

# A MAGYAR NÉPESSÉG ÉLETKILÁTÁSAI

Kopp Mária

MTA doktor, egyetemi tanár,  
Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet  
kopmar@net.sote.hu

Skrabski Árpád

CSc, főiskolai tanár,  
Apor Vilmos Katolikus Főiskola  
mpszov@t-online.hu

Az ezredfordulón Magyarországon a középkorú, 50–64 éves férfiak halálzási arányai abszolút értékben is magasabbak, mint az 1930-as években voltak, miközben az 1960-as években az életkilátásaink jobbaktak, mint több nyugat-európai országban. Ma az osztrák férfiak várható élettartama 76,4 év, a magyaroké 68,6 év, tehát az osztrákok 7,8 évvel élnek tovább. Az osztrák nők várható élettartama 82,2 év, a magyaroké 76,9 év, azaz 5,3 évvel élnek tovább. 1965 és 1992 között a magyar férfiak várható élettartama Magyarországon jelentősen csökkent, míg eközben Nyugat-Európában, az Egyesült Államokban, Kanadában, de érdekes módon a Távol-Kelet átalakuló országaiban, Japánban vagy Szingapúrban rendkívül nagymértékben emelkedett (Marmot, 1996).

*A magyar népesség életkilátásaival kapcsolatban ma a leg súlyosabb probléma a rendkívül magas arányú idő előtti halálozás, elsősorban a férfiak között. Ez a jelenség igen komoly népgazdasági veszteséget jelent az emberi – egészség – tőke tekintetében. Annak valószínűsége, hogy egy férfi megéli a 65. életévét, ma Magyarországon csupán 64 %, az érettségénél alacsonyabb végzettségű rétegekben 50 %-nál is kevesebb, míg ez az arány az osztrák férfiak között 82 %. A nők esetében ez az arány Magyarországon 83,5 %, Ausztriában 90,7 %. A*

magyar középkorú népesség halálzási arányaihoz hasonló folyamatok játszódtak le a régió többi átalakuló országában is, azonban az 1980-as évek végéig a rosszabbodás Magyarországon volt a legkifejezettebb. A szomszédos országokban, a Cseh Köztársaságban, Lengyelországban már korábban megfordult ez a negatív trend, ugyanakkor az 1990-es évektől Oroszországban, Ukrajnában, a Baltikum országaiban még súlyosabb egészségi krízis alakult ki, ott is elsősorban a középkorú férfiak esetében. Ezt a jelenséget nevezik közép-kelet-európai egészség paradoxonnak, mivel az egészségi állapotunk tekintetében sokkal rosszabb a helyzet ebben a régióban, mint az a gazdasági mutatók alapján várható volna (Cornia – Panicia, 2000).

Az idő előtti halálozás mai arányai nem magyarázhatóak genetikai okokkal, mivel az 1960-as évekig a magyar halálzási statisztikák jobbaktak számos fejlett nyugati országnál. Nem magyarázhatóak a lakosság elszegényedésével sem, mivel a legerőteljesebb rosszabbodás az 1980-as évek közepéig volt tapasztalható, 1989-ig a nemzeti össztermék jelentősen emelkedett, és az 1980-as évek végéig a legszegényebb rétegek anyagi helyzete sem romlott az 1960-as évekhez képest. Az egészségügyi ellátás számos mutatója szerint például a születés körüli, illetve az időskori

halálozásban ebben az időszakban jelentős javulás mutatható ki, tehát az egészségromlás nem magyarázható az egészségügyi ellátás rosszabbodásával sem.

Az ismert, igen nagy népegészségügyi jelentőségű önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás változásai nem elégségesek ennek az ún. *közép-kelet-európai egészségparadoxonnak* a megértéséhez, egyrészt, mivel a rosszabbodásnak statisztikailag csak bizonyos hányadát, mintegy 40 %-át magyarázzák, másrészt alapvető kérdés az is, hogy milyen pszichológiai, motivációs és társadalmi tényezők vezetnek az önkárosító magatartásformák gyakoribbá válásához. *Az átalakuló közép- és kelet-európai országokra az utóbbi évtizedekben jellemző morbiditási és mortalitási krízis hátterében a legelismertebb nemzetközi kutatócsoportok eredményei szerint a lelki, magatartási tényezők szerepe alapvető* (Cornia – Panicia, 2000; Marmot, 1996, 2004).

#### *A viszonylagos lemaradás szerepe*

Az utóbbi évtizedek egyik legfontosabb népegészségügyi felismerése, hogy a civilizált országokban alapvető egészségügyi veszélyeztető tényező a társadalmon belüli viszonylagos szociális-gazdasági lemaradás. Ha a halálozási és megbetegedési adatokat a hagyományos kockázati tényezők (mint a dohányzás, elhízás, mozgásszegény életmód) szerint korrigáljuk, ezeknél sokkal lényegesebb szerepet játszik a viszonylag rosszabb szociális helyzet. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy Angliában közel 10 évvel korábban hal meg egy segédmunkás, mint a diplomás, még akkor is, ha nem iszik, dohányzik többet (Marmot, 1996). „*Státuszindrómának*” nevezik azt a jelenséget, *hogy a férfiak esetében a társadalmi hierarchiában való lemaradás igen súlyos egészségi követ-*

*kezményekkel jár* (Marmot, 2004). Míg a fejlődő országok esetében az egészségi állapot a nemzeti jövedelemmel arányosan növekszik, a fejlett (OECD) országokban minél nagyobbak az országon belüli jövedelem-, illetve szociális különbségek, annál magasabbak az idő előtti halálozási arányok.

Az iskolázottság szerinti halálozási hányados a magyar férfiak között lényegesen magasabb, mint Európa más országaiban. Az érettségénél alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak halálozási aránya 1,8-szor magasabb, mint a magasabb végzettségűeké (ehhez hasonló eltéréseket csupán a Cseh Köztársaságban mutattak ki), ezzel szemben a középkorú nők között ez az iskolázottság szerinti halálozási különbség csupán 1,3-szoros (Mackenbach et al., 1999).

A magyar népesség körében végzett vizsgálataink eredményei szerint (Kopp – Kovács, 2006) a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet nem önmagában, hanem elsősorban a depressziós tünetegyüttes közvetítésével idéz elő magasabb megbetegedési arányokat. Tehát *nem önmagában a nehéz szociális helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás szubjektív átélése a leglényegesebb egészségügyi veszélyeztető tényező*. Ha valaki szegényebb, de nem depressziós, akkor nem is betegbb. Számos nemzetközi vizsgálat eredményeivel összhangban a társadalmi, gazdasági, jövedelmi lemaradás férfiak számára jelentősebb pszichés és következményes egészségi veszélyeztető tényező, mint a nők esetében (Marmot, 2004).

Vizsgálataink eredményei azt jelentik, hogy *a szociális-gazdasági lemaradás és az egészségi állapot közötti igen szoros összefüggés nagyrészt a depressziós tünetegyüttes súlyosságán keresztül érvényesül*. Míg 1970-ben szinte azonosan alacsony életszínvonalon élt a magyar lakosság nagy része, a nyolcvanas évek végére

a társadalom jelentős hányada lényegesen magasabb szociális-gazdasági helyzetet ért el, egy vagy több gépkocsit, saját tulajdont, lényegesen magasabb jövedelmet szerzett. Azaz a társadalmon belüli viszonylagos különbségek emelkedtek jelentősen, és felborult a korábbi viszonylag stabil dominanciasorrend. Önrontó kör kialakulását feltételezhetjük a viszonylag rosszabb szociális-gazdasági helyzet és a depressziós tünetegyüttes között, ami együttesen jelentős oki szerepet játszik a magasabb morbiditási (megbetegedési) és halálzási arányok hátterében.

*Nem önmagában a rossz szociális-gazdasági helyzet, hanem a viszonylagos lemaradás a leglényegesebb tényező,* hisz az egységesen alacsony életszínvonal mellett az 1970-es évekig a magyar egészségügyi statisztikák jobbakk voltak Európa több országáénál. Ennek a jelenségnek a hátterében a *krónikus stressz szerepe alapvető* (Kopp – Réthelyi, 2004). Állatvizsgálatok is kimutatták, hogy nem maga a dominanciasorrend, hanem annak megváltozása jelent igen súlyos krónikus stresszállapotot. Régióinkban e jelenség figyelhető meg az elmúlt évtizedekben, hisz a korábban biztosnak hitt társadalmi státus vált bizonytalanná, sokszor másokhoz képest hátrányossá.

A nemi szereppel kapcsolatos elvárások ebben a tekintetben igen különbözőek, a mi régióinkban még mindig elsősorban az anyagi sikeresség a férfi önértékelés alapvető jellemzője. Ugyanakkor vizsgálataink eredményei szerint a nők férfiakkal szembeni elvárásai igen súlyos stresszforrást jelenthetnek a férfiak számára. Azokban a kistérségekben, ahol a nők rosszabbnak ítélik meg saját anyagi helyzetüket, ez komolyabban befolyásolja a férfiak idő előtti, 45–64 éves halálzási arányait, mint a férfiak saját véleménye anyagi helyzetükről. Ezzel szemben *a nők iskolázott-*

*sága igen jelentős védőfaktor a férfiak számára* (Kopp – Kovács, 2006).

A tradicionális társadalmi viszonyok és az értékrend átalakulása csökkenti a nemi szerepekkel kapcsolatos elvárások különbségeit. A nyugati, elsősorban a skandináv modellhez hasonló változásokat tapasztalunk Magyarországon is. Érdekes módon Norvégiában, ahol a nemek közötti egyenlőség megvalósításában talán legeredményesebbek voltak, ez mind a férfiak, mind a nők várható élettartamának növekedésével együtt járt, miközben a termékenységi mutatók tekintetében ma Európában az egyik legjobb helyet érték el. Ez a példa arra mutat, hogy *a női értékrend részleges átvétele, a férfiak családban betöltött szerepének erősítése védő tényező mind a férfiak, mind a nők életkilátásai, valamint a demográfiai krízis megoldása szempontjából.*

Az utóbbi időben egyre több tanulmány emeli ki a krónikus stressz és a depresszió közötti párhuzamot. A depresszió kialakulásában a gyermekkori, családi háttér, az egyén megbirkózási képességei, szociális kompetenciája és az életesemények meghatározó szerepet játszanak. Mivel az önértékelés attól függ, hogy az ember milyen célokat tűz ki maga elé, mikor érzi magát sikeresnek, az én-ideál, a célok, értékek szerepe a krónikus stresszállapot és a depresszió megelőzése szempontjából alapvető.

*A közös normák, az értékrend,  
az élet értelmébe vetett hit védő szerepe,  
az anómia, értékvesztés következményei*

Andorka Rudolf élete utolsó éveiben szinte minden írásában az anómia, értékvesztés, céltalanság jelentőségét hangsúlyozta a magyar népesség testi-lelki bajainak hátterében. Az anómia azt a meggyőződést jelenti, hogy egy adott társadalomban csak a szabályok és

törvények megszegésével lehet eredményeket elérni, a céltalanság és irányvesztés érzése. Olyan helyzetekre utal, amikor a társadalmi normák elvesztik befolyásukat az emberek viselkedésére. A *Hungarostudy2002* felmérés eredményei szerint az anómia megyei átlagértékei igen szoros kapcsolatot mutatnak mind a középkorú férfi-halálozás, mind a depresszió megyei átlagértékeivel. *Az anómia lelkiállapot a társadalmi tőke, a bizalom és a kölcsönösség igen súlyos hiányával jár együtt* (Skrabski, 2003). A krónikus stressz szempontjából a bizonytalanság, kontrollvesztés érzése az egyik legfontosabb összetevő.

Az „élet értelme” élmény magában foglalja a sikeres megküzdés, megbirkózás képességét, azonban ennél többet jelent. Azt a képességet és biztonságot jelenti, hogy a személy bízik benne, hogy változó körülmények között mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni, adott esetben nem csupán saját erőforrásokat, hanem külső segítségben, a kölcsönösségben bízhat, így erős „társadalmi tőkével” is rendelkezik. *Az élet értelmébe vetett hitet életkortól, nemtől és iskolázottságtól szinte független lelki és testi egészségi védőfaktor-nak találtuk.* Ez azt jelenti, hogy azonos életkörülmények között a társadalmi átalakulás negatív hatásai sokkal kevésbé érintik azokat, akik úgy érzik, életüknek van értelme. Akire ez a lelkiállapot jellemző, ugyanolyan egészséges marad alig iskolázott parasztemberként, mint a legmagasabb végzettségű egyetemi professzorként.

Az élet értelmébe vetett hittel negatív kapcsolatban áll több nagy egészségi kockázatot jelentő társadalmi-tőke-mutató, mint a bizalmatlanság, a rivalizálás, az anómia (Skrabski, 2003). Az élet értelmébe vetett hit és a vallásosság között ugyan szoros kapcsolatot találtunk, de a két fogalom nem azonos. Vanak vallásos emberek, akik nem hisznek az élet értelmében, és koherens személyiségek, akik nem vallják vallásosnak saját magukat.

A svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi tőke, a társadalmi kohézió erősítése és a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése. Számos kitűnő nemzetközi példa mutatja, hogy a krónikus stressz, például a munkahelyi stressz megelőzésével jelentősen javíthatóak a középkorú népesség életkilátásai. Magyarországon is újfajta szemléletre van szükség ahhoz, hogy az idő előtti egészségromlás és halálozás krízisét leküzdjük.

*Selye János születésének századik évfordulóján, 2007-ben végre tudomásul kellene vennünk, hogy a krónikus stressz az egészségromlás valamennyi formájának meghatározó összetevője, a civilizált világ legpusztítóbb gyilkosa. Ha ennek szintjét csökkenteni tudjuk a közös társadalmi értékrend megerősítésével, a társadalmi tőke, a bizalom javításával és a kiszolgáltatottság, ellenségesség csökkentésével, akkor komoly esélyünk van egy pozitívabb jövőkép kialakítására.*

Kulcsszavak: *idő előtti halálozás, nemi különbségek, társadalmi egyenlőtlenség, krónikus stressz, anómia*

## IRODALOM

- Cornia, Giovanni Andrea – Panicia, Renato (eds.) (2000): *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford University Press, Oxford
- Kopp Mária – Kovács Mónika Erika (2006): *A magyar népesség életminősége és egészsége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest

- Kopp Mária S. – Réthelyi J. (2004): Where Psychology Meets Physiology: Chronic Stress and Premature Mortality – The Central-Eastern European Health Paradox. *Brain Research Bulletin*. 62, 2, 351–367.
- Kopp Mária S. – Skrabski Á. – Székely A. – Stauder A. – Redford, W. (in press): Chronic Stress and Social Changes, Socioeconomic Determination of Chro-

- nic Stress. Annals of New York Academy of Sciences, [http://www.stress07.com/binx/annals\\_7d.pdf](http://www.stress07.com/binx/annals_7d.pdf)
- Mackenbach, Johan P. – Kunst, A. E. – Groenhof, F. et al. (1999): Socio-economic Inequalities in Mortality among Women and Among Men: An International Study. *American Journal of Public Health*, 89, 12, 1800-1806.
- Marmot, Michael (1996): The Social Pattern of Health And Disease In: Blane, David – Brunner, E. – Wilkinson, R. (eds.): *Health and Social Organization*. Routledge, London
- Marmot, Michael (2004): Status Syndrome. Times Books, London
- Skrabski Árpád (2003): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Hét szabad művészet könyvtára, Budapest
- Skrabski Árpád – Kopp M. – Rózsa S. – Réthelyi J. – Rahe, R. (2005): Life Meaning: An Important Correlate of Health in the Hungarian Population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 2, 78-88.

