
A férfiak és nők száma korcsoport és iskolai végzettség szerint
Magyarországon 2001-ben (fő)

Iskola/ életkor	0–29 éves		30–59 éves		60+ éves		Együtt	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
0–7 osztály	893857	840186	56838	78104	208877	530737	1159572	1449027
8 osztály	416002	389671	495081	713045	365180	532390	1276263	1635106
Szakiskola	338606	211563	717071	313272	408	395	1056085	525230
Érettségi	308915	399148	461338	707471	124825	161299	895078	1267918
Felsőfok	66318	95572	291939	322759	105395	52053	463652	470384
Együtt	2023698	1936140	2022267	2134651	804685	1276874	4850650	5347665

Forrás: A szerző számításai a 2001-es népszámlálás adataiból.

2. táblázat
A fiatal, középkorú és idős férfiak és nők százalékos megoszlása
iskolai végzettség szerint Magyarországon 2001-ben (százalék)

Iskola/ életkor	0–29 éves		30–59 éves		60+ éves		Együtt	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
0–7 osztály	44,2	43,4	2,8	3,7	26,0	41,6	23,9	27,1
8 osztály	20,6	20,1	24,5	33,4	45,4	41,7	26,3	30,6
Szakiskola	16,7	10,9	35,5	14,7	0,1	0,0	21,8	9,8
Érettségi	15,3	20,6	22,8	33,1	15,5	12,6	18,5	23,7
Felsőfok	3,3	4,9	14,4	15,1	13,1	4,1	9,6	8,8
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: A szerző számításai a 2001-es népszámlálás adataiból.

A kérdés ezután az volt, hány évből álljon az az időszak, amelynek középértékét a 2001-es népszámlálás adja. Ez az időszak nem lehet túlságosan hosszú, mert akkor

összemosódnak az évenkénti változások, se túl rövid, mert akkor az események (halálozások) száma nem lenne kellő mélységben elemezhető. A tapasztalatok szerint a népszámlálás előtti, illetve az azt követő egy, kettő vagy három év együttes halálozási adatait szokás az egy időpontban ismert népességszámokhoz viszonyítani.

Vizsgálatunkban a 2001-es népszámlálás körüli négy év (1999, 2000, 2001, 2002) halálozásainak összesített számát és megoszlási viszonyait szerepeltetjük (3. és 4. táblázat). Úgy véljük, ezzel a megoldással kiszűrhetők a véletlenszerű éves ingadozások (például rendkívüli hőség, influenzajárvány stb.) miatti esetlegességek, ugyanakkor nem fogunk át egymástól lényegesen eltérő sajátosságokat mutató éveket.¹²

3. táblázat

Az 1999–2002. években elhunyt férfiak és nők összesített száma korcsoport és iskolai végzettség szerint Magyarországon

Iskola/ életkor	0–29 éves		30–59 éves		60+ éves		Együtt	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
0–7 osztály	2960	2169	4225	2559	80112	139993	87297	144721
8 osztály	1465	511	37499	16329	85049	66424	124013	83264
Szakiskola	1012	189	18342	3108	0	0	19354	3297
Érettségi	1001	427	11980	7948	18926	13168	31907	21543
Felsőfok	95	92	3937	2208	14286	5446	18318	7746
Ismeretlen	53	19	640	177	760	718	1453	914
Együtt	6586	3407	76623	32329	199133	225749	282342	261485

Forrás: A szerző számításai a KSH népmozgalmi adataiból (Demográfiai lekérdező).

4. táblázat

Az 1999–2002 években elhunyt fiatal, középkorú és idős férfiak és nők százalékos megoszlása iskolai végzettség szerint Magyarországon

Iskola/ életkor	0–29 éves		30–59 éves		60+ éves		Együtt	
	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
0–7 osztály	44,9	63,7	5,5	7,9	40,2	62,0	30,9	55,3
8 osztály	22,2	15,0	48,9	50,5	42,7	29,4	43,9	31,8
Szakiskola	15,4	5,5	23,9	9,6	-	-	6,9	1,3
Érettségi	15,2	12,5	15,6	24,6	9,5	5,8	11,3	8,2
Felsőfok	1,4	2,7	5,1	6,8	7,2	2,4	6,5	3,0
Ismeretlen	0,8	0,6	0,8	0,5	0,4	0,3	0,5	0,3
Együtt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Forrás: A szerző számításai a KSH népmozgalmi adataiból (Demográfiai lekérdező).

A területi egységet, azaz a tágabb lakó- és munkahelyi környezetet Budapest és a 19 megye képviseli. Ennek több oka van:

¹² A 3. táblázat a négy év alatt elhunytak összesített számát tartalmazza, de a halálozási arányszámok számlálójában az elhunytak évi átlagos száma (az itt található értékek negyede) szerepel.

- Az egyik a gyakorlati megfontolás. A megyék többnyire elég népesek ahhoz, hogy az általunk vizsgált korcsoportokban négy év alatt meglegyen a halandóság szintjének megbízható méréséhez szükséges esetszám nem, életkor és iskolai végzettség szerinti bontásban is, továbbá nagy előnyt jelent a megyei adatok hozzáférhetősége.
- A másik a szomszédsági hatás – például a vizsgált sokaság tagjainak rendszeres, gyakori és közvetlen érintkezése – érvényesülésének követelménye. A mindennapi életben ezt a párválasztás, a vándorlás, az ingázás kapcsán, illetve a kereskedelmi, egészségügyi, oktatási, kulturális és közigazgatási intézmények közös igénybevétele alapján, ezen kapcsolatok által lefedett területtel mérhetjük. A szomszédsági hatás úgy is értelmezhető, hogy a populáció tagjai hasonló történelmi múlttal és természeti-táji adottságokkal rendelkező környezetben élnek.
- A megyék hosszú időn át fontos gazdasági, hatalmi és szakigazgatási szintet képviseltek, a területfejlesztés tényleges egységei voltak. Az utóbbi évek változásainak következtében csökkent ugyan a megyei szintű eredmények közvetlen gyakorlati haszna, de társadalomtudományi jelentőségük a hosszabb távra visszatekintő összehasonlító elemzésekben, kiváltképp a területi különbségek alakulásának kimutatásában változatlan.

Számos tanulmány igazolta, hogy az *iskolai végzettség* a társadalmi státust tömören kifejező és a gyakorlatban is jól alkalmazható mutatószám (Klinger 2001). A nem- és korszpecifikus mortalitás szintjeiben tapasztalható eltérések magyarázó változói között is az iskolázottság bizonyul az egyik legerőteljesebbnek, választásunk ezért esett erre az ismerv- re. A népszámlálás és a népmozgalmi statisztika egymástól eltérő mélységben részletezett adataiból öt, egymással összehasonlítható iskolázottsági fokozatot különböztettük meg, tehát mind az élőket, mind a meghaltakat az alábbi csoportokba soroltuk:

- a) 0–7 osztályt végzett;
- b) legalább 8 osztályt végzett, szakma vagy érettségi nélkül;
- c) szakmai oklevelet szerzett érettségi nélkül;
- d) szakiskolában vagy gimnáziumban érettségizett, esetleg tovább tanult, de diplomája nincs;
- e) felsőfokú végzettsége (diplomája) van.

A középkorúak iskolai végzettsége mind a férfiak, mind a nők körében jóval kedvezőbb, mint az idősebbeké. Ez nem meglepő. A legfeljebb nyolc osztályt végzett nők aránya a hatvanévesek és idősebbek körében még 83,3%, ez a 30–59 évesek között „csupán” 37,1%, de így is jóval magasabb, mint a férfiaké (27,3%). A szakiskolát és az érettségit egybevéve a középkorú férfiak még vezetnek (58,3%) a nőkkel szemben (47,8%), de ezen belül a férfiaknál a szakiskola, a nőknél viszont az érettségi a jellemző.

A diplomások pedig már egy hajszálnyival nagyobb arányt képviselnek a 30–59 éves nők (15,1%), mint a hasonló korú férfiak (14,4%) között (2. táblázat, 110. oldal).

Mivel a szakiskolák a „nyolc általános” kötelezővé tétele után terjedtek csak el, a 60 éves és idősebb népesség körében alig 400–400 férfit és nőt találunk ilyen végzettséggel. Ezért fordulhatott elő, hogy a vizsgált négy év alatt az egész országban egyetlen elhunyt sem került ki közülük (3. táblázat). A középkorú (30–59 éves) népességben belül a 0–7 osztályt végzettek vannak a legkevesebben. Országos szinten ez nem okoz adathiányt. Ha azonban a területi dimenziót bevonva tovább részletezzük az adatmátrixot, akkor a 0–7 osztályt végzett, illetve a diplomás 30–34 éveseknél, valamint a szakmunkás 55–59 évesnél találunk egy-két olyan megyét, ahol a vizsgált négy év alatt egyetlen elhalálozás sem fordult elő.¹³ Ez az összesen nyolc üres cella azonban nem okozhat akkora hibát, ami a két nem, a hat ötéves korcsoport, az iskolai végzettség öt szintje és a 20 területi egység kombinációjával létrejött (2x6x5x20) 1200 cella elemzésével kialakuló eredményt lényegesen torzítaná.

Az elemzés során az azonos nemű és életkorú, továbbá hasonló iskolai végzettségű és megyében lakó elhunytak számát viszonyítjuk az ugyanezen jellemzővel rendelkező lakosok számához, és az így kapott halálozási arányszámokból kiindulva számoljuk ki a 30–60 éves életkor között várható (részleges) élettartamot (e_{30-60}) a *Manuals on Methods of Estimating Population* (1956), illetve *Chiang* (1968) alapján, a következőképpen:

Halálozási arányszám:

$${}_nM_x = \frac{\sum_{i=x}^{x+n-1} D_x}{\sum_{i=x}^{x+n-1} P_x};$$

ahol $n = 5$;

$x = 30, 35, 40, 45, 50, 55$;

$D_x =$ az 1999–2002-ben X életkorban elhunytak évi átlagos száma;

$P_x =$ a 2001-es népszámlálás idején X életkorú népesség száma.

- Elhalálozási valószínűség:

¹³ Négy év alatt nem halt meg egyetlen 30–34 éves diplomás férfi Békésben és Zalaiban; 30–34 éves diplomás nő Baranyában, Nógrádban és Tolnában, illetve 0–7 osztályt végzett 30–34 éves nő Hevesben, továbbá 55–59 éves szakmunkás nő Győr-Moson-Sopronban és Somogyban. Valkovics Emil tanár úr szavait idézve a demográfus számára ez azt sugallná, hogy az adott népességesoport az adott helyen és időszak alatt „halhatatlan” volt, amiről természetesen nincs szó. Ezek a „hiányok” azért sem okoznak érzékelhető torzítást az eredményekben, mert az ötéves korszpecifikus halálozási arányszámokat egyenként nem vizsgáljuk, csak aggregátumaikkal dolgozunk.

$${}_nq_x = n \frac{{}_nM_x}{1 + \frac{n}{2} M_x}$$

- A továbbélők táblabeli száma:

$$l_{30} = 100000; l_{x+n} = l_x - {}_nd_x$$

- A meghaltak táblabeli száma:

$${}_nd_x = l_x {}_nq_x$$

- A népesség táblabeli száma (stacionér népesség):

$${}_nL_x = \frac{n}{2}(l_x + l_{x+n})$$

- A 30–60 életkor között (azaz 30–59 évesen) leélt évek száma összesen:

$$T_{30-60} = \sum_{x=30}^{60} {}_nL_x$$

- A 30–60 életkor között (azaz 30–59 évesen) átlagosan leélt évek száma:

$$e_{30-60} = \frac{T_{30-60}}{100000}$$

Komoly gondot jelent, hogy a halálozási arányszám (${}_nM_x$) számlálójának és nevezőjének adata két, jellegében különböző adatgyűjtésből származik. Az elhunytak számáról és jellemzőiről a népmozgalmi statisztika, a népességről a népszámlálás tájékoztat. A dolog természetéből adódóan a népszámlálás részletesebb és megbízhatóbb ismereteket nyújt. Az elhunytak adatait (életkorát, lakóhelyét, iskolai végzettségét) csak a rendelkezésre álló dokumentumok alapján, illetve hozzátartozóik, vagy a környezetükben élők segítségével tudjuk meg, ha vannak ilyenek.¹⁴ Ebből következik, hogy míg a népszámlálás adatai között nem találunk egyetlen ismeretlen életkorú, lakóhelyű vagy iskolai végzettségű személyt, az elhunytak között igen. Ha azokat a meghalt személyeket kihagyjuk a számításból, akiknek valamely adatát nem ismerjük, a ténylegesnél alacsonyabbnak mutatjuk a halandóságot.

Annak érdekében, hogy szerepeltetésükkel a lehető legkisebb mértékben torzítsuk a specifikus halálozási arányszámokat, az ismeretlen életkorúakat 85 éven felülinek tekintettük. Ők a jelen tanulmányban tehát nem szerepelnek. A külföldi, ismeretlen lakóhelyű, illetve hajléktalan elhunytakat életkori csoportjuknak megfelelően – szintén a

¹⁴ A népmozgalmi és a népszámlálási adatok összekapcsolását csak a személyi szám használata tudná biztosítani. Ennek hiányában minden szempontból korrekt, hibátlan demográfiai (például halandósági vagy földrajzi mobilitási) mutatók Magyarországon nem számíthatók. A személyi szám használatának tiltása komoly akadályt jelent a hazai demográfia fejlődésének útjában, ráadásul ellentétes számos európai, például skandináv ország gyakorlatával. Személyes véleményem szerint a visszaélés lehetősége nem indokolja a tiltást (vajon mivel nem lehet visszaélni?), de természetesen indokolt a személyi szám használatának szabályozása és szigorú ellenőrzése, ahogy ezt az említett országokban is teszik.

minél kisebb torzítás érdekében – a budapestiekkel (Budapest+ címszó alatt) vontuk össze. Az ismeretlen iskolai végzettségű elhunyt személyeket pedig – feltételezve, hogy eloszlásuk nem követi a teljes népesség iskolai végzettség szerinti eloszlását – a saját életkori csoportjukban, a 0–7 és a 8 osztály végzettek között szerepeltettük, e két csoport halottjainak egymáshoz viszonyított tényleges arányait követve.

Hipotézisek

1. A tapasztalatok és a korábbi vizsgálatok eredményei alapján feltételezzük, hogy a *férfiak* halandósága tekintetében nagyobb területi, illetve iskolai végzettség szerinti különbségeket fogunk találni, mint a *nőknél*. A hipotézist a 30–59 éves korban leélt évek (e_{30-60}) átlagos számának vizsgálatával, a szóródás különféle mutatói segítségével ellenőrizzük.
2. Feltételezzük továbbá, hogy a magasabb *iskolai végzettség* – például a nagyobb jövedelem, a gazdagabb ismeretek, a kellemesebb munkakörülmények közvetítése révén – csökkenti a lakóhelyi (regionális) hátrányokat, azaz a kevésbé képzetebb népesség körében nagyobb lesz a megyék közötti szóródás, mint az iskolázottak körében. A hipotézist a 30–59 éves korban leélt évek (e_{30-60}) átlagos számán végzett elemzésekkel vizsgáljuk.
3. Irodalmi adatok szerint a *nagy társadalmi egyenlőtlenségek* – egyébként hasonló körülmények mellett – emelik a halandóság átlagos szintjét (lásd *Kovács 2002*). Ezt a gondolatmenetet követve azt várjuk, hogy azokban a megyékben, ahol az országos átlagnál meredekebb a társadalmi hierarchia lejtője, magasabb a halandóság általános szintje. A lejtő meredekségének méréséhez definiálnunk kell azokat a társadalmi csoportokat, amelyek között a különbséget mérjük, másrészt el kell döntenünk, minek a különbségét mérjük és a méréshez milyen mérőszámot használunk. Esetünkben a csoportképző ismérv az iskolázottság, az iskolai végzettség öt fokozata szerint képezzük a társadalmi csoportokat. A csoportok közötti távolságot a halandóságuk szintjében mutatkozó különbséggel mérjük, s erre a célra a halandóság mutatói közül a 30–59 éves korban leélt évek (e_{30-60}) számát, illetve az ezzel végzett számításokat használjuk.¹⁵

A szóródás mutatói közül a terjedelmet, továbbá a népességszámmal súlyozott átlagos abszolút eltérést választottuk. A terjedelem a szélső értékek közötti távolságot méri, függetlenül attól, hogy a szélső értéket felmutató csoportok milyen arányt képviselnek.

¹⁵ Mivel a függő változó a várható (részleges) élettartam átlagos szintje, szerencsésebb lett volna, ha a társadalmi lejtőt – azaz a független változót – nem a halandóság, hanem például a jövedelem szóródása képviseli. Megfelelő adatok birtokában készen állunk más független változóval megismételni az elemzést.

selnek a vizsgált populáción belül. Természetesen ennek az ismerete is hasznos. A szélsőségek társadalmi súlyának reális megítélése, továbbá annak érdekében, hogy a különböző iskolai végzettségű csoportok halandóságának területi egyenlőtlenségeit egymással össze tudjuk mérni, illetve összehasonlíthatóvá tegyük a halandóság egy-egy megyén belül mért társadalmi távolságait, népességszámmal súlyozott mutatót is számítottunk. A súlyozással elkerülhető az a torzítás, amely egyrészt a megyék eltérő népességszámából, másrészt abból eredhet, hogy nemenként, korcsoportonként, illetve megyénként különböző arányt képviselnek az egyes iskolai végzettségű csoportok.¹⁶

A férfiak és a nők halandóságának regionális lejtője

Az összes Magyarországon élő férfi részleges (30–60 év közötti) várható élettartama 1999–2002 átlagában 27,52 év, a nőké 28,99 év volt (5. és 6. táblázat, 117. oldal). A nők előnye közel másfél év. A regionális lejtő azonban a férfiak esetében meredekebb. Az egyes megyékben élő összes férfi esetében 0,83 év (10 hónap) a két szélső értéket mutató megye közötti távolság, míg a nőknél 0,29 év (3 és fél hónap) a terjedelem. *A különbség közel háromszoros.* A várakozásnak megfelelően a kiemelkedően jó életkilátásokat nyújtó megyék egymás szomszédságában találhatóak, és a különösen alacsony várható élettartamot mutató megyék is többé-kevésbé összefüggő területet alkotnak. A legtovább a gazdaságilag és társadalmilag fejlett térségek (főképp a Nyugat-Dunántúl), a legrövidebb ideig az elmaradott régiók (Észak-Magyarország, Észak-Alföld) lakói élnek. Ezen belül azonban nem mindig ugyanazon megyék szerepelnek az élen, illetve sereghajtóként a két nem esetében. A férfiaknál Győr-Moson-Sopron (illetve Budapest, amennyiben csak az igazoltan budapesti illetőségű elhunytakkal számolunk¹⁷) és Szabolcs-Szatmár-Bereg, a nőknél pedig Győr-Moson-Sopron és Hajdú-Bihar képviseli a 30–60 év között várható leghosszabb, illetve legrövidebb élettartamot.

A lakóhely halandóságra gyakorolt hatását, azaz az életesélyek területi különbségeit tisztábban láthatjuk, ha az *azonos iskolai végzettségűek* (részleges) várható élettartamát hasonlítjuk össze (5. és 6. táblázat). A férfiaknál és a nőknél is a legkevésbé képzettek halandóságában a legélesebbek a területi különbségek. Ahhoz, hogy a regionális lejtő meredeksége átlagos körüli, vagy annál enyhébb legyen, legalább érettségi

¹⁶ Súlyozás nélkül az egyes iskolai végzettségi szintek közötti halandósági különbségek nagyobbak mutatkoznak abban a megyében, ahol alig akad a 30–59 évesek között olyan, aki a nyolc osztályt sem végezte el, mint ott, ahol a 0–7 osztályt végzetek aránya jelentős.

¹⁷ Budapest helyezését esetenként egy-két hellyel rontja, hogy itt „számoltuk el” az ismeretlen lakóhelyű, külföldi és hajléktalan elhunytakat. A súlyozott átlagos abszolút eltérés helyes kiszámítása azonban megkívánta, hogy Budapest csak egyféleképpen (Budapest+ megjelöléssel) szerepeljen.

kell. A diplomások halandóságának regionális szóródása már alig tér el az érettségizettektől: a terjedelem mutatója a diplomás férfiak esetében három, a diplomás nők esetében mindössze másfél hónappal kisebb, mint a középiskolai érettségivel rendelkezőké.

A területi egyenlőtlenség mérséklésében fontos szerepet játszhat tehát a műveltség, a képzettség növelése. Az érettségi általánossá válása óriási előrelépést jelenthetne, hiszen a férfiaknál több mint két évvel, a nőknél 11 hónappal kisebb a 30–59 évesek várható élettartamának *megyék közti terjedelme* az érettségizettek, mint a csak 8 általánost végzettek körében¹⁸. Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy a megyék közötti halandósági különbség nemcsak az ott élők eltérő társadalmi összetételének következménye. A zalai érettségizett férfiak 10 hónappal, a zalai érettségizett nők közel négy hónappal élnek kevesebbet 30–60 év között, mint a budapesti érettségizett férfiak, illetve nők. Nem elhanyagolhatók tehát az itt figyelmen kívül hagyott okokból (az oktatás színvonala, hagyományok, életmód stb.) eredő regionális halandósági különbségek sem, helyesebben, nem egyirányú oksági összefüggésről, hanem kölcsönhatásról van szó.

5. táblázat

Területi eltérések a férfiak 30–60 év között várható élettartamában, 1999–2002 (év)

<i>Iskolai végzettség</i>	<i>Országos átlag</i>	<i>A legmagasabb megyei érték</i>		<i>A legalacsonyabb megyei érték</i>		<i>Terjedelem</i>	<i>Súlyozott átl. absz. eltérés</i>
0–7 osztály	25,42	27,67	Budapest+	23,13	Bács-Kiskun	4,54	0,61
8 osztály	25,76	27,24	Nógrád	24,38	Budapest+	2,86	0,46
Szakiskola	27,94	28,49	Budapest+	27,04	Nógrád	1,44	0,32
Érettségi	28,18	28,71	Zala	27,87	Budapest+	0,84	0,21
Felsőfokú	29,19	29,47	Pest	28,82	Nógrád	0,65	0,17
Együtt	27,52	27,87	Győr-M.-S.	27,04	Szabolcs-Sz.-B.	0,83	0,20

Forrás: A szerző számításai a KSH adataiból.

6. táblázat

Területi eltérések a nők 30–60 év között várható élettartamában, 1999–2002 (év)

<i>Iskolai végzettség</i>	<i>Országos átlag</i>	<i>A legmagasabb megyei érték</i>		<i>A legalacsonyabb megyei érték</i>		<i>Terjedelem</i>	<i>Súlyozott átl. absz. eltérés</i>
0–7 osztály	27,75	29,03	Budapest+	26,91	Hajdú-Bihar	2,12	0,36
8 osztály	28,58	29,00	Nógrád	27,80	Budapest+	1,20	0,21
Szakiskola	29,05	29,37	Zala	28,67	Nógrád	0,70	0,14
Érettségi	29,22	29,42	Zala	29,11	Budapest+	0,32	0,08
Felsőfokú	29,53	29,60	Budapest+	29,37	Békés	0,23	0,07
Együtt	28,99	29,17	Győr-M.-S.	28,88	Hajdú-Bihar	0,29	0,05

Forrás: A szerző számításai a KSH adataiból.

¹⁸ Ez természetesen nem jelenti azt, hogy ez a növekmény automatikusan, illetve teljes egészében meg is valósul, ha mindenki leérettségizik.

A terjedelemhez képest természetesen kisebb területi különbségeket tükröz a súlyozott átlagos abszolút eltérés, mivel ez nem a szélső értékek közötti, hanem az országos átlagtól való távolságot mutatja. A férfiak és a nők (részleges) várható élettartamának megyék közötti szóródását összehasonlítva azt tapasztaljuk, hogy e két regionális lejtő meredeksége nem a terjedelem, hanem a súlyozott átlagos abszolút eltérés tekintetében különbözik jobban egymástól (6. és 7. táblázat). A 30–59 éves korban várható élettartam megyék közötti átlagos abszolút eltérése a férfiaknál 73 napot (0,20 év), míg a nőknél csupán 18 napot (0,05 év) tesz ki. *A különbség négyszeres.*

Az azonos iskolai végzettséggel rendelkezők életésélyeinek területi különbségeit az átlagos abszolút eltérés mutatójával mérve a férfiaknál ismét „szabályos” a sorrend (a végzettség szintjének emelkedésével rendre csökken a területi különbség), és csak a legalább érettségivel rendelkezők halandósága jelez átlagos, illetve annál kisebb megyék közötti szóródást. A 0–7 osztályt végzettek halandóságának megyék közötti különbsége háromszor, a 8 osztályt végzetteké kétszer, a szakiskolásoké másfélszer nagyobb, mint az érettségizetteké.

A nőkre kapott eredmény némiképp meglepő. Az iskolázottság emelkedésével itt is rendre csökkennek a halandóság regionális eltérései, ráadásul nagyobb mértékben, mint a férfiaknál: *a 0–7 osztályt végzettek halandóságának megyék közötti különbsége 4,5-ször, a 8 osztályt végzetteké 2,6-szor, a szakiskolásoké 1,75-ször nagyobb, mint az érettségizetteké.* A megyék közötti legkisebb eltérést azonban nem a diplomások, és még csak nem is az érettségizettek, hanem a nők *átlagos* – iskolai végzettségüktől független – várható élettartama mutatja. Az egyes megyék női össznépességének halandósága tehát kisebb mértékben tér el egymástól, mint bármelyik női résznépességéé. Ezt a furcsa eredményt feltehetően az okozza, hogy a helyi körülmények (például egy megye gazdasági fejlettsége) *kevésbé differenciálják* a nők halandóságát, mint a férfiakét (Daróczy 1997: 52.), illetve a helyi viszonyok *kevésbé differenciáltan* hatnak a különböző iskolai végzettségű nők halandóságára, mint a férfiak esetében (Daróczy 1988).

Ezt a feltevést a 30–59 éves férfiak és nők várható élettartamai közötti *regionális* korrelációs számítás eredménye megerősítette (lásd a *Melléklet 11. táblázatát*). A különböző iskolai végzettségű nők halandóságának megyei szintjei között egyetlen szignifikáns kapcsolatot sem találunk. A tágabb lakóhelyi környezet tehát nem módosítja lényegesen a nők iskolai végzettség szerint eltérő halandóságát. A férfiaknál a legerősebb kapcsolat a 8 általánost és a szakiskolát végzettek várható élettartama között van, csak hogy ez a kapcsolat negatív (-0,586)! A szakiskolát végzettek várható élettartama azonban már pozitív, és (legalább 0,05 szinten szignifikáns) kapcsolatot mutat az érettségizett és a diplomás férfiakéval. A férfiak életésélyeinek területi mintája tehát világosabb:

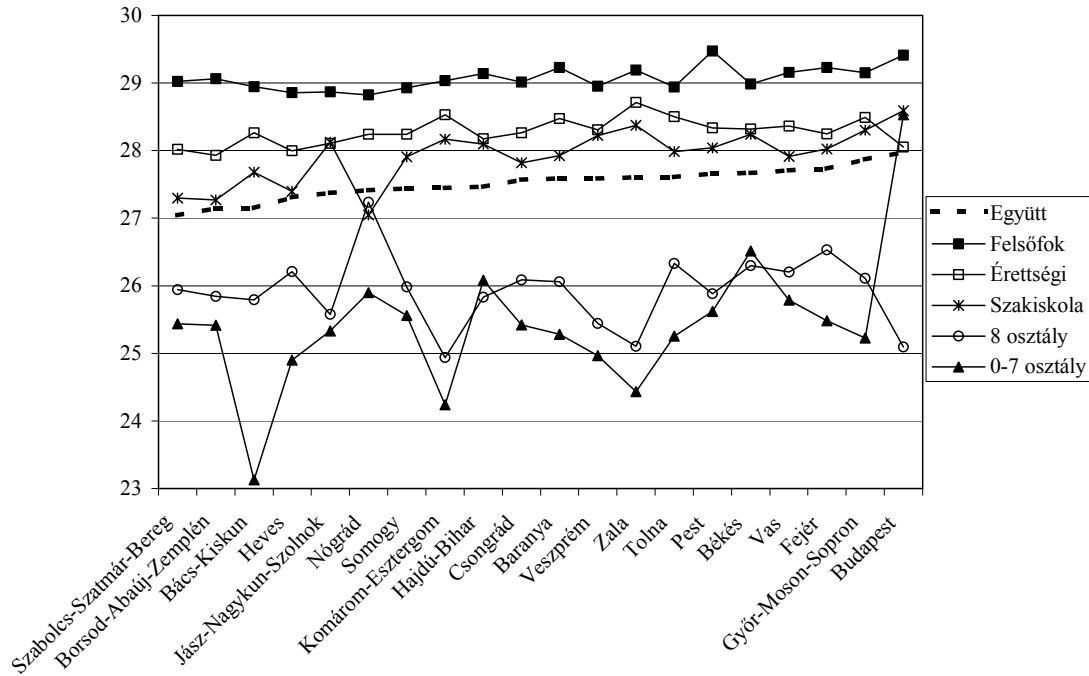
a 8 általánost végzettké lényegesen különbözik ugyan a többiekétől, a magasabb végzettségűek halandóságának területi szerkezete azonban igen nagy hasonlóságot mutat.

Az összes férfi és az összes nő 30–59 éves korban várható élettartama közötti regionális kapcsolat mindössze gyenge-közepes ($R=+0,419$) és ez is csak kváziszignifikáns (0,066 szinten). Az azonos végzettségű férfiak és nők életesélyei között ugyanakkor minden esetben ennél jóval szorosabb, és erősen szignifikáns a területi összefüggés: $R>0,7$ a 8 osztályt, a szakiskolát végzettek és a diplomások esetében; $R=+0,540$, illetve $R=+0,567$ a 0–7 osztályt végzettek és az érettségivel rendelkezők körében. Csak megszorításokkal állíthatjuk tehát, hogy a magas és az alacsony halandóságú térségek a két nemnél megegyeznek, mivel a társadalmi hierarchia különböző szintjein álló csoportok életesélyeinek földrajzi mintája eltér egymástól, főképp a nők esetében (2. és 3. ábra, 120. oldal). *Az azonos iskolai végzettségűek 30–60 év között várható élettartamát nézve azonban egyértelmű, hogy ugyanazok a megyék kedvezőek a férfiak számára is, mint a nők számára, és fordítva.*

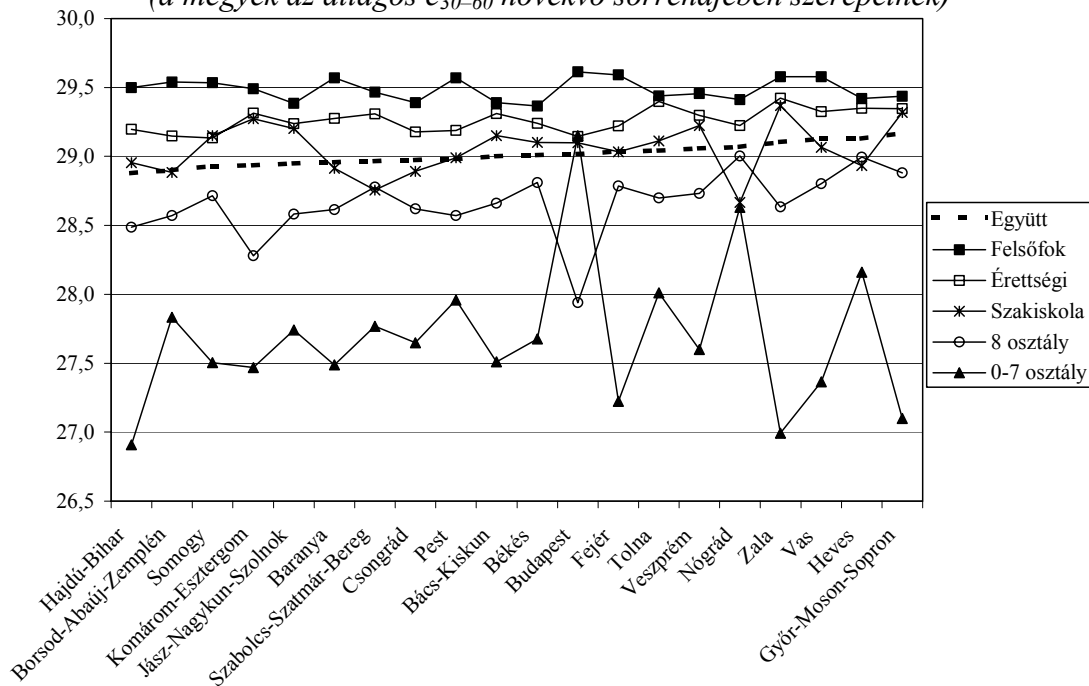
Ami saját első hipotézisünket illeti, elemzésünk alátámasztja azt az általános tapasztalatot, hogy a *férfiak* között erősebbek a regionális halandósági differenciák, akár a megyék össznépeességére, akár az egyes társadalmi alcsoportokra vonatkozóan vizsgáljuk azokat. Ez ugyanakkor azt a pozitív üzenetet is magában hordozza, hogy a területi elmaradottság felszámolása nagyobb mértékben fogja javítani a férfiak rendkívül magas halandóságát, és ez is hozzájárulhat ahhoz, hogy közeledjenek a két nem életesélyei.

A második hipotézis – mely szerint a magasabb *iskolai végzettség* csökkenti a lakóhelyi (regionális) hátrányokat – szintén megerősítést nyert az eredményekben, hiszen az iskolázottság növekedésével a halandóság területi különbségei rendre lényegesen kisebbek. Adatainkból ugyanakkor arra lehet következtetni, hogy az iskolázottság emelkedése a férfiaknál inkább a várható élettartam hosszát fogja növelni, míg a nőknél inkább a várható élettartam területi különbségeit fogja csökkenteni, de mindenképpen kedvezően hat.

2. ábra
 A férfiak 30–60 év között várható (részleges) élettartama iskolai végzettség szerint,
 1999–2002
 (a megyék az átlagos e_{30-60} növekvő sorrendjében szerepelnek)



3. ábra
 A nők 30–60 év között várható (részleges) élettartama iskolai végzettség szerint,
 1999–2002
 (a megyék az átlagos e_{30-60} növekvő sorrendjében szerepelnek)



A férfiak és a nők halandóságának iskolai végzettség szerinti lejtője

A társadalmi státus – amit jelen tanulmányunkban az iskolai végzettség szintje képvisel – kiemelkedő szerepet játszik az életesélyek alakulásában. A halál előtti társadalmi egyenlőtlenséget országosan és a megyéken belül is vizsgáljuk. Az egyenlőtlenség kimutatására továbbra is a 30–60 év között várható (részleges) élettartam legmagasabb és legalacsonyabb értékei közötti távolság (terjedelem) és a súlyozott abszolút átlagos különbség mutatóit hívjuk segítségül. A megyén belüli társadalmi különbségeket az adott megye saját (súlyozott) átlagához viszonyítjuk, a mérés eredményét tehát nem befolyásolja, hogy Budapest kétszer szerepel, egyszer csak a dokumentáltan „saját” halottjaival, egyszer pedig (mint Budapest+) az ismeretlen lakóhelyű, külföldi és hajléktalan elhunytakat is ide számítva.

Országos átlagban a diplomás férfiak 30–60 év között várható (részleges) élettartama 29,19 év, az iskolázatlanoké 25,42 év (7. táblázat, 122. oldal). A felsőfokú végzettségű nők hasonló adata 29,53 év (8. táblázat, 121. oldal), vagyis mindössze négy hónap előnyt mondhatnak magukénak a diplomás férfiakkal szemben. A 0–7 osztályt végzett nők azonban átlagosan 27,75 évet, azaz 2,33 évvel többet élnek 30–60 év között, mint hasonlóan képzetlen férfitársaik (7. táblázat).

A legképzettebb és a legkevésbé iskolázott 30–59 évesek várható élettartama közötti terjedelem a férfiaknál 3,77 év, a nőknél 1,77 év. Az átlagos abszolút eltérés mutatója a férfiaknál egy, a nőknél egyharmad év különbséget jelez. Mindkét mutató szerint jóval mélyebb tehát a társadalmi szakadék a férfiak, mint a nők körében: *az egyik mutató két év, a másik 0,68 év különbséget jelez a társadalmi lejtő mélységében a férfiak rovására, a mutatók hányadosa szerint pedig 2,13-szoros, illetve 2,94-szeres eltérést.* Ebben – mint jeleztük – jelentős szerepet játszik, hogy a kevésbé képzett férfiak életesélyei sokkal rosszabbak, mint az iskolázatlan nőké. Igaz ugyan, hogy a 30–59 éves férfiak között kisebb (2,8%) azoknak az aránya, akik nem végezték el a nyolc általánost, mint a nők között (3,7%), és ez is éreztetheti hatását, de feltehetően inkább arról van szó, hogy a férfiak társadalmi és egyéni megítélését, helyzetét és lehetőségeit sokkal inkább rontja az iskolázatlanság, és sokkal inkább kényszerülnek nehéz, veszélyes munkát végezni, mint a képzetlen nők.

Minden megyében és mindkét nem esetében a diplomások élnek a leghosszabb ideig, és – néhány kivételtől eltekintve – az általános iskola nyolc osztályát sem végeztek élnek a legrövidebb ideig 30–60 év között. Talán nem alaptalanul feltételezzük, hogy a kivételek (amikor a nyolc osztályt kijártak életesélyei rosszabbnak mutatkoznak azokénál, akik nem végezték el az általánost) inkább erősítik a szabályt, mivel a vizsgált korosztály férfitagjainak (megyétől függően) 1,2–5,0%-a, a nőknek 1,3–6,9%-a nem

végezte csak el az általános iskolát, így a kis számok miatt adódhat véletlenszerű sorrendváltozás. Ezt a hipotézist azonban nem vizsgáltuk.

A halál előtti társadalmi egyenlőtlenség mértéke megyénként különböző. A férfiak iskolázottság szerinti halandósági differenciái Bács-Kiskun (5,8 év a terjedelem) és Komárom-Esztergom megyében (4,8 év a terjedelem) a legélesebbek, s az átlagos abszolút eltérés is meghaladja az egy évet mindkét megyében. Ez a kirívó esélyegyenlőtlenség sürgős orvoslásra vár. Bács-Kiskun helyzetét ráadásul tovább rontja, hogy ebben a megyében igen magas a férfigalandság (Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén után a legrosszabb).

Erős társadalmi differenciák találhatók a férfiak között Zalában (4,8 év a terjedelem, 1,43 év az átlagos abszolút eltérés) és Budapesten (4,3; illetve 1,07 év) is, de itt az átlagos várható élettartam kedvezőbb az országosnál.

7. táblázat

*Társadalmi eltérések a férfiak 30–60 év között várható élettartamában, 1999–2002 (év)
(a megyék a súlyozott átlagos abszolút eltérés csökkenő sorrendjében)*

Megye	Megyei átlagos e_{30-60}	A legmagasabb e_{30-60} és a hozzá tartozó iskolai végzettség a megyén belül	A legalacsonyabb e_{30-60} és a hozzá tartozó iskolai végzettség a megyén belül	Terjedelem	Súlyozott átl. absz. eltérés
Zala	27,60	29,19 Felsőfok	24,43 0–7 osztály	4,75	1,43
Komárom-E.	27,45	29,04 Felsőfok	24,24 0–7 osztály	4,80	1,37
Budapest+	27,73	29,36 Felsőfok	24,38 8 osztály	4,98	1,24
Jász-N.-Sz.	27,37	28,87 Felsőfok	25,33 0–7 osztály	3,54	1,16
Bács-Kiskun	27,15	28,95 Felsőfok	23,13 0–7 osztály	5,82	1,14
Veszprém	27,59	28,95 Felsőfok	24,96 0–7 osztály	3,98	1,13
Hajdú-Bihar	27,47	29,14 Felsőfok	25,83 8 osztály	3,31	1,08
Budapest	27,98	29,41 Felsőfok	25,09 8 osztály	4,32	1,07
Pest	27,66	29,47 Felsőfok	25,62 0–7 osztály	3,85	1,04
Baranya	27,58	29,23 Felsőfok	25,28 0–7 osztály	3,95	0,98
Somogy	27,44	28,93 Felsőfok	25,56 0–7 osztály	3,37	0,97
Győr-M.-S.	27,87	29,15 Felsőfok	25,23 0–7 osztály	3,92	0,93
Békés	27,67	28,98 Felsőfok	26,30 8 osztály	2,69	0,90
Tolna	27,61	28,94 Felsőfok	25,25 0–7 osztály	3,69	0,89
Csongrád	27,57	29,01 Felsőfok	25,42 0–7 osztály	3,59	0,88
Szabolcs-Sz.-B.	27,04	29,02 Felsőfok	25,44 0–7 osztály	3,59	0,85
Borsod-A.-Z.	27,15	29,06 Felsőfok	25,41 0–7 osztály	3,65	0,81
Vas	27,70	29,16 Felsőfok	25,79 0–7 osztály	3,37	0,80
Fejér	27,73	29,23 Felsőfok	25,48 0–7 osztály	3,74	0,79
Heves	27,31	28,86 Felsőfok	24,90 0–7 osztály	3,96	0,71
Nógrád	27,41	28,82 Felsőfok	25,90 0–7 osztály	2,93	0,56
Magyarország	27,52	29,19 Felsőfok	25,42 0–7 osztály	3,77	1,03

Zala megye a nőknél is azon megyék csoportjába tartozik, ahol a meredek társadalmi lejtő ellenére kedvezőek az életkilátások, a negyedik legjobbak az országban. A férfiakéhoz hasonló a helyzet Komárom-Esztergomban (nagy egyenlőtlenség, rövid várható élettartam), viszont Bács-Kiskun kedvezőbb képet mutat a nők, mint a férfiak esetében. Nógrád megyén belül az átlagosnál jóval kisebb társadalmi egyenlőtlenségek a férfiaknál az átlagosnál rövidebb, a nőknél az átlagosnál hosszabb (részleges) várható élettartammal járnak.

Harmadik hipotézisünk szerint a nagy társadalmi egyenlőtlenség – egyébként változatlan feltételek mellett – emeli a halandóság átlagos szintjét. Ennek ellenőrzésére megvizsgáltuk a 30–60 év között várható élettartam iskolai végzettség szerinti különbségei és a részleges várható élettartam közötti összefüggést, külön-külön a férfiakra és a nőkre.¹⁹

8. táblázat

*Társadalmi eltérések a nők 30–60 év között várható élettartamában, 1999–2002 (év)
(a megyék a súlyozott átlagos abszolút eltérés csökkenő sorrendjében)*

Megye	Megyei átlagos e_{30-60}	A legmagasabb e_{30-60} és a hozzá tartozó iskolai végzettség a megyén belül	A legalacsonyabb e_{30-60} és a hozzá tartozó iskolai végzettség a megyén belül	Terjedelem	Súlyozott átl. absz. eltérés
Komárom-E	28,94	29,49 Felsőfok	27,47 0–7 osztály	2,02	0,52
Budapest+	28,97	29,60 Felsőfok	27,80 8 osztály	1,80	0,47
Zala	29,11	29,58 Felsőfok	26,99 0–7 osztály	2,59	0,45
Budapest	29,02	29,61 Felsőfok	27,94 8 osztály	1,67	0,44
Hajdú-Bihar	28,88	29,50 Felsőfok	26,91 0–7 osztály	2,59	0,43
Jász-N-Sz	28,95	29,38 Felsőfok	27,74 0–7 osztály	1,64	0,38
Baranya	28,96	29,57 Felsőfok	27,49 0–7 osztály	2,08	0,37
Bács-Kiskun	29,00	29,39 Felsőfok	27,51 0–7 osztály	1,88	0,36
Borsod-A-Z	28,90	29,54 Felsőfok	27,83 0–7 osztály	1,71	0,34
Szabolcs-Sz-B	28,97	29,47 Felsőfok	27,77 0–7 osztály	1,70	0,34
Tolna	29,04	29,44 Felsőfok	28,01 0–7 osztály	1,43	0,34
Pest	28,98	29,57 Felsőfok	27,96 0–7 osztály	1,61	0,33
Somogy	28,93	29,53 Felsőfok	27,50 0–7 osztály	2,03	0,33
Veszprém	29,06	29,45 Felsőfok	27,60 0–7 osztály	1,85	0,31
Csongrád	28,97	29,39 Felsőfok	27,65 0–7 osztály	1,74	0,29
Fejér	29,04	29,59 Felsőfok	27,22 0–7 osztály	2,37	0,28
Vas	29,13	29,58 Felsőfok	27,37 0–7 osztály	2,21	0,28
Békés	29,01	29,37 Felsőfok	27,68 0–7 osztály	1,69	0,25
Győr-M-S	29,17	29,44 Felsőfok	27,10 0–7 osztály	2,34	0,25
Heves	29,13	29,42 Felsőfok	28,16 0–7 osztály	1,26	0,23
Nógrád	29,07	29,41 Felsőfok	28,63 0–7 osztály	0,78	0,19
Magyarország	28,99	29,53 Felsőfok	27,75 0–7 osztály	1,77	0,35

¹⁹ A fejlett országokban a nők társadalmi csoportjai közötti halandósági differencia kisebb, a várható élettartam viszont magasabb, mint a férfiaknál. Ez az általános tény is alátámasztani tűnik a hipotézist, mégsem tekintjük bizonyító erejűnek, mivel nem érvényesül „az egyébként változatlan feltételek mellett” követelménye.

A férfiak esetében – meglepő módon – semmilyen értelmezhető kapcsolatot nem találtunk az életesélyek iskolai végzettség szerinti differenciái és a 30–60 év között várható élettartamok átlagos szintje között, akkor sem, ha a terjedelemmel, akkor sem, ha az átlagos abszolút eltéréssel mértük a társadalmi lejtő meredekségét. A 4. ábra X tengelyén az átlagos abszolút eltérést, Y tengelyén a 30–60 év között várható részleges élettartamot ábrázolva jól kirajzolódnak a feltételezettől lényegesen eltérő pozíciót elfoglaló térségek csoportjai:

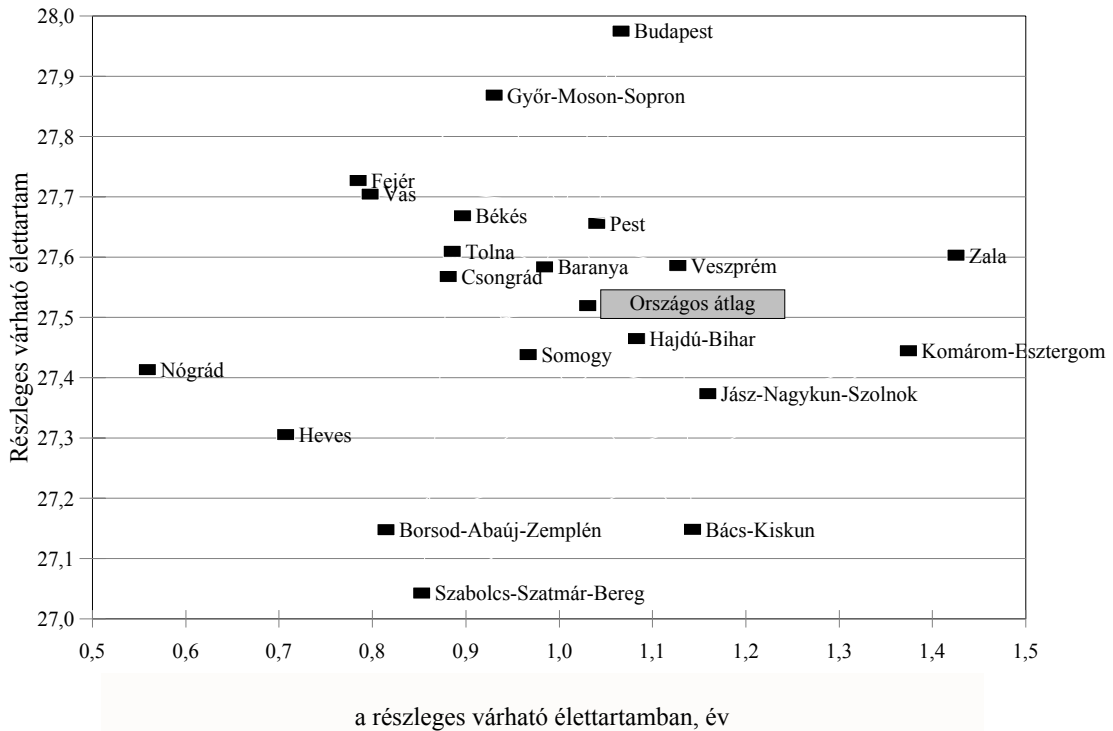
- a viszonylag kis társadalmi egyenlőtlenséget, mégis alacsony várható élettartamot mutató megyék: Nógrád, Heves, Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg;
- az átlagos társadalmi különbségek ellenére az átlagnál jóval kedvezőbb életkilátásokat nyújtó Budapest és az éles társadalmi különbségek ellenére átlagos részleges várható élettartamot elérő Zala megye.

A nőknél is csak az egyik egyenlőtlenségi mutatóval, nevezetesen az átlagos abszolút eltéréssel jelez a 30–59 évesek életesélye közepes erősségű – és hipotézisünknek megfelelően negatív – korrelációt (Pearson korrelációs együttható = $-0,482$; a szignifikancia szintje $0,031$). Az 5. ábrán csak Zala megye pozíciója mutat *jelentős* eltérést a képzeletbeli regressziós egyenestől. Komárom-Esztergom után itt a legnagyobbak ugyanis az iskolai végzettség szerinti halandósági különbségek, az átlagos érték mégis a legkedvezőbbek közé tartozik. A férfiakkal ellentétben Nógrád és kiváltképp Heves pozíciója kifejezetten jó. Ahhoz, hogy magyarázatot találjunk a férfi és női halandósági viszonyok közötti feltűnő különbségre e két megyében, további és részletesebb oknyomozó vizsgálatra van szükség.

A 30–60 éves nők és férfiak halandóságának területi mintája tehát nem annyira átlagos életesélyeik, mint inkább az életesélyeikben mutatkozó társadalmi különbségek tekintetében hasonlít egymáshoz. A köztük lévő szoros kapcsolatot ($R^2=0,7$) jól mutatja a 6. ábra (126. oldal), amelyről a regressziós egyenes paraméterei is leolvashatók. Ezek szerint a férfiak körében átlagosan $0,25$ évvel magasabb szintről indul, és mintegy $2,16$ -szor meredekebb a megyén belüli társadalmi lejtő, mint a nőknél.

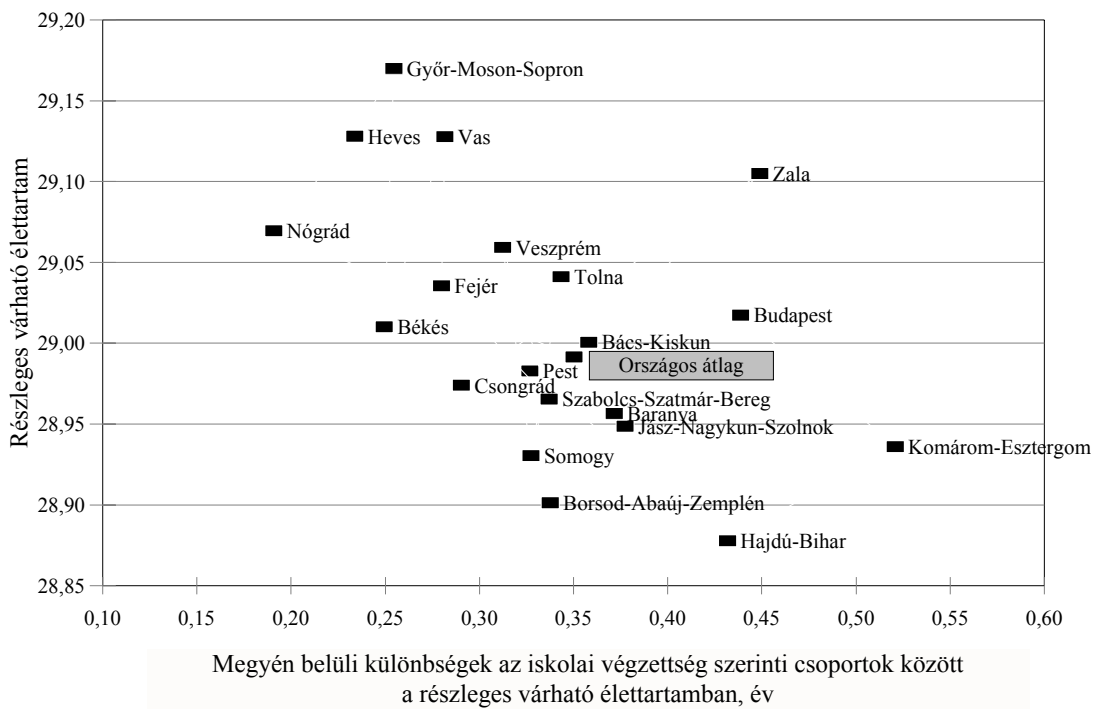
4. ábra

A halandóság iskolai végzettség szerinti különbségei (megyén belül) és a 30–60 életkor között várható (részleges) élettartam megyei átlaga, 1999–2002, férfiak



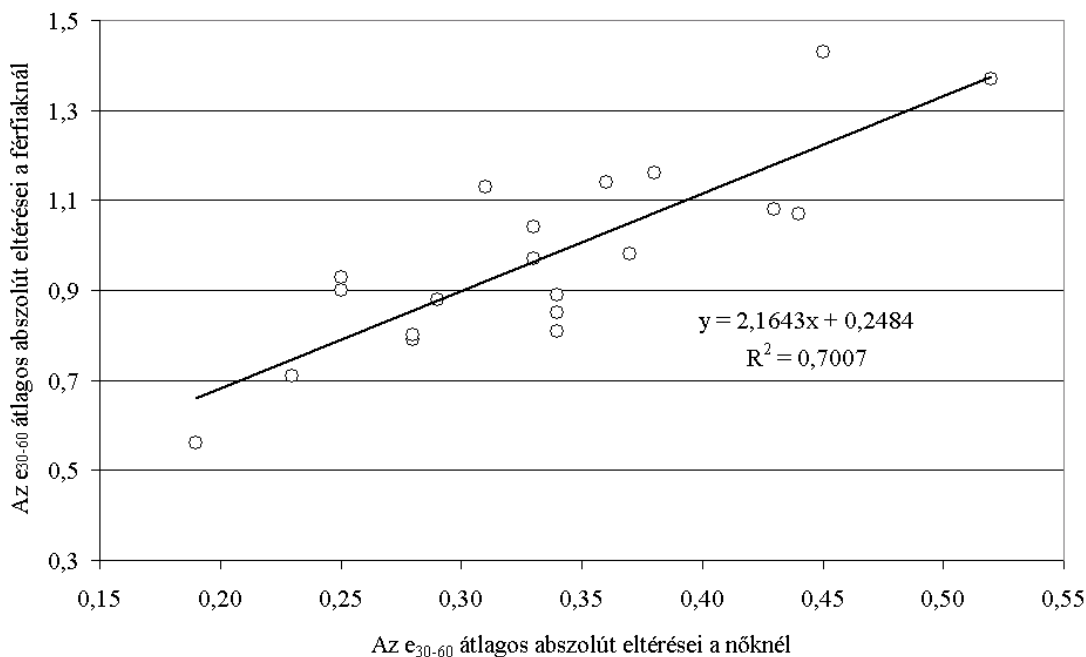
5. ábra

A halandóság iskolai végzettség szerinti különbségei (megyén belül) és a 30–60 életkor között várható (részleges) élettartam megyei átlaga, 1999–2002, nők



6. ábra

A halandóság iskolai végzettség szerinti eltérései megyénként, 1999–2002, év



Összefoglalás és következtetések

A halandóság társadalmi-gazdasági meghatározói közül a dolgozat a tágabb lakóhelyi környezet és az iskolai végzettség hatását vizsgálja a férfiak és a nők 30–60 éves életkor között várható élettartamára. A halandósági mutatókat az 1999 és 2002 közötti időszak négy éve alatt történt elhalálozások számából és a 2001-es népszámlálás népességadataiból származtattuk.

Már korábbi tanulmányokból is egyértelműen kiderült, hogy Magyarországon – a nyugat-európai országokhoz viszonyítva – igen nagyok a halandóság területi és társadalmi különbségei. Feltételezhető volt, hogy az életesélyek földrajzi (megyék, településcsoportok, kistérségek közötti) eltéréseinek nagy része arra vezethető vissza, hogy az érintett helyeken élő emberek társadalmi összetétele nem egyforma. Ezt azonban az eddigi halandósági vizsgálatok csak jelezni tudták, kimutatni nem, mivel vagy csak a területi, vagy csak a társadalmi különbségeket mérték.

Tanulmányunk először tesz kísérletet arra, hogy a földrajzi különbségeket a társadalmi hierarchia szintjétől függetlenül (az iskolai végzettség foka szerint külön-külön), illetve a társadalmi különbségeket a tágabb lakóhelytől függetlenül (megyénként külön-külön) Magyarországon kimutassa.

Azt a már közismert tény, hogy a halandóság szintje jelentősen különbözik aszerint, Magyarország mely területéről van szó, a középkorú férfiak és nők életesélyei-

nek 1999–2002-re vonatkozó vizsgálata is megerősítette. A megyék közötti különbség nagyobb a férfiaknál, mint a nőknél, és lényegesen nagyobb az alacsony iskolai végzettségűek körében, mint a legalább érettségivel rendelkezők esetén.

A magyar férfiak 30–60 éves életkor között várható élettartamának átlaga a vizsgált időszakban 27,52 év, ettől a megyék és Budapest értékei átlagosan $\pm 0,20$ évvel térnek el. A magyar nők 30–60 éves életkor között várható élettartama a férfiakénál hosszabb (28,99 év), és a területi szóródás jóval kisebb: $\pm 0,05$ év. A legkedvezőbb életkilátások az ország nyugati felében, a legrosszabbak északon, északkeleten és egyes alföldi megyékben találhatók. Budapest nem mindenki számára jelent különleges előnyt, a főváros kivételes lehetőségei inkább a férfiak, illetve általában az iskolázatlanok és a legmagasabb iskolai végzettségűek esélyeit javítják.

A férfi és a női halandóság területi mintája csak nagyjából hasonló. Kirívó eltéréseket találunk a két nem részleges várható élettartama között azokban a megyékben, ahol az átlagosnál lényegesen rosszabb a férfiak életesélye, azaz Szabolcs-Szatmár-Beregben, Bács-Kiskunban, Hevesben, Borsod-Abaúj-Zemplénben és Nógrádban. Heves esete azért is érdemel külön figyelmet, mert a férfiak magas halandósága mellett a nők életesélye itt kivételesen jó (Vas megye szintjén áll). A mögöttes okok további vizsgálata sok tanulsággal szolgálhatna.

A halandóság területi különbségei korántsem csupán a megyék eltérő társadalmi összetételéből fakadnak, hiszen az eltérések az azonos végzettségűek között is jelentősek: a magasabb iskolai végzettségűektől az iskolázatlanok felé haladva egyre nagyobbak. Ez mindkét nem esetében fennáll.

A 0–7 osztályt végzett férfiak 30–60 év között várható élettartamának hosszában 4,54 év a különbség Bács-Kiskun megye és Budapest+ (az ismeretlen lakóhelyűekkel, külföldiekkel, hajléktalanokkal együtt számítva) között, s a megyék közötti súlyozott átlagos abszolút eltérés ebben a csoportban 0,61 év. Az iskolázatlan nők 30–60 év közötti halandósága is Budapesten a legalacsonyabb, és szintén egy alföldi megyében, Hajdú-Biharban a legmagasabb. A különbség 2,12 év, pedig Budapesten jóval kevesebben tartoznak ebbe a kategóriába (1%), mint Hajdú-Biharban (5%). A súlyozott átlagos abszolút eltérés nagyjából a fele a férfiaknál mért értéknek: 0,36 év.

A nyolc általánost végzettek életkilátásainak megyék közötti különbsége is igen nagy: a terjedelem a férfiaknál 2,86 év (ami a 30–60 év között maximálisan leélhető 30 évnek közel 10%-a), a nőknél ennek ismét nagyjából a fele (1,20 év), míg a súlyozott átlagos abszolút eltérések rendre 0,46 és 0,21 év.

A nyolc osztályt végzetteknél a legrosszabb életkilátásokat – nem kis meglepetésre – mindkét nem esetében Budapest mutatja. Ennek oka valószínűleg abban keresendő, hogy ebben az iskolázottsági csoportban a budapestiek az egyéb jellemzők

(egészség, jövedelem, lakásviszonyok, családi kapcsolatok stb.) tekintetében kedvezőtlenebb helyzetben vannak, mint a vidékiek. A fővárosban nagyobb az esélye annak, hogy a hátrányos szociális és/vagy egészségi helyzetben lévő gyermekek is eleget tudjanak tenni kötelező tanulmányaiknak, ugyanakkor kevesebben állnak meg ezen a szinten. A csak nyolc osztályt végzettek budapesti csoportjának összetételét tehát egyrészt az „rontja”, hogy több hátrányos helyzetből induló felnőtt jut el idáig, mint vidéken, másrészt az, hogy többen folytatják tanulmányaikat középiskolában.²⁰ Az általános iskolát végzett középkorú férfiak és nők is Nógrád megyében élnek a leghosszabb ideig, amit az országos átlagnál jóval magasabb arányuk magyarázhat (27% a férfiaknál és 40% a nőknél).

A szakmunkások 30–59 éves népességben belüli aránya a férfiaknál 22–43% (Budapest, illetve Veszprém jelenti a két szélső értéket), a nőknél 7–18% (Budapest és Győr-Moson-Sopron, illetve Veszprém) között váltakozik. A középkorú szakmunkások számára a legkedvezőbb életkilátásokat a férfiak számára Budapest, a nők számára Zala kínálja, a legrövidebbeket mindkét nem esetében Nógrád nyújtja. Az utóbbi összefügghet azzal, hogy a nógrádi szakmunkások nagyobb arányban dolgoznak/dolgoztak veszélyes körülmények között (bányászat, építő- és építőanyag-ipar, közlekedés). Munka- és életkörülményeik beható vizsgálata feltétlenül indokolt. A megyék közötti súlyozott átlagos abszolút eltérés a férfi szakmunkások részleges várható élettartamában 0,32 év, a nőknél mindössze 0,14 év.

A magasabb iskolai végzettségűek esetében a regionális lejtő jóval enyhébb. Az érettségizett, illetve diplomás 30–59 éves férfiak részleges várható élettartamának megyék közötti szóródása hasonló: a terjedelem 0,84, illetve 0,65 év; a súlyozott átlagos abszolút eltérés 0,21, illetve 0,17 év. Lényeges különbség azonban, hogy míg az érettségizett férfiak életkilátásai Budapesten a legrosszabbak, és Zalában a legjobbak, a diplomásoknál Nógrád áll az utolsó helyen, és Pest megye az élen. Pest megyét igen csekély eltéréssel követi Budapest, illetve Budapest+.

Az érettségizett és a diplomás nőknél szinte jelentéktelenek a területi különbségek: a terjedelem 0,32, illetve 0,23 év, az átlagos abszolút eltérés pedig az egy hónapot sem éri el; a megyék közötti sorrend tehát akár véletlenszerű is lehet. Budapest az érettségizett nők számára a legrövidebb, a diplomások számára viszont a leghosszabb részleges várható élettartamot jelenti, de e két véglet közötti különbség mindössze fél év. Az érettségizett nők életésélye Zala megyében a legkedvezőbb, lényegében megegyezik a Békésben lakó diplomás nőkével; ahol a legrövidebb a diplomás nők 30–60 éves életkor között várható élettartama.

²⁰ Budapesten a 30–59 éves férfiaknak 17%-a, a hasonló korú nőknek pedig 20%-a rendelkezik mindössze nyolc általánossal. A megyékben 22–30% és 31–40% között mozognak ezek az arányok.

A részleges várható élettartam (nemek szerint megkülönböztetett) országos átlagától az iskolai végzettség szerinti öt társadalmi csoport értékei a férfiaknál $\pm 1,03$ évvel, a nőknél $\pm 0,35$ évvel térnek el. A diplomások és a 0–7 osztályt végzett férfiak között a 30–60 év között leélhető évek számában – megyétől függően – 2,69–5,82 év (Békés versus Bács-Kiskun), a nőknél 0,78–2,59 (Nógrád versus Hajdú-Bihar) év a különbség, ami megdöbbentő. A lejtő meredekségét lényegében az alacsony iskolai végzettségűek halandóságának szintje dönti el: ez Békésben és Nógrádban jóval az országos átlag alatt van, míg Bács-Kiskunban és Hajdú-Biharban jóval magasabb annál. Egy megye általános halandósági szintje tehát nagymértékben attól függ, mennyire tudja felemelni a hátrányos helyzetű embereket.

A halandóság társadalmi lejtőjének megyénkénti meredeksége és a megyék halandóságának általános szintje között csak a nők esetében találtunk összefüggést. A kapcsolat a várakozásnak megfelelően negatív: a 30–59 éves nők azokban a megyékben élnek rövidebb ideig, ahol az egyenlőtlenség nagy. A férfiaknál nem találtunk ilyen kapcsolatot, gyakori a kivétel a szabály alól: kis társadalmi különbség járhat együtt magas átlagos halandósági szinttel, illetve fordítva.

A férfiaknál a 0–7 osztályt végzettek halandóságának megyék közötti különbségei háromszor (a nőknél 4,5-szer), a 8 osztályt végzetteké kétszer (a nőknél 2,6-szer), a szakiskolásoké másfélszer (a nőknél 1,75-szer) nagyobbak, mint az érettségizetteké. Ez arra az eddig feltáratlan tényre hívja fel a figyelmet, hogy a nők körében is igen jelentős halandósági differenciákat találunk, ha a társadalmi státust és a lakóhelyet egyaránt figyelembe vesszük. Indokolt tehát, hogy a férfiaknak a nőknél magasabb halandósága és egy-egy (egymástól elszigetelt) dimenzió mentén mért élesebb különbségei ne tereljék el a figyelmet a női halandóság erőteljes társadalmi differenciáiról.

A halál előtti kirívó hazai egyenlőtlenséget példázza, hogy míg Budapesten 1999–2002-ben az érettségizett férfiak 1,4 évvel, az általános iskolát végzettek 4,3 évvel éltek kevesebbet 30–60 év között, mint a budapesti egyetemi és főiskolai diplomások, a torinói érettségizett férfiak 30–60 életév közötti (részleges) várható élettartama 1991–1995-ben mindössze öt hónappal, az általános iskolát végzetteké pedig egy évvel maradt el az egyetemi diplomásoké mögött (*Costa et al. 1998*, idézi *Valkonen 2001: 247.*).

Összefoglalásképpen levonhatjuk azt a következtetést, hogy a társadalmi (esetünkben az iskolai végzettség szerinti) különbségek csökkentése az elsőrendű feladat, amelynek eredményeképpen lényeges csökkenés várható a területi különbségekben is. Mindemellett nem elhanyagolható tény, hogy az azonos (főként az alacsony) társadalmi státusú férfiak és nők életesélyei nagy szóródást mutatnak az ország különböző területei között. Ebben az egyéb tényezők (a jövedelmi viszonyok, az oktatás színvonala, a munkakörülmények, a lakáshelyzet, az egészségi ellátás színvonala és elérhetősége stb.)

helyi eltérései játsszák a fő szerepet. A halandóság országos szintje tehát a területfejlesztés eredményeképpen is javulhat.

A halandóság regionális és társadalmi különbségeinek csökkentése nem megoldhatatlan feladat. A teendők kézenfekvőek. Kétségtelenül szükség van további oknyomozó kutatásra, de az eddigi ismeretek alapján is világos, hogy sürgős, jelentős és átfogó javulásra van szükség az oktatásban, az egészségügyben, a munkahelyi, a környezeti biztonság és higiénia területén. A nagy kérdés természetesen az, hogy a döntéshozók hajlandók-e és képesek-e a felismerést követő adekvát cselekvésre, amelynek első lépése a társadalmi támogatottság megnyerése.

Irodalom

- Antonovsky, A. (1967): „Social class, life expectancy and overall mortality”, *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 45: 31–73.
- Carlson, E. (1989): „Concentration of rising Hungarian mortality among manual workers”, *Sociology and Social Research*, 73: 119–128.
- Chiang, L. C. (1968): *Introduction to Stochastic Processes in Biostatistics*. Wiley. New York.
- Costa, G.–Cardano, M.–Demaria, M. (1998): *Storie di salute in una grande città*, Osservatorio socio-economico torinese/2, Ufficio di statistica, Città di Torino.
- Daróczy E. (1988): *A halandóság területi eltérései Magyarországon*. Marx Károly Közgazdaságtudományi Egyetem, Budapest, Doktori értekezés.
- Daróczy E. (1997): *A halandóság területi eltérései Magyarországon 1959/60–1992*. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Kutatási jelentések 60. KSH NKI, Budapest.
- Daróczy E. (szerk.) (2003): *Kettős szorításban. A középgenerációk élete és egészsége*. Népeségtudományi Kutató Intézet, Kutatási jelentések 74. KSH NKI, Budapest.
- Fox, J. (1989) (ed.): *Health Inequalities in European Countries*. Gower and European Science Foundation, Aldershot.
- Gorincsek Gyné (1985): *Magyarország népességének területi halandósági táblái*. KSH SKV, Budapest.
- Gorincsek Gyné (1985): *Magyarország népességének rövidített területi halandósági táblái, 1970–1981*. KSH SKV, Budapest.
- Gorincsek Gyné (1985): *A városi és községi népesség halandósági táblái megyénként: koréves és rövidített halandósági táblák, 1980–1982*. KSH SKV Budapest.
- Józan P. (1986): *A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983*. KSH SKV, Budapest.
- Józan P. (1986): *A halandóság különbségei halálok és terület szerint, 1970–1974: Standardizált halandósági hányadosok*. KSH SKV, Budapest.
- Józan P. (1987): *A halandóság különbségei halálokok és a települések lélekszáma szerint: Standardizált halandósági hányadosok, 1980–1985*. KSH SKV, Budapest.
- Józan P. (1989): *A halandóság földrajzi különbségei területi egység, halálokok, közigazgatási beosztás és a települések lélekszáma szerint: 1984/1985-ös évek átlaga*. KSH SKV, Budapest.
- Józan P. (2001): *A századvég halandóságának földrajzi különbségei Magyarországon*. KSH Budapest (Radnóti L. közreműködésével).
- Klinger A. (1963): „A rákhalandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon”, *Demográfia*, 3: 419–426.
- Klinger A. (1987): „A halandóság társadalmi-foglalkozási különbségei Magyarországon”, *Demográfia*, 2–3: 240–277.
- Klinger A. (2001): „Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint”, *Demográfia*, 44/2–3: 227–258.
- Klinger A. (2003): „A kistérségek halandósági különbségei”, *Demográfia*, 46/1: 9–44.
- Klinger A. (2003): „A budapesti kerületek halandósági különbségei”, *Demográfia*, 46/2–3: 177–202.

- Koschin, F.–Fiala, T.–Langhamrová, J.–Roubíček, V. (1998): *Mortality in the Czech Republic in the Nineties*. Vysoká Škola Ekonomická v Praze. Fakulta informatiky a statistiky. Praha.
- Kovács K. (2002): „Jövedelmi egyenlőtlenségek és mortalitás”, *Századvég* 46: 87–114.
- Kovács K. (2003): Társadalmi rétegződés és mortalitás. In: Daróczi E. (2003, szerk.): *Kettős szorításban*, KSH NKI, Budapest: 125–142.
- KSH Népesedéssziszttikai Főosztály (1987): *A halandóság társadalmi-gazdasági-foglalkozási különbségei, 1980*. Halandósági vizsgálatok 4. I., KSH SKV Budapest.
- KSH Népesedéssziszttikai Főosztály: *A halandóság földrajzi különbségei Magyarországon: koréves és rövidített halandósági táblák (1983-tól 1987-ig és 1995-től évenként, az 1988/1994-es évekre összefoglaló kötet jelent meg: A városi és a községi népesség halandósági táblái megyénként: 1988–1994.)* KSH, Budapest. Munkatársak: Gábor Mária, Gárdos Éva, Gorincsek Gyuláné, Józán Péter.
- Kunst, A.–Looman, C.W.N.–Mackenbach, J. P. (1988): „Medical care and regional mortality differences within the countries of the European Community”, *European Journal of Population*, 4: 223–245.
- Kunst, A.–Mackenbach, J.P. (1994): *Measuring Socio-economic Inequalities in Health*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, EUR/ICP/RPD 416, 12234.
- Kunst, A. (1997): *Cross-national comparison of socio-economic differences in mortality*. Erasmus University Rotterdam, Thesis.
- Lopez, A.–Caselli, G.–Valkonen, T. (1995) (eds): *Adult Mortality in Developed Countries. From Description to Explanation*. Clarendon Press, Oxford.
- Losonczy Á. (1989): *Ártó-védő társadalom: Ahogy a társadalom betegít és gyógyít*. KJK, Budapest.
- Losonczy Á. (2001): „Az egészség társadalmi veszélyeztetettségéről: a népegészség romló állapotának magyarázatához”. In: Cseh-Szombathy L.–Tóth P.P. (szerk.): *Népesedés és népességpolitika*. Századvég Kiadó, Budapest: 221–270.
- Mackenbach, J. P.–Kunst, A. E.–Cavelaars, A. E. J. M.–Groenhof, J.–Geurts, M– *EU Working Group on Socio-economic Inequalities in Health: (1997): „Socio-economic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe”, Lancet*, 394: 1655–1659.
- Manuals on Methods of Estimating Population. Manual III: Methods for Population Projections by Age and Sex (1956)*. New York, United Nations publications, No. 56.XIII.3.
- Orosz É. (1993): A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. In: Enyedi Gy. (szerk.): *Társadalmi-területi egyenlőtlenségek Magyarországon*. KJK, Budapest: 231–255.
- Orosz É. (2001): *Félfúton vagy tévfúton? Egészségügyünk félműlja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.
- Shkolnikov, V.M.–Leon, D.A.–Adamets, S.–Andreev, E.–Deev, A. (1998): „Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994”, *Social Science Medicine*, 47: 357–369.
- Shkolnikov, V.M.–Deev, A.D.–Kravdal, Ø.–Valkonen, T. (2004): „Educational differentials in male mortality in Russia and northern Europe. A comparison of an epidemiological cohort from Moscow and St. Petersburg with the male populations of Helsinki and Oslo”, *Demographic Research*, Vol. 10, Article 1. www.demographic-research.org
- Valkonen, T. (1989): „Adult mortality and level of education: a comparison of six countries”. In: Fox, J. (ed.): *Health Inequalities in European Countries*. Gower and European Science Foundation, Aldershot: 142–172.

- Valkonen, T. (1999): „The widening differentials in adult mortality by socio-economic status and their causes”, In: Chamie, J.–Cliquet, R. (eds.): *Health and Mortality. Issues of Global Concern*, Proceedings of the Symposium on Health and Mortality, Brussels, 19–22 November 1997. Population Division, UN and Family Study Centre, Flemish Scientific Institute, Leuven.*
- Valkonen, T. (2001): Trends in differential mortality in European countries. In: Vallin, J.–Meslé, F.–Valkonen, T. (eds.): *Trends in mortality and differential mortality. Population Studies*, No. 36, Council of Europe, Strasbourg: 185–328.*

Melléklet

9. táblázat

A 30–60 éves életkor között leélt évek száma (részleges várható élettartam: e_{30-60}) iskolai végzettség szerint, megyénként, négy év átlagában (1999–2002), férfiak

Férfi	Buda- pest	Buda- pest +	Bara- nya	Bács- Kiskun	Békés	Borsod- Abaiúj- Zemp- lén	Csong- rád	Fejér	Győr- Moson- Sopron	Hajdú- Bihar	Heves
Együtt	27,98	27,73	27,58	27,15	27,67	27,15	27,57	27,73	27,87	27,47	27,31
0-7 osztály	28,53	27,67	25,28	23,13	26,51	25,41	25,42	25,48	25,23	26,08	24,90
8 osz- tály	25,09	24,38	26,06	25,79	26,30	25,84	26,09	26,53	26,11	25,83	26,21
Szakis- kola	28,59	28,49	27,92	27,68	28,24	27,27	27,82	28,03	28,30	28,10	27,39
Érettsé- gi	28,05	27,87	28,47	28,26	28,32	27,93	28,26	28,24	28,49	28,17	27,99
Felső- fok	29,41	29,36	29,23	28,95	28,98	29,06	29,01	29,23	29,15	29,14	28,86

Férfi	Komá- rom- Eszter- gom	Nóg- rád	Pest	Somogy	Szabolcs- Szatmár- Bereg	Jász- Nagy- kun- Szolnok	Tolna	Vas	Vesz- prém	Zala	Ország össze- sen
Együtt	27,45	27,41	27,66	27,44	27,04	27,37	27,61	27,70	27,59	27,60	27,52
0-7 osztály	24,24	25,90	25,62	25,56	25,44	25,33	25,25	25,79	24,96	24,43	25,42
8 osz- tály	24,94	27,24	25,88	25,98	25,94	25,58	26,33	26,20	25,44	25,10	25,75
Szakis- kola	28,17	27,04	28,04	27,90	27,29	28,12	27,98	27,91	28,23	28,38	27,94
Érettsé- gi	28,53	28,24	28,33	28,24	28,02	28,11	28,50	28,36	28,31	28,71	28,18
Felső- fok	29,04	28,82	29,47	28,93	29,02	28,87	28,94	29,16	28,95	29,19	29,19

10. táblázat

A 30–60 éves életkor között leélt évek száma (részleges várható élettartam: e_{30-60}) iskolai végzettség szerint, megyénként, négy év átlagában (1999–2002), nők

Férfi	Buda- pest	Buda- pest +	Bara- nya	Bács- Kiskun	Békés	Borsod- Abauj- Zemp- lén	Csong- rád	Fejér	Győr- Moson- Sopron	Hajdú- Bihar	Heves
Együtt	29,02	28,97	28,96	29,00	29,01	28,90	28,97	29,04	29,17	28,88	29,13
0-7 osztály	29,15	29,03	27,49	27,51	27,68	27,83	27,65	27,22	27,10	26,91	28,16
8 osz- tály	27,94	27,80	28,61	28,66	28,81	28,57	28,62	28,79	28,88	28,49	29,00
Szakis- kola	29,10	29,05	28,91	29,15	29,10	28,89	28,89	29,03	29,32	28,96	28,93
Érettsé- gi	29,14	29,11	29,28	29,31	29,24	29,15	29,18	29,22	29,35	29,20	29,35
Felső- fok	29,61	29,60	29,57	29,39	29,37	29,54	29,39	29,59	29,44	29,50	29,42

Férfi	Komá- rom- Eszter- gom	Nóg- rád	Pest	Somogy	Szabolcs- Szatmár- Bereg	Jász- Nagy- kun- Szolnok	Tolna	Vas	Veszp- rém	Zala	Ország össze- sen
Együtt	28,94	29,07	28,98	28,93	28,97	28,95	29,04	29,13	29,06	29,11	28,99
0-7 osztály	27,47	28,63	27,96	27,50	27,77	27,74	28,01	27,37	27,60	26,99	27,75
8 osz- tály	28,28	29,00	28,57	28,72	28,78	28,58	28,70	28,80	28,73	28,63	28,58
Szakis- kola	29,27	28,67	28,99	29,15	28,76	29,20	29,11	29,07	29,23	29,37	29,05
Érettsé- gi	29,31	29,22	29,19	29,13	29,31	29,24	29,40	29,32	29,30	29,42	29,22
Felső- fok	29,49	29,41	29,57	29,53	29,47	29,38	29,44	29,58	29,45	29,58	29,53

11. táblázat
A 30–60 éves életkor között várható élettartamok megyék közötti korrelációja
iskolai végzettség szerint (N=20)²¹

		<i>Férfiak</i>				
		<i>0–7 osztály</i>	<i>8 osztály</i>	<i>szakiskola</i>	<i>érettségi</i>	<i>felsőfokú</i>
<i>Férfiak</i>	<i>0–7 osztály</i>	1				
	<i>8 osztály</i>	0,076	1			
	<i>szakiskola</i>	0,251	-0,586**	1		
	<i>érettségi</i>	-0,349	-0,150	0,491*	1	
	<i>felsőfokú</i>	0,393	-0,320	0,500*	0,181	1
		<i>Nők</i>				
		<i>0–7 osztály</i>	<i>8 osztály</i>	<i>szakiskola</i>	<i>érettségi</i>	<i>felsőfokú</i>
<i>Nők</i>	<i>0–7 osztály</i>	1				
	<i>8 osztály</i>	-0,247	1			
	<i>szakiskola</i>	-0,408	-0,253	1		
	<i>érettségi</i>	-0,321	0,355	0,384	1	
	<i>felsőfokú</i>	-0,051	-0,421	0,067	-0,180	1
		<i>Férfiak</i>				
		<i>0–7 osztály</i>	<i>8 osztály</i>	<i>szakiskola</i>	<i>érettségi</i>	<i>felsőfokú</i>
<i>Nők</i>	<i>0–7 osztály</i>	0,540**	0,120	-0,232	-0,462*	-0,022
	<i>8 osztály</i>	-0,374	0,741**	-0,531*	0,035	-0,527*
	<i>szakiskola</i>	-0,256	-0,619**	0,779**	0,569**	0,118
	<i>érettségi</i>	-0,548**	-0,079	0,080	0,567**	-0,199
	<i>felsőfokú</i>	0,309	-0,285	0,275	0,121	0,780**

Kétirányú szignifikancia: ** 0,05 szinten, * 0,1 szinten szignifikáns.

²¹ Pearson korrelációs együtthatók. A számításokban Budapest csak a saját halottjaival szerepel. (Hasonló eredményekre jutunk akkor is, ha Budapest halottjaihoz hozzáadjuk az ismeretlen lakóhelyű, külföldi, illetve hajléktalan elhunytakat.)

Halandósági többlet és egészségdeficit a nem házasok körében

Kovács Katalin

A házas, valamint a nőtlen-hajadon, özvegy és elvált családi állapotú csoportok között Magyarországon csakúgy, mint a világ legtöbb országában jelentősek a halandósági különbségek, amelyek az elmúlt másfél évtized során tovább növekedtek. Míg a házas férfiak mortalitása az 1980-as évek közepétől – ha nagyon kis mértékben is, de – javult, addig a nem házasoké romlott. A házas nők körében a javulás nagymértékű, a nem házas nők esetében a romlás jelentős (1/a. és 1/b. ábra, 138. oldal).

A házas és nem házas csoportok mortalitásának különbségei már a nyolcvanas évek során számottevőek voltak. Ebben az időszakban a nőtlen és az özvegy férfiak halandósága 40–50, az elváltaké pedig 70–100%-kal haladta meg a házasokét. A kilencvenes években a nőtlenek mutatója 50–60, az özvegyeké és az elváltaké pedig 70–150%-kal volt magasabb. A nők körében eredetileg mérsékeltebb különbségek még nagyobb arányban nőttek: a kilencvenes évek végére a hajadonok mortalitása 40–50, az özvegyeké 50–60, az elváltaké pedig már 60–100%-kal haladta meg a házas nőké (2/a. és 2/b. ábra, 139. oldal).

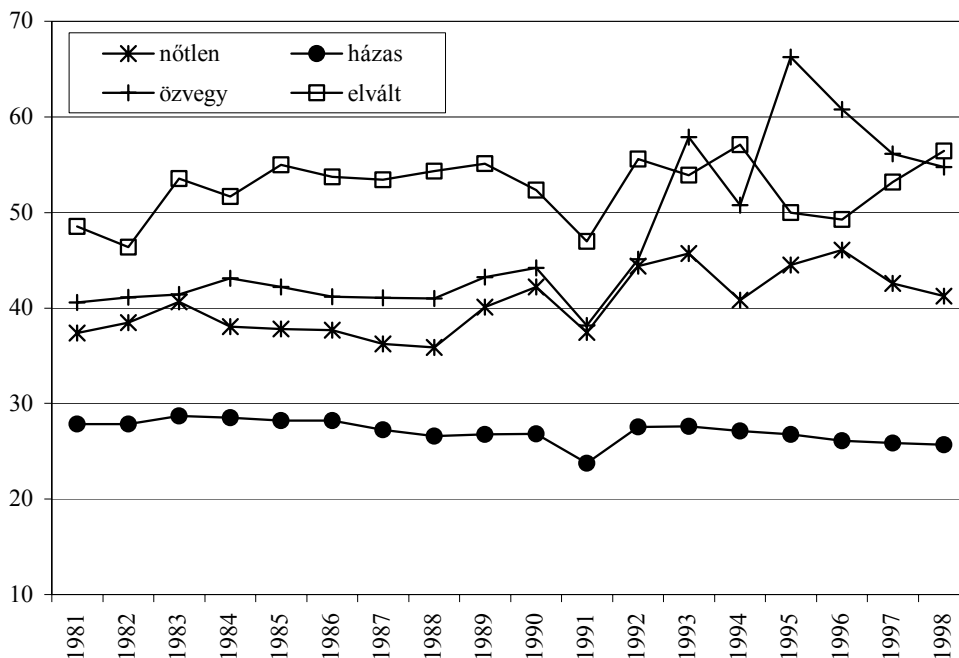
Indokolt és időszerű tehát feltenni azt a kérdést, hogy milyen társadalmi folyamatok járulhattak hozzá Magyarországon¹ a különféle családi állapotú csoportok közötti „halandósági olló” kinyílásához.²

A mortalitás családi állapot szerint mutatkozó különbségeinek megokolására támpontul szolgálhatnak az eddig kialakított magyarázó modellek és a más országokban született kutatási eredmények.

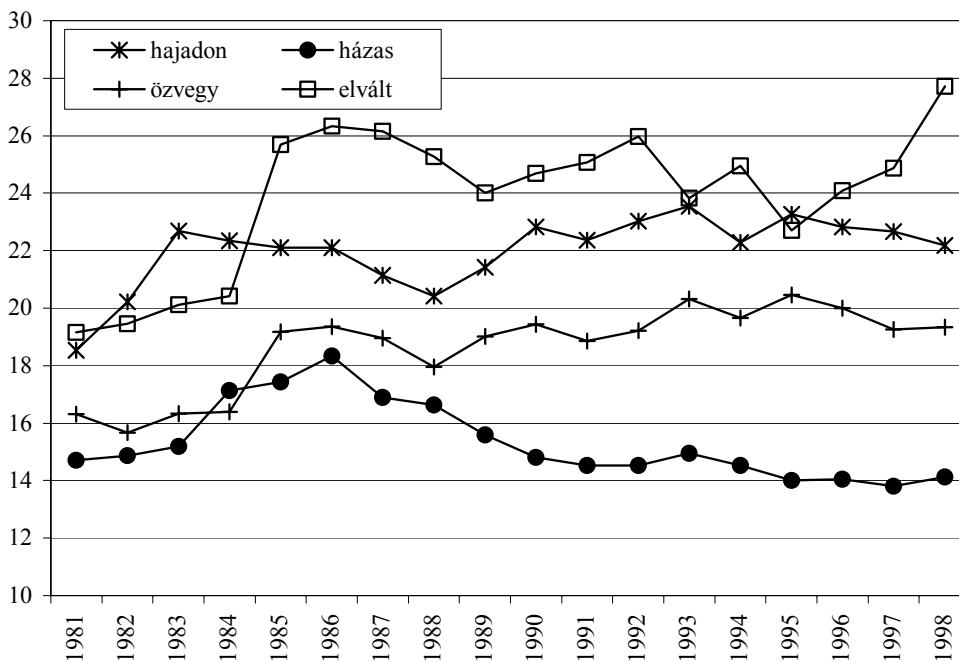
¹A mortalitás családi állapot szerinti elemzésével Magyarországra vonatkozóan eddig csak Hajdú, McKee és Boján (1995) foglalkozott. Ők a kilencvenes években elsősorban az elvált középkorú férfiak körében megjelenő kedvezőtlen trendekre hívták fel a figyelmet, és ezt a jelenséget fontosnak tartották a magyar középkorú férfiak különösen magas halálozástöbbletének magyarázatában. Tágabban, a kelet-európai térség tekintetében Watson (1985) próbálta meg a családi állapotban bekövetkezett változásokat a kelet-európai férfiak mortalitásának magyarázatára felhasználni.

²A családi állapot szerinti halandósági egyenlőtlenségeket a társadalmi rétegződés szokásos mutatói szerinti halandósági egyenlőtlenségekhez is hasonlíthatjuk. A területi egyenlőtlenségeket tekintve a legrosszabb paraméterű megye halandósága 1996–98-ban 35%-kal haladta meg a legjobb paraméterű megyéét. Az iskolai végzettség szerinti különbségeket tekintve 1999-ben a nyolc általánosnál kevesebbet végzett férfiak halandósága 190%-kal haladta meg a felsőfokú végzettségűekét (Klinger 2001).

1/a. ábra
Standardizált halálozási arányszámok* a különböző családi állapotú 35 évesnél idősebb magyar férfiak körében, 1981–1998

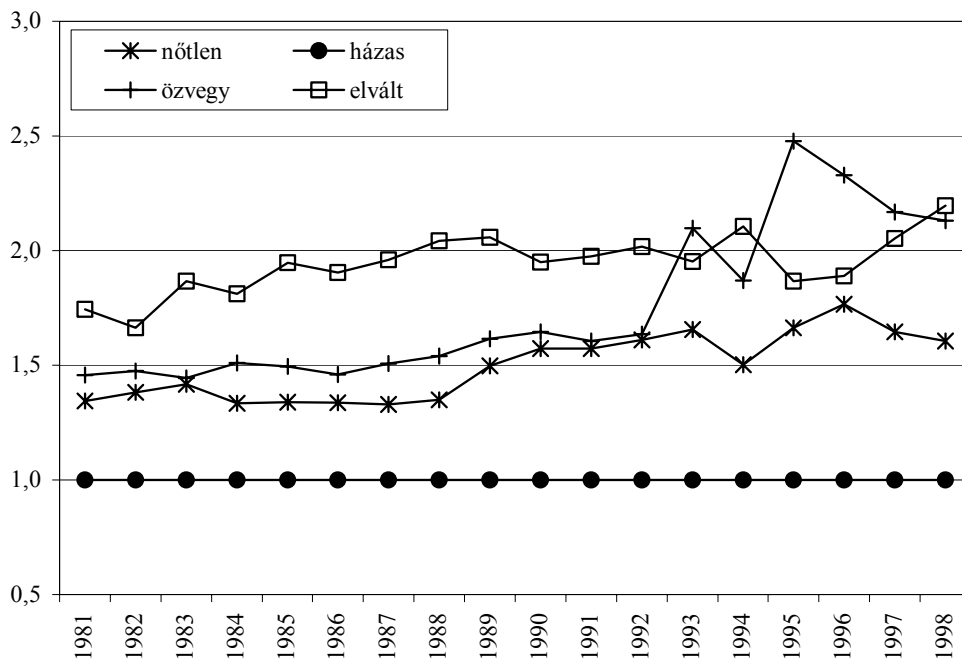


1/b. ábra
Standardizált halálozási arányszámok* a különböző családi állapotú 35 évesnél idősebb magyar nők körében, 1981–1998

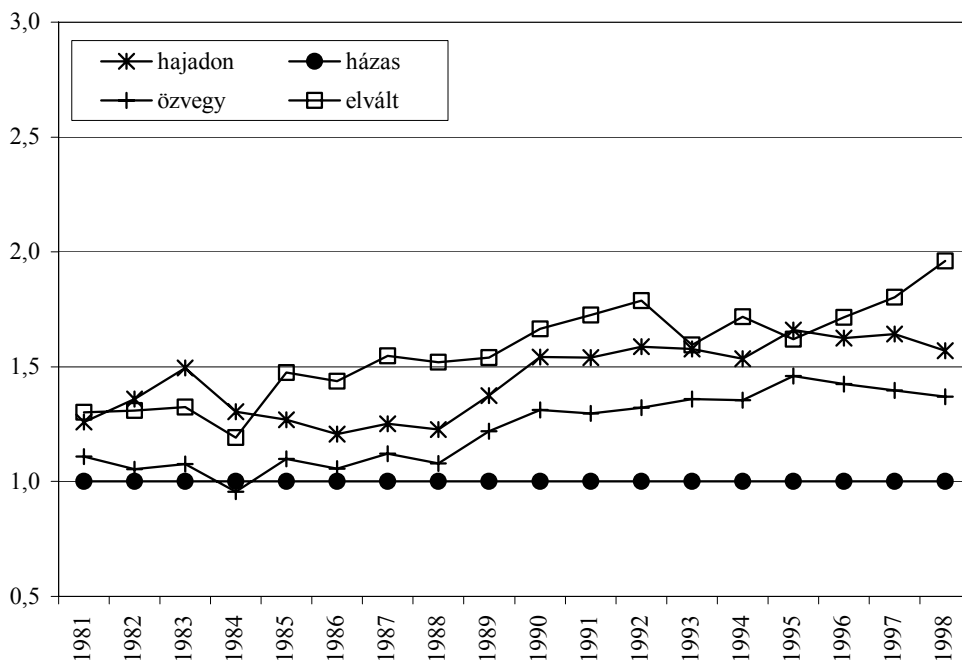


* Az ESP (európai standard népesség) kormegoszlására standardizálva.

2/a. ábra
 Nem házas magyar férfiak halálzási esélyei a házasokhoz viszonyítva
 standardizált halálzási arányszámok* alapján, 35 évesnél idősebbek, 1981–1998



2/b. ábra
 Nem házas magyar nők halálzási esélyei a házasokhoz viszonyítva
 standardizált halálzási arányszámok* alapján, 35 évesnél idősebbek, 1981–1998



* Az ESP (európai standard népesség) kormegoszlására standardizálva.

A jelenséget először a XIX. század közepén figyelték meg. Az akkor és az azt követően folyamatosan kimutatott „halandósági többlet” elég jelentősnek bizonyult ahhoz, hogy újra és újra felkeltse a kutatók érdeklődését; az eredmények pedig, ha országonként és időszakonként eltérő mértékben is, de ismételten megerősítették a házások minden más családi állapotú csoportokhoz képest előnyösebb helyzetét. A XX. század ötvenes és hatvanas éveiben megjelent néhány tanulmányban már kiformalódtak azok a megközelítések, amelyeket a későbbiekben a nem házas csoportok halálozási többletnek vizsgálatára alkalmazott különféle magyarázó elméletek használtak, nevezetesen a „szelektív”, illetve a „protektív”, azaz védelmező hatásokat hangsúlyozó koncepció. A szelektív megközelítés szerint azok a személyek, akik házasságot kötnek, illetve akiké fenn is marad, már a párválasztási időszakban is „egészségesebbek” voltak, mint a soha nem házasodott, elvált vagy özvegy kortársaik. A védőhatást hangsúlyozó felfogás szerint viszont a házasság – elsősorban a felek életvezetésére gyakorolt befolyásán keresztül, illetve mint pszichológiai támasz – önmagában is kedvező az egészségi állapotra, ezáltal mérsékli a halálozás kockázatát.

A vázolt előzmények ellenére az egyes nem házas csoportok körében mutatkozó magasabb mortalitás *Gove (1973)* híres tanulmánya kapcsán vált széles körben ismert tényré, s csakhamar egészségpszichológiai közhellyé. A jelenséget és értelmezését az orvosi szociológiai kézikönyvek – leggyakrabban – az egészségi állapotot meghatározó tényezőkkel foglalkozó fejezetben tárgyalják, rendszerint az úgynevezett társas támogatás mortalitást alakító szerepének illusztrálása céljából. Annak ellenére, hogy *Gove* megállapításait gyakran „túlinterpretálják”, értekezése valóban mérföldkőnek tekinthető témánk kutatásában.

Gove az úgynevezett társadalmi beavatkozások segítségével befolyásolható és az ilyen eszközökkel nem manipulálható halálokok előfordulását vizsgálta családi állapot szerint. Eredményei alapján (melyek közül néhányat az *1. táblázat*ban foglaltunk össze) világosan bizonyítottnak vélte, hogy a kimutatható különbségek alapvetően nem szelektív hatások következményei. A későbbi kutatások ezt a megállapítást vitatták, támogatják, pontosították.

1. táblázat
Indirekt módon standardizált halálozási hányadosok, USA, 1950-es évek,
fehér férfiak

<i>Halálok</i>	<i>Családi állapot</i>			
	<i>Házas</i>	<i>Egyedülálló</i>	<i>Özvegy</i>	<i>Elvált</i>
Összes halálok	1,00	1,95	2,64	3,39
Tüdőrák	1,00	1,45	2,24	3,07
Cirrhosis	1,00	3,29	4,61	8,84
Leukémia	1,00	1,07	0,91	1,28

Forrás: Gove, 1973.

A hetvenes és a nyolcvanas években megszorodtak azok a programok, amelyek a különféle családi állapotú személyek egészségi állapotát, illetve mortalitásának alakulását kisebb közösségeken belül vizsgálták. Ezek a kutatások, noha hozzájárultak a nőtlenség, az özvegyi állapot vagy az elvált státus társadalmi természetének megértéséhez, új, meglepő vagy átfogó eredményekkel nem tudtak szolgálni. A nyolcvanas évek végén jelennek meg a szakemberek eszköztárában a sokváltozós elemzési technikák, amelyek számos, korábban megfogalmazott részletkérdés tanulmányozását tették lehetővé.

A nyolcvanas évek második és a kilencvenes évek első felében számtalan közlemény jelenik meg ebben a tárgykörben. A kilencvenes évek második felében azután lanyhul a témák iránti érdeklődés, illetve kutatása tágabb koncepcionális keretben folyik tovább:³ a társadalmi integráció és a halandóság kapcsolatára vonatkozó tudományos diskurzusnak válik részévé.

Írásunkban részletesebben ismertetünk néhányat a gondolatkör „virágkorában” megjelent tanulmányok közül, hogy – az eredmények mellett – a jellegzetes kérdésfeltevésekről és az alkalmazott módszerekről is képet alkothassunk.

A fenti évtized során jellegzetes irányváltás mutatkozik mind a kérdésfeltevések, hangsúlyok, mind pedig a használt adatok jellege és az alkalmazott módszerek tekintetében. Az időszak publikációinak egy része ragaszkodik az eredeti kérdésfeltevéshez (szelektív vagy védelmező hatások), de azt igen alaposan, valamely részproblémára „specializálódva” vizsgálja. A tanulmányunkban részletesebben ismertetett cikkek közül a válasra koncentrálnak például *Hemström (1996)*, és lényegében csak az elváltakkal foglalkozik *Rosengren et al. (1989)* is. Az özvegyiség a tárgya *Martikainen és Valkonen (1996)*, valamint *Schaefer et al. (1995)* tanulmányának. A „specializációs trend” más értelemben is észlehető: a családi állapot és a mortalitás összefüggését valamely speciális népességcsoportban (nők, idősek vagy éppen fiatalok körében) vizsgáló kutatások megjelenése formájában. Az itt kiemelten kezelt tanulmányok közül *Goldman (1995)* az idősekre, *Hajdú et al. (1995)* a középkorúakra, *Waldron et al. (1996)* pedig a nőkre vonatkozó eredményeket közöl. A halálói elemzések is tovább finomodnak: immár nem csupán egyes kiemelt halálói csoportok vizsgálatára, hanem részletes képalkotásra törekednek. Az ismertettek közül a *Joung et al. (1996)*, valamint a *Burgoa et al. (1998)* által kivitelezett elemzések képviselik e legutóbbi típust.

A specializációs trendek mellett ugyanakkor megjelenik az az irányzat is, amelynek képviselői – az eredeti kérdés kitágításával – általánosabb, család- vagy egészségszociológiai problémákra keresnek választ. Ezek a tanulmányok mind problémafelvetéseik

³A családi állapot változója felkerül a mortalitást alapvetően befolyásoló olyan tényezők (nem, iskolai végzettség, jövedelem) listájára, amelyek hatását bármely egyéb változó hatásának mérésekor „kiküszöbölendőnek” tekintenek.

megformálásában, mind pedig módszereikben olyan szervesen kapcsolódnak a mortalitás és a családi állapot témájához, hogy bár némelyikük szigorú értelemben nem foglalkozik a mortalitással, mégis a szakirodalom részének tekintendők. *Joung et al. (1997)* munkája nem a halálozás, hanem a szubjektív egészségérzet változójával dolgozik, *Hu és Goldman (1997)* pedig szintén csupán az „egészségi állapotbeli korlátozottság a munkavállalásban” megnevezésű mutatót használja a párválasztás folyamatának elemzésében.

A családi állapot és a mortalitás kapcsolatának kutatásában megjelent fontos témakörök közül egyetlen szorult csupán háttérbe: a trendek nemzetközi összehasonlító vizsgálata. Ez annál is furcsább, minthogy az egyetlen jelentős cikk, amely ebben a tárgyban született, nevezetesen *Hu és Goldman* 1990-ben megjelent írása, *Gove* 1973-as közleményéhez hasonlóan népszerű, ismert és idézett művé vált. Ezt követően csupán *Valkonen (2001)* publikál európai összehasonlító adatokat, de csupán leíró szinten és a középkorúak halandósági differenciáinak bemutatására szorítkozva.

A nyolcvanas és a kilencvenes évek közepe közötti időszakban a kérdésfeltevésen túl a felhasznált adatok típusa és ennek kapcsán az alkalmazott módszerek köre is változott. Az aggregált adatokat egyre inkább az individuális szintűek váltják fel. Terjed a kérdőíves felvételek segítségével nyert információk felhasználása, illetve ezek makrostatisztikai adatokkal való kombinálása. Az utóbb említett típust az általunk részletesebben ismertettek közül *Mackenbach (1993)* tanulmánya képviseli. Az adatelemzés uralkodó módszere előbb a loglineáris regresszió volt, majd ezt két – egymással rokon – eljárás egészíti ki: a Poisson-regresszió és a proporcionális kockázati (vagy Cox-féle) regresszió különféle változatai.

A továbbiakban először áttekintjük, hogy az általános érvényűnek tekintett szelekciós/védelmező hatásmechanizmust részletesebben hogyan konceptualizálták a különféle nem házas csoportok mortalitásának vizsgálata során. Kitérünk arra is, hogy milyen tekintetben született egyetértés a különböző kutatók között, s mely tekintetben nem. Írásunk második részében az utóbbi húsz évre nézve áttekintjük az egyes nem házas csoportok mortalitásának nemzetközi trendjeit, illetve magyarországi alakulását. Megpróbáljuk a magyarországi trendeket felrajzolni, ezeket a rendelkezésünkre álló – igen szerény – nemzetközi adatbázis segítségével konstruált képbe illeszteni.

A nem házasok mortalitása az elméletek és a kutatási eredmények tükrében

A nőtlenek, illetve hajadonok mortalitási többletének magyarázatáról

A *Goldman* és *Hu* által az ötvenes, hatvanas, hetvenes és esetenként a nyolcvanas évek „átlagára” kiszámított standardizált halálozási arányszámok szerint Európa és Észak-Amerika vizsgált országaiban a nőtlenek halandósága legalább 50, de sok esetben

100%-kal is meghaladta a házások megfelelő arányszámát.⁴ Saját, a nyolcvanas évekre vonatkozó számításaink szerint (a bolgár és a japán adatokat figyelmen kívül hagyva) a nőtlenek mortalitása 25–80%-kal haladta meg a házasokét, míg a kilencvenes években a halálozási többlet a 40 és 120% közötti sávban szóródott.

A hajadonokat illetően *Goldman* és *Hu* szerint (az extrém, 200%-os különbséget mutató Japánt figyelmen kívül hagyva) az ötvenes, hatvanas és hetvenes évek átlagában 20 és 70% közötti halálozási többletet lehetett tapasztalni, a legjellemzőbb érték pedig 50% volt. Mi magunk a nyolcvanas évekre vonatkozóan még egyöntetűbb képet találunk: a halálozási szint 40–70%-kal magasabb a hajadonok, mint a házasság nélküli nők körében.⁵ A kilencvenes évekre vonatkozóan pedig a differencia akár a 120%-ot is elérhette, s egyetlen országban sem maradt 50% alatt.⁶ A hajadonok legjellemzőbb többlethalálozási értéke 60–70% körül alakult ebben az időszakban.

A nőtlenekkel, illetve hajadonokkal kapcsolatban merült fel a legerőteljesebben a szelekciós hipotézis, olyannyira, hogy jóformán minden más lehetséges magyarázó elméletet sokáig háttérbe szorított. Ezt a – már korábban is virulens – beállítódást tovább erősítette *Hu* és *Goldman* (1990) cikke. Ők az európai és az észak-amerikai országok adatait a nem házasság nélküli életmódnak közismerten kevés teret hagyó Japánéval összehasonlítva azt találták, hogy itt az Európában szokásoshoz képest kimagaslóan magas az egyedülálló halálozási rátája. A hipotézist imént említett tanulmányukban általánosságban is próbálták tesztelni – vitatható sikerrel. A kudarc ellenére sokan hajlottak annak a nézetnek az elfogadására, hogy az eredetileg is kevésbé egészséges személyek kevésbé boldogulnak a „házassági piacon”, azaz a magasabb mortalitási ráta szelekciós hatások következménye.

Mások viszont azzal érveltek, hogy a házasságkötésre általában fiatal életkorban kerül sor, amikor a halandósági kockázatokat hordozó egészségkárosodás még nemigen kerül a felszínre, ezért a szelekciós hipotézist általában véve elvetették. Tény, hogy tekintve a születéstől fogva fogyatékosoktól, akiknek házassági esélyei igen sok országban valóban rosszabbnak bizonyultak az átlagosnál, az „egészség alapján történő párválasztás” teóriáját sehol sem sikerült igazolni kizárólag az egészségi állapot fiatal korban megmutató különbségeire alapozva.

⁴Goldman és Hu valójában egy regressziós elemzés koefficienseiként jutott ezekhez az eredményekhez. Azokat az eredményeiket, amelyek a legkönnyebben interpretálhatók, mert egyedüli függő változóként az életkort vonták be (ez egyfajta standardizációval egyenértékű), a szerzők cikkükben csak ábra formájában ismertették. Ennek részleteit a 3. ábránkban átvettük. A nem házasság nélküli csoportok mortalitását jellemző azon arányszámokat, amelyeket az egyes altémák kifejtése előtt bemutatunk, innen, valamint saját, részleteiben később ismertetendő módon végzett számításainkból nyertük. A felrajzolható tendenciák azonban az adatok minősége miatt nagyon bizonytalanok. Erről a Magyarországra vonatkozó számokat a hazai, részletesebb adatbázis alapján számított adatokkal egybevetve könnyen meggyőződhetünk.

⁵A japán és a görög adatok figyelmen kívül hagyásával.

⁶A csökkenő, de még mindig 180%-os értéket mutató Japán kizárása után.

A szelekciós hipotézist a legtágabb konceptuális keretben végül *Fu* és *Goldman* elemezte. Megállapításaik formálisan csak az amerikai fehér népességre vonatkoznak. Döntéseméleti megfontolásokat is felhasználva úgy tágitották ki az egészségfogalom hatásmechanizmusának toretikus leírását, hogy az komplex elméletté nőtte ki magát. *Fu* és *Goldman* két, a párválasztást leíró elméleti megközelítés segítségével rajzolja fel az egészséghez kapcsolódó lehetséges háttérváltozók hatásmechanizmusát. A „hasonlók választásának elmélete”, valamint a házasodás időzítésére vonatkozó családszociológiai elméletek felhasználásával számba veszik mindazokat a tényezőket, amelyek egyaránt befolyásolják a „házassági piacon” való fellépés sikerességét és a házasságkötés időpontját, ezenfelül meghatározói lehetnek az egészségi állapot későbbi alakulásának is. Alkalmazzák ezen belül a párkapcsolatok alakulásának szociálpszichológiai elméletét is, amely szerint a korai szakaszban a fizikai vonzerő, a későbbiekben viszont elsősorban az értékek, normák, viselkedésbeli sajátosságok egyezése játssza a fő szerepet.⁷

A sokváltozós elemzés eredményei meglepőek, de realiztikusak. A fizikai jellemzők közül a nőkre nézve az elhízottság, a férfiak esetében pedig az alacsony termet bizonyult a házassági esélyeket leginkább rontó tényezőnek. A fizikai vonzerő kulturális mintáit jól jellemzi, hogy az elhízottság a fiatal, tizenéves lányok házasságkötési esélyeit egyáltalán nem rontotta, komoly gátló tényezőnek bizonyult viszont a huszonévesek körében.

Bonyolultabb összefüggés mutatkozott a drog- és alkoholfogyasztás, valamint a bűnöző magatartás előfordulása és a házasodási esélyek között. Az előbbi hatása nemként eltérő volt: jelentősen rontotta a férfiak házasodási kilátásait, nem befolyásolta azonban a nőkéit. Speciálisan a kokain- és heroinhasználók házasodási valószínűsége mindkét nem körében valamivel (15%-kal) alacsonyabbnak bizonyult a várhatónál. Más kemény drogok használata (például LSD) nem játszott befolyásoló szerepet. A gyakori alkoholfogyasztás viszont mindkét nem körében több mint harmadával rontotta az érintettek esélyeit. A szabálysértés és a bűnözés előfordulásának hatása ingadozott: fiata-

⁷A szerzők a „hasonlóság” és a „fizikai vonzerő” olyan elemeit jellemző – s a későbbiekben a vizsgálat során független változóként kezelt – tényezők összegyűjtésére törekedtek, amelyek az egészségi állapot alakulását is befolyásolhatják. Így végül a magasság, a testsúly, a dohányzási szokások, az alkohol- és droghasználat, valamint (a kockázatkereső magatartásra utaló jelként kezelt) antiszociális viselkedés jellemzőit, illetve megjelenését vizsgálták a fiatalok között. Ezeket a változókat a követéses vizsgálat adataiból nyert házasságkötési gyakoriságokkal hozták összefüggésbe. A testmagasságot és a testsúlyt (illetve a testtömegindexet) úgy kezelték, mint amelyek egyrészt a fizikai vonzerő összetevői, másrészt azonban szoros kapcsolatban lehetnek a társadalmi helyzettel (iskolázottsággal, jövedelemmel) is, hatásuk így két különböző úton is befolyásolhatja a házasodási esélyeket. Hasonló, pontosabban még ennél is bonyolultabb hatásmechanizmus működését tételezték fel az úgynevezett antiszociális viselkedésmódok egészségügyi következményeit illetően. A fiatal korban előforduló gyakori alkoholfogyasztás összefüggésben állhat a társadalmi státussal, befolyásolhatja a fizikai attraktivitást, de érinti az értékek és az életmód területét is. A gyakori alkoholfogyasztás így legalább három különböző áttételen keresztül és önmagában is befolyásolja egyrészt az egészségi állapot későbbi alakulását, másrészt a házasodási esélyeket.

labb korosztályokban növelte a házasság valószínűségét, idősebb korosztályokban azonban nem befolyásolta azt.

Mindezek alapján jól látható, hogy a párválasztásban számos olyan szempontnak szerepe van, amely közvetetten befolyásolja az egészségi állapot, következésképpen a mortalitási esélyek alakulását idősebb életkorban. *Fu* és *Goldman* eredményei azt is biztossá teszik, hogy ezek a szempontok kulturálisan megformáltak, a szépség és a veszélyes viselkedés társadalmi csoportonként akár eltérő meghatározásait tükrözik. Az eredmények így elméleti szempontból jelentősek, a kulturális dimenzió karakteres befolyása azonban arra utal, hogy más országokban ugyanez a kutatás eltérő részeredményekkel zárulna. A szépséget és a veszélyességet azonban általában a társadalom befolyásos csoportjai definiálják – a kevésbé befolyásosoknak pedig nagy esélyük van arra, hogy kevésbé szépek és veszélyesebbnek találtsanak. A társadalmilag rosszabb helyzetű csoportok házassági esélyei így minden valószínűség szerint ilyen okok miatt is rosszabbak. Nincs okunk feltételezni, hogy a vonzerő másfajta definíciója és értelmezése esetén a házasságból való kirekesztés mechanizmusa más társadalmakban másképpen működne. Valószínűleg általánosítható ezért az a következtetés, hogy a házassági szelekció hátrányos hatásai a társadalom hátrányosabb helyzetű csoportjait sújtják. Amennyiben a szépség és kívánatosság szempontjai olyan aspektusokkal is egybeesnek, amelyek az élet bármely szakaszában az egészség megőrzésének szempontjából is jelentőséggel bírnak, úgy a házassági szelekció következménye olyan többszörösen hátrányos helyzetű réteg kialakulása is lehet, amelyet rossz egészségi állapot, egyedüllét, társadalmi megbélyegzés és ezekből következően vagy ettől függetlenül rossz munkaerőpiaci pozíció jellemez. *Waldron* és munkatársai az amerikai nők körében egyértelműen körül is határolták ezt a csoportot: az alacsonyan képzett, hajadon és fekete nők csoportjában kumulálódtak ezek a hátrányok.

Az általános elméleti keretbe illeszthető egyéb tényezők hatását tekintve nem születtek egyértelmű eredmények. A házasság védőhatásának egyik lényeges elemeként értelmezik például az automatikusan adódó „társas támogatottságot”. A társadalmi és baráti kapcsolatháló tekintetében sok kutatás valóban hátrányos helyzetűnek találta a házasságot soha nem kötött személyeket, viszont *Goldman* és munkatársai (*Goldman et al. 1995*) eredményei szerint az idősek – s különösen az idős asszonyok – körében e kapcsolatdeficitnek semmi jele nem mutatkozott.

Hiányoznak azok a magyarázó modellek is, amelyek a nőtlenség, illetve hajadonok halálozási többletének igen sok országban tapasztalható növekedését meg tudnák magyarázni. Közvetett információval szolgáltak a haláloki elemzések. Ezek egy jellegzetes csoportjára, az erőszakos halálra, valamint az öngyilkosságra nézve *Joung* és munkatársai azonos többletet találtak Hollandiában a nem házasok mindhárom kategó-

riájában. Az utóbbi években a nem házasok fertőző betegségek okozta halálozási többletének emelkedését regisztrálhatták igen sok országban: Hollandiában a fertőző betegségek teljes körét tekintve a nőtlenek/házások viszonyában hatszoros különbséget állapítottak meg (*Joung 1996*), Spanyolországban pedig világosan kimutatták a HIV/AIDS-fertőzés miatti halálesetek koncentrációját a nőtlenek (és kisebb mértékben a hajadonok) között (*Burgoa 1998*). Feltűnő azonban, hogy mind a nőtlenek, mind a hajadonok között az átlagosnál alacsonyabb a mortalitás szintje az általában a dohányzással összefüggésbe hozott halálokokat tekintve (*Joung 1996*).

Az özvegyek mortalitási többletének magyarázatáról

A hatvanas-hetvenes-nyolcvanas években (*Goldman* és *Hu* számításai szerint) az özvegy férfiak házásokhoz viszonyított többlethalálózása a nőtlenek körében tapasztaltakhoz igen hasonlóan alakult. Mértéke az európai kultúrkörben 60–100% volt, de a nőtlenek többlethalálózásánál egységesebbnek bizonyult, azaz az országok szerinti variabilitása sokkal kisebbnek mutatkozott.⁸

Saját számításaink szerint a nyolcvanas években⁹ a házásokhoz viszonyítva 60 és 100%, a kilencvenes években viszont¹⁰ 70 és 110% között mozgott a többlet. Az országok döntő többségében az özvegy férfiak mortalitása kismértékben távolodott a házásoktól – általában véve tehát enyhén emelkedő trend bontakozik ki, miközben az országok közötti különbségek inkább csökkenni látszanak.

A hatvanas, hetvenes és nyolcvanas éveket vizsgálva *Goldman* és *Hu* úgy találta, hogy az özvegy nők házias nőkhöz viszonyított többlethalálózása mérsékelt, mindössze 30–50%-os volt.

A mi számításaink szerint a nyolcvanas években az országok közötti különbségek növekedetek, a differenciát erre az időszakra¹¹ 30 és 65% körülinek mértük. A kilencvenes években az előző évtizedhez képest a látókörünkbe került *minden* országban növekedett az özvegy nők többlethalálózása, a mérték 40 és 80% között alakult.¹²

A jelenség magyarázatát a szelekció/védelem fogalompárra építették, de annak más elemeit hangsúlyozzák, mint a nőtlenek-hajadonok vagy az elváltak esetében, abban a keretben, amelyet *Kraus* és *Lilienfeld* 1959-ben közölt cikke használt elsőként.

⁸Érdekes, hogy Japánban az európai kultúrkörben is előforduló 100%-os többlethalálózást mértek, Tajvanban viszont ugyanez a mutató 200% volt!

⁹A különösen magas értéket felmutató Görögország, illetve a különösen alacsony paraméterrel jellemezhető Írország kivételével.

¹⁰A kirívóan magas értékkel jellemezhető Magyarország és az ismét különösen alacsony értéket mutató Írország kizárása után.

¹¹A különösen magas értéket mutató Görögország figyelmen kívül hagyásával.

¹²A különösen magas értéket mutató Japán és Svájc figyelmen kívül hagyásával.

Szerintük az özvegy státus és a halálozás kapcsolatának megértéséhez elsősorban azt kell figyelembe venni, hogy az özvegyek átlagéletkora igen magas. Erre alapozva nem tartják fontosnak a – feltételezetten sok évtizeddel a megözvegyülés előtt megtörtént – párválasztás során esetleg működő szelekciós mechanizmust, hiszen ennek következményei az életkor előrehaladtával elenyésznek. Ugyanakkor úgy gondolják, hogy érvényesülhet az egészségi állapot szerinti olyan szelekció, amely befolyásolja az özvegyi állapot fenntartását – ésszerű feltételezni ugyanis, hogy az egészségesebb özvegyek nagyobb valószínűséggel lépnek újra házasságra. Nem merült teljesen feledésbe azonban a szelekciós mechanizmus klasszikus értelmezése sem – ennek bizonyos, özvegyek esetében releváns elemeit a „homogámia” kifejezéssel szokás illetni. Ezen közkeletűen azokat a tényezőket értik, amelyek a házastársak társadalmi helyzetét tekintve nagy eséllyel lehetnek hasonlóak, és ismert róluk, hogy a mortalitási esélyeket befolyásolják – ilyen például az életkor és az iskolázottság.

„A közös környezet” a bevett terminus azon tényezők megnevezésére, amelyek a házastársak életkörülményeinek, életmódjának hasonlóságára utalhatnak, és a mortalitási esélyeket szintén közismerten befolyásolják – ilyen az egészségkárosító lakókörnyezet vagy éppen a közös alkoholfogyasztási, dohányzási szokások. (A droghasználatot az előbbi tényezők között nem említik, minthogy az özvegyekről általában magas életkort feltételeznek.)

Az özvegyi státus és a mortalitás kapcsolatát kutató legtöbb tanulmány azonban a fentiekben felsorolt tényezőket tulajdonképpen „artifaktuálisnak” tekinti, amelyek hatását ki kell küszöbölni ahhoz, hogy az „igazi” kérdésre választ kapjunk. Ez pedig abban áll, hogy a megözvegyülés okozta lelki megrázkódtatás befolyásolja-e, s ha igen, milyen mértékben a mortalitásesélyeket. Mielőtt az erre vonatkozó eredmények ismertetésére rátérnénk, meg kell jegyeznünk, hogy az általában csak „kiküszöbölni” kívánt hatások társadalmi szempontból fontos mechanizmusokra utalhatnak.

A „valódi hatás” mérésére irányuló erőfeszítések ugyanakkor tökéletesen érthetőek. A házastárs elvesztése kétségkívül a legsúlyosabb csapás, „negatív életesemény” a személyes életút során. Ha tehát demonstrálható, hogy a megözvegyülés a „közös környezet” esetleges hatásain túl is rontja a továbbélési esélyeket, akkor az egyén számára hátrányos más életesemény mortalitási esélyeket növelő hatása is feltételezhető.

Közbevetőleg érdemes megjegyezni, hogy empirikus vizsgálatok eredményei szerint az özvegyek többlethalalozásának magyarázatában jelentősnek vélt számos motívum valójában nem bizonyult annak. *Schaefer* és munkatársai szerint – legalábbis az amerikai – házaspárok „homogámiaja” nem volt jelentős mértékű. Sajátos jegyeiket külön-külön feltérképezve és azok korrelációját vizsgálva alacsony értékeket kaptak

olyan jellemzőkre, illetve szokásokra nézve, mint például az iskolai végzettség¹³, a dohányzás vagy az egészségi állapot (miközben jól érzékelhető „homogámiát” mutattak kor és etnicitás szerint), s csupán a túlzott alkoholfogyasztás előfordulása jelzett közepes korrelációt.

Schaefer és munkatársai valójában azért vizsgálták a közös környezeti hatásokat, hogy kizárják ezeket. Eredményeik szerint mindkét nembeli özvegyek mortalitása ezt követően magasabb marad, mint a házasoké – a közös „környezeti” tényezők tehát csupán marginális hatást gyakorolnak a halálozási szint alakulására. Más technika alkalmazásával hasonló eredményre jutott *Martikainen* és *Valkonen* is – az özvegyek többlethalálozása csak kismértékben csökkent akkor, ha kizárták a hasonló halálokokon alapuló eseteket, illetve kiküszöbölték a társadalmi helyzet alapvető mutatóinak a hatását. (Ennek kapcsán említendő, hogy *Martikainen* és *Valkonen* bizonyítékai szerint az özvegyek halálozási többletének kialakulásában a közös közlekedési balesetek szintén csak marginális szerepet játszanak.) Finnországban a „közös környezeti” tényezők közül a legnagyobb hatása a jövedelmi helyzetnek volt, amelynek figyelembevételével mellett mintegy 10%-kal alacsonyabbnak mutatkozott az özvegyek többlethalálozása.

A két említett cikk hasonló, ha nem is maradéktalanul azonos megállapításra jut a jelenség időbeli lefutásának jellegzetességeiről. A „stresszhipotézishez” kapcsolódó gondolat, hogy a megözvegyülést követő életszakaszban valószínűleg változik a hátramaradott halálozási kockázata: kezdetben feltehetőleg magasabb, míg később minden bizonnyal csökken. *Schaefer* és munkatársai a nők körében azt tapasztalták, hogy a házastárs elvesztését követő hat hónapban a mortalitási esélyek nem emelkedtek, a rákövetkező hat hónap során viszont szignifikánsan, 80–90%-kal magasabbak lettek, majd ismét csökkentek. Az idősebb nők körében ugyanakkor nem tapasztaltak szignifikáns változást. A megözvegyülés hatása differenciáltan jelentkezett a férfiaknál is. Nem növelte az elhalálozás esélyét a megelőzően igen rossz egészségi állapotban lévők csoportjában, jelentősen emelte viszont a korábban egészségeseket, mind a megözvegyülés közvetlenül követően, mind a későbbi életszakaszokban. A legmagasabb (100% körüli) kockázatnövekedés a férfiak körében is a házastárs elvesztése utáni 7. és 12. hónap között jelentkezett.

Finnországban mindkét nem esetében a házastárs elvesztését követő fél évben volt a legkarakteresebb a halálozás valószínűségének növekedése: 30% a férfiak és 20% a nők körében. A továbbiakban ez az érték 20, illetve 5–10%-ra csökkent.

Az ismertetett eredmények, véleményünk szerint, bizonyítják a megözvegyülés önálló, a lelki megrázkódtatásból következő mortalitásnövelő hatását. Az amerikai és a

¹³Az iskolai végzettség „inhomogén” volta igen meglepő, s bár a vizsgálat mintája minden egyéb szempontból kifogástalannak tűnik, a szerzők eredményeit mégis érdemes fenntartással kezelni.

finn özvegyek halandósági mintáiban kimutatott különbségek minden bizonnyal a megküzdési stratégiák eltérő kulturális megformáltságát jelzik, az időbeli koncentráció viszont a legnyilvánvalóbb bizonyítéka annak, hogy a megözvegyülés – és általában a negatív életesemények – valóban növelik a mortalitási esélyeket.

Az özvegyekre koncentráció vizsgálatok általában kevés szerepet tulajdonítanak annak a tényezőnek, hogy a házastárs elvesztését követően jelentősen megváltozhat a túlélő fél anyagi helyzete. S bár az időbeli koncentráció jelensége valószínűvé teszi, hogy a megnövekedett halálozási kockázat nem a megromlott életfeltételek következménye, mégis érdemes e tényező hatását tüzetesebben szemügyre venni. *Joung*ék Hollandiára vonatkozó megállapítása, mely szerint az özvegy férfiak általában jobb, az özvegy nők pedig általában rosszabb jövedelmi helyzetbe kerülnek, mint amelyet házasságuk fennállása alatt élveztek, nagy valószínűséggel általánosítható. Mindennek fényében a férfiak megözvegyülésüket követő halandósága valójában még nagyobb lehet, mint amilyenek azok az eredmények mutatják, amelyek ezt a hatást figyelmen kívül hagyják. A szerzőknek abban is igazuk lehet, hogy a megözvegyülést követően a jövedelem kisebb szerepet játszik az életfeltételek alakulásában, mint a fiatalabbak között, hiszen a túlélő fél anyagi problémáit a rendelkezésére álló, korábban közös tulajdon mérsékelheti. Véleményünk szerint azonban ezzel a tényezővel a fiatal özvegyek esetében számolni kell.

Az egészségi állapot családi státus szerinti alakulását megfigyelő holland vizsgálat adatai általában azt támasztják alá, hogy a megözvegyülés és az egészségromlás (illetve a mortalitás) között pszichológiai tényezők közvetítenek. Az özvegyek egészségi állapotának különbségeit *Joung* és munkatársai eredményei szerint a pszichológia állapotbeli különbözőségei magyarázták a legnagyobb mértékben, míg az anyagi tényezők és a klasszikus rizikófaktorok szerepe elhanyagolhatónak bizonyult.

Amennyiben a *Hemström* által Svédországban talált összefüggések is általánosíthatók, a házastárs elvesztésére visszavezethető halandósági hátrányok (az egyéb háttérváltozók hatásának kiszűrése után) inkább érvényesülnek a képzetlenek, mint a legalább szakképzettséggel rendelkezők között. Az özvegy svéd férfiak közül a képzetlenek halandósági többlete 30%-ra tehető, míg a legalább szakképzettséggel rendelkezőké 10%. A nők körében a megfelelő értékek 40, illetve 10%-ra rúgtak. Mindezek szerint a megözvegyüléssel együtt járó pszichológiai terhek minden társadalmi csoportban egészségromláshoz és magasabb mortalitáshoz vezetnek. Ugyanakkor a magasabb társadalmi státusúak valószínűleg képesek olyan mechanizmusokat aktivizálni, amelyek a pszichológiai terhek egészségromboló hatásait ellensúlyozzák. A házastárs elvesztése tehát olyan életesemény, amely a kedvezőtlenebb társadalmi helyzetű csoportok hátrányait relatív értelemben tovább növeli.

Az elváltak mortalitási többletének magyarázatáról

Az elvált férfiak házasságokhoz viszonyított halálozási többletét az ötvenes-hatvanas években *Goldman* és *Hu* 60–120%-osnak találta. Az általuk vizsgált országok nagy többségében ez a különbség minden más, családi állapot szerint definiált csoporttal szemben megmutatkozott. A nyolcvanas évek közepére vonatkozó számításaink 20 és 100% közötti halandósági többletet mutattak a házasságokhoz viszonyítva.¹⁴ Ez a sáv a kilencvenes évek végére 20 és 80% közöttire szűkült. A kilencvenes éveket jellemző adatok valamivel magasabbak. Amennyiben Japán mellett a különösen alacsony értéket felmutató Angliát sem vesszük tekintetbe, úgy az elvált férfiak házasságokhoz viszonyított halálozási többlete 25 és 80% között szóródott a nyolcvanas, míg 40 és 110% között a kilencvenes években.

Az elvált férfiak szempontjából tehát a tendencia romló, az országok közötti különbségek pedig a nyolcvanas és a kilencvenes évek közepe között inkább nőttek, mint csökkentek. Az özvegyekkel ellentétben, akik halandósága nemzetközi perspektívában szemlélve mindinkább hasonult, az elváltaké egyre inkább különbözött.

Az elvált nők halandósági többlete az ötvenes és nyolcvanas évek közötti időszakban 20–80%-os volt. Saját számításaink a nyolcvanas évekre 25 és 60%, a kilencvenes évekre pedig 35 és 80% közötti értékeket mutattak. Az elvált nők házasságokhoz viszonyított halandósági többlete a szóban forgó évtizedben *minden* általunk vizsgált országban növekedett.

Az elváltak fiatal generációjára vonatkozó trendeket illetően *Hu* és *Goldman* már 1990-ben felhívta a figyelmet arra, hogy a ráták több országban (Franciaország, Magyarország és Japán) is észlelhetően növekednek.

A jelenség magyarázatára törekvő elméletek két motívum köré épültek. Az egészségi állapottal kapcsolatos tényezők közül az elváltak esetében néhány szerző az alkoholfogyasztás, tágabban az úgynevezett egészség-magatartás szerepét hangsúlyozza mint a válás és az egészségromlás egyidejű előidézőjét. Elsőként említendő ebben a körben a *Rosengreen* és szerzőtársai által közölt tanulmány, amely az elvált svéd férfiak körében jóval nagyobbak találta az öngyilkosság, valamint az alkoholfogyasztással összefüggő halálokok gyakoriságát, mint a házasságok körében. Az alkoholfogyasztás mutatója az egyik legerősebb magyarázó tényezőnek bizonyult. Ugyanakkor *Joung* és szerzőtársai a holland viszonyokra vonatkozó elemzésükben a májbetegségekkel kapcsolatos halálokoknak és az öngyilkosságnak (pontosabban az összes külső halálokoknak) az elváltak körében magas, de a többi nem házasság csoportra jellemzőtől nem különböző előfordulását mutatták ki (*Joung et al. 1997*). Gyakoribbnak találták a dohányzáshoz kapcsolható tüdőrák-mortalitást is (vi-

¹⁴Japánt nem tekintve.

szont valamivel ritkábbnak az egyéb rosszindulatú daganatokhoz kötődő halálokok előfordulását). A holland szerzők az elváltak mortalitási helyzetének megértésében alapvetően a státushoz kapcsolódó materiális feltételek szerepét találták döntőnek (*Joung et al. 1996*). *Hajdú, McKee és Boján* a középkorú elvált férfiak magyarországi és angliai trendjeinek a házasokéitól való eltérését szintén elsősorban az elváltak anyagi helyzetének alakulásával hozzák összefüggésbe, bár felvetik az alkoholfogyasztás szerepét is.

A nem házasok halálozási többletét magyarázó elméleteket az alkoholfogyasztás és az anyagi helyzet hatására szűkítve az elváltak mortalitására vonatkozó vizsgálatok gyakran a saját, túlságosan erős prekonceptióik csapdájába estek.

A koncepcionális keretét tekintve az egyik legátfogóbb kutatás, amelynek vizsgálati körébe minden nem házas csoport beletartozott, a *Joung* és munkatársai (*Joung et al. 1997*) által elkészített tanulmány volt, amely a családi állapot és az egészségi állapot között közvetítő mechanizmusok egymáshoz viszonyított súlyát elemezte. A közvetítő mechanizmusokat három kategóriába sorolták: a pszichoszociális helyzetet, az anyagi helyzetet, valamint az egészség-magatartást leíró csoportokba. Az elvált férfiak egészségi állapotában kimutatható differenciákat legnagyobb mértékben a pszichoszociális helyzetben megmutató különbségek magyarázták, az egészség-magatartás körébe tartozó különféle faktoroknak (alkoholfogyasztás és dohányzás) pedig önállóan nem, csak ezekkel való összefüggésben volt jelentősége. A nőket tekintve mind a pszichoszociális helyzetnek, mind pedig az egészség-magatartás jellemzőinek volt bizonyos súlya, az egészségi állapot különbségeit azonban döntően az eltérő anyagi helyzet magyarázta.

Hemström a házasság megszűnésének következményeivel foglalkozó munkájában szintén jelentős teret szentel az elváltak helyzetének (*Hemström 1996*). A tanulmány ambiciózus célokat tűzött maga elé: egyaránt tesztelni kívánta a szelekciós hatásokra, a házasság védőhatásaira és a negatív életesemények pszichológiai hatására, azaz a stresszre vonatkozó hipotézist. A szerző a családi állapot szerint képzett csoportokat a szokásosnál részletesebben tagolta, így lehetősége nyílt például az újránházasság elváltak, illetve az egyedül maradtak körében tapasztalható mortalitás összehasonlítására. (A kutatás nem tér ki ugyanakkor az egészség-magatartás dimenziójába sorolt tényezők fontosságának megítélésére.) Eredményei szerint az elvált státussal együtt járó mortalitási többlet magyarázatában mindhárom általa vizsgált hipotézis releváns. A szelekciós hatások általában véve gyengébbeknek bizonyultak, mint a házasság védőhatásai. *Hemström* eredményei arra utalnak, hogy a válás kiváltotta pszichológiai terhek ugyanúgy egészségromláshoz, s végső soron magasabb halandósághoz vezethetnek, mint ahogyan azt az özvegyesség esetében láttuk. Ezt a szerző a svédországi válási folyamatok szociológiai jellemzőinek ismertetésével is alátámasztja.

*Hemström*nek a foglalkozási státusra alapozott elemzései (amelyeket az özvegyekre vonatkozóan már citáltunk) elsősorban az elváltokról szolgálnak fontos eredményekkel. Eszerint a különböző társadalmi háttérváltozók hatásának kiküszöbölése után 40%-os mortalitási többlet mutatkozik a képzetlen, 10%-os a középosztálybeli, s 140%-os az úgynevezett „egyéb” foglalkozási kategóriába tartozó elvált nők esetében. Az utóbbi kategóriába főképpen háziasszonyok tartoztak – így számításai megerősítik *Waldronét*, aki az Egyesült Államokban határolta el a mortalitás szempontjából különösen veszélyeztetett nők egy csoportját, amelyet többek között a foglalkoztatottság hiánya jellemezett. *Hemström* eredményeire visszatérve: az elvált férfiak körében 120%-os halálozási többletet talált a képzetlenek, míg csupán 40%-osat a középosztálybeliek körében. A válás egészségkárosító hatása tehát, a megözvegyüléshez hasonlóan, társadalmilag differenciáltan jelentkezik. Így az elváltak között – hasonlóan az özvegyekhez – olyan, társadalmilag különösen sérülékeny csoportok megjelenésére lehet számítani, amelyek szociális és egészségi hátrányait a válás tovább növeli.

A nem házasok mortalitási többletéről az adatok tükrében

A nemzetközi összehasonlítás alapjául szolgáló adatok

A korábbiakban már megelőlegeztünk több olyan adatot, amely arra vonatkozott, hogyan alakult a nem házas csoportok mortalitási többlete az utóbbi évtizedekben. Ebben a fejezetben összességükben is szemügyre vesszük ezeket, továbbá részletesen bemutatjuk a szóban forgó adatok forrását, valamint a megbízhatósággal és az összehasonlíthatósággal kapcsolatos problémáikat.

A különféle családi állapotú csoportok mortalitási mintáinak nemzetközi összehasonlításához szükséges adatok igen hiányosan állnak rendelkezésre. A nemzetközi demográfiai évkönyvek csak tízévente közölnek családi állapot szerinti bontásban korcsoportos mortalitási adatokat, akkor is csupán bizonyos országokra és országonként különböző évekre vonatkozóan. A legfrissebb adatok jórészt a kilencvenes évek közepére vonatkoznak. Ezekre, valamint – a trendek érzékeltetésének kedvéért – egy korábbi gyűjtésre alapoztuk elemzéseinket. A feldolgozhatónak bizonyult adatokat közlő országok listáját a 2. táblázat tartalmazza. Családi állapot szerint bontott mortalitási adatokat valójában jóval több ország közölt, mint ahányat itt szerepeltetünk. El kellett azonban tekinteni néhány olyan ország adatainak elemzésétől, amely az özvegyek és az elváltak korcsoportos halálozási rátáit összevontan közölte. Ugyanakkor bevontuk az elemzésbe Írországot, ahol a vizsgált időszakban nem voltak elváltak – ezért tűnnek az ábrák ebből a szempontból hiányosnak.

2. táblázat
Az adatok származási helye és ideje

Ország	Mely évre vonatkoznak a közölt adatok	Mely évre vonatkoznak a közölt adatok
Ausztria	1982	1991
Bulgária	1975	1985
Dánia	1984	1995
Egyesült Királyság	1984	1994
Finnország	1984	1995
Franciaország	1982	1991
Görögország	1981	1991
Hollandia	1984	1995
Írország	1983	1995
Japán	1980	1995
Kanada	1983	1994
Lengyelország	1980	1990
Magyarország	1984	1995
Németország	1984	(1994)
Norvégia	1984	1991
Svédország	1984	1994

Forrás: Demographic Yearbook, 1985, 1995.

Nem próbálkoztunk az adatok illesztésével azoknak az országoknak az esetében sem, amelyek az adott periódusban történelmi okokból több államra váltak szét. Korlátozott lehetőségeink folytán a két Németország helyett csupán a Német Szövetségi Köztársaságot szerepeltettük vizsgálatunkban.

Tovább nehezíti a megbízható elemzést, hogy ezek a válogatások csupán egyetlen évre közölnek adatot, az erre alapozott következtetések így szükségszerűen igen bizonytalanok.¹⁵ További pontatlanságok forrása lehet az igen elnagyolt, 10 éves korcsoportokat átfogó bontás.¹⁶

A fenti nehézségek miatt itt csak a legfeltűnőbb különbségek, a nagyon gyakran megfigyelhető sajátosságok leírására szorítkozunk. Célunk mindössze annyi lehet, hogy bár elnagyolt, de átfogó képet adjunk a különféle nem házas csoportok házásokhoz és egymáshoz viszonyított mortalitásbeli különbségeinek országokénti alakulásáról, és tisztázzuk, feltételezhető-e olyan különbség a magyar és a más országokban mutatkozó minták között, amely figyelemre, esetleg további kutatásra érdemes.

¹⁵Az egy évre vonatkozó adatok pontosságát, illetve az egy meghatározott, de különböző évre vonatkozó adat összehasonlításából adódó trendek megbízhatóságát Magyarország példája jól szemlélteti. Ebből a célból mind a nemzetközi évkönyv 1985-ös és 1995-ös ránk vonatkozó adatait, mind pedig a részletesebb hazai adatok alapján készült, 1981 és 2000 közötti időszakra vonatkozó idősort bemutatjuk (lásd például a 2. ábrát). Az így számított kétféle mortalitási többlet kismértékben eltér. Lényegesebb, hogy a részletes magyar idősor tanúsága szerint a nemzetközi évkönyv 1995-ös évre vonatkozó adatai a hosszú távú trendtől meglehetősen eltérő képet nyújtanak.

¹⁶A bontás a következő korcsoportok szerint áll rendelkezésre: 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74 és 75 éves, vagy idősebb.

A nemzetközi évkönyvek családi állapot és korcsoport szerint közlik a halálozások számát, továbbá az egyes korcsoportos rátákat. Az utóbbiak felhasználásával kalkuláltuk egyrészt a nem házasok halálozási esélyeit korcsoportonként, másrészt a direkt standardizált halálozási arányszámokat,¹⁷ amelyeknek a házasokhoz viszonyított nagyságát a 4/a. és a 4/b. ábrán mutatjuk be. A standardizálás a 25 évesnél idősebb népesség egészére vonatkozik. A 25–34 éves korosztály halálozási rátái ugyan igen sok országban (különösen az elváltakat és az özvegyeket illetően) nagyon kis esetszámon alapultak, de hogy eredményeink *Hu* és *Goldman* adataival összehasonlíthatóak legyenek, mégis a bevonásuk mellett döntöttünk.

Ha szemügyre vesszük az általuk bemutatott mintázat teljességét (3/a. és 3/b. ábra) és összevetjük a későbbi időszakokra vonatkozó saját számításaink eredményeivel (4/a.; 4/b.; és 5/a.–5/f. ábra), akkor azt állapíthatjuk meg, hogy a nem házasok házasokhoz viszonyított többlethalálozási mintái jelentősen átalakultak. Míg az ötvenes-hetvenes években a férfiak körében ez elváltak halálozási többlete volt egyértelműen a legnagyobb, addig a nyolcvanas években már sok országban a nőtleneké, másutt pedig az özvegyeké. A kilencvenes évek ebben a tekintetben nem hoztak változást. A nőtlenek és az özvegyek házasokhoz viszonyított halálozási többlete a korábbi időszakokban még hasonló volt egymáshoz – de ez már nem érvényes sem a nyolcvanas, sem pedig a kilencvenes évekre.

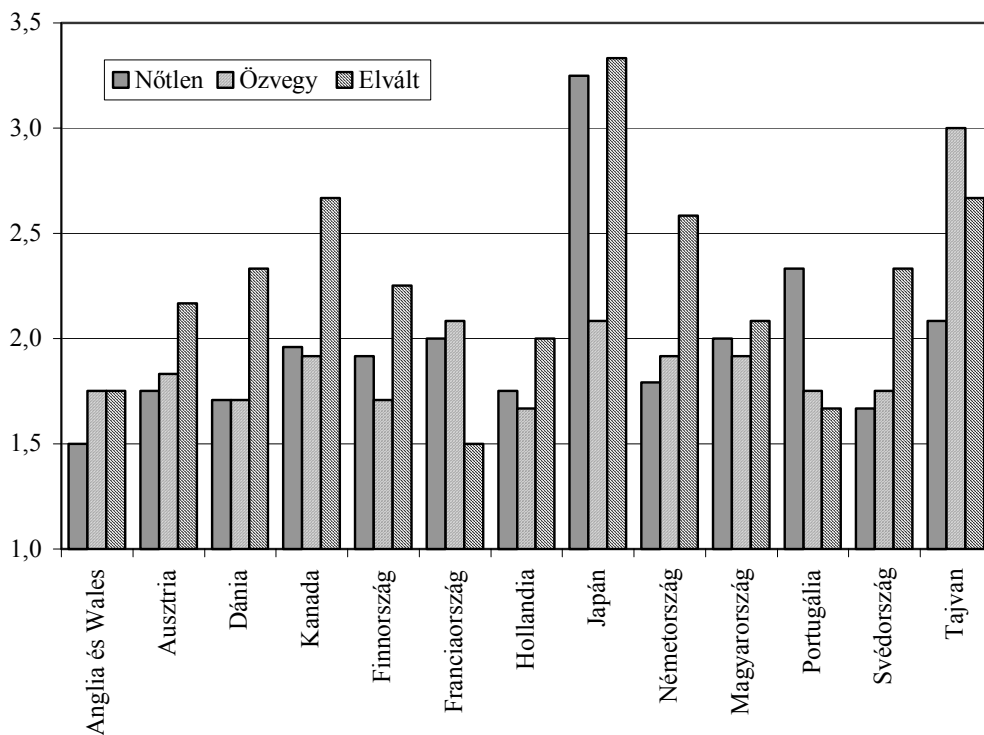
A nem házas férfiak halálozási többlete a nyolcvanas évek végén összességében mérsékeltebbnek mutatkozik, mint a korábbi időszakban, a kilencvenes években viszont ismét megközelíti a *Hu* és *Goldman* által számított szintet.

Az idézett szerzők a nők körében szintén az elváltak veszélyeztetettségét találták a legmagasabbnak – a nyolcvanas és a kilencvenes években azonban az elemzésbe bevont országoknak ez már csak kevesebb mint felére igaz. A nyolcvanas évtizedben a nem házas nők házasokhoz viszonyított többlethalálozása általában hasonló szintűnek mutatkozott ahhoz, mint amit *Hu* és *Goldman* adatai mutatnak. A kilencvenes években azonban a különbség a legtöbb országban és a családi állapot szerint megkülönböztetett több csoport esetében növekszik.

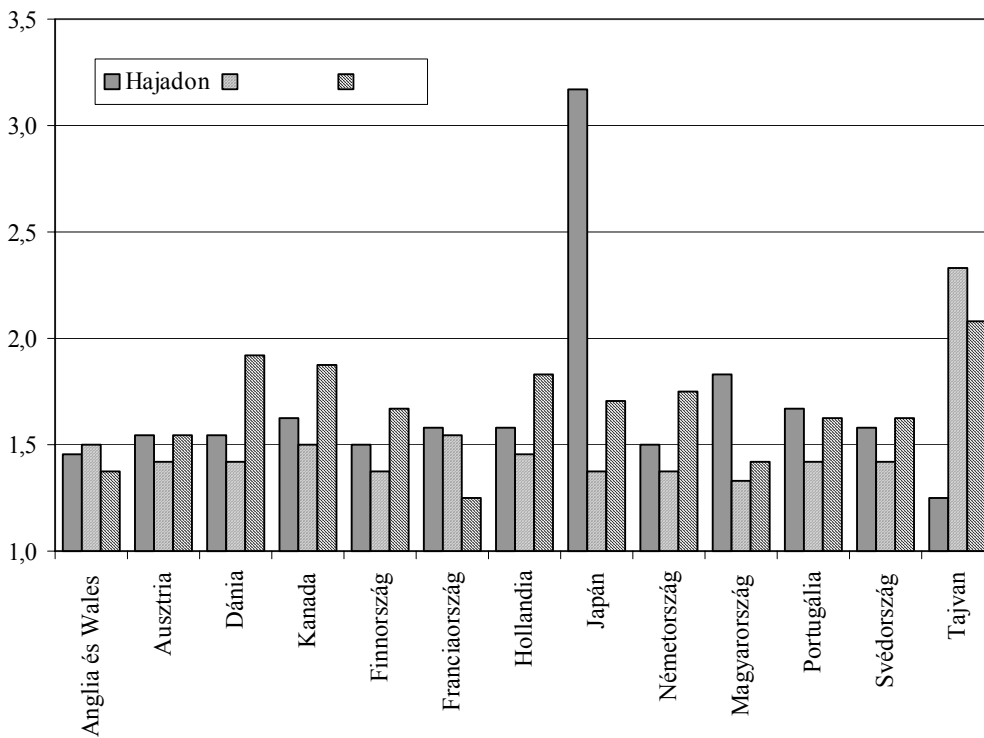
A kilencvenes években már semmiféle általános szabály nem érvényesül: a halálozási különbségek az időben dinamikusan változnak, és országonként is sajátos mintázatot vesznek fel. Számos országban megfigyelhető azonban, hogy a házasságot soha nem kötöttek, az özvegyek és az elváltak csoportjain belül a férfiak és a nők halandósági esélyei közötti – korábban igen jelentős – különbségek csökkentek. A halálozási esélyeket tehát növekvő mértékben befolyásolja a családi állapot és csökkenő mértékben a nem.

¹⁷Az európai standard populáció (1972) kormegoszlását felhasználva.

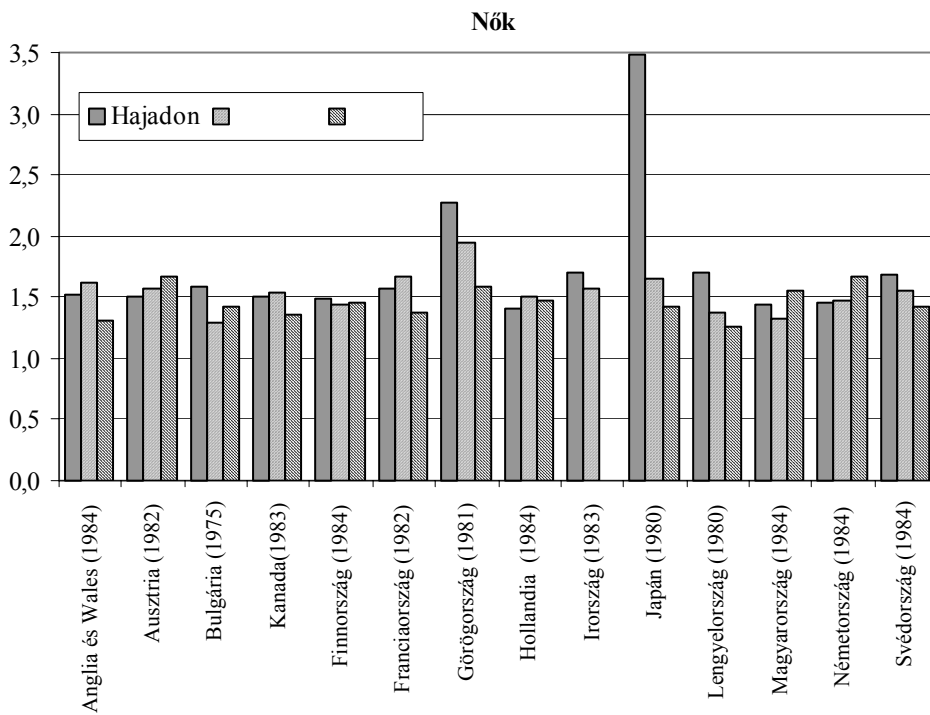
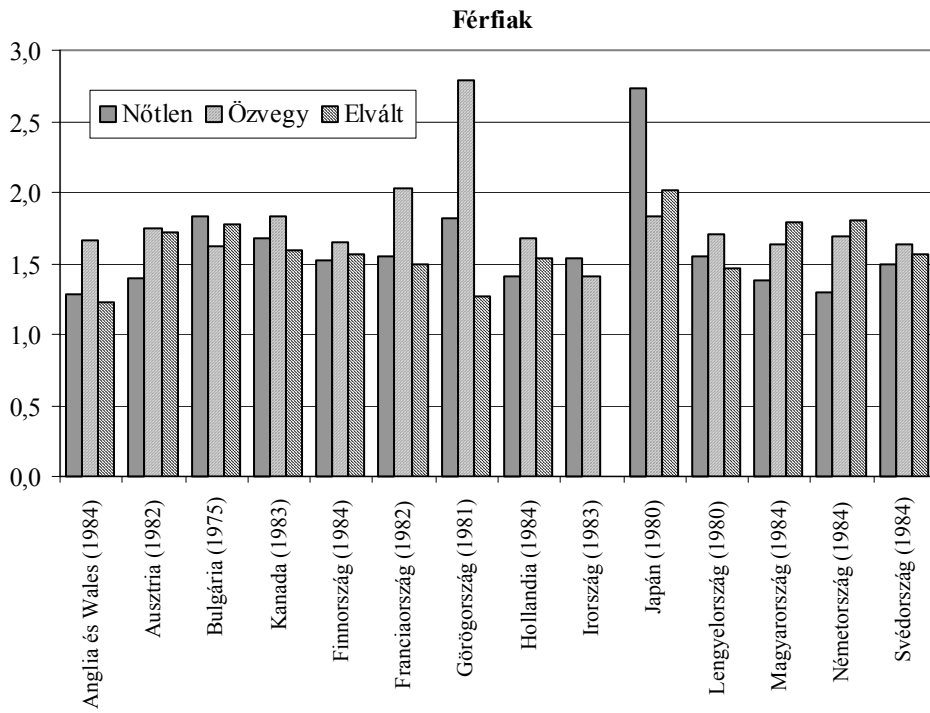
3/a. ábra
 Nem házas férfiakra vonatkozó standardizált halálozási hányadosok az 1980-as évekig
 különböző országokban (Hu és Goldman, 1990 alapján)



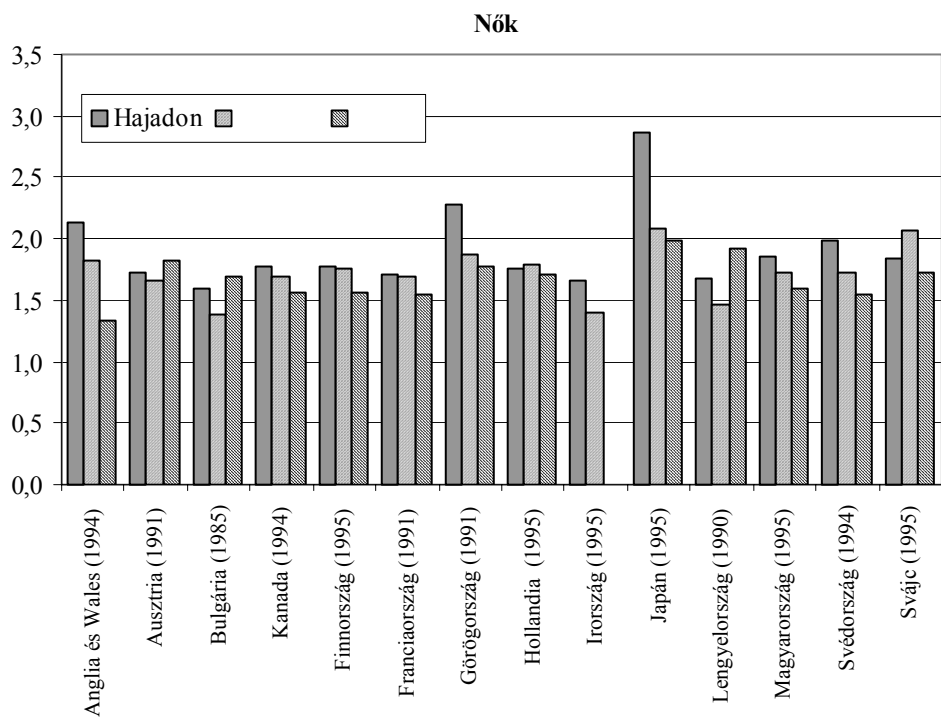
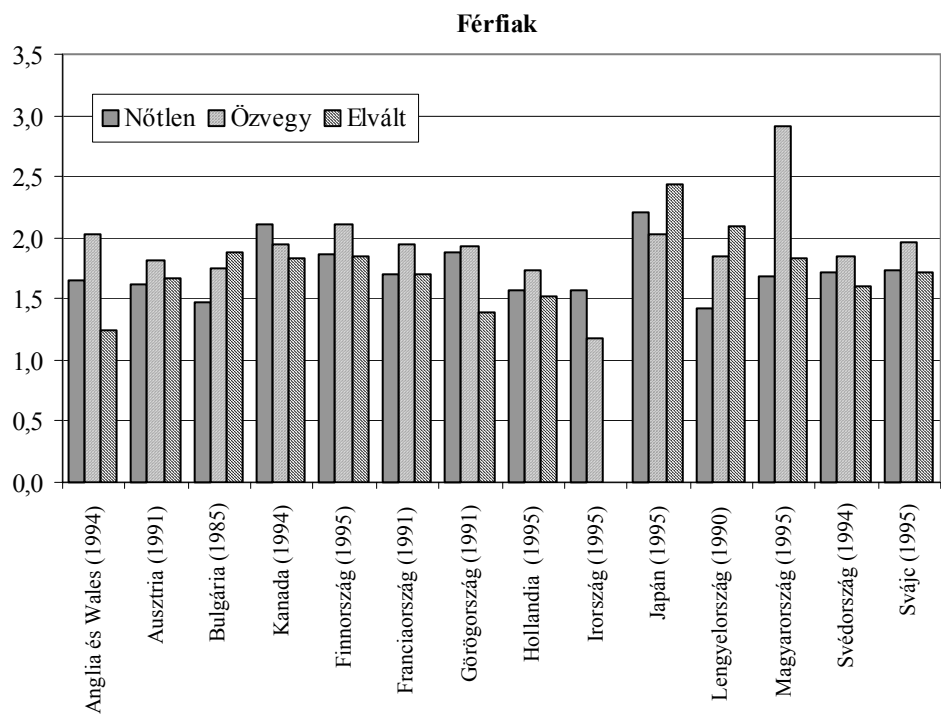
3/b. ábra
 Nem házas nőkre vonatkozó standardizált halálozási hányadosok az 1980-as évekig
 különböző országokban (Hu és Goldman, 1990 alapján)



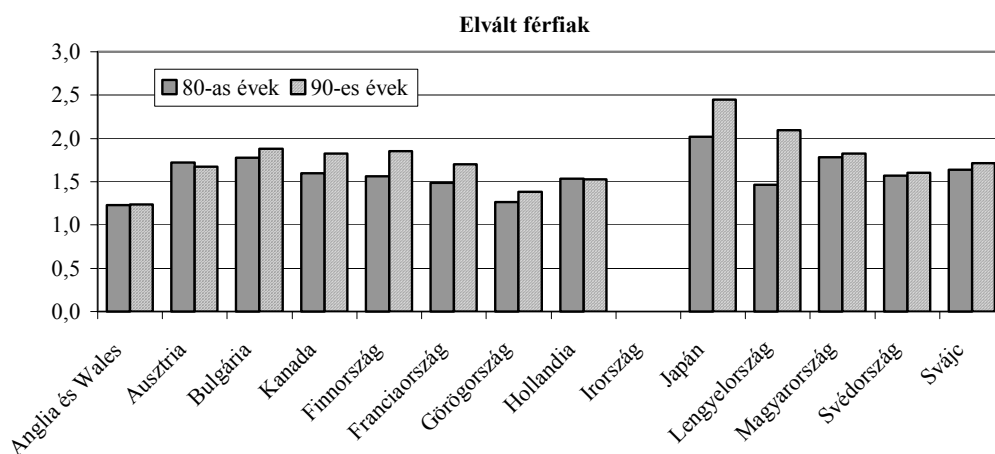
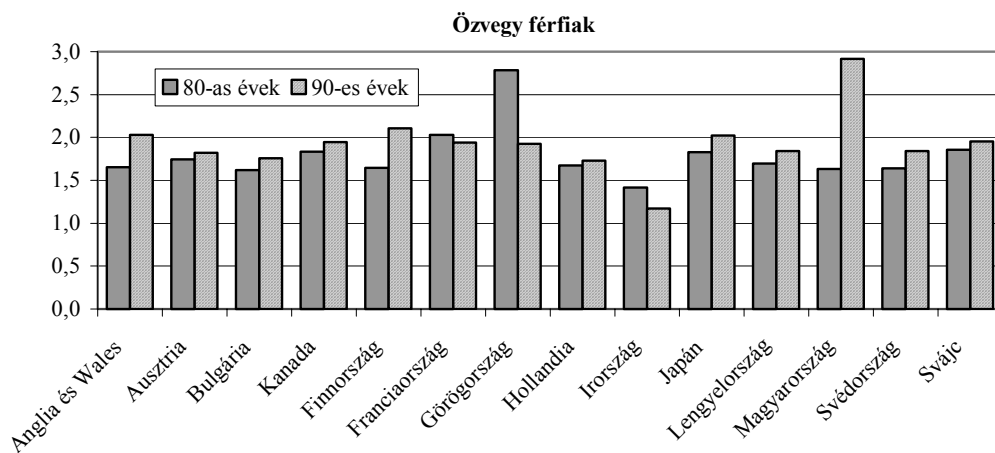
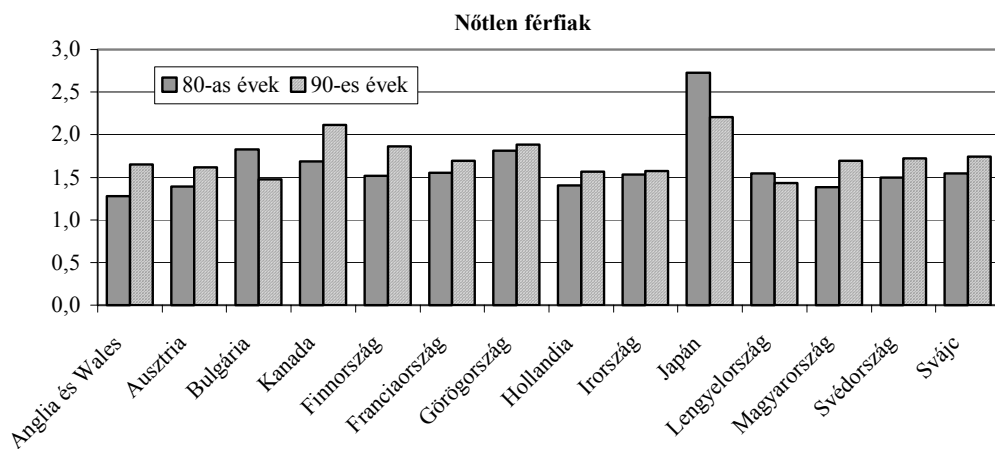
4/a. ábra
 Nem házásokra vonatkozó standardizált halálozási hányadosok a házásokhoz
 viszonyítva a nyolcvanas években, különböző országokban



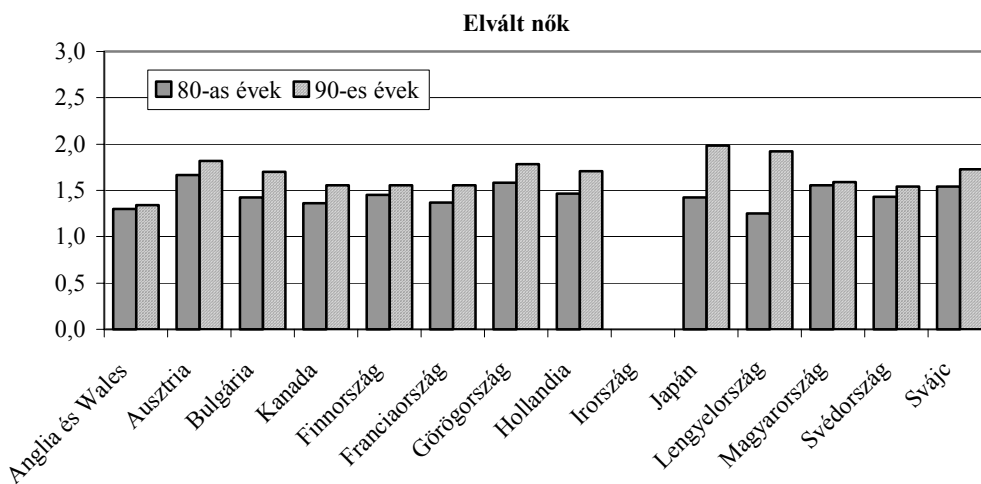
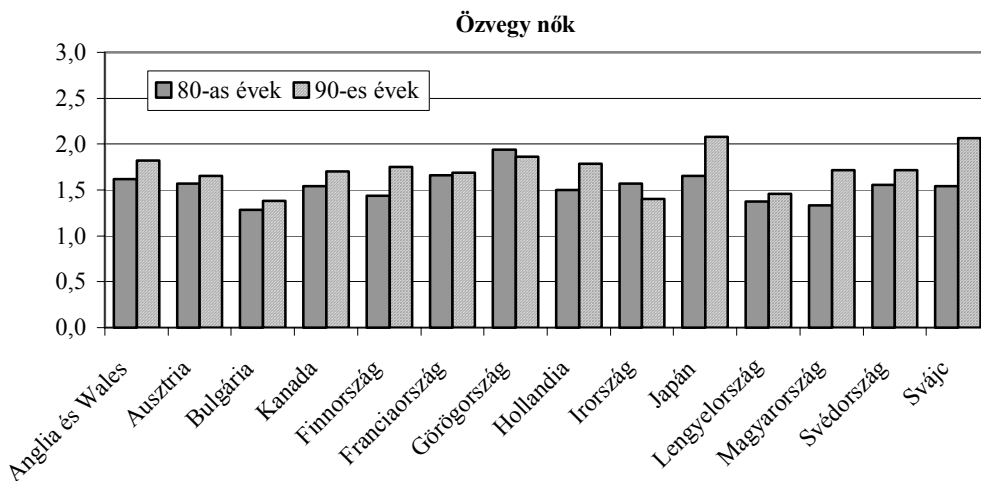
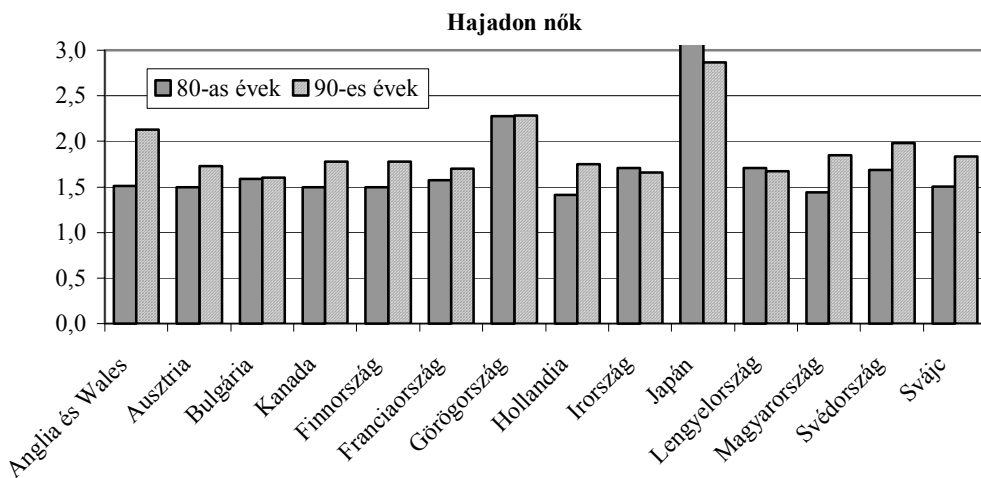
4/b. ábra
 Nem házásokra vonatkozó standardizált halálozási hányadosok a házásokhoz
 viszonyítva a kilencvenes években, különböző országokban



5/a.–5/c. ábra
 Standardizált halálozási arányok a házasokhoz viszonyítva a nyolcvanas
 és kilencvenes években, különböző országokban



5/d.–5/f. ábra
 Standardizált halálozási arányok a házásokhoz viszonyítva a nyolcvanas
 és kilencvenes években, különböző országokban



A különféle nem házas csoportok mortalitási esélyeinek változása a nyolcvanas és a kilencvenes évtizedben Magyarországon

A nem házasok halandósági többletét Magyarországra nézve sokkal részletesebben és megbízhatóbban tudjuk bemutatni, mint az a nemzetközi gyakorlatban megszokott, minthogy a *Demográfiai évkönyv* évente közli a különböző családi állapotú elhunytak számát és korcsoportos halálozási rátáit. Mi itt az 1981 és 2000 közötti időszakra vonatkozó, 5 éves korcsoportokat átfogó bontásban közölt korszpecifikus halálozási rátákat használtuk fel. A szükséges kisebb korrekciók elvégzése után a korcsoportos ráták házasságokhoz viszonyított értékeit, illetve azoknak hároméves átlagait elemezzük majd.¹⁸ A szóban forgó két évtized tendenciáit az 1981–83-as és az 1996–98-as periódusok átlagai közötti különbségek révén fogjuk érzékeltetni.

Előzetesen feltételeztük, hogy a megelőző évtizedhez képest a kilencvenes években a nőtlenek többlethalálózása csökkent, hiszen ebben az időszakban növekedett a házasságkötés nélkül együtt élők száma. Meglepetésünkre nem ez történt (6/a. ábra). A vizsgált közel húsz év során elsősorban a fiatalabb nőtlenek relatív halálozási esélyei növekedtek. A halálozási esélyek szinte minden korcsoportban magasabbak voltak, mint 1981–83-ban, ezen belül is kiugróan magasak az 50–59 éves férfiak körében.

A nyolcvanas évek eleje és a kilencvenes évek vége között nem változott a nőtlenek relatív halálozási esélyeinek életkor szerinti mintája. A legnagyobb többlet a fiatalabb korosztályokban mutatkozott: a 35–39 évesek esetében 3,0–3,5-szeres a nőtlenek házasságokhoz viszonyított mortalitása. A két halálozási ráta hányadosa az idősebb korosztályok felé haladva folyamatosan csökken, s az igen idősök (80 évesek és idősebbek) körében már megközelíti az 1,00-et, azaz ebben a generációban a házas és a nőtlen férfiak halálozási esélyei kiegyenlítődnek.

A megfelelő nemzetközi adatokat – kevésbé finom bontásban – a 7/a. ábrásor mutatja be. A magyarországi trendeket a más országokban tapasztalhatóakkal összevetve úgy értékelhetjük, hogy a különbségek hazai növekedése egyáltalán nem kivételes jelenség. Igaz, ez az irányzat inkább a fiatalabb korosztályokra jellemző, de számos olyan ország is van, ahol a 35–65 évesek halálozási többlete (is) emelkedett.

A soha házasságot nem kötött nők halálozási esélyeiről – az imént a nőtlen férfiakra alkalmazott érvelést követve – szintén azt gondoltuk, hogy az 1990-es évek során közelítenek a házasokéhoz. Az adatok nem jeleznek ilyen tendenciát. A hajadonok halálozási többlete a fiatalabb korosztályokban 150% körül alakult. Ez a mérték az életkor

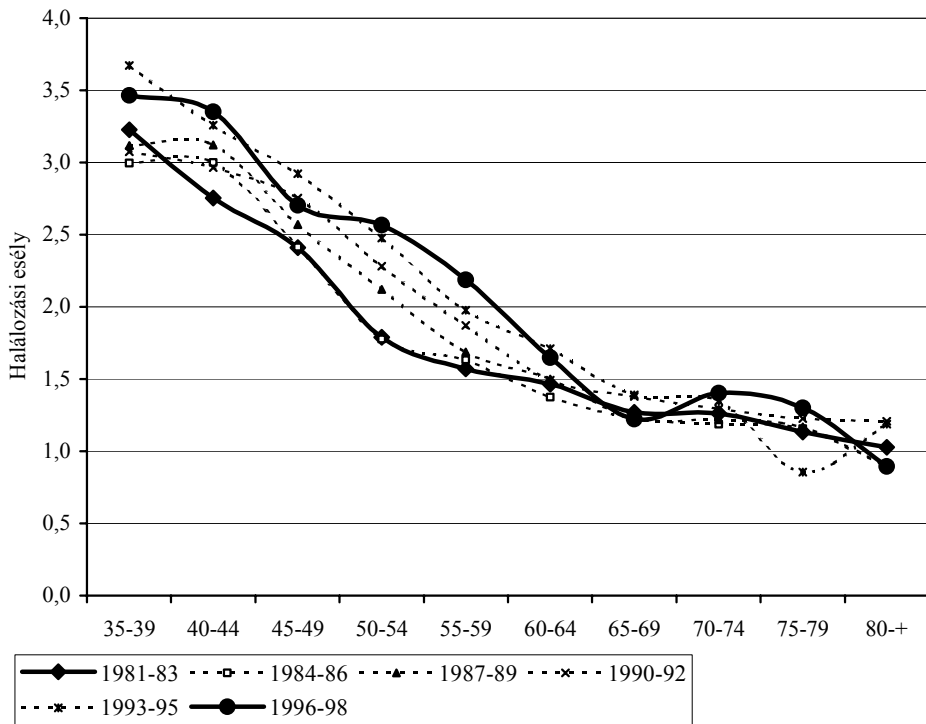
¹⁸A korcsoportos ráták segítségével számítottuk ki a standardizált halálozási arányokat (1. ábra), illetve az ezen alapuló relatív standardizálási arányokat (2. ábra). A standardizálást a 35 évesnél idősebb népesség kormegoszlására vonatkozóan végeztük el.

növekedtével fokozatosan csökken, de a kilencvenes években még a 75–79 évesek körében is 50% körüli.

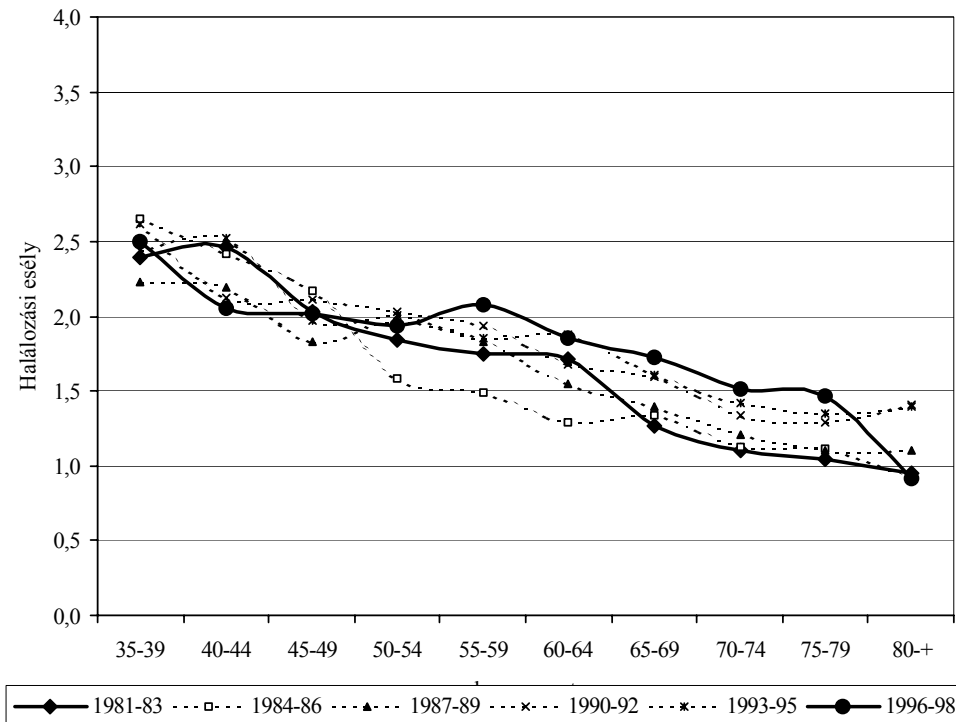
A relatíve nagyobb mortalitás a nyolcvanas és a kilencvenes évek során a hajdon nők szinte minden korcsoportjában – ha nem is feltűnően, de – karakterisztikusabbá vált. Halálozási többletük korcsoportos mintázata a vizsgált időszak alatt csak kismértékben változott. Az idősebb korosztályra érvényes magyar trendet más országokéval összehasonlítva meredekebbnek, de nem egyedülállónak lehet minősíteni.

A nem házasok másik nagy csoportját szintén nemenként elkülönítve elemezzük.

6/a. ábra
 Nőtlen férfiak halálzási esélyei korcsoportonként a házasokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házasok = 1,0)



6/b. ábra
 Hajadon nők halálzási esélyei korcsoportonként a házasokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házasok = 1,0)



7/a. ábra
*Nőtlen férfiak halálozási esélyei a házasokhoz viszonyítva korcsoportonként
a nyolcvanas és kilencvenes években, különböző országokban*

7/a. ábra folytatása

Az özvegy férfiak halálozási mintái 1981–83-ban még igen hasonlítottak a nőtlenekére. 1990 után viszont – a már korábban megjelent tendenciák felerősödéseként – a legtöbb korcsoportban az esélykülönbség rohamos növekedése következett be: míg 1981–83-ban a 35–39 éves özvegy férfiak mortalitása hozzávetőleg 2,5-szerese volt házas kortársaiénak, 1996–98-ra ez a szorzó 13-ra emelkedett. Az elhalálozási esély minden korosztályban nőtt, a 60 évesnél fiatalabbak körében jelentősnek tekinthető mértékben.

A 35–39 évesekre vonatkozó adatok azonban félrevezetőek, hiszen mindössze 40–50 haláleset számbavételén alapulnak. Inkább méltó a figyelemre a 40–44 évesek körében tapasztalt, szintén igen magas, hétszeres arány. Az abszolút számok egybeveté-

se alapján megállapítható, hogy ez az aránynövekedés nem írható kizárólag a legkézenfekvőbbnek tekintett ok, a baleseti halálozás emelkedésének számlájára.¹⁹

Adataink alapján valószínűsíthetjük, hogy a fiatalabb (65 éven aluli) korosztályhoz tartozó özvegy férfiak házasságokhoz viszonyított növekvő mortalitásában a közlekedési baleseteken túl más okok is szerepet játszottak. Elsősorban a kilencvenes évtized folyamán bekövetkezett jelentős egészségromlásukra kell itt gondolni.

A magyar és a nemzetközi adatokat egybevetve (9/a. ábra) megállapítható, hogy a fiatal özvegy férfiak halálozási többlete majdnem minden országban nőtt. Ez a változás azonban elsősorban a nagyon fiatalokat (25–34 éveseket) érinti. A halálozási többlet olyan mértékű emelkedése, amelyet Magyarországon a 45–54 éves özvegy férfiak körében lehetett tapasztalni, egyetlen más országban sem következett be.

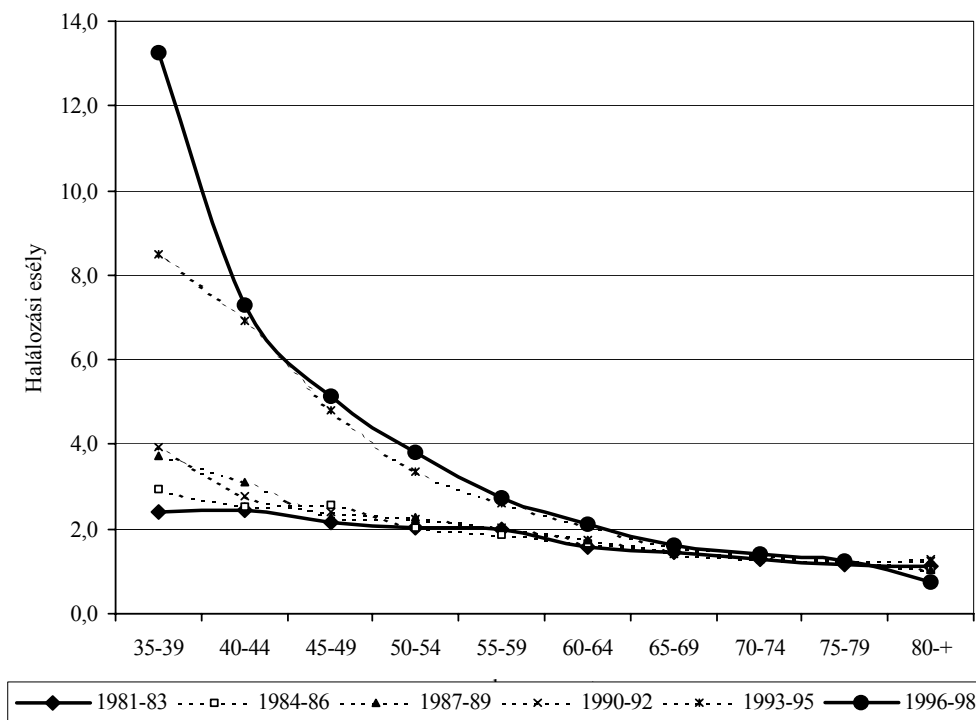
1981–83 és 1996–98 között az özvegy nők házasságokhoz viszonyított mortalitása minden korcsoportban romlott – nagyon erőteljesen a fiatalabbakéban és kevésbé erőteljesen az idősebbekében (8/b. ábra). A 35–39 éves korcsoportról határozottan nem állíthatunk, minthogy a szintemelkedés mögött csak néhány tucat haláleset áll. Ugyanakkor a 40–44 évesek korcsoportjára nézve már biztosan igaz, hogy a növekmény nagy része nem közlekedési balesetektől adódott.²⁰ Az özvegy nőknek az elmúlt húsz év, de azon belül is kivált az utóbbi tíz év során megnövekedett halálozási esélyei egészségi állapotuk relatív romlására utalnak.

A nemzetközi összehasonlításból ugyanakkor kitűnik (9/b. ábra), hogy a kilencvenes években a magyarországi özvegy nők halálozási mintái hasonlatossá váltak az európai modellhez. Mindezek fényében a korábbi, a nyolcvanas éveket jellemző helyzetet tekinthetjük más országokhoz viszonyítva kedvezőnek, míg a jelenlegi állapotot csupán átlagosnak.

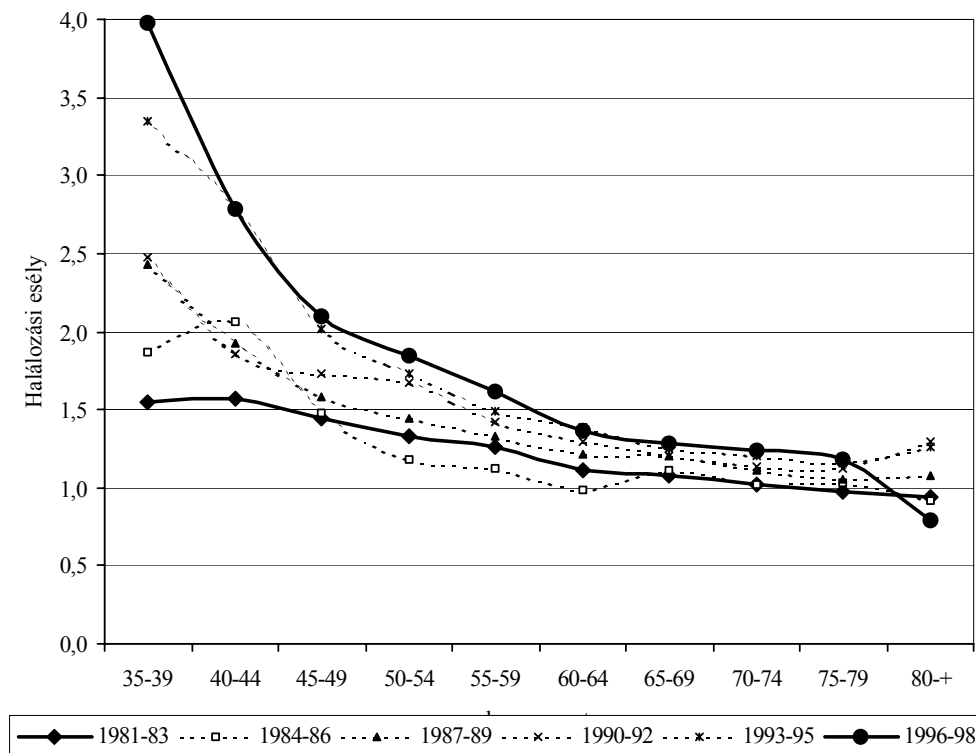
¹⁹Ha az adott korosztályokban összevetjük a balesetben elhaltak számát az özvegyen meghalt férfiak számával, arra jutunk, hogy majdnem minden özvegy férfinak közlekedési balesetben kellett volna meghalnia, illetve majdnem minden motorosjármű-balesetben meghalt férfinak özvegynek kellett volna lennie ahhoz, hogy a többlethalálozás növekedését a járműbalesetek számának emelkedésével magyarázhatjuk. Finomabb elemzés nélkül is valószínűsíthető tehát, hogy az özvegy férfiak többlethalálása más okokból is emelkedett.

²⁰A 40–44 éves nők korcsoportjában az összes e korosztályban közlekedési baleset miatt elhalálozott nő (aki természetesen nem mind özvegy családi állapotú volt) esetét ideszámítva sem lehetett volna a valójában megmutatkozott halálozási esélynövekedést „elérni”.

8/a. ábra
 Özvegy férfiak halálzási esélyei korcsoportonként a házásokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házások = 1,0)



8/b. ábra
 Özvegy nők halálzási esélyei korcsoportonként a házásokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házások = 1,0)



9/a. ábra
Özvegy férfiak relatív halálzási esélyei a házásokhoz viszonyítva korcsoportonként a nyolcvanas és kilencvenes években, különböző országokban

9/a. ábra folytatása

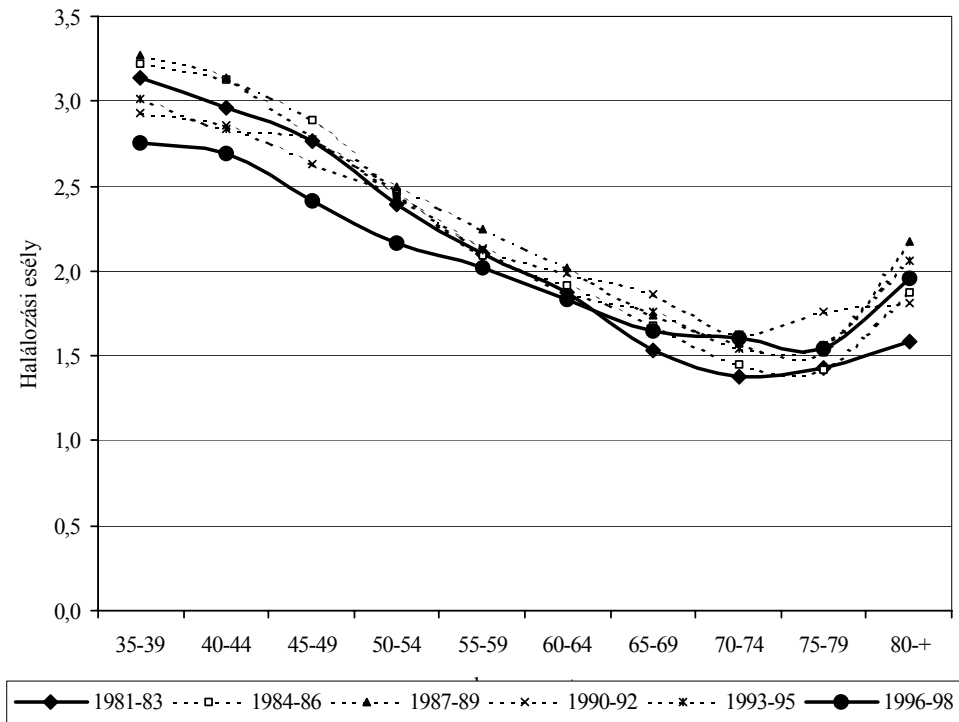
9/b. ábra
*Özvegy nők relatív halálási esélyei a házasokhoz viszonyítva korcsoportonként
a nyolcvanas és kilencvenes években, különböző országokban*

9/b. ábra folytatása

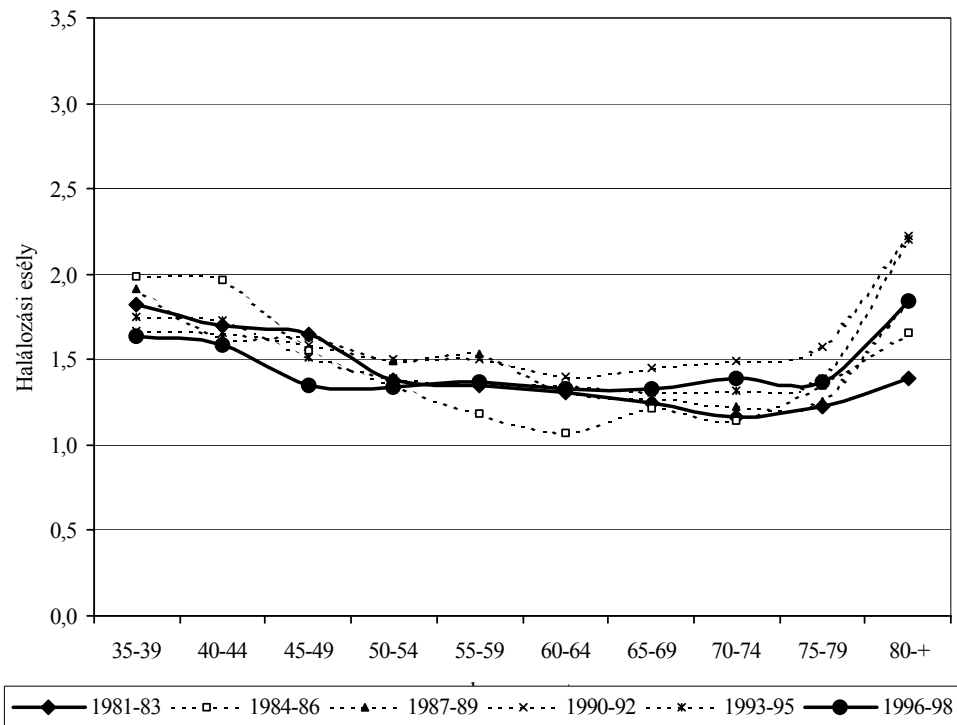
A nyolcvanas évek eleje és a kilencvenes évek vége között megváltozott az elvált férfiak halandósági többletének korosztályos szerkezete. Magyarországon a fiatalabb korosztályokban (a legfeljebb 50–54 évesek között) csökkent, az idősebb korosztályokban viszont emelkedett a mutató (10/a. ábra). Ugyanakkor igen sok országban éppen fordítottak a tapasztalatok (11/a. ábrásor). A korcsoportos összevetés alapján az elvált férfiak halandósági többletének alakulása tehát szerencsésebb, mint amelyet *Hajdú, McKee és Boján* korábbi elemzése alapján várhattunk volna. A nemzetközi trendekkel ellentétes irányú változások ugyanakkor magyarázatot igényelnek.

Az elvált státus a nők minden korosztályában a házasokénál magasabb halálzással jár együtt, ugyanakkor a különbség nem olyan nagy, mint a férfiak körében, és a korcsoporttól sem függ annyira egyértelműen (10/b. ábra). A mortalitás családi állapottal összefüggésbe hozható különbségei ugyan párhuzamosan csökkennek az életkorral (a fiatalabbak, a 35–39 évesek körében tapasztalható 60–80%-os többlethalálozás 20–40%-ra mérséklődik), ugyanakkor ez a jelenség már az 50 évesek korcsoportjában kimutatható, és az ennél kevéssel idősebbek között sem változik. A legkorosabbak, azaz a 80 évesnél idősebbek körében a házasokhoz viszonyított halálozási különbségek ismét megnőnek.

10/a. ábra
 Elvált férfiak halálzási esélyei korcsoportonként a házásokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házások = 1,0)



10/b. ábra
 Elvált nők halálzási esélyei korcsoportonként a házásokhoz viszonyítva,
 1981–83 és 1996–98 között (házások = 1,0)



11/a. ábra
Elvált férfiak relatív halálozási esélyei a házasokhoz viszonyítva korcsoportonként
a nyolcvanas és kilencvenes években, különböző országokban

11/a. ábra folytatása

1981–83 és 1996–98 között az elvált nők fiatalabb korosztályaiban (az 55 évnél fiatalabbak között) a halálozási esélyek – ha csekély mértékben is – viszonylagosan javultak, a 65 évnél idősebbek körében azonban romlottak.

A nagyon idős elvált asszonyok házasokhoz viszonyított többlethalálózása a nyolcvanas és a kilencvenes évek közepe között több országban is emelkedett a magyarországihoz hasonló vagy azt meghaladó mértékben, ugyanakkor – a Magyarországon tapasztaltnal szemben – csak nagyon kevés országban csökkent a fiatalabb elváltak körében. A hazai fejlemény – ha nem is javította számottevően az elvált nők halálozási helyzetét – pozitív jelként értékelhető.

Összességében tehát a nem házasok többlethalálózásának magyarországi trendje a legtöbb aspektusból a másutt ismert irányzatokat követi. Csupán a középkorú özvegy férfiak adatai extrémek nemzetközi összehasonlításban, bár az egyedülállók és az elváltak mor-

talitása sem nevezhető tipikusnak. A családi állapot és a halálozás magyarországi kapcsolatára vonatkozó kutatásoknak ezért elsősorban a fiatal-középkorú özvegy férfiak, illetve tágabb értelemben véve a nem házas férfiak problémáját lenne érdemes a középpontba állítani. Nemzetközi összehasonlításunkban ugyanakkor a nem házasok többlethalálózását mindvégig a házasok halálozásának viszonyában vizsgáltuk. Minthogy azonban Magyarországon az utóbbiak mortalitása is igen magas, az arány mint mérce bizonyos értelemben megtévesztő. Annak ellenére, hogy Magyarországon a nem házasok többlethalálózása relatív értelemben véve hasonló mértékű, mint amit más országokban lehet tapasztalni, az abszolút értelemben vett különbségek nagysága miatt ezek az „átlagos” különbségek az egészségi állapotot és az életesélyeket tekintve olyan mértékű hátrányokat takarnak, amelyekre megkülönböztetett figyelmet érdemes fordítani.

Irodalom

- Burgoa, M.–Regidor, E.–Rodroíguez, C.–Gutierrez, J. L. (1998): „Mortality by cause of death and marital status in Spain”, *European Journal of Public Health*, 8: 37–42.
- ENSZ (1988): *Demographic Yearbook*, 1985. New York: United Nations.
- ENSZ (1998): *Demographic Yearbook*, 1995. New York: United Nations.
- Fu, H.–Goldman, N. (1997): „Incorporating Health into Models of Marriage Choice: Demographic and Sociological Perspective”, *Journal of Marriage and Family*, 58.
- Goldman, N.–Koreman, S.–Weinstein, R. (1995): „Marital Status and Health among the Elderly”, *Social Science and Medicine*, 12: 1717–1730.
- Gove, W. R. (1973): „Sex, marital status and mortality”, *American Journal of Sociology*, 79: 45–67.
- Hemström, Ö. (1996): „Is Marriage Dissolution Linked to Differences in Mortality Risk for Man and Women?”, *Journal of Marriage and the Family*, 58: 366–378.
- Hajdú, P.–McKee, M.–Boján, F. (1995): „Changes in premature mortality differentials by marital status in Hungary and in England and Wales”, *European Journal of Public Health*, 5: 259–264.
- Hu, Y.–Goldman, N. (1990): „Mortality Differentials by Marital Status. An International Comparison”, *Demography*, 233–250.
- Joung, I. M. A.–Glerum, J. J.–van Poppel, F. W. A.–Kardaun, J. W. P. F.–Mackenbach, J. P. (1996): „The contribution of specific causes of death to mortality differences by marital status in the Netherlands”, *European Journal of Public Health*, 1421–149.
- Joung, I. M. A.–Stronks, K.–van de Mheen, H.–van Poppel, F. W. A.–Mackenbach, J. P. (1997): „The Contribution of Intermediary Factors to Marital Status Differences in Self-Reported Health”, *Journal of Marriage and the Family*, 59: 476–490.
- Klinger András (2001): „Halandósági különbségek Magyarországon iskolai végzettség szerint”, *Demográfia*, 3–4: 227–258.
- KSH (1982): *Demográfiai Évkönyv*, 1981. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH (2001): *Demográfiai Évkönyv*, 2000. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Martikainen, P.–Valkonen, T. (1996): „Mortality after death of spouse in relation to the duration of bereavement in Finland”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 261–268.
- Mackenbach, J. P. (1993): „Inequalities in health in The Netherlands according to age, gender, marital status, level of education, degree of urbanization and region”, *European Journal of Public Health*, 3: 112–118.

- Rosengren, A.–Wedel, H.–Wilhemsen L. (1989): „Marital Status and Mortality in Middle Aged Swedish Men”, *American Journal of Epidemiology*, 129: 54–64.
- Schaefer, C.–Quesenberry, C. P. Jr.–Wi, S. (1995): „Mortality Following Conjugal Bereavement and the Effects of a Shared Environment”, *American Journal of Epidemiology*, 1142–1152.
- Valkonen, T. (2001): „Trends in marital status differences in mortality”, In: *Vallin–Meslé–Valkonen* (szerk.): *Trends in mortality and differential mortality*. Population Studies, 365. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Waldron, I.–Hughes, E.–Brooks, T. L. (1996): „Marriage Protection and Marriage Selection – Prospective Evidence for Reciprocal Effects of Marital Status and Health”, *Social Science and Medicine*, 1: 112–123.
- Watson, P. (1995): „Explaining rising mortality among men in Eastern Europe”, *Social Science and Medicine*, 923–934.

Társadalmi rétegződés, társadalmi folyamatok és a halálozások ok szerinti elemzése

Kovács Katalin

Az az igény, hogy a mortalitási elemzések ne csak arra terjedjenek ki, hogy a halálozás szintje magas-e vagy alacsony bizonyos országokban, területeken vagy társadalmi csoportokban, hanem az okok is vizsgálat tárgyává váljanak, egy időben alakult ki magukkal a mortalitás-elemzésekkel. Bizonyos fertőző betegségek mortalitási arányszámainak vizsgálata hozzájárult a betegség kóroktanának megértéséhez, később pedig a nem-fertőző betegségek okozta halálozások elemzése a különféle rizikófaktorok, köztük az életmódelemek és a környezeti ártalmak azonosításában bizonyult hasonlóan hasznosnak. Az egészségpolitikai tervezés számára ugyancsak szükségesek a halálozások ok szerinti megoszlására vonatkozó mutatók. De lehet-e vajon hozadéka a halálozások ok szerinti elemzésének a szociológiai kutatásokban?

Ha a halálokok teljes spektruma nem is áll a szociológiai kutatások érdeklődésének fókuszában, bizonyos halálokok vizsgálatának tiszteletre méltó tradíciója van. *Durkheim* óta magától értetődő, hogy az öngyilkosság nem biológiai jellegű jelenség, hanem a lehető legszorosabb kapcsolatban áll a társadalom normarendszerével, szerveződésével és a társadalmi gyakorlatokkal. Vannak más halálokok is, amelyek esetében nyilvánvaló, hogy a haláleset oka nem biológiai, hanem társadalmi és/vagy pszichológiai természetű, így nem meglepő, hogy a baleseti vagy például a gyilkossági ráták alakulásának magyarázatában is használatosak szociológiai jellegű okfejtések.

Az már nem ennyire nyilvánvaló, hogy van-e kapcsolat más betegségek, például a szív- és érrendszeri betegségek vagy a rákos megbetegedések okozta halálesetek gyakorisága és a társadalmi környezet, társadalmi folyamatok között. A kérdéskör elsődleges gazdájává az utóbbi évek során a szociál-epidemiológia vált. Ennek a kutatási irányzatnak az aktivitása jelentős részben éppen arra irányult, hogy tisztázza a fizikai, társadalmi és mentális környezeti tényezők befolyásának jelentőségét azoknak a halálokoknak az esetében is, amelyek esetében a társadalmi okság nem annyira szembetűnő. Ezeket a törekvéseket sokszor koronázta siker. Ma már több halálokot, halálteki csoportot tudunk kapcsolatba hozni környezeti, társadalmi és pszichológiai jelenségekkel, más halálokok esetében pedig, ha nem is bizonyított, de valószínűsíthető az összefüggés.

A szociál-epidemiológiai irodalom elsősorban az egyes halálokokat állítja középpontba, és azok előfordulását vizsgálja kiválasztott társadalmi indikátorok függvényében. Írásunkban fordított logikát követünk: az irodalom korántsem teljes bemutatása

során társadalmi jelenségeket, illetve folyamatokat állítunk középpontba, s ezekhez tár-
sítjuk azokat a halálokokat, amelyek az utóbbi évek kutatásai szerint az adott társadalmi
jelenséggel kapcsolatba hozhatók.

Mielőtt azonban az irodalom ismertetésére rátérnénk, kitérünk a halálozás ok
szerinti vizsgálatát nehezítő, általános érvényű, technikai problémákra.

A halálteki regisztráció néhány sajátossága

A halálokokat a „Betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO/ICD¹) rendszer alapján
kódolják. A BNO-t rendszeresen, hozzávetőleg tízévenként vizsgálják felül, amikor az
időközben szofisztikáltabbá és pontosabbá váló diagnosztika követelményeinek és az
egyed betegségek gyakoriságában megjelenő változásoknak megfelelően átalakítják. A
legfrissebb változat a 10. revízió. A revíziók számos akadályt gördítenek a nemzetközi
összehasonlító vizsgálatok útjába, hiszen az egyes országok a BNO újabb és újabb reví-
zióit nem ugyanabban az időben vezetik be.

A revíziók okozta technikai – és az esetek többségében áthidalható – probléma-
kon túl fontos megjegyezni, hogy a halálteki klasszifikációban semmiféle „társadalmi”
logika nem jelenik meg. A BNO rendszer három, egymástól különböző megközelítés
kompromisszuma: kialakulásában a betegségekről való gondolkodás történetéből fakadó
etiológiai (ok szerinti) szempontok illetve a lokalizáció (a halálhoz vezető rendellenes-
ség testen belüli elhelyezkedése) diktálta logika egyaránt szerephez jutott. Jó például
szolgálhat a tumorok halálteki kódolása: a tumorok összessége mint nagy halálteki cso-
port inkább történetileg azonos etiológiájúnak tekintett betegségek kategóriája, ennek a
nagy csoportnak az alkategóriái viszont lokáció szerint rendezettek (például: hasnyálmí-
rigy rák). Bizonyos nagyobb halálteki kategóriák („főcsoportok”) viszont kifejezetten a
lokalizációs szemlélet nyomát tükrözik (például a „légzőrendszer betegségei” vagy
az „emésztőrendszer betegségei” halálteki főcsoportot említhetjük). Ezért, néhány nyil-
vánvaló kivételtől eltekintve, a társadalmi folyamatok és az ok-specifikus halálozás kö-
zötti esetleges összefüggések korántsem nyilvánvalóak és csak interdiszciplináris kuta-
tások hosszú sora segítségével tárhatók fel.

Ha sikerülne is a biológiai és társadalmi tényezők közötti kölcsönhatások felfe-
dése, az empirikus kutatásnak további nehézségekkel kell szembenéznie. A szociológia
mérés problémáit most nem említve, a halálokok megállapításánál számos pontatlanság-
ra kell számítanunk. Az ok-specifikus vizsgálatokkal kapcsolatos bizonytalanságok el-
sődleges oka régebben az volt, hogy bár az Egyesült Nemzetek Szervezetéhez tartozó
országok a halálokokat már több évtizede elvileg egységesen, a World Health

¹ International Classification of Diseases and Related Symptoms.

Organization (WHO) ajánlásai alapján állapítják meg, azok többé-kevésbé egységes kódolása még ma is csak a fejlett országokban tételezhető fel. Mi több, a fejlett országokra vonatkozóan is ismeretes, hogy különféle „diagnosztikus divatok”² nem csak az egyes országok között, de még azokon belül is jelentős befolyást gyakoroltak arra, hogy a halált előidéző – általában igen komplex – kondíciókból melyeket tekintenek a halált előidéző okoknak, illetve azokat hogyan rangsorolják. Azok a mortalitás-elemzések, amelyek vizsgálódásuk körébe társadalmi tényezőket is bevonnak, általában csak az első helyen kiemelt halálokat veszik figyelembe, ami különlegesen érzékennyé teszi az eredményeket azokra az eltérésekre, amelyek a halál oka történet komplexitásából a halált okozó ok kiemelésében megmutatkozhatnak (*Ashley–Devis 1992*). Ezért a halandóság térbeli vagy időbeli ok-specifikus összehasonlítását hosszú ideig nem tartották meg-alapozottnak.

Empirikus kutatási eredmények alapján ma már megítélhető a halál oka regisztráció megbízhatósága. A WHO kezdeményezésére a nyolcvanas években „példa-eseteket” kódoltattak különböző nyugat-európai országokban dolgozó patológus orvosokkal, és az így kapott eredményeket a Világszervezet szakértőinek kódjaival hasonlították össze. Ennek alapján megállapíthatóvá vált, mely halál oka csoportok diagnosztizálása tekinthető a nemzetközi gyakorlatban többé-kevésbé egységesnek. A vizsgálat eredményei szerint a tumoros betegségek halál oka kategorizációja az esetek hozzávetőleg 90%-ában egyöntetű, ugyanakkor a lokalizáció megjelölésének pontossága ennél jóval alacsonyabb volt³. Az esetek 80–90%-ában egységesnek bizonyult a szívbetegségek besorolása is, a részletesebb kategorizációt tekintve azonban az egyes országokban dolgozó orvosok kódjai közötti eltérések itt is nagyobbak voltak. Voltak olyan nagyobb halál oka csoportok, amelyek kódolását egészében véve igen bizonytalannak találták: ilyen például az úgynevezett felső légúti betegségek csoportja. (*Kelson et al. 1983; Kelson et al. 1987*).

Az empirikus kutatási eredményeken túl a halál oka besorolás bizonytalanságaira utal még az „Y” típusú halál okok előfordulásának konzekvens, és úgy tűnik, nemzetközi szakmai konszenzuson alapuló látszólagos hiánya – ebben a csoportban kellene

² A nemzetközi szabályok szerint a halálozási adatlap öt, különféle szempontból fontos betegséget rögzíthet. A halál okok megállapítása tehát voltaképpen egy – a halott személyre vonatkozó – részletes orvosi diagnózis felállításának felel meg.

³ A magyarországi rákbetegségeket tekintve 2002-re van részletes információnk. Azoknak a tumoroknak az esetében, amelyek elsőként valamely gyógyító intézményben, később pedig a patológián is diagnosztizálásra kerültek, a két különböző helyen megállapított BNO-kód csupán az esetek 88,2%-ában bizonyult azonosnak (*Gaudi 2003*).

ugyanis megjeleníteni azokat a haláleseteket, amelyek orvosi műhiba miatt következtek be⁴. Ilyen kód alá sorolt haláleseteket minden országban csupán elvétve lehet találni.

A magyar halálozási adatok tekintetében okkal feltételezhető, hogy a „megbízható” és a „kevésbé megbízható” kategóriák hasonlóak, mint Európa más országaiban. Az automatikus haláloki kódolás mind szélesebb körű bevezetésével a kódolás helyi divatokból adódó bizonytalanságai jelentős mértékben csökkennek majd, így a nemzetközi összehasonlítások biztosabb alapokra épülhetnek.

A haláloki kategorizáció pontosságára vonatkozó vizsgálatokból adódó általános – bár nem mindig követhető – szabályként fogalmazható meg, hogy minél tágabb halál-oki kategóriát használunk, annál nagyobb a megbízhatóság. A szívbetegségek kisebb alcsoportjai közötti megkülönböztetés például gyakran esetleges, ennek megfelelően a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás együtt kezelve jobban elemezhető és magyarázható, mint a szívbetegségekben belüli nagyon részletes halál-oki kategóriák szerint halálozás. Ugyanakkor szociológiai orientációjú elemzésekben is zavart okozhat a biológiailag különböző etiológiájú betegségekhez kötődő halálokok együttes kezelése: a tumoros megbetegedések okozta halálozásokat ezért ritkán érdemes egységes csoportként kezelni.

Szegénység, depriváció, hátrányos társadalmi helyzet

A szegénység és a depriváció valamint a különböző halálokok gyakorisága közötti összefüggések kutatása egy szélesebb, a társadalmi egyenlőtlenségek és a halálokok közötti kapcsolatok általánosabb kutatási területébe ágyazódó kérdéskör. A terjedelmi kötöttségekre tekintettel tanulmányunkban az áttekintő jellegű tanulmányok ismertetésére korlátozódunk.

Az Egyesült Államokra vonatkozóan a szegénység és a különféle ok-specifikus halálozás kapcsolatát illetően részletes, áttekintő jellegű, csoportosított adatokat elemző tanulmány áll rendelkezésre (*Davey Smith et al. 1996*, idézi *Davey Smith et al. 2001*). A mérvadó közlemény szerint a szegényebb területeken az AIDS, a diabetes, a reumatikus szívbetegségek, a szívelégtelenségek, az idült légúti betegségek, a tüdőgyulladás, az influenza, valamint az emberölések miatti halálozás haladta meg a legnagyobb mértékben a jobb módú területeken tapasztalható halálozások mutatóit. A társadalmi egyenlőtlenségekhez kötődő halálozási egyenlőtlenségek tehát e betegségeket tekintve mutattak a legmagasabbnak.

⁴ Pontosabban az Y40-Y84 kódok alá sorolt halálokról („Az orvosi kezelés szövődményei”) van szó.

Ennél kisebb, mégis jelentős társadalmi grádiens mutatkozott a tüdőrák, a májrák, a vastag- és végbélrák, a fertőző betegségek, a szívkoszorúér-betegségek, az agyvérzés, a májzsugorodás és a balesetek által okozta halálozások mutatóiban.

Mérsékelt, de határozott ugyanez a grádiens a gyomorrák, a veserák, a prosztatarák, a gyomor- és hasnyálmirigyrák, valamint a leukémia esetében. Az előbbieken felsorolt tumorokon túl hasonló gyakoriság-különbségek mutatkoztak az öngyilkosság és az idegrendszer betegségei által okozott halálozások esetében is.

Ugyanakkor a lymphoma, a melanoma és a csonttrák okozta halálozás gyakoriságát tekintve nem mutatkoztak lényeges társadalmi különbségek (*Davey Smith et al. 1996*, idézi *Davey Smith et al. 2001*).

A fenti, igen szabatos megállapítások az amerikai fehér férfiakra és a kilencvenes évek elejére voltak jellemzőek. Más tanulmányok arra figyelmeztetnek, hogy az egyes betegségek relatív gyakorisága – ennél fogva a haláloki arányok is – térben és időben eltérőek lehetnek. A fenti megállapításokat tehát korántsem lehet általános érvényűeknek tekinteni (*Leon 2001*).

Különös eset a légzőszervi rákok (ezen belül is a legnagyobb csoportot képviselő és legszélesebb körben ismert tüdőrák) esete. A tüdőrák elsőszámú rizikófaktora, a dohányzás elterjedtsége történetileg és országonként más és más mintázatot mutat. Néhány országban, köztük Magyarországon, a tüdőrák a magasabb társadalmi státuszú nők körében gyakoribb halálok, mint az alacsonyabb státuszúak között (*Faggiano és munkatársai 1997*). Az országoknak ebbe a csoportjába tartozik még Kolumbia, Görögország, Olaszország és Brazília. A felsorolt országok között vannak olyanok, amelyekben az összefüggés a férfiakra is igaz. Ez a tény önmagában még nem derítene fényt a társadalmi rétegződés és a tüdőrák kapcsolatára. Bizonyos országokban azonban rendelkezésre állnak a tüdőrák-mortalitás társadalmilag csoportok szerinti idősorai, amelyek a korábban látott eredményeket jól értelmezhetővé teszik. Az adatok arról tanúskodnak, hogy a tüdőrák-halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek a dohányzás elterjedtségének húsz-harminc évvel korábbi mintázatát tükrözik, amely nem egyértelműen állítható kapcsolatba a mai társadalmi egyenlőtlenségekkel. A tüdőrák ennél fogva a lehető legkevésbé alkalmas halálok a szegénységgel kapcsolatos mortalitási problémák középpontba állítására. Hasonló végkövetkeztetésre lehet jutni a mellrák és a prosztatatrák esetében is.

A tüdőrákkal legélesebb kontrasztba a tuberkulózis állítható. A tuberkulózis mutatja rendszerint a legerősebb kapcsolatot a kedvezőtlen társadalmi-gazdasági státusszal, és ez az az összefüggés, amely egymástól igen eltérő kultúrákban is – legalábbis a 20. századot tekintve – a leginkább stabilnak bizonyult. A tuberkulózis főbb rizikófaktorainak – rossz lakáskörülmények és nem kielégítő táplálkozás – ismeretében egyáltalán

nem csodálható, hogy a hosszú ideje szegénybetegségként számon tartott tuberkulózis még napjainkban is erőteljesen kötődik a kedvezőtlen társadalmi helyzetekhez. Ezt a teljesen egyértelmű képet csupán bizonyos országokban és átmenetileg zavarta meg a HIV fertőzések magas szintje és a vele hosszú ideig természetesen együtt emelkedő tuberkulózis fertőzések ténye. A tuberkulózis halálozás országonkénti szintje is szoros összefüggést mutat az országok gazdasági fejlettségével (*Leon 2001*).

Hasonló, bár csak több megszorítással értelmezhető kapcsolatban áll egymással a szegénység és a többi fertőző betegség okozta halálozás szintje is.

A baleseti halálozás a legtöbb országban – összhangban a korábban hivatkozott amerikai eredményekkel – szintén erőteljes társadalmi különbségeket mutat, a kedvezőtlenebb társadalmi helyzetű csoportok kárára. Semmiféle általános szabályt nem lehet azonban megállapítani az öngyilkossági halálozás társadalmi különbségeire nézve.

A fejlett országok halálozásában már kisebb jelentőséget játszó, speciális halál-okok után fordítsuk most figyelmünket a legnagyobb jelentőségű halálokok felé. A 20. század kilencvenes éveiben már nem csupán a fejlett országokban, hanem az egész világon a szívkoszorúér-betegségek (CHD) alkotják a leggyakoribb halálloki csoportot, melyet, jelentőségét tekintve, az agyvérzés követ.

A szívkoszorúér-betegségeket – illetve tágabban a szívbetegségeket – a tudományterületet uraló brit irodalom a halálozásban mutatkozó társadalmi egyenlőtlenségek iskolapéldájának tekinti. A szívbetegségekhöz köthető halálozás társadalmi különbségeire vonatkozóan azonban nem rendelkezünk olyan – történetileg és földrajzilag is átfogónak minősíthető – képpel, mint néhány kisebb halálokok (köztük azok, amelyekre korábban kitértünk) esetében. Bizonyos adatok azonban, amelyek ugyan nem a jövedelmi, hanem a foglalkozások szerinti különbségekre vonatkoznak, azt sugallják, hogy a Nagy-Britanniában tapasztalható magas társadalmi különbségek a szívbetegségek vonatkozásában inkább kivételesen nagyok, mint általánosak. A szellemi és a fizikai dolgozók ischémiás szívbetegségekhöz kötődő halálozását összehasonlítva *Kunst (1997)* azt találta, hogy míg a fizikai munkát végzők halálozása az északnyugat- és közép-európai országokban 25–50%-kal haladta meg a szellemiek halálozási szintjét, a dél-európai országokban ilyesfajta különbség nem volt tapasztalható. Ugyanennek a szerzőnek a kelet-európai országokra vonatkozó eredményei azt mutatják, hogy Magyarország e tekintetben is a közép-európai régióhoz tartozik, ahol jelentősek a szívbetegségekben való halálozás társadalmi különbségei. Erre utalnak az iskolai végzettség szerint készült oroszországi (*Shkolnikov et al. 2004*) és magyarországi elemzések (*Klinger 2001*) eredményei is. Az oroszországi mortalitási különbségek hasonlóan bizonyultak a vizsgálatba bevont skandináv országok megfelelő különbségeihez. Magyarországon szintén jelentős egyenlőtlenségek mutatkoznak a CHD halálozásban. A szívbetegségeknek a

halálozások összességében mutatkozó dominanciája a teljes halálozásban jelentkező társadalmi egyenlőtlenségek létrejöttében is érvényesül, bár egyes ritkább halálokok esetében nagyobb halandósági különbség mutatható ki a társadalmi csoportok között.

A szívbetegségek és a társadalmi egyenlőtlenségek kapcsolatát illetően fontos utalni a „betegség-mobilitás” jelentőségére, amelyet kielégítő módon egyedül a szívbetegségek esetében dokumentáltak. A szívbetegségeket – melyek közül gyakran emelik ki az ischémiás szívbetegségeket vagy a szívinfarktust – az északi és a nyugati országokban korábban „manager” betegségeknek tartották, hiszen jóval gyakoribb volt a szellemi, mint a fizikai foglalkozásúak között. Ma már azonban a fizikaiak mutatnak jelentős többlet-halálozást a szívbetegségek szinte minden kategóriájában ugyanezen országokban. A „fordulat” országonként más és más időpontban következett be: az eddig vizsgált országokban valamikor 1950 és 1970 között (*Marmot 1978; Morgeinstein 1980; Vangerö–Norell 1989; Mackenbach et al. 1989; Kawachi et al. 1991*).

A szívbetegségek különféle kategóriáinál egyértelműbb képet sugall *Kunst (1997)* már idézett tanulmánya az agyvérzés okozta halálozás társadalmi különbségeit illetően. Társadalmi pozíció vagy jövedelem szerinti nemzetközi összehasonlító elemzések itt sem állnak rendelkezésünkre, de tudható, hogy a fizikai foglalkozásúak minden országban magasabb stroke-halálozási arányszámokat mutattak az 1980-as években, mint a szellemiek. Bár Dél- és Észak-Európában jóval mérsékeltebbek az agyvérzés okozta halálozásban mutatkozó társadalmi különbségek, mint a kontinens más országaiban, illetve az Egyesült Államokban⁵, az agyvérzés haláloki gyakorisága itt is szorosan kötődik a szegénységhez és a deprivációhoz.

„Átöröklött” szociális hatások: hátrányos társadalmi helyzet kisgyermekkorban

A 20. században uralkodóvá vált betegségstruktúra, amelyet az úgynevezett ember által okozott (más szóhasználatban civilizációs) betegségek túlsúlya jellemez, kikényszerítette a később rizikófaktoroknak nevezett kedvezőtlen hatások vizsgálatát. Az életmód egyes elemeinek (elsősorban az étkezési szokásoknak, az alkoholfogyasztásnak és a dohányzásnak) a vizsgálata először a felnőtt életszakaszra korlátozódott. Hamar világossá vált, hogy a rizikófaktorok hatása időben akkumulálódik, tehát például a szívbetegségek kialakulásának szempontjából különös szerepet játszó elhízottság annál veszélyesebb, minél hosszabb ideig áll fenn. Ennek a gondolatmenetnek a kiterjesztéseként vizsgálták a kisgyermekkorban „rizikófaktorok” szerepét az életesélyek későbbi alakulásában. A kisgyermekkorra vonatkozó megfontolásokat természetesen a csecsemőkorra és

⁵ Az észak- és dél-európai országokban a fizikaiak stroke-halálozásának szintje 15–25%-kal haladta meg a szellemiekét, más országokban ugyanez az arány 50–70%.

a születést megelőző életszakaszra is lehet alkalmazni. A rizikófaktorokon alapuló szemlélet számos esetben azonosított olyan gyermekkori, illetve csecsemőkori veszélyeztető tényezőket, amelyeknek a következményeit – azaz bizonyos betegségek kialakulását – korábban az öröklődés számlájára írták.

A gyermekkori szegénység hatásának kimutatása nehéz, mert a gyermekkori szegénységet sok esetben felnőttkori szegénység követi, és a két időszak hatását nem könnyű elválasztani egymástól. Általános tapasztalat az is, hogy a rizikófaktorok előfordulása „társadalmilag mintázott”. A rizikófaktorok fennállása általában a társadalom hátrányosabb szegmenseiben gyakoribb, de vannak olyan halálokok is, amelyek előfordulásában éppen a legjobb helyzetűekre jellemzőbb rizikófaktoroknak van jelentősége. Példaképpen említhető a mellrák esete: a jobb társadalmi helyzetű családok tagjai általában iskolázottabbak, a nők kevesebb gyermeket szülnek, ami az emlőrák kialakulásának egyik legkomolyabb rizikófaktora. Az egyéni élettörténet során tehát különböző egészségkárosító tényezők különböző mértékű hatásai halmozódnak. Életszakaszonként más-más káros hatások léphetnek előtérbe. A gyermekkori szegénység, a hátrányos társadalmi helyzet hatásának a mérésére tehát csupán olyan – lehetőleg követéses elrendezésű – vizsgálatok alkalmasak, amelyek képesek pontosan rögzíteni a gyermekkori szociális feltételeket és az egyéni élettörténet során a kockázati tényezők (időfüggő) előfordulását. A követési időnek minimum 30, de inkább 50–70 év hosszúságot kellene elérnie. Ezeket a követelményeket ma egyetlen adatfelvétel sem tudja kielégíteni. Az utóbbi években azonban feldolgoztak néhány olyan adatbázist, melyben a megfigyelt személy élettörténetére és apjának – legalább valamely tág kategorizáció szerinti – foglalkozási státuszára vonatkozó információk együttesen állnak⁶ rendelkezésre. Ezek az elemzések – elnagyoltságuk ellenére – meglepő eredményekkel szolgáltak, összefoglalónkat elsősorban ezekre alapozzuk.

A követéses vizsgálatok egyik legfontosabb eredménye, hogy az apa társadalmi státusza alapján feltételezhetően megtapasztalt gyermekkori szegénység hatása bizonyos betegségcsoportokban bizonyítottan növelte a halálozás esélyét, míg más betegségcsoportokat tekintve egy ilyen kapcsolat meglétét egyértelműen el lehetett vetni.

Az apa alacsony státuszával összefüggésben álló ok-specifikus mortalitáson belül a legjelentősebb haláloki csoportnak a stroke bizonyult. Már korábban is ismeretes volt, hogy a rossz jövedelmi viszonyok növelik a magas vérnyomás kialakulásának esélyét a későbbi életszakaszokban (*Kuh–Ben-Shlomo 1997*). Régóta ismeretes az is, hogy a 18–20 éves kori vérnyomás és a későbbi stroke-mortalitás között különösen erős összefüggés mutatható ki (*Pafferbarger–Wing 1967*). Logikus és az élettörténeti kutatások

⁶ Összefoglalónk írásának időpontjában a „West of Scotland Collaborative Study” adatbázisa tesz leginkább eleget a felsorolt követelményeknek.

által bizonyított tehát, hogy a rossz anyagi helyzetben töltött gyermekkor a későbbi stroke-mortalitás esélyének növekedésével jár együtt.

A szülői foglalkozási státusz és a stroke-mortalitás gyakorisága közötti összefüggés kivételesen erős. Míg más betegségek esetében a halálozáskor megfigyelt, vagy az életút során legjellemzőbb (általában a foglalkozás fizikai vagy nem-fizikai természetével jellemezett) társadalmi státusz jelentősen befolyásolta az adott betegséghez kapcsolódó halálozási valószínűséget, az agyvérzés esetén ilyen összefüggést csak akkor lehet megfigyelni, ha – az apa foglalkozásával jellemzett – gyermekkori körülményeket nem vesszük figyelembe. Amennyiben azokat figyelembe vesszük, úgy a fatális kimenetelű betegségek gyakoriságában mindig megmutatkozó társadalmi grádiens eltűnik: a fizikai és a nem-fizikai foglalkozásuk stroke-halálozásának gyakorisága közel azonos szintűvé válik. A fizikai foglalkozású édesapáktól származók stroke-halálozás gyakorisága Skóciában 84%-kal volt magasabb azokénál, akiknek az apja szellemi beosztásban dolgozott. (*Davey Smith–Gunnell–Ben-Shlomo 2001*). Az ismert rizikófaktorok hatásának figyelembevétele lényegesen nem változtatott a relatív kockázat nagyságán. Hasonló eredményre jutottak más adatbázist felhasználó vizsgálatok is (*Hart et al. 2000*).

A stroke-mortalitás kapcsán érdemes megemlíteni a vonatkozó ökológiai típusú vizsgálatokat is. Az élettörténeti megközelítésű kutatások eredményeivel jól összhangba hozhatóak azok az érdekes eredmények, amelyek az anyai halálozás nagysága és a jóval később megfigyelhető stroke mortalitás között mutattak ki kapcsolatot területi szinten (*Barker–Osmond 1987*).

A stroke-mortalitás mégsem tekinthető egyszerűen a gyerekkori szegénység indikátorának, hiszen a stroke túlélésének valószínűsége nagymértékben függ az orvosi ellátás, ezen belül is a sürgősségi ellátás színvonalától, és ezért elsősorban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés jelzőszámaként használják. A most ismertetett kutatási eredmények fényében ez a gyakorlat megkérdőjelezhető.

A daganatos megbetegedések okozta halálozás gyakoriságában mind az országok közötti kulturális különbségek, mind az országon belüli társadalmi különbségek jelentős szerepet játszanak. A társadalmi rétegződés szerinti gyakoriság-különbségek azonban jelentős mértékben függenek a daganat lokalizációs típusától. A daganatos halálokok közül a gyomorrák gyakorisága hozható leginkább kapcsolatba a társadalmi rétegződésben elfoglalt hellyel, s a kapcsolat jellege a legtöbb vizsgált országban hasonló (*Faggaino et al. 1997*). A halálokok és a migráció összefüggésének vizsgálata során az is világossá vált, hogy a gyomorrák kialakulásában a kora gyermekkori életfeltételeknek igen nagy szerepük van. A csoportosított adatokat elemző trendvizsgálatok sem cáfolják ezt a feltevést.

A követéses vizsgálatok tanúsága szerint a felnőttkori gyomorrák-halandságban megfigyelhető társadalmi különbségek valójában a kedvezőtlen gyermekkori életfeltételeket tükrözik. A Skóciára vonatkozó eredmények szerint a képzetlen apák gyermekei között háromszor gyakoribb a gyomorrák előfordulása, mint a magasan kvalifikált szellemi munkát végző apák gyermekei körében (*Davey Smith–Gunnell–Ben-Shlomo 2001*), és a relatív kockázatot lényegesen nagyobb arányban befolyásolta az apa társadalmi pozíciója, mint a vizsgált személy saját helyzete.

Fontos megjegyezni, hogy van számos olyan betegségcsoport is, amelyben – mai tudásunk szerint – a gyermekkori életfeltételeknek nincs kiemelkedő szerepük. Ilyennek bizonyultak például a szívkoszorúér-betegségek, amelyek esetében a gyermekkor szociális feltételei fontos befolyást gyakoroltak ugyan, de jelentőségük mégis eltörpült a felnőttkorban megtapasztalt életfeltételek és a felnőttkort jellemző klasszikus rizikófaktorok jelentősége mellett (*Davey Smith–Gunnell–Ben-Shlomo 2000*).

Szintén nem lehetett világos összefüggést bemutatni az obstruktív légúti betegségek okozta halálozás és a gyermekkori feltételek között: a gyermekkori és a felnőttkori környezeti feltételek bonyolult szövevénye alakítja ki azokat a kockázati tényezőket, amelyek a betegség fatális kimenetelét befolyásolják.

Elvileg kimutatható lett volna a gyermekkori család társadalmi pozíciójának hatása a mellrák esetében (a kevés olyan rákfajta egyike, amelyben sokáig a jobb társadalmi pozíciójúak halálozási mutatói voltak rosszabbak, lásd részletesebben az előzőekben). Az utóbbi időben azonban a korábban megfigyelt társadalmi mintázat megváltozott, valószínűleg a magasabban iskolázottabb nők szűréseken való fokozottabb részvételének köszönhetően.

Az egészségügyi ellátás szerepe – az „elkerülhető” halálokok

Az „elkerülhető”⁷ halálokok összegyűjtésének ötlete először a hetvenes és a nyolcvanas évek fordulóján merült fel. *Rutstein és munkatársai* e témában publikált cikkei egyaránt arra a feltevésre épültek, hogy azok a betegségek, amelyeknek gyógymódja ismert és széles körben hozzáférhető (beleértve azt is, hogy a terápia nem különösen drága), elvileg nem vezethetnének elhalálozáshoz. Az ilyen körbe eső halálesetek száma tehát az egészségügyi ellátás hatékonyságát méri (*Rutstein et al. 1976, 1980*). Közleményükben mintegy 95, a fenti értelemben véve elkerülhető halálokot sorolnak fel, részletes indoklás nélkül. A lista konstrukciójáról annyi ismeretes, hogy a halálokokat egy több tagból

⁷ Az angol nyelvű szakirodalom az „amenable” és „avoidable” terminusokat felváltva használta, napjainkra az „amenable” vált bevetté. A magyar szóhasználatot illetően a Vargáné Hajdú Piroska és Boján Ferenc (1996) által meghonosított hagyományhoz igazodunk.

álló orvosi bizottság osztályozta és minősítette abból a szempontból, hogy az adott kondíció fennállása esetén az egészségügyi ellátás potenciálisan képes-e a halál bekövetkezését megakadályozni. Az elkerülhető halálozási listát felhasználó vizsgálatok eredményei e pillanatban még nem egyértelműek. *Rutstein és munkatársai* eredetileg az amerikai egészségügyi szolgáltatások hatékonyságának mérésére fejlesztették ki halálóki listájukat – a későbbi gyakorlati alkalmazás sikerességéről azonban keveset lehet tudni.

Írásunknak ebben a részében először áttekintjük a halálóki lista alakulásának fejleményeit, néhány fontosabb listát pedig a mellékletben teszünk közzé. A listákhoz megpróbáltunk magyarországi halálozási adatokat társítani, hogy érzékeltessük gyakorlati alkalmazhatóságukat a közelmúlt magyarországi mortalitására vonatkozó vizsgálatokban. A lista alakulásának áttekintése után kitérünk néhány fontosabb, az elkerülhető okok vizsgálata során keletkezett kutatási eredményre.

Az „elkerülhető” halálókokat elemzési eszközként elsőként *Charlton (et al. 1983)* alkalmazta idősorok és területi egyenlőtlenségek vizsgálatában. Az általa használt halálókokat a *Melléklet 1. táblázata* összegzi. Listája – mint később sok más szerzőé is – a Rutstein-féle lista rövidített változata. *Charlton* a *Rutstein* listáján szereplő halálókok közül minden olyan okot felhasznált az elemzésében, amely az 1970–80-as évek fordulóján legalább évi 200 halálesethez vezetett Nagy-Britanniában.

Az „elkerülhető” okok listája az azóta eltelt idő során sem vált egységessé. *Mackenbach és munkatársainak* 1990-ben elkészült áttekintése összesen 11 olyan tanulmányt hasonlít össze, amely a nyolcvanas évek során az „elkerülhető” halálozást vizsgálta (*Mackenbach et al. 1990*). A vizsgált halálókok száma 10 tanulmányban 4 és 35 között alakult, egy tanulmány pedig két, igen bő halálóki csoportot tekintett „elkerülhetőnek”.

Az elkerülhető halálozások listájának egységesítésére tulajdonképpen nem is érdemes törekedni, hiszen a lista tartalmának attól kell függnie, milyen probléma vizsgálatára akarják használni. Az elkerülhető halálozásra vonatkozó tanulmányok egyik típusa – melynek kérdésfeltevése tág értelemben az orvosi ellátás történeti szerepének megítélése – hosszabb időtávon keresztül hasonlítja össze a(z elkerülhető) halálozások gyakoriságának változását. Ezekben a tanulmányokban szükségszerűen szerepel olyan halálókok is, amelyek ma már nem, vagy alig fordulnak elő. Példaképpen említhetjük *Charlton et al. (1983)*, illetve *Boys et al. (1991)* tanulmányait, akik Nagy-Britannia illetve a kelet-európai országok halandóságának hosszabb távú alakulását vizsgálták (a megfelelő listákat a *Melléklet 1. és 2. táblázatában* foglaltuk össze).

A tanulmányok másik típusa elsősorban az egészségügyi ellátás „gyenge pontjainak felfedezésére” koncentrál. Ekkor a halálókok kiválasztásában főképp a vizsgált geográfiai egységre kell tekintettel lenni: az elkerülhető halálókok között különböző

okok dominálhatnak a fejlett, a fejlődő, a nyugat-, illetve a kelet-európai országok vizsgálatokor. *Kennedy és munkatársai (1996)* például – az Egyesült Államokra vonatkozó elemzésükben – igen szűken vonták meg az elkerülhető halálokok körét (*Melléklet 6. táblázat*). Tágabb a *Velkova és Mackenbach (1997)* által használt lista (*Melléklet 7. táblázat*), amelyet a közép- és kelet-európai országokban az egészségügyi ellátás „rovására” írható halálozási hányad összehasonlítására használtak. Ebben a tanulmányban az eredmények – melyekre később még kitérünk – reálisnak tűnnek, ezért ennek a listának az alkalmazása ajánlható a jelen és a közelmúlt halálozási viszonyainak vizsgálatához Magyarországon, illetve a régiókban.

Charlton és munkatársai (1983) az elkerülhető halálozás alakulását Nagy-Britannia egészségügyi régióiban vizsgálták. A 98 területi egységet összehasonlító elemzésben a *Melléklet 1. táblázatában* felsorolt halálokokat tekintették „elkerülhetőnek”⁸, és ezeket összesítve kalkulálták régióként az elkerülhető halálozás szintjét. Kiszámították ezen felül a teljes halálozás, illetve a „nem-elkerülhető” halálozás nagyságát is. A mortalitási adatokat az egyes földrajzi egységekre vonatkozó társadalmi és gazdasági jelzőszámokkal (az autóval nem rendelkező háztartások részaránya, a munkások között a szakmával nem rendelkezők aránya, a háztartások között a bérelt lakásban lakók aránya) próbálták meg „magyarázni”.

A regresszió-elemzés eredményei azt mutatták, hogy bár a szociális körülmények jelzőszámai erősen korreláltak mind az elkerülhető, mind a nem-elkerülhető, mind pedig a teljes halálozással, a teljes halálozással való kapcsolatuk mégis erősebbnek mutatkozott, mint az elkerülhetővel. Lennie kell tehát további olyan faktoroknak, amelyek az elkerülhető csoportba sorolt halálokok – területileg egyébként jelentősnek bizonyult – varianciáját magyarázzák.

A *Charlton és munkatársai* által elvégzett vizsgálatok a maguk idejében komoly visszhangot váltottak ki Nagy-Britanniában. Ennek háttere, hogy akkoriban parázs társadalmi vita folyt az anyai halálozásokkal kapcsolatban. A nyolcvanas évek végén a szülészeti szakma képviselői arra az elhatározásra jutottak, hogy minden egyes szülés kapcsán bekövetkezett halálesetet vizsgálatnak kell követnie, és a vizsgálat eredményeit a szakmai nyilvánosság elé kell tární. Az elkövetett szakmai hibákkal való szembesülés után az anyai halálozás látványosan javult. Az „elkerülhető” halálozások vizsgálta tehát abban az időben egy korábbi probléma kiterjesztésének tűnt, és az ellátás fejlesztésére vonatkozó javaslatokat, távlatosan pedig az egészségügyi ellátás színvonalának javulá-

⁸ A halálteki listát Rutstein eredeti listájának leszűkítésével kapták, de minden egyes kiválasztott haláltekihoz – ellentétben a későbbi gyakorlattal – szakirodalmi referenciákat társítottak, amelyek bizonyították azok gyógyíthatóságát.

sát remélték tőle. Cikkükben maguk a szerzők is hivatkoznak az anyai halálozás területén szerzett tapasztalatokra, ugyanakkor óvatosságra is intenek:

„Igazságtalan lenne egy-egy körzetben az egészségügyi szolgáltatások teljesítményét egyedül az 'elkerülhető halálozás' nagysága alapján megítélni, hiszen ezek az indikátorok csupán arra szolgálnak, hogy vészjelzésként figyelmeztessenek arra, hogy egyes területeken az egészségügyi szolgáltatások esetleg hiányosak, vagy nem kielégítően használhatóak.” (*Charlton et al. 1983: 656.*)

Fontos megjegyezni, hogy ebben a cikkben még nem merül fel az a gondolat, hogy az egészségügyi szolgáltatások konkrét indikátorait az „elkerülhető halálozás” nagyságával kapcsolatba hozzák, ellenkezőleg, éppen a célból próbálják e mortalitási kategória használatát népszerűsíteni, hogy segítségükkel az egészségügyi szolgáltatások teljesítményét, hatásosságát könnyebben értékelhessék annál, ahogyan ez az egészségügyi intézmények és szolgáltatások nagyszámú és komplikált teljesítménymutatóját használva lehetséges.

Az említett cikkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a szerzők az elkerülhető halálozási szint kiszámításakor bizonyos „társadalmi standardizációt” alkalmaztak. Erre a standardizációra azért került sor, mert köztudott volt, hogy a halálozás szintjét egy-egy adott körzet gazdagsága és szegénysége jelentős mértékben befolyásolja. Ugyanakkor az intézményhálózat sűrűsége és minősége is hasonló mintát követhet. A szerzők maguk is megjegyzik, elképzelhető, hogy „túlstandardizálás” történt, azaz az elemzés által kimutatott különbségek a valóságosnál kisebbek. A probléma elméletileg azóta is nyitott: a szegénység és a nem kielégítő egészségügyi ellátás szerepének szétválasztására a bármilyen ok szerinti mortalitás szintjének meghatározásában még nem sikerült egyértelmű receptet találni.

Charlton és munkatársai cikkénél azért is időztünk ilyen hosszan, mert az a későbbiekben igen befolyásosnak bizonyult. Inspirálta például az Európai Unió „Egészségügyi Szolgáltatások Kutatása” programján belül a közösség akkori országaira vonatkozó megfelelő adatok és térképek összegyűjtését. Ennek eredményeként készült el az 1974–78-as időszak halálozási viszonyait bemutató atlasz, amelyet 1988-ban publikáltak (*EC Working Party 1988*). Közel tíz évvel később a Soros Alapítvány támogatásával a megfelelő kelet-európai atlasz is elkészült.

A nyugat-európai atlasz adatait számos elemzés felhasználta. Ezek a tanulmányok jórészt azt a kérdést vizsgálták, tekinthető-e az „elkerülhető” halálozás a nem kielégítő egészségügyi szolgáltatás jelének. A tanulmányokban néhány közös vonás is felfedezhető: a társadalmi és gazdasági jelzőszámokat általában kontrollváltozóként használták – ennek problematikusságáról már a korábbiakban szót ejtettünk –, valamint, nemcsak az „elkerülhető” okokat választották meg egymástól eltérően, de azokat az

indikátorokat is, amelyekkel az egészségügyi szolgáltatásokat kívánták jellemezni. Az „elkerülhetőnek” tekintett halálokok listája tovább komplikálódott, egyesek már bővítettek is *Rutstein* eredeti listáját – ezek közül a bővítések közül a legjelentősebb az „agyi érbetegségek” kategóriájának listára kerülése volt, amelynek érzékeny pontját már érintettük. A későbbi elkerülhető halálozási listákat szemlélve ki kell még emelnünk, hogy teljes bizonytalanság uralkodik a tekintetben, vajon szerepeltessék-e a listán azokat az okokat, amelyek elsősorban az elsődleges prevenció útján befolyásolhatóak. E csoport legjelentősebb „tétele” a tüdőrák.⁹

Az egészségügyi ellátás kiterjedtségének és hatékonyságának mérésére használt indikátorok az ebbe a körbe eső tanulmányok esetében azonban elnagyoltak. Az egészségügyi ellátás hatásosságának komplex mérésére egyetlen komolyabb kísérletet említhetünk: *Jouglá és munkatársai* összegyűjtötték az egészségügyi ellátás minőségét jellemző számos indikátort, amelyeket faktoranalízis segítségével három, az egészségügyi ellátás különböző dimenzióit jellemző faktorra tudtak redukálni (*Jouglá et al. 1987*).

Az elkerülhető halálozás jelentőségére vet fényt *Kunst et al. (1988)* átfogó jelleghű tanulmánya, amely a nyugat-európai halálozási atlasz adatait elemzi. A tanulmány egyaránt vizsgálja a tíz fejlett nyugat-európai országon belüli és az országok közötti különbségeket. A választott területi egység a regionális szint. Ez összességében 360 területi egységet jelent (a régiók népessége a néhány százezertől az egymillióig terjed, kivéve az átlagosan 5,5 milliós német régiókat). Az orvosi ellátottságot a következő mutatók segítségével jellemzi: a 100 000 főre jutó általános orvosok száma, az akut ellátást nyújtó kórházi ágyak száma 1000 lakosra és a 100 000 lakosra eső szakorvosok száma. Az elemzésbe bevonták az atlaszban szereplő néhány társadalmi-gazdasági mutatót¹⁰ is. A tanulmány arra a kérdésre kereste a választ, vannak-e közös minták az „elkerülhető” halálokok előfordulásában. Ez lenne ugyanis az előfeltétele annak, hogy ezeknek a halálozásoknak a magas szintje valóban ellátásbeli elégtelenséget jelezzon. Vizsgálták továbbá azt a hipotézist is, hogy az „elkerülhető” halálozások szintbeli különbségeit eredményesebben lehet megmagyarázni, ha a társadalmi-gazdasági viszonyokat jelző változók mellett az egészségügyi ellátás indikátorait is szerepeltetik a magyarázó változók között. Az is logikusnak tűnt, hogy a jobban megmagyarázott hányadnak nagyobbak kell lennie az „elkerülhető”, mint a teljes mortalitás esetében.

Az elemzés eredményei nem egyértelműek. A felhasznált módszerek (faktoranalízis, korrelációs összehasonlítás, regressziós elemzés) között több olyan is volt, amely

⁹ Az 1990-es évek során született tanulmányokban már nem fordítanak különösebb figyelmet az egyes halálóki kategóriák listán való szerepeltetésének vagy abból való kihagyásának indoklására.

¹⁰ Ezek: a fürdőlehetőséggel rendelkező lakások aránya, az egy szobára eső személyek száma, valamint a 100 lakosra jutó személyautók száma.

„túlérzékeny”-nek bizonyult arra, hogy a régiók száma egyes országokban nagyon alacsony, ezért az eredményeket csak igen óvatosan lehet interpretálni.

Az „elkerülhető” okok együtt járása nem bizonyult túl meggyőzőnek – bár a gyakoriság mérésére alkalmazott rangsor-értékek általában pozitív módon, de gyengén korreláltak.

Ami a második felvetést illeti, a halálozásban megmutatkozó különbségeket a társadalmi-gazdasági különbségek jól magyarázták. A halálozási variancia megmagyarázott részaránya a legtöbb betegségcsoportot és országot tekintve jelentősen növekedett, ha az orvosi ellátás mutatóit is bevonták a magyarázó változók közé. (Fontos kivételként kell megemlítenünk a tuberkulózis esetét: az orvosi ellátás csak Görögországban és Olaszországban mutatkozott jelentős tényezőnek, más országokban a társadalmi és gazdasági változók után bevont egészségügyi ellátás-változók nem növelték a modell magyarázó erejét). Problematikusnak tűnik viszont, hogy az a jobban megmagyarázott hányad, amely az orvosi ellátást jellemző változók bevonása után keletkezett, nem volt nagyobb az elkerülhető halálokok, mint a teljes halálozás esetében. Az orvosi ellátás jelzőszámai és a különféle betegségcsoportok miatti halálozás közötti korreláció pedig sehol sem bizonyult szignifikánsnak.

A szerzők szerint az eredmények interpretációjánál adódó nehézségek egyrészt a régiók különböző méreteiből, illetve néhány országon belül azok kis számából következnek. Felvetik ezen felül azt az általánosabb problémát is, hogy lehetséges-e az egészségügyi ellátás hatékonyságát, kielégítő voltát olyan kapacitás-mutatók segítségével mérni, mint az orvosok vagy a kórházi ágyak száma. A szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy e célból a jövőben sokkal hasznosabb lenne az egészségügyi ellátás elérhetőségére és igénybevételére vonatkozó mutatók bevonása az elkerülhető halálozások vizsgálata során.

Bár a fent részletesen ismertetett eredmények a várakozásokhoz képest valószínűleg csalódást keltenek, az utóbbi évtizedben olyan eredmények is születtek, amelyek azt sugallják, hogy az elkerülhető halálozások elemzése mégiscsak gyümölcsöző lehet. Jelentős különbségeket tárt fel például az elkerülhető halálozás vizsgálata az eltérő kulturális háttérű csoportok között Szingapúrban: ez megalapozhatja azt a következtetést, hogy a helyi egészségügyi reform sokkal erőteljesebben éreztette hatását a kínai lakosság körében, mint a maláj, illetve az indiai népcsoportokban (*Nitti–Ng 2001*). Hasonlóan világossá tette az elkerülhető halálozások elemzése a maori lakosság egészségügyi ellátásának elégtelenségeit a nem-maori csoportokkal szemben Új-Zélandon (*Malcolm–Salmond 1993*).

Különös jelentőséget lehet tulajdonítani az „elkerülhető” halálokoknak a Kelet-Európára vonatkozó elemzésekben is. *Velkova et al. (1997)* az „elkerülhető” halálokok

miatt bekövetkezett halálozások súlyát mutatja be a kelet-európai országokban, kiválógatva a 75 éves korig potenciálisan leélhető élet évekből elvesztettek közül azokat, amelyeket „elkerülhető” okoknak lehet tulajdonítani. A halálozási táblák mutatóinak dekompozíciója segítségével nyert eredmények azt mutatják, hogy az ilyen okok miatt elvesztett életévek aránya az összes elvesztett életéven belül a férfiak esetében a különböző országokban 11% és 50% között, a nők esetében 24% és 59% között alakult. Összességében megállapították, hogy a Kelet és a Nyugat közötti halandósági különbségekhez az elkerülhető okok miatti halálozás különbségei hasonló nagyságrendben járulnak hozzá, mint a kardio-vaszkuláris betegségek. Hozzájárulásuk az említett különbséghez a potenciálisan elvesztett élet éveket tekintve jóval meghaladja a tumoros betegségek vagy az erőszakos halálokok okozta különbségeket. Mindennek alapján az „elkerülhető” okok vizsgálatának Magyarországon akkor is érdemes jelentőséget tulajdonítani, ha ma még nem világos, hogy ezek a halálokok az egészségügyi ellátás különféle aspektusai közül melyekkel állnak kapcsolatban.

Anómia és elidegenedtség

A társadalom anómikus állapotát *Durkheim* nagyhatású könyvének megjelenése óta rutinszerűen az öngyilkosság jelenségével hozzák kapcsolatba. Voltak kísérletek arra is, hogy hasonló értelmezési keretben tárgyalják a gyilkossági, illetve a baleseti halálozás trendjeit is, ezek a próbálkozások azonban mindeddig nem jártak átütő sikerrel.

Mindezek miatt írásunkban az anómiával kapcsolatban csak az öngyilkosság jelenségével foglalkozunk. Az öngyilkosságokra vonatkozó szerteágazó irodalom ismertetésére sem térünk ki e helyütt részletesen, csupán áttekintünk néhány olyan technikai problémát, amely az öngyilkosság mint halálóki mutató alkalmazásával kapcsolatban merül fel, végül szemügyre vesszük azokat a legfrissebb eredményeket, amelyek az öngyilkosság és az anómia kapcsolatára vonatkoznak.

Az öngyilkossági statisztikák pontosságával kapcsolatban több kétely fogalmazódott meg. Régóta tudjuk, hogy a hivatalos statisztika számos országban a kivitelezett öngyilkosságok számánál jóval kevesebbet regisztrál, míg más országokban jóval pontosabbak az adatok (*Sainsbury–Jenkins 1982; O’Carroll 1989*).

Általános, országhatárokon túl nyúló probléma az, hogy a ténylegesen elkövetett öngyilkosságok bizonyos részénél az öngyilkosságra vonatkozó határozott szándékot nem lehetett (vagy nem kívánták) megállapítani. A halálóki statisztikákban ezeket az eseteket a leggyakrabban a „nem meghatározott szándékú esemény” miatt bekövetkezett halálesetként rögzítik.¹¹ Az itt kódolt esetek nagy része a nyugat-európai országok

¹¹ A BNO 9. verziójában az E980-989 kódszám alá sorolt halálesetek tartoznak ide.

esetében öngyilkosságnak tekinthető. Bár e tekintetben további vizsgálódások lennének szükségesek, az öngyilkossági elemzések azért korlátozódhattak az öngyilkossággént rögzített öngyilkossági adatokra, mivel a két kategória dinamikája általában igen hasonlóan alakul (például: *Wasserman–Värnik 1994*).

Az öngyilkossággént számba vett esetek számának nemcsak a bővítése, hanem a szűkítése is felmerülhet. Az öngyilkosságokat a haláloki statisztika igen részletesen, a kivitelezés módját is figyelembe véve rögzíti. A nagy-britanniai öngyilkosságok vizsgálata során azt találták, hogy jelentős „zavaró tényező” a különféle öngyilkossági módzerekkel elkövetett kísérletek túlélési arányának változása. Nagy-Britannia esetében a gázmérgezés volt az az öngyilkossági alcsoport, amely jelentősen „megzavarta” a hosszú távú öngyilkossági trendeket. A hatvanas évek előtt a háztartási gáz erősen mérgező volt, amelyet a hatvanas évektől kedve fokozatosan felváltott az emberi szervezetre nézve sokkal veszélytelenebb összetételű gáz (*Gunnell 2000*). Ezekre a megfigyelésekre alapozva a fiatalabb korosztályok öngyilkossága és a munkanélküliség trendje közötti kapcsolat vizsgálatában megfelelőnek bizonyult az az eljárás, hogy az öngyilkosságok köréből leválasztják a változó letalitású altípusokat, s az elemzésbe csak az olyan módszerrel elkövetett eseteket vonnak be, amelyek túlélési valószínűsége a vizsgált időszak során közel állandónak tekinthető (*Melléklet 8. táblázat*). A módszer alkalmazása magyarországi trendvizsgálatokban is ajánlott, bár a leválasztandó altípusok valószínűleg mások lesznek, mint amelyek Nagy-Britannia esetében voltak. Magyarországon elsősorban a gyógyszerek segítségével elkövetett öngyilkosságok esetében feltételezhető, hogy a túlélési valószínűség az idők során fokozatosan javult, amelyet idősoros vizsgálatoknál érdemes zavaró tényezőként figyelembe venni.

*

Az öngyilkosságot vizsgáló különféle tudományterületek jellegzetesen különböző álláspontra helyezkedtek a megközelítési módokat illetően. A szociológiában a társadalom anómikus állapotát, illetve egyes társadalmi csoportok anómikus helyzetét *Durkheim* óta az öngyilkossági halálozás nagyságával kapcsolják össze. Más tudományágak művelői körében viszont előfordul, hogy az öngyilkossági halálozást a többihez hasonló haláloki csoportnak tekintik, avagy a pszichiátriai rendellenességek (elsősorban a depresszió) kialakulására való hajlam indikátoraként használják. Az epidemiológiai szemlélet jegyében az öngyilkosságot megpróbálták élettörténeti megközelítésben is elemezni (*Davey Smith et al. 2001*), de ez sem vezetett határozott eredményre. Nem bizonyultak sikeresnek a szociológia háttérelméletekre nem támaszkodó, csupán demográfiai orientációjú vizsgálatok sem. Összességében megállapítható, hogy az öngyilkosság

mind ez idáig a szociológiai orientációjú vizsgálatokban nyert a legteljesebb értelmezést, bár hosszú ideig a szociológia sem mutatott fel különösebb sikereket azokban a kérdésekben, amelyek *Durkheim* alapműve után nyitva maradtak. Ilyennek tekinthetjük például az öngyilkosság és a társadalmi folyamatok időbeli trendjei közötti kapcsolat kérdését. Amennyiben az öngyilkosságot (majdhogynem definíció-szerűen) a társadalmi anomia jeleként értelmezzük, akkor az öngyilkossági halálozás időbeli dinamikájának az anomíát erősítő vagy gyengítő társadalmi folyamatokkal végbementével párhuzamosan kellene alakulnia. Természetes módon merült fel az igény, hogy meg tudjuk mondani, mely társadalmi folyamatok, milyen mértékben és milyen feltételek között vezetnek a társadalmi normarendszer szétzilálódásához.¹² Ez a kérdés húzódik meg az öngyilkossággal „korreláló társadalmi indikátorok” keresésének hosszú története mögött (például: *Sainsbury et al. 1980*).

A kezdeti próbálkozások az anomia fogalmának operacionalizációjára súlyos kívánnivalókat hagytak maguk után¹³. Nem vezettek egyértelmű eredményre a számos operacionalizálási jelenséget felvonultató és modern statisztikai eljárásokat bevető próbálkozások sem (*Mäkinen 1997*). Ismételt megerősítést nyert ugyanakkor az egyes országokra jellemző szuicid arányszámok viszonylagos stabilitása (*Mäkinen–Wasserman 1997*).

A kilencvenes évek kezdetétől bontakozott ki az a tendencia, amely prioritásként kezelte az öngyilkossági minták kérdését. A mintákat az öngyilkosságok kor szerinti relatív gyakoriságában mutatkozó különbségek és a teljes öngyilkossági szintben mutatkozó különbségek kombinációiból alakították ki. A különböző öngyilkossági minták (országokénti) elkülönítése természetesen szűkítette az összehasonlítás lehetőségeit, hiszen az egyes társadalmi folyamatoknak csak a hasonló mintázattal rendelkező országok körében várható hasonló hatása az öngyilkosságra (*Kral 1994; Värnik et al. 1998*). Más vonatkozásokban viszont ez a megoldás kezelhetővé tette az eltérő kulturális hagyományok és az esetleg egymáshoz nagyon hasonló jellegű (gazdasági növekedés, a munkanélküliség növekedése stb.) gazdasági-társadalmi folyamatok hatásainak bizonyos szintű elkülönítését az öngyilkosság vizsgálata során. Ezt a megközelítést alkalmazva tudta *Mäkinen (2001)* sikerrel kapcsolatba hozni az öngyilkossági arányszámok alakulását a poszt-szocialista országokban a társadalmi-gazdasági átmenet jellegzetességeivel.

¹² E területen számos kiváló, egyes kiemelt társadalmi jelenségekre vonatkozó elemzés született, például sikeresen lehetett párhuzamot vonni az öngyilkosság és a munkanélküliség alakulása között több nyugat-európai országban (*Gunnell 2000*).

¹³ Egyes tanulmányok például az egyszemélyes háztartások arányával „mérték” az anomíát (*Sainsbury 1955*). Ennek a hagyománynak a későbbiekben is akadtak követői, akik három hasonló jellegű mérőszám alkalmazásával vélték megoldani az anomia mérésének problémáját (*Davey Smith et al. 1999*).

A halálozás ok szerinti vizsgálatának jelentősége és lehetőségei Magyarországon

Magyarországon a szociológiai orientációjú mortalitás elemzések mindaddig a teljes halálozásra vagy pedig az öngyilkosságra koncentráltak. Az öngyilkosság méltán került a tudományos és a köznap érdeklődés középpontjába, hiszen az 1990-es évek közepéig nemzetközi összehasonlításban is kimagasló magyar szuicid arány indokoltta, a különlegesen kiérlelt szociológiai tudományi elméleti keret pedig ígéretessé tette a témakör művelését. A magyarországi elemzéseket azonban mindaddig olyan elemzéstechnikai hiányosságok terhelték, amelyek megnehezítették a végeredmények egyértelmű interpretálhatóságát. Írásunkkal, többek között, ezeknek a hiányosságoknak a kiküszöböléséhez szerettünk volna hozzájárulni.

Magyarországon számos ok-specifikus mortalitás-elemzés készült az öngyilkossági elemzéseken túl is. Ezeket az eredményeket azonban nem kísérte részletes interpretáció, amely lehetővé tette volna a halálozások és a társadalmi rétegződés vagy a társadalmi folyamatok összekapcsolását, s ezáltal alapot teremtve a társadalmi intervenciók tudományos alapú tervezésére. A mortalitás-elemzések e tekintetben jóval lemaradtak a morbiditási elemzések mögött, mert a megbetegedésekkel foglalkozó hasonló orientációjú vizsgálat már évekkel ezelőtt elkészült (*Losonczy 1989*).

A szociológiai orientációjú mortalitás-elemzéseknek el kell szakadniuk a halál-oki regisztráció logikája diktálta rendszerezéstől, és a halálokok rugalmas, de demográfiai szempontból is megalapozott csoportosításával kell új irányokat találniuk. A nemzetközi szakirodalom – tanulmányukban korántsem teljes – áttekintése arra ösztönözhet minket, hogy bizonyos halál-oki csoportokat bátran vizsgáljunk társadalmi folyamatokkal vagy jellegzetességekkel összefüggésben. Más esetekben saját, jó minőségű halál-oki adataink elemzésével járulhatnánk hozzá ma még nyitott kérdések elméleti megválaszolásához.

A mortalitás ok szerinti elemzése hosszabb távon azzal a reménnyel kecsegtet, hogy el tudjuk majd választani a társadalmi örökség terhét a jelen társadalmi folyamatainak halandóságra gyakorolt hatásaitól. Az is elképzelhető, hogy szét tudjuk majd választani a különböző társadalmi folyamatok és társadalomszerkezeti jellegzetességek mortalitásban jelentkező hatásait, amellyel a jelenleginél jóval kedvezőbb lehetőséget teremtenénk a halandóság mérséklésére, az élettartam meghosszabbítására.

Irodalom

- Ashley, J.–Devis, T. (1992): „Death certification from the point of view of the epidemiologist”, *Population Trends* 67: 22–28.
- Barker, D. J. P.–Osmond, C. (1987): „Death rates from stroke in England and Wales predicted from past maternal mortality”, *British Medical Journal* 295: 83–86.
- Boys, R. J.–Foster, D. P.–Józan P. (1991): „Mortality from causes amenable and non-amenable to medical care: the experience of Eastern Europe”, *British Medical Journal* 303: 879–883.
- Charlton, J. R. H.–Hartley, R. M.–Silver, R.–Holland, W. W. (1983): „Geographical variations in mortality from condition amenable to medical intervention in England and Wales”, *Lancet*, 1983: 691–696.
- Davey Smith, G.–Neaton, J. D.–Wentworth, D.–Stamter, R.–Stamter, J. (1996): „Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial I. White Man”, *American Journal of Public Health* 86: 486–496.
- Davey Smith, G.–Gunnell, D.–Ben-Shlomo, Y. (2000): „Life course approach to socio-economic differentials in cause-specific adult mortality”. In: Leon D.–Walt G. (eds.) *Poverty, inequality and health*, Oxford University Press, Oxford.
- EC Working Party on Health Services and Avoidable mortality (1988): *European community atlas of avoidable death*. London: Oxford Medical Publications, Health Services Research Series No. 3.
- Faggiano, F.–Patanen, T.–Kogevitas, M.–Bofetta, P. (1997): Socioeconomic differences in cancer incidence and mortality. In: Kogevinas M.–Pearce N.–Susser M.–Bofetta P. (eds.): *Social Inequalities in Cancer*, IARC Scientific Publications No 138. Lyon: IARC, 1997, pp. 65–176.
- Gaudi I. (2003): „A Nemzeti Rákregiszterről”. In: Daróczi E. (szerk.): *Kettős szorításban*. KSH NKI Kutatási jelentések 74., KSH NKI, Budapest: 19–32.
- Gunnell, D. J. (2000): „The epidemiology of suicide”, *International Review of Psychiatry*, 12: 21–1226.
- Gunnell, D. J.–Lopatatzidis, A.–Dorling, D.–Wehler, H.–Southall, H.–Frankel, S. (1999): „Suicide and unemployment in young people”, *British Journal of Psychiatry*, 175: 263–270.
- Hart, C. L.–Hole, D. J.–Smith, D. G. (2000): „The contribution of risk factors to stroke differentials by adulthood socioeconomic position among men and women in the Renfrew/Paisley Study”, *American Journal of Public Health*, 90: 1788–1791.
- Jougla, E.–Ducimetière, P.–Bouvier-Colle, M. H.–Hatton, F. (1987): „Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de la mortalité „évitable” selon les départements français”, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 35: 365–377.
- Kawachi, I.–Marshall, S.–Pearce, N. (1991): „Social class inequalities in the decline of coronary heart disease among New Zealand men, 1975–1977 to 1985–1987”, *International Journal of Epidemiology* 20: 393–398.
- Kelson, M.–Farebrother, M. (1987): „The Effect of Inaccuracies in Death Certification and Coding Practices in the European Economic Community (EEC) on International Cancer Mortality Statistics”, *International Journal of Epidemiology* 16: 411–414.
- Kelson, M. C.–Heller, R. F. (1983): „The effect of death certification and coding practices on observed differences in respiratory disease mortality in 8 E.E.C. countries”, *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique*, 31: 423–432.

- Kennedy, B. P.–Kawachi, I.–Prithrow-Stith, D. (1996): „Income distribution and mortality: cross sectional ecological analysis of the Robin Hood index in the United States”, *British Medical Journal*, 312: 1004–1007.
- Klinger A. (2001): „Halandósági különbségek Magyarországon”, *Demográfia*, 2001/3–4.
- Kuh, D.–Ben-Shlomo, Y. (eds.) (1997): *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology*, Oxford Medical Publications, Oxford.
- Kunst, A. E.–Looman, C. W. N.–Mackenbach, J. P. (1988): „Medical care and regional mortality differences within the countries of the European Community”, *European Journal of Population*, 4: 223–245.
- Kunst, A. (1997): *Cross-national comparisons of socio-economic differences in mortality*. Erasmus University, Department of Public Health.
- Kral, M. J. (1994): „Suicide as social logic”, *Suicide and Life Threatening Behavior* 24: 245–255.
- Losonczi Á. (1989): *Ártó-védő társadalom*. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Mackenbach, J. P.–Bouvier-Colle, M. H.–Jouglu, E. (1990): „Avoidable mortality and health services: a review of aggregate data studies”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44: 106–111.
- Mackenbach, J. P.–Looman, C. W. N.–Kunst, A. E. (1989): „Geographic variation in the onset of decline of male ischemic heart disease mortality in the Netherlands”, *American Journal of Public Health* 79: 1621–1627.
- Mackenbach, J. P.–Looman, C. W. N.–Kunst, A. E.–Habbema, J. D. F.–van der Maas, P. J. (1988): „Post 1950 mortality trends and medical care: gains in life expectancy due to declines in mortality from conditions amenable to medical intervention”, *Social Science and Medicine*, 27: 899–894.
- Mäkinen, I. H. (1997): „Are there social correlates to suicide?” *Social Science and Medicine*, 44: 1949–1929.
- Mäkinen, I. H.–Wasserman, D. (1997): „Suicide prevention and cultural resistance: stability in European countries' suicide ranking, 1970–1988”, *Italian Journal of Suicidology*, 7: 73–85.
- Mäkinen, I. H. (2000): „Eastern European transition and suicide mortality”, *Social Science and Medicine* 51: 1405–1420.
- Malcolm, M. S.–Salmond, C. E. (1993): „Trends in amenable mortality in New Zealand 1968–1987”, *International Journal of Epidemiology*, 1993: 468–74.
- Marmot, M. G.–Adelstein, A. M.–Robinson, A. M.–Rose, G. A. (1978): „Changing social-class distribution of heart disease”, *British Medical Journal*, 2: 1109–1112.
- Marshall, S. W.–Kawachi, I.–Pearce, N.–Borman, B. (1993): „Social class differences in mortality from diseases amenable to medical intervention in New Zealand”, *International Journal of Epidemiology*, 1993: 255–261.
- Morgeinstein, H. (1980): „The changing association of social status and coronary heart disease in a rural population”, *Social Science and Medicine* 14A: 191–201.
- Népjóléti Minisztérium (1995): *BNO-10. A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Tizedik revízió. Népjóléti Minisztérium, Budapest.
- Niti, M.–Ng, T. P. (2001): „Temporal trends and ethnic variations in amenable mortality in Singapore 1965–1994: the impact of health care transition”, *International Journal of Epidemiology*, 2001:966–973.
- O’Carroll, P. W. (1989): „A consideration of the validity and reliability of suicide mortality data”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19: 1–16.

- Paffenberger, R. S. J.–Wing, A. L. (1967): „Characteristics in youth predisposing to fatal stroke in later years” *Lancet*, 1967: 753–754.
- Platt, S.–Micciolo, R.–Tansella, M. (1992): „Suicide and unemployment in Italy: description, analysis and interpretation of recent trends”, *Social Science and Medicine*, 34: 1191–1201.
- Rutstein, D. D.–Berenberg, W.–Chalmers, T. C.–Child, C. G.–Fishman, A. P.–Perrin, E. B. (1976): „Measuring the quality of medical care”, *New England Journal of Medicine*, 294: 582–588.
- Rutstein, D. D.–Berenberg, W.–Chalmers, T. C.–Child, C. G.–Fishman, A. P.–Perrin, E. B. (1980): „Measuring the quality of medical care, second revision of tables and indices”, *New England Journal of Medicine*, 302: 1146.
- Shkolnikov, V. M.–Deev, A. D.–Kravdal, Ø.–Valkonen, T. (2004): „Educational differentials in male mortality in Russia and Northern Europe. A comparison of an epidemiological cohort from Moscow and St. Petersburg with the male population of Helsinki and Oslo”, *Demographic Research*, Volume 10 Article 1, www.demographic-research.org
- Sainsbury P. (1955): *Suicide in London*. London, Chapman and Hall.
- Sainsbury, P.–Jenkins, J. S. (1982): „The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research”, *Journal of Epidemiology and Community health*, 36: 43–48.
- Sainsbury, P.–Jenkins, J.–Levely, A. (1980): „The social correlates of suicide in Europe”. In: Farmer R.–Hirsch S. (eds), *The Suicide syndrome*, London, Croom Helm.
- Vangerö, D.–Norell, S. (1989): „Mortality and social class in Sweden: exploring a new epidemiological tool”, *Scandinavian Journal of Social Medicine* 17: 49–58.
- Vargáné Hajdú P.–Boján F. (1996): *Demográfiai és epidemiológiai módszerek a nép-egészségügyben*, Literatura Medica Kiadó, Budapest.
- Värnik, A.–Wasserman, D.–Dankowicz, M.–Eklund, G. (1998): „Age-specific suicide rates in the Slavic and Baltic regions of the former USSR during Perestroika, in comparison with 22 European countries”, *Acta Psychiatrica Scandinavia* 98 (Supplement) 20–25.
- Velkova, A.–Wolleswinkel-van den Bosch, J. H.–Mackenbach, J. P. (1997): „The East-West life expectancy gap: differences in mortality amenable to medical intervention”, *International Journal of Epidemiology*, 1997: 75–84.
- Wasserman, D.–Värnik, A. (1994): „Increase in suicide among men in the Baltic countries”, *Lancet* 343: 1504–1505.

Melléklet

1. táblázat
Charlton és munkatársai listája az elkerülhető halálozás vizsgálatára

<i>Halálok</i>	<i>ICD-8 kód</i>	<i>Korcsoport</i>
Magasvérnyomás-betegség	400–404	5–64
A méhnyak rosszindulatú daganata	180	5–64
Tüdőgyulladás és hörghurut	480–486, 490	5–49
Tuberkulózis (kizárva a szilikózist)	011–019	5–64
Asztma	493	5–49
Krónikus reumás szívbetegség	393–398	5–44
Akut légzőszervi betegségek	460–466, 470–474	5–49
Bakteriális fertőzések	004, 034, 320, 381–383, 390–392, 680–686, 710, 720	5–64
Hodgkin-kór	201	5–34
Hasüregi sérv	550–553	5–64
Epekövesség és epehólyag gyulladás	574–575	5–64
Vakbélgyulladás	540–543	5–64
Anyai halálozás	630–678	10–44
Hiánybetegségek	280–281	5–64
A perinatális állapot betegségei	–	–

2. táblázat
A Boys, Forster és Józán által elkerülhetőnek minősített halálokok

<i>Halálok</i>	<i>ICD-6 és ICD-7 kód</i>	<i>ICD-8 kód</i>	<i>ICD-9 kód</i>	<i>Korcsoport</i>
Kolera, tifusz	043, 040	000.001	001	0-64
Tuberkulózis	001-008, 010-019	010-019	010-018, 137	0-64
Diftéria, tetanusz és más baktériumfertőzések	055, 061, 080	032, 037, 040-043	032, 037, 045	0-64
Szamárköhögés, streptococcus okozta torokgyulladás és vörheny, orbánc, kanyaró	056, 050, 051, 085	033, 034, 035, 055	033, 034, 035, 055	0-14
Szifilisz	020-029	090-097	090-097	0-64
Méhnyak rosszindulatú daganata	171	180	180	15-64
Hodgkin betegség	—	—	201	0-34
Cukorbetegség	260	250	250	0-49
Thyrototoxicosis golyvával vagy a nélkül	250-252	240-242	240-246	0-64
Vitaminhiány és táplálkozási hiányállapotok	280-286	260-269	260-269	0-64
Epilepszia	353	345	345	0-64
Akut reumás láz és krónikus reumás szívbetegség	400-402, 410-416	390-392, 393-398	390-392, 393-398	0-49
Magasvérnyomás-betegség és agyérbetegségek	330-334, 440-443, 444-117	400-404, 430-438	401-405, 430-438	35-64
Tüdőgyulladás, hörghurut, tüdő-tágulat és asztma	490-493, 500-502	480-486, 490-493	480-486, 490-493	0-49
Peptikus (gyomor és nyombél) fekély	540, 541	531-533	531-533	5-64
Vakbélgyulladás	550-553	540-543	540-543	0-64
Bélelzáródás és hasüregi sérv	560, 561, 570	550-553, 560	550-553, 560	0-64
Epekőesség és az epehólyag betegségei	584, 585	574, 575	574-575	5-64
A bőr és a bőr alatti szövet fertőzései, a fül bizonyos fertőzései, csontvelő- és csontthártyagyulladás, meningococcus fertőzés	690-698, 391-393, 730, 057	680-686, 381-383, 720, 036	680-686, 381-383, 730, 036	0-64
Anyai halálozás	640-652, 660, 670-689	630-645, 650-662, 670-678	630-646, 651-676, 670-678	Minden anyai életkor
A perinatális periódus bizonyos rendellenességei	760-776	760-779	760-779	0-1

3. táblázat
A Charlton et al. által használt, de Józán et al. által nem használt halálokok

<i>Halálok</i>	<i>ICD-8</i>	<i>Halálozások száma az adott kategóriában Magyarországon 1984-ben</i>
Heveny légzőszervi gyulladások	460–466	245
Idült felső légúti gyulladások	470–474	8
Bakteriális agyhártyagyulladás	320	163
A kötőszövet diffúz betegségei	710	41
Vashiány – vérszegénység és egyéb hiányvérszegénységek	280–281	16

4. táblázat
A Boys, Forster és Józán által igen, de Charlton által nem használt halálokok

<i>Halálok</i>	<i>ICD-8</i>	<i>A meghaltak száma 1984-ben Magyarországon</i>
Kolera	000	–
Tífusz	001	–
Elsődleges gümőkór–fertőzés	010	3
Diftéria	032	1
Szamárköhögés	033	–
Orbánc	035	16
Tetanusz	037	32
Különféle bakteriális fertőzések	040–043	11
Kanyaró	055	–
Szifilisz	090–097	10
Cukorbetegség	250	2102
Golyva	240–242	71
Fehérje- és vitaminhiány	260–269	6
Epilepszia	345	196
Agyi érbetegségek	430–438	23427
Idült hörghurut és tüdőtagulat	491–492	5025
Gyomor és nyombélfekély, ill. egyéb peptikus fekély	531–533	881
Bélelzáródás sérv említése nélkül	560	231
Meningococcus fertőzés	036	11

5. táblázat
A Charlton et al. és Józán et al. által egyaránt használt elkerülhető halálokok

<i>Halálok</i>	<i>ICD-8</i>	<i>Halálozások száma Magyarországon, 1984-ben</i>
Magas vérnyomás betegségek	400–404	5112
A méhnyak rosszindulatú daganata	180	596
Tüdőgyulladás és nem idült hörghurut	480–486; 490	1087
Tuberkulózis	011–019	735
Asztma	493	407
Krónikus reumás szívbetegségek	393–398	1318
Streptococcus okozta torokgyulladás	034	0
A fül bizonyos bakteriális fertőzései	381–383	39
Akut reumás láz	390–392	3
A bőr- és a bőr alatti kötőszövet fertőzései	680–686	13
Hasüregi sérv	550–553	279
Epekőesség és epehólyag-gyulladás	574–575	662
Vakbélgyulladás	540–543	91
Anyai halálozás	630–678	19
A perinatális állapot betegségei		1490

6. táblázat
A Kennedy, Kawachi és Prothrow-Stiith által elkerülhetőként elemzett halálokok

<i>Halálok</i>	<i>ICD-9 kód</i>	<i>Meghaltak száma Magyar- országon 1995-ben</i>
Fertőző és paraziták által okozott betegségek	001–139	32*
Tuberkulózis	010–018, 137	629
Tüdőgyulladás és hörghurut	480–486, 490	1201
Magasvérnyomás-betegség	401–405	4550

* Csak a bél fertőző betegségei ill. hepatitisz vírus.

7. táblázat
*Velkova et al. által használt elkerülhetőnek tekintett halálokok**

Halálok	ICD-9 kód	Standardizált halálozási ráta** a kelet-európai országok átlagában, 1985-91	
		férfiak	nők
Tuberkulózis	010-018, 137	11,44	1,56
Krónikus reumás szívbetegség	393-398	5,53	6,01
Tüdőgyulladás és más akut légzőszervi betegségek	480-483, 485-486, 460-466	38,3	15,29
Vakbélgyulladás	540-543	0,70	0,34
Hasüregi sérv	550-553	1,97	1,50
Magas vérnyomás és agyér-betegségek	401-405, 430-438	118,07	82,79
Méhnyak rák	180	...	6,87
Anyai halálozás	630-678	...	33,22
Neonatális halálozás		8,52	6,49
Összes halálozás		976,49	451,83

* Az utolsó kategóriát kivéve a 0-75 évesek, az európai standard populáció (1972) kormegoszlására standardizálva.

** 100 000 személy-évre.

8. táblázat
Az öngyilkossági módszerek elkülönítésére alkalmas haláloki kódok csoportosítása
(Gunnell et al., 1999) alapján

<i>BNO verzió</i>	<i>Módszerek, amelyek alkalmazása esetében a fatális kimenetel esélye időben keveset változott</i>		<i>Módszerek, amelyek alkalmazása esetén a fatális kimenetel esélye időben jelentősen változott</i>	
	kód	megnevezés	kód	megnevezés
BNO-6&7	974	Akasztás, zsinegelés	970	Fájdalomcsillapító- és altatószerekkel elkövetett öngyilkosság
	975	Elmerülés (vízbe fulladás)	971	Más mérgezések
	976	Lőfegyverekkel elkövetett öngyilkosság	972	Háztartásban használatos gázokkal elkövetett öngyilkosság
	977	Vágó- és szűrőeszközökkel elkövetett öngyilkosság	973	Más gázokkal elkövetett öngyilkosság
	978	Magas helyről való leugrás		
	979	Egyéb és besorolhatatlan		
BNO-9	953	Akasztás, zsinegelés	950	Öngyilkosság szilárd és folyékony anyagokkal
	954	Elmerülés (vízbe fulladás)	951	Háztartásban használatos gázzal elkövetett öngyilkosság és önsértés
	955	Lőfegyverekkel és robbanóanyagokkal elkövetett öngyilkosság	952	Egyéb gázokkal és gőzökkel elkövetett öngyilkosság
	956	Vágó- és szűrőeszközökkel elkövetett öngyilkosság		
	957	Magas helyről való leugrás		
	958	Egyéb és külön meg nem nevezett mód		
	959	Késői hatások		

A NÉPESSÉGTUDOMÁNYI KUTATÓINTÉZET KUTATÁSI JELENTÉSEI

1982.

1. (Előszót írta: *Monigl István*)
Népesedés és népesedéspolitika tárcaszintű középtávú kiemelt kutatási főirány (1982–1985).
A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet távlati tevékenységének irányelvei (1982–1990).
2. *S. Molnár Edit*: Érték–orientációk a népesedési magatartásban.
3. Összeállította: *Nemeskéri János, Juhász Attila*: Sorköteles fiatalok testi fejlettsége, biológiai, egészségi állapota (Előzetes tájékoztató).
4. *Szabó Kálmán*: A népességelőreszámítások néhány módszertani kérdése (Előterjesztés az MTA Demográfiai Bizottságának).
5. *Valkovics Emil*: A demográfiai átmenet elemzésének néhány gyakorlati nehézségéről.
6. *Bies Klára*: A területi népességprognózisok előkészítése.
7. Készítette az MTA Gazdaság és Jogtudományok Osztályának megbízásából az MTA Demográfiai Bizottsága: A demográfiai tudomány helyzete Magyarországon.

1983.

8. *S. Molnár Edit–Pataki Judit*: Vélemények és előítéletek az öregségről.
9. *Mádai Lajos*: Az utolsó nagy kolerajárvány demográfiai képe Európában és az Egyesült Államokban (1872–1873).
10. *Vukovich Gabriella*: A népesedéspolitika tartalma, jellege, céljai, eszközei, hatékonysága. Nyugat-európai tapasztalatok.
11. *Hoóz István*: Társadalompolitika, gazdaságpolitika, szociálpolitika, valamint a népesedéspolitika kapcsolatai a szocialista országokban.
12. *Joubert Kálmán*: Születési súly és születési hossz standard az 1973–78 évben élveszületett újszülöttek adatai alapján (angol és orosz nyelven).
13. *Pongrácz Tiborné*: Fiatalkori terhességek társadalmi, demográfiai vizsgálata.
14. *Hoóz István*: A népesedéspolitika eszközei, különös tekintettel a gazdasági jellegű eszközök alkalmazásának gyakorlatára és az ezekkel összefüggő nézetekre a szocialista országokban.

1984.

15. Készítették: *Bies Klára, Hablicsek László*: Területi népességelőreszámítás 1981–2001.
16. *Szabó Kálmán*: Családok és háztartások néhány jellemzőjének alakulása, 1981–2001. (Előzetes változat.)
17. Szerkesztette: *Hablicsek László, Monigl István*: Társadalmi–demográfiai prognózisok. A Népességtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1983. május 17–18.
18. *Klinger András*: A családtervezési programokon kívüli népesedéspolitikai intézkedések hatása a termékenységre (angol nyelven).
19. *Moksony Ferenc*: Települési tényezők és az öngyilkosság. Az öngyilkosság egyes demográfiai összefüggései egy összetételhatást vizsgáló elemzés eredményei.
20. *Csernák Józsefné* : A 18 éven aluli nők házasságkötésének néhány demográfiai jellemzője Magyarországon.
21. Összeállította: *Cseh–Szombathy László, Klinger András, Monigl István, Vukovich György*: A népesedéssel összefüggő tudományos kutatások főbb eredményei, a jövőbeni kutatás fő irányai.
22. *Szukicsné Serfőző Klára*: Budapest és Pest megye népességfejlődése, az ezredfordulóig várható tendenciák.

1985.

23. *Rátay Csaba–Tusnádý Gábor*: Veszélyeztetett gyermekek szocializációjának vizsgálata a családtípusok kialakításával.
24. *Terestényi Tamás*: Népesedéspolitikai tartalmak a sajtóban.
25. Szerkesztette: *Káposztás Ferenc*: A népesség területi elhelyezkedése és mozgása. Pécs, 1984. április 25–26.
26. *Hablicsek László–Monigl István–Vukovich Gabriella*: A magyarországi népességfejlődés keretei és jövőbeni lehetséges irányai 1880–2050.
27. *Munkácsy Ferenc–Szentgáli Tamás–Szívós Péter*: A népesség gazdasági aktivitásának demográfiai tényezői.

1986.

28. *Szukicsné Serfőző Klára*: A termékenység és az iskolai végzettség néhány összefüggése Magyarországon az elmúlt negyedszázadban.
29. Szerkesztette: *S. Molnár Edit*: Népesedési folyamatokat befolyásoló kulturális–tudati tényezők. A KSH Népességtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1985. november 12–13.
30. *Munkácsy Ferenc*: Népesedés és foglalkoztatás.

1987.

31. Szerkesztette: *Káposztás Ferenc, Monigl István*: A népesedéspolitika; tudományos kutatás és társadalmi cselekvés. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet nemzetközi szemináriuma Budapest, 1986. október 14–15.
32. *Pongrácz Tiborné*: Serdülőkori terhességek társadalmi–demográfiai vonatkozása.
33. Szerkesztette: *Barabás Miklós*: Az erősen fogyó népességű települések demográfiai jellemzői.

1988.

34. Szerkesztette: *Hablicsek Lászlók, Monigl István*: Az 1986–2021 közötti időszakra szóló népességprognózisok. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos szemináriuma Budapest, 1987. január 28.
35. *Csernák Józsefné–Szabó Kálmán*: A családok és háztartások előreszámítása, 1986–2021.

1989.

36. *Fóti János*: A magyar népesség gazdasági aktivitásának távlati alakulása.

1990.

37. Szerkesztette: *Monigl István*: Népesedési viták Magyarországon, 1960–1986. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet tudományos vitaülése Budapest, 1988. június 2.
38. *S. Molnár Edit–Virágh Eszter*: Közvélemény–kutatás népesedési kérdésekről – 1989.

1991.

39. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Abortuszkérdés Magyarországon – 1991.
40. *Joubert Kálmán–Gárdos Éva*: Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. (A kutatási program általános ismertetése.)
41. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Sokgyermekes családok.

1992.

42. *Hablicsek László*: A magyarországi hosszú távú népességfejlődés vizsgálata.
43. *Fóti János–Illés Sándor*: A munkanélküliség demográfiai vonatkozásai.
44. *Falussy Béla–Miltényi Károly–Móritz Pálné–Paksy András*: Az egészségi állapot összefüggései az életmóddal és az időfelhasználással.
45. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Összefoglaló a terhességmegszakításról tartott 1992. júliusi közvélemény-kutatás főbb eredményeiről.
46. *Csernák Józsefné–Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Élettársi kapcsolatok Magyarországon.

1993.

47. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Kisgyermekes szülők. (Egy nemzetközi összehasonlító vizsgálat főbb magyarországi eredményei.)
48. *Szukicsné Serfőző Klára*: Iskolázottságunk alakulása a népszámlálási adatok tükrében.
49. *Tóth Pál Péter*: Nemzetközi vándorlás – Magyarország.

1994.

50. *Illés Sándor*: Miért költöztek az emberek Pásztóra 1989–91-ben?
51. *Szukicsné Serfőző Klára*: A szülők és gyermekeik iskolázottsága.
52. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Kisgyermekes anyák és apák szülői, családi attitűdjei négy európai országban.
53. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit*: Serdülőkorban szült anyák társadalmi, demográfiai jellemzőinek longitudinális vizsgálata.

1995.

54. *Hablicsek László*: Az első és második demográfiai átmenet Magyarországon és Közép-Kelet-Európában.
55. *Szukicsné Serfőző Klára*: Az egyszülős családok társadalmi–demográfiai jellemzői.

1996.

56. *Szűcs Zoltán*: Az élettársi kapcsolatban élő családok társadalmi–demográfiai jellemzői.
57. *S. Molnár Edit–Pongrácz Tiborné*: Változások a gyermeknevelési támogatások rendszerében és azok megítélése a közgondolkodásban
58. *Illés Sándor–Hablicsek László*: A külső vándorlások népesség hatásai Magyarországon 1955–1995 között.
59. *Szukicsné Serfőző Klára*: Az egyszülős családok az állandó és a lakónépesség alapján.

1997.

60. *Daróczi Etelka*: A halandóság területi eltérései Magyarországon 1959/60–1992.

1998.

61. *S. Molnár Edit–Pongrácz Tiborné–Kamarás Ferenc–Hablicsek László*: Házasságon kívüli szülések.

2000.

62. *Pongrácz Tiborné–S. Molnár Edit–Dobossy Imre*: Család és munka – értékek és aggodalmak a rendszerváltozás után.
63. *Illés Sándor*: Belföldi vándormozgalom a XX. század utolsó évtizedeiben.
64. *Daróczy Etelka–Spéder Zsolt (szerk.)*: A korfa tetején. Az idősök helyzete Magyarországon.
65. *Melegh Attila*: Kiskunhalas népesedéstörténete a 17. század végétől a 20. század elejéig.

2001.

66. *Gödri Irén*: A házassági kapcsolatok minősége és stabilitása.
67. *Tárkányi Ákos*: A családdal kapcsolatos jogszabályok Magyarországon 1980–98-ig.
68. *Hablicsek László*: A népességreprodukció alakulása a 20–21. században.
69. *Spéder Zsolt–Monostori Judit*: Mozaikok a gyermekszegénységről.
70. *Joubert Kálmán–Gyenis Gyula*: A 18 éves sorköteles ifjak egészségi állapota, testfejlettsége I.

2002.

71. *Illés Sándor–Lukács Éva*: Migráció és statisztika.
72. *Tóth Pál Péter–Valkovics Emil*: Népesedési helyzetünk.
73. *Pongrácz Tiborné–Spéder Zsolt (szerk.)*: Népeség – értékek – vélemények

2003.

74. *Daróczy Etelka (szerk.)*: Kettős szorításban.
75. *Őri Péter*: A demográfiai viselkedés mintái a 18. században.

2004.

76. *Tóth Pál Péter*: Külföldiekkel vagy idegenekkel...

MŰHELYTANULMÁNYOK

2002.

1. *Spéder Zsolt*: Demográfiai folyamatok és társadalmi környezet. Gyorsjelentés.

2003.

2. *Kapitány Balázs (szerk.)*: Módszertan és dokumentáció. Az adatfelvétel ismertetése.
3. *Dobossy Imre–S. Molnár Edit–Virágh Eszter*: Öregedés és társadalmi környezet.
4. *Kapitány Balázs–Spéder Zsolt*: Szegénység és depriváció. Társadalmi összefüggések nyomában.