

## *Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon*

Kopp Mária – Skrabski Árpád

### **1. Bevezetés**

A felnőtt népesség egészségi állapotának két legfontosabb jellemzője a várható élettartam, és ezzel szoros összefüggésben az idő előtti halálozás aránya, valamint a megélt életévek során elérhető életminőség. A felnőtt magyar népességet ebből a két szempontból éppen ellenkező irányú tendenciák jellemzik. Frappánsan úgy fogalmazhatnánk meg ezt a paradoxont, hogy a nők többet szenvednek és tovább élnek. Bár hasonló jelenség Európa nyugati felében is kimutatható, ott a férfiak alacsonyabb várható életkora nagyrészt megfelel a biológia különbségekből adódó eltérésnek, és a nők életminősége sem olyan rossz, mint Magyarországon. A korábbi évszázadokban, amíg a szülés körüli halálozás a nők körében igen magas volt, a nők várható élettartama volt alacsonyabb, azonban a biztonságos szülési körülmények megteremtése óta ez az arány valamennyi civilizált országban megfordult.

Tanulmányunk első részében a *Hungarostudy 2002* és a *Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat* eredményei alapján elsősorban arra keresünk választ, hogy milyen gazdasági, munkával és családdal kapcsolatos és tágabb társadalmi összefüggések magyarázhatják a magyar férfiak igen magas idő előtti halálozási arányait. Vizsgáljuk az idős kori lelki és testi egészség háttértényezőit. A tanulmány második része az egészséggel kapcsolatos életminőség nemek közötti különbségeit elemzi különböző életkorokban, külön kiemelve a gyermekes fiatalok helyzetének visszasságait.

### **2. Módszerek**

1983-ban, 1988-ban, 1995-ben, majd 2002-ben végeztünk országos reprezentatív vizsgálatokat a magyar lakosság egészségi állapotáról (Kopp–Skrabski–Rózsa, 2008; Skrabski *et al.*, 2005). Mindegyik esetben a minta a 18 év feletti magyar lakosságot reprezentálja nem, életkor, megye és a 150 kistérség szerint.

A 2002-ben végzett országos reprezentatív felmérésben, az ún. *Hungarostudy 2002* kutatásban összesen 12 640 személy vett részt. A válaszadást

megtagadók aránya 17,7% volt.<sup>1</sup> A Hungarostudy 2002 mintájából azok körében, akik hozzájárultak, hogy a későbbiekben újra felkereshetjük őket, 2005-ben és 2006-ban egy követéses vizsgálatot folytattunk le – Hungarostudy 2006 –, amelyben 4689 személy volt elérhető, 318 pedig időközben meghalt. Ez a követéses vizsgálat két szakaszból állt. A felmérés első szakaszában, 2005-ben közvélemény-kutató szakemberek vették fel a kapcsolatot a válaszadókkal, hogy kitöltsék a kutatási kérdőíveket, illetve feljegyezzék az esetleges elhalálozás tényét. A felmérés második szakaszában – 2006-ban – ismét a védőnők segítségét kértük, akik áttanulmányozták az elhunytak adatait, többek között a háziorvosok nyilvántartásában szereplő halálokokat is. A védőnők ezen kívül megkeresték azokat is, akiket az első szakaszban nem találtak meg a közvélemény-kutató cég munkatársai. A visszautasítási arány 23,8% volt, valamivel magasabb, mint a Hungarostudy 2002 felmérés idején. Súlyozási eljárással biztosítottuk a minta életkor, nem, és régiók szerinti reprezentativitását.

### 3. Az idő előtti halálozás nemek közötti különbségei

#### 3.1. Nemzetközi jellemzők

Mivel végül valamennyien meghalunk, az igazán lényeges kérdés, hogy mi magyarázza, hogy egyes országokban, így különösképpen Magyarországon, a férfiak jelentősen korábban halnak meg, mint ami az ország gazdasági fejlettsége alapján várható volna. Bár ez az úgynevezett *közép-kelet-európai egészség paradoxon* az 1990-es években öltötte nálunk a legdrámaibb mértéket, azonban még ma is jelentős lemaradásunk van e tekintetben, nem csupán Európa nyugati feléhez viszonyítva, hanem néhány szomszédunkkal összehasonlítva is.

Az adatokból nyilvánvaló, hogy elsősorban a férfiak életkilátásai tekintetében van igen jelentős különbség: már a szomszéd országokhoz képest is – mint pl. Cseh Köztársaság – nagy a lemaradásunk, nem is szólva az osztrák, illetve svéd arányokat tekintve. Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy a magyar férfiak alapvetően nem sérülékenyebbek a szomszédos országok férfi lakosainál, ugyanis az 1960-as években mutatóink még jobbak voltak az osztrákokénál.

---

<sup>1</sup> Minden válaszadást megtagadó helyett ugyanabból a közösségből választottunk ki egy demográfiai szempontból hasonló jegyekkel jellemezhető – hasonló korú, azonos nemű – másik személyt. A felmérést védőnők végezték, akik hozzávetőleg egy-egy órát töltöttek el a felkeresettek otthonában a kérdőív kitöltésével. A védőnők egészségügyi képzettségük és a beléjük vetett bizalomnak köszönhetően kitűnően oldották meg ezt a feladatot. A kiválasztott védőnőket kéthetes időszak alatt készítettük fel erre a feladatra: három próbakérdésezést végeztünk, mielőtt megkezdték az adatgyűjtést. A mintavétel módszerét részletesen leírtuk korábbi cikkeinkben (Skrebski *et al.*, 2005; Kopp–Skrebski–Rózsa, 2008; Rózsa *et al.*, 2003).

Annak valószínűsége, hogy egy nő, illetve férfi túléli a 65. életévét néhány európai országban (%)

Országok	Nők	Férfiak
Svédország	92	87
Ausztria	92	82
Csehország	89	75
Magyarország	84	64
Ukrajna	80	50
Oroszország	76	42

Forrás: UNDP (2008)

A 2006-os KSH-adatok szerint még mindig több férfi hal meg nálunk évente az 50–64 éves korosztályból, mint 1930-ban, annak ellenére, hogy az 1960-as években jelentős javulás volt kimutatható e tekintetben (KSH, 2006a).

### 3.2. Mi magyarázhatja a magyar férfiak idő előtti egészségromlását és halálzási arányait?

Az átalakuló közép-kelet-európai országok és ezen belül is Magyarország megbetegedési és halálzási válsága különleges, a társadalomban lejátszódó kísérlet arra, hogy megértsük, milyen összefüggés van a társadalmi változások és az egészségi állapot között, és ezt milyen mechanizmusok magyarázhatják. (Wilkinson, 1996; Marmot, 1996).

A magyar férfiak korai halálzási válsága igen súlyos gazdasági veszteséget is jelent, inkább hasonlít az ukrán vagy az orosz népegészségügyi mutatókhoz, mint a szomszédos cseh, szlovák vagy lengyel adatokhoz, nem is szólva a nyugat-európai életkilátásokról. 70 év felett a magyar mutatók már közelítik a rosszabb nyugat-európai életkilátásokat, ami azt mutatja, hogy abban az életkorban, amikor az orvosi beavatkozások szerepe meghatározó, a magyar egészségügyben dolgozók, minden nehézség ellenére, viszonylag igen jól teljesítenek.

Ezzel szemben gyakorlatilag nem működik a megelőzés hálózata, ami elsősorban iskolai, munkahelyi, valamint széleskörű közösségi alapú programokat jelentene. Miközben a svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi kohézió erősítése, a második a társadalmi és gazdasági biztonság-érzet erősítése, a harmadik a munkahelyi stressz megelőzése, nálunk ezek a szempontok meg sem jelennek az egészségi állapotról szóló vitákban.

Felmerül a kérdés: miért éppen a középkorú férfiak a legsebezhetőbbek a rohamos gazdasági változások jelenlegi időszakában? Mi magyarázhatja az

azonos társadalmi és gazdasági körülmények között élő férfiak és nők halál-  
lozási arányszámainak eltérését?

Ez a különbség nem magyarázható az egészségügyi ellátás hiányosságai-  
gaival, hiszen ugyanebben az időszakban jelentősen csökkent a csecsemők  
és az idősek halállozási aránya, a nők egészségi állapota pedig javult. Szintén  
nem valószínű, hogy genetikai tényezők magyarázhatják ezeket a gyors vál-  
tozásokat.

Az 1986–1990-es évek átlagában 8,9 év volt a különbség a legmagasabb  
és legalacsonyabb végzettségű férfiak várható élettartama között, ez a kü-  
lönbség 2004-re 16,5 évre nőtt. A nők esetében a korábbi 4 évnyi hátrány  
10,2 évre nőtt a legalacsonyabb végzettségűek hátrányára. Hasonlóan drámai  
a különbség abban, hogy a 30 évesek hány százaléka éli meg a 65. életévét.  
Ennek valószínűsége a legalacsonyabb végzettségű férfiak esetében csupán  
43%(!), a nőknél 70%, míg a legmagasabb végzettségű férfiak 85%-a, a nők  
pedig 91%-a megéli a 65. életévét (Hablicsek–Kovács, 2007). Klinger  
(2007) számos korábbi tanulmányában kimutatta, hogy az alacsony iskolai  
végzettség az idő előtti egészségromlás és halállozás, de a leszakadás vala-  
mennyi jellemzőjének is legfontosabb meghatározója. Az Európai Szociális  
Felmérés első és második hullámának eredményei szerint is, 23 európai or-  
szág adatait összehasonlítva, az iskolázottság az egészségi állapot egyenlőt-  
lenségeinek legfontosabb háttértényezője, bár az alacsony iskolázottság or-  
szágok és nemek szerint különböző mértékű összefüggésben áll az egészség-  
romlással.

3.2.1. A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a korai halállozás  
előrejelzésében a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat eredményei szerint

Az elemzéshez a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálatból összesen 1130  
férfi és 1529 nő adatait használtuk fel, akik 2002-ben mindannyian a 40–69  
évesek korcsoportjába tartoztak. 2006-ig 99 férfi (8,8%) és 53 nő (3,5%)  
hunyt el ebből a korosztályból. Ezek az arányok megfelelnek az adott idő-  
szakra jellemző országos halállozási arányoknak.

Valamennyi tényező esetében megvizsgáltuk külön a férfiakra és külön a  
nőkre vonatkozóan, hogy mely tényezők különböznek szignifikánsan a köve-  
tési vizsgálat során életben maradtak és a meghaltak között. Logisztikus  
regressziós elemzés segítségével esélyhányadosokat (*odds ratio*, a továb-  
biakban röviden: OR) számoltunk minden változóra vonatkozóan. Ez a mód-  
szer alkalmas arra, hogy megmutassa, az adott változó hány-szoros valószí-  
nűséggel jelzi előre a korai halállozást a férfiak, illetve a nők esetében. Min-  
den változó esetében először a korrekció nélküli esélyhányadost adtuk meg,  
majd az adatokat a hagyományos kockázati tényezőkkel korrigáltuk: életkor,  
iskolai végzettség, dohányzás, alkohol abúzus és testtömeg-index szerint.

Eredményeink szerint a rosszabb társadalmi-gazdasági helyzet szinte minden változója csupán a férfiak esetében járt együtt magasabb korai halálozási arányokkal. Az érettségénél alacsonyabb iskolai végzettség esetében 1,8, a rossznak minősített szociális helyzet 1,9, a szubjektív szegénység 1,8-szeres korai halálozási arányokkal járt együtt a férfiak esetében. A család anyagi helyzetével kapcsolatos társadalmi-gazdasági mutatók, mint az autó és a személyi számítógép hiánya a családban a nők és a férfiak esetében egyaránt a halálozás jelentős előrejelző tényezőinek bizonyultak. Az adatok hagyományos kockázati tényezőkkel történő korrekcióját követően ezeknek a család általános anyagi helyzetét, társadalmi beágyazottságát mutató változóknak az előrejelző szerepe még fontosabbá vált. Érdekes módon a férfiak esetében a saját személyi számítógép igen fontos védő tényező, valószínűleg nem csak státusszimbólumként, hanem a társadalmi bizonytalansággal, munkahelyi kiszolgáltatottsággal kapcsolatos védő tényezőként jelenik meg. (Marmot, 2004)

### 3.2.2. A munkával kapcsolatos változók és a korai halálozás

A vizsgált mintában a férfiak 26,8%-a, a nőknek pedig 36,3%-a volt nyugdíjas. Mivel a hivatalosan nyugdíjas státusban lévők közül is sokan dolgoznak, 2002-ben a megkérdezettek 74,4%-a válaszolt a munkával kapcsolatos kérdésekre. Természetesen a munkával kapcsolatos kérdések elemzése erre a csoportra korlátozódott. Az alacsony munkahelyi kontroll érzése, a segéd és betanított munkás státus, az alacsony személyes és családi jövedelem a férfiak között szignifikánsan magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a nők esetében nem. A nők esetében a munkával kapcsolatos változók közül egyedül a munkatársaktól kapott alacsony társas támogatás járt együtt magasabb halálozási arányokkal. A férfiak között a biztos munkahely hiánya a korai halálozás legjelentősebb kockázati tényezője volt, 3,3-szor magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után továbbra is háromszoros kockázatot jelentett. Szintén a férfiak között az életcélok, az élet értelmébe vetett hit hiánya kontrollálás után 3,1-szeres idő előtti halálozási kockázattal járt együtt. (1. ábra)

### 3.2.3. Társas támogatás és idő előtti halálozás

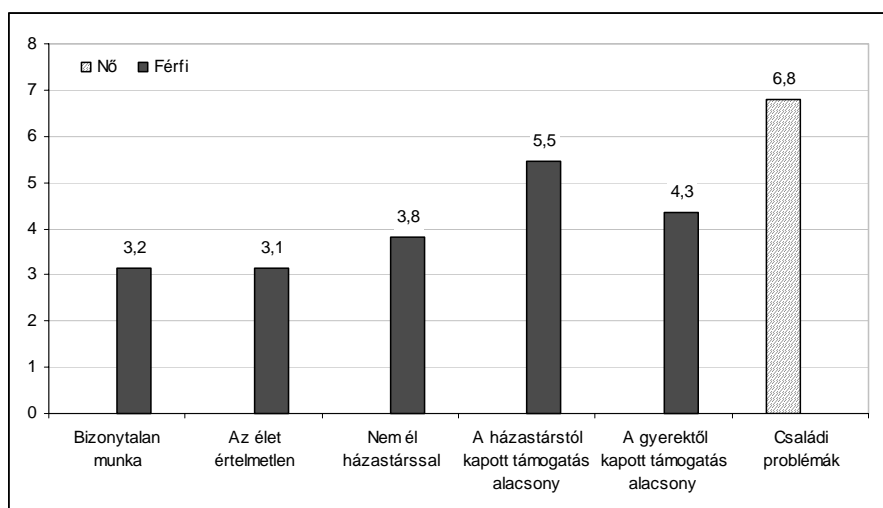
Ebben a tekintetben is igen jelentős nemi különbségeket találtunk. Azok a férfiak, akik feleségükkel éltek 2002-ben, 2,2-szer kisebb valószínűséggel haltak meg 2006-ig, akik pedig nagyon számíthattak házastársuk segítségére, 2,7-szer kisebb valószínűséggel. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után e tényezők előrejelző ereje megnőtt, aki nem élt feleséggel 2002-ben, 3,8-szeres valószínűséggel halt meg, a házastársi támogatás hiá-

## Szerepváltozások

nyában az esélyhányados 5,5-szeresre emelkedett (1. ábra). Az élettársi viszony/együttélés, valamint az élettárstól kapott társas támogatás nem voltak jelentős előrejelző tényezők sem a férfiak, sem a nők között. Ebben a csoportban azonban kevés eset szerepelt, mivel Magyarországon ebben a korcsoportban viszonylag alacsony az élettársi kapcsolatok aránya. Érdekes módon a gyermektől kapott alacsony mértékű támogatás a férfiak idő előtti halálózásának igen fontos előrejelzője volt és az maradt akkor is, amikor az adatokat az ismert kockázati tényezők szerint korrigáltuk. Négyszeres idő előtti halálózással járt együtt az, ha egy férfinak nem volt gyermeke vagy rossz volt vele a kapcsolata (1. ábra).

1. ábra

Munka és társas stressz és a korai halálozás kockázata az életkor, az iskolázottság, a dohányzás, az alkohol abúzus és az elhízás szerinti kontroll után a 40–69 évesek körében, 2002 (esélyhányadosok)



A nők között a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség (3,9-es esélyhányados) bizonyult a korai halálozás legfontosabb előrejelzőjének. A hagyományos tényezők szerinti korrekció után a rossz személyes kapcsolatok fontossága tovább nőtt, és a relatív halálozási kockázat 6,8-re emelkedett. A nők között ez volt a korai halálozás legjelentősebb előrejelzője (1. ábra). A 2002-ben megkérdezett, életben maradt nők 38%-a nem volt elégedett személyes kapcsolataival, az elhalálozottak között pedig ez az arány 57% volt. A nők esetében tehát a tágabb társas kapcsolatok hiánya a legfontosabb egészségi kockázati tényező. Ez azonban védettséget is jelent, mivel az egyik kapcsolat elégtelenségét más kapcsolatok pótolni képesek a nők esetében, míg a férfiak számára a házastársi kapcsolat különösen fontos. (Balog, 2008)

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

#### 3.2.4. Szubjektív egészségi állapot és kezelt betegségek

A szubjektív önértékelés szerinti rossz vagy nagyon rossz egészségi állapot igen gyakori a középkorú népesség körében: az életben maradt férfiak és nők lényegében ugyanakkora aránya (22%, illetve 22,5%), az elhalálozott férfiaknak viszont 42%, az elhunyt nőknek pedig 36% minősítette rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotát 2002-ben. A vizsgált személyek saját értékelése szerinti munkaképtelensége – az enyhétől a súlyosig terjedő skálán – meglepően magas értéket mutatott mind a férfiak (57,7%), mind a nők (58,6%) esetén, és 87,6% volt az elhalálozott férfiak, 73,6% pedig az elhunyt nők esetében.

Az egészségi állapot önbecslése mindkét nemnél fontos előrejelzője volt a korai halálozásnak: a saját értékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyhányadosa 3,0 volt a férfiak és 2,0 a nők esetében. Az adatok hagyományos kockázati tényezők szerinti korrigálása után, az egészségi állapot önbecslésének előrejelző ereje még erősebbé vált, a férfiak között 4,5, a nőknél pedig 3,1. A munkaképtelenség esélyhányadosa 5,8 volt a férfiak és 2,0 a nők esetében, kontrollálás után 4,2-szeres halálozást jelzett előre a férfiak esetében. (2. ábra)

Felmerül a kérdés: milyen tényezők magyarázzák ezt a korai egészségromlást? Más tanulmányokkal összehangban, az egészségi állapot önértékelése a férfiak esetében még jobban jelzi előre a halálozás kockázatát, mint a nők esetében. Több követéses vizsgálat eredményei szerint az egészségi állapot önbecslése minden ismert vizsgálati módszernél jobban jelzi előre a halálozás kockázatát. Ennek hátterében a „közérzet” nehezen meghatározható jelensége áll, ami a férfiak esetében pontosabb előrejelzője a szervezet működési zavarának, mint a nők esetében (Idler–Benyamini, 1997).

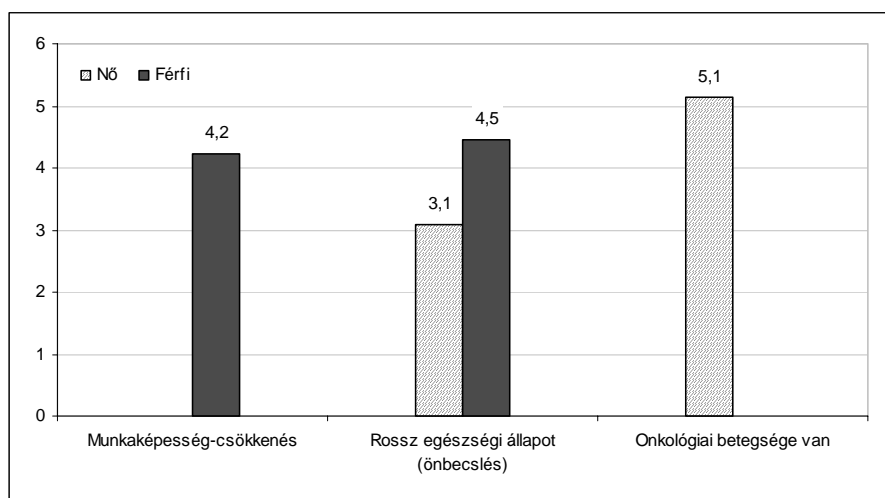
Megdöbbenő ugyanakkor, hogy ugyanezek a férfiak, akik egészségi állapotukat már rossznak minősítették 2002-ben, milyen alacsony arányban fordultak orvoshoz. 2002-ben sem a magas vérnyomás, sem a szív- és érrendszeri, sem az agyérbetegségek, sem más megbetegedések miatti kezelés nem jelezte előre a korai halálozást a férfiak esetében. A 2002 óta elhunyt nők 13,7%-át kezelték daganatos betegség miatt (OR=3,2), ez a halálok volt a középkorú nők esetében a leggyakoribb. Ma a rák miatti halálozás, különösen az idő előtti onkológiai halálozás, a világon a leggyakoribb Magyar-

## Szerepváltozások

országon. A férfiak esetében csak az ismeretlen eredetű szív- és érrendszeri problémák jelezték előre a korai halálozást.

2. ábra

Az egészségi állapot önbecslése, a munkaképesség-csökkenés és a korai halálozás kockázata az életkor, az iskolázottság, a dohányzás, az alkohol abúzus és az elhízás szerinti kontroll után a 40–69 évesek körében, 2002 (esélyhányadosok)



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

### 3.2.5. A korai halálozás pszichológiai előrejelzői

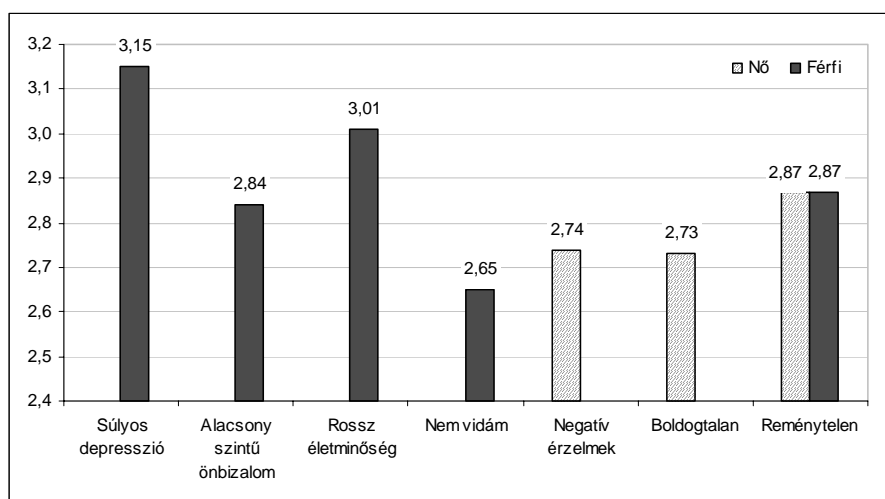
A depresszió, különösen a súlyos depresszió a korai halálozás kockázatát ötszörösére növelte, de csak a férfiak esetében. 2002-ben a súlyos depresszió előfordulási aránya 24% volt a mintában szereplő elhunyt, és 5,8% az életben maradt férfiaknál. A *WHO életminőség skálája*<sup>3</sup> csak a férfiak esetében bizonyult jelentős védő tényezőnek

<sup>2</sup> A Beck depresszió skála legalkalmasabb a depressziós tünetegyüttes súlyosságának epidemiológiai szintű vizsgálatára, egyben társadalmi szinten a krónikus stressz állapotának legmegfelelőbb mérőeszköze (Kopp–Skrabski–Rózsa, 2008).

<sup>3</sup> A WHO életminőség skála az általános jóllét mérőeszköze (Kopp–Skrabski–Rózsa, 2008).



Lelki zavarok és a korai halálozás kockázata az életkor, az iskolázottság, a dohányzás, az alkohol abúzus és az elhízás szerinti kontroll után a 40–69 évesek körében, 2002 (esélyhányadosok)



Az élet értelmének a hiánya szintén csak a férfiak között volt jelentős kockázati tényező. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után a súlyos depresszió, a rossz életminőség, valamint az élet értelmének a hiánya jelentős kockázati tényezők maradtak a férfiak esetében. A jókedv és a kompetencia érzése mindkét nem esetében jelentős védő tényező volt, mintegy kétszeresére emelte a túlélés valószínűségét. A negatív érzelmi beállítottság viszont a nők esetében bizonyult fontosabb halálozást előrejelző tényezőnek, és a hagyományos tényezők szerinti korrekció után is jelentős maradt, csakúgy, mint a boldogtalanság. Ez az eredmény azt mutatja, hogy a környezeti hatások következtében kialakuló, a krónikus stressz lelkiállapotát jelző depressziós tünetegyüttes, más nemzetközi követéses vizsgálatok eredményeivel összhangban, a férfiak számára jelent nagyobb kockázatot, míg a negatív beállítottság mint személyiségjellemző a nők esetében fontosabb veszélyeztető tényező.

### 3.2.6. Magatartás, életmód és halálozás

A hagyományos kockázati tényezők közül a dohányzás (OR=1,6) és különösen a rendszeres sport-tevékenység hiánya (OR=3,0) a férfiak esetében jelentősen előre jelezte a korai halálozást. A nők esetében a sportolás hiánya (OR=4,6) volt jelentős halálozást előrejelző tényező. Az életük során dohányzók aránya 2002-ben, a 40–69 éves korcsoportban 68,5% volt a férfiak

és 36,1% a nők között, a jelenleg dohányzók aránya 37,2% volt a férfiak és 23,1% a nők között. A dohányzás viszonylag kevésbé erős hatásának magyarázata az lehet, hogy a magukat betegebbnek érző férfiak és nők közül többen abbahagyták a dohányzást, így a 2002-es felmérés idején már nem voltak dohányosok.

### *3.3. Melyek tehát a férfiak idő előtti egészségromlásának és korai halálzásának legfontosabb háttértényezői ma Magyarországon?*

A férfiak esetében a halálozás szignifikáns előrejelzője volt számos olyan tényező, ami a nők esetében nem volt kimutatható kapcsolatban a korai halálozás valószínűségével. Ilyenek voltak az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi helyzet, alacsony személyes és családi jövedelem, a munkával kapcsolatos tényezők közül a biztos munka hiánya, csekély munkahelyi kontroll-érzés, segéd- és betanított munka, továbbá a depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a házastárstól és a gyermektől kapott társas támogatás hiánya.

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

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

Vizsgálatunk eredményeinek tükrében feltételezhető, hogy a *krónikus stressz* az a láthatatlan kéz, amely a középkorú magyar férfiak tragikusan magas korai halálozási arányát okozza. A krónikus stressz során felmerülő magatartási és lélektani változások szembetűnően hasonlítanak a depresszió során tapasztalható krónikus változásokhoz. Elsősorban azok kerülnek a kontrollálhatatlan, krónikus stressz állapotába, akik nem rendelkeznek megfelelő megbirkózási képességekkel.

A depressziós tünetegyüttes a krónikus stressz állapotának legmegbízhatóbb mutatója. A súlyos depresszió 2,7%-ról 7%-ra növekedett 1988 és 1995

között a teljes magyar felnőtt lakosság körében. 2002 és 2006 között a súlyos depressziós tünetegyüttes aránya 8,1%-ról 10,2%-ra növekedett a felnőtt férfi lakosság körében és 10,7%-ról 14,2%-ra a nők között. Míg 2002-ben 14,1% volt a kezelésre szoruló, közepesen súlyos és súlyos depressziósok aránya, addig 2006-ban ez az arány azok között, akiket a követéses vizsgálat során újra felkerestünk, 20,5%-ra emelkedett. Ez az arány 2006-ban a férfiak között 17,3%, a nők között 22,6% volt (Purebl–Balog, 2008).

Az érettségivel alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak közül 1,8-szer annyian haltak meg a követéses vizsgálatunk eredményei szerint, mint az érettségizett vagy magasabb végzettségű férfiak közül. Alapvetően fontos megérteni a férfiak alacsony végzettségének lehetséges „toxikus” összetevőit. Megvizsgáltuk, hogy milyen tényezők közvetíthetnek az alacsony iskolai végzettség és a korai halál között. Ehhez egy logisztikus regressziós modellt állítottunk fel, s amikor a kérdezett életkorát, testtömeg-indexét, a dohányzást, az alkohol abúzust és a súlyos depressziót vettük be az elemzésbe, akkor a kor, a dohányzás és a súlyos depresszió továbbra is a korai halálozás szignifikáns előrejelzői maradtak, a végzettség hatása azonban már nem volt szignifikáns. Ez azt jelenti, hogy a középkorú férfiak esetében a fenti változók magyarázzák az alacsony végzettség veszélyeztető hatását. Egyedül a súlyos depresszió volt az a változó, amely teljesen magyarázta az alacsony iskolai végzettség férfiakra gyakorolt hatását. Több más tényező, mint a munkahely bizonytalansága, a feleségtől kapott társas támogatás hiánya és az élet értelmének hiánya csökkentették az alacsony iskolai végzettség hatását az idő előtti halálozásra, de nem magyarázták teljes mértékben. Természetesen ezek a tényezők szoros kapcsolatban állnak a súlyos depresszió kialakulásával.

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

#### **4. Az életkor szerinti, a biológiai és pszichológiai öregedés folyamatának viszonylagossága**

Míg fiatal korban a kronológiai, biológiai és pszichológiai életkor a legtöbb esetben szinte teljesen egybeesik, a későbbiek során igen jelentős különbségek alakulnak ki az emberek életévek szerinti és biológiai, pszichológiai életkora között. Ma már számos vizsgálat bizonyítja, hogy a tartós, krónikus stressz állapota jelentősen siettet a biológiai és pszichológiai öregedést. A

krónikus stressz helyzetek megélése valamennyi életkorban alapvető jelentőségű az öregedés folyamatában.

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

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

Fontos, hogy tisztában legyünk az idősödés folyamán kialakuló legfontosabb központi idegrendszeri élettani változásokkal, de ezzel együtt ismernünk kell az időskori változásokat ellensúlyozó biológiai és pszichológiai mechanizmusokat is. Az időskori testi és szellemi kapacitás szűkülése, az addigi szerepek elvesztése, átalakulása, a társ, barátok elvesztése, a szűkülő lehetőségek természetes veszteségtudattal járnak. Az időskori fejlődés alapja a tények elfogadása és az új élethelyzetnek megfelelő célok, hasznos tevékenységek, a következő generációért vállalt felelősség megélése, természetesen csak az adott korlátok között. Ezért alapvető, hogy már fiatalabb korban is felkészüljünk a megelőzés lehetőségeire, a kompetens, sikeres öregkor megélésére, valamint a „helytelen”, inaktív, önfeladó idősödés veszélyeire.<sup>4</sup>

Az életévek soha nem látott meghosszabbodása jellemzi a mai civilizált társadalmakat. Míg a várható élettartam Magyarországon 1900-ban a férfiak között 46 év, a nők között 48 év volt, 2006-ban a férfiak várható élettartama Magyarországon 69 év, a nőké 77,4 év. Ugyanakkor a várható élettartam a szomszédos Ausztriában 2006-ban a férfiak esetében 76,7, tehát 7,7 évvel tovább élnek, mint magyar társaik, az osztrák nőké 82,3 év, 5,4 évvel tovább élnek, mint a magyar nők. Összehasonlításként 2006-ban Csehországban férfiak várható élettartama 72,9 év volt, a nőké 79,3 év. Ugyanezek az arányok Lengyelországban: férfi: 70,8 év nő: 79,3 év, tehát a hozzánk hasonló helyzetű szomszédainkhoz képest is jelentősen lemaradtunk ebben a tekin-

---

<sup>4</sup> Erikson (1968) személyiségfejlődési modelljében az időskori krízis meghaladásának lehetőségét a generációs felelősség átélése, a krízis megoldásának képtelenségét az izoláció, magára maradás, a boldogtalanság, reménytelenség lelkiállapota jellemzi. Miközben az idősök eltartásának terheiről beszélünk, félredobjuk az idősök alkotóképességében rejlő lehetőségeket. Pedig az alkotóképesség, a másoknak adni tudás az időskori egészség fenntartásának legfontosabb meghatározói.

tetben. A ma Európában a legmagasabb várható élettartammal rendelkező Svájcban 78,7 év a férfiak és 84 év a nők várható élettartama. Ez azt jelenti, hogy egy svájci férfi majdnem 10 évvel, egy svájci nő majdnem 7 évvel él tovább, mint egy magyar. (KSH, 2006b)

2. táblázat

Várható élettartamok néhány európai országban, 2006 (életév)

Országok	Nők	Férfiak	Nemek közötti különbség
Svájc	84,0	78,7	5,3
Ausztria	82,3	76,7	5,6
Csehország	79,3	72,9	6,4
Lengyelország	79,3	70,8	8,5
Magyarország	77,4	69,0	8,4

Forrás: KSH (2006b)

3. táblázat

A 65 évnél idősebbek és a 18 évnél fiatalabbak aránya a férfiak és nők között Magyarországon 1990-ben és 2005-ben (%)

Korosztály	1990		2005	
	Nők	Férfiak	Nők	Férfiak
18 évnél fiatalabbak	19,3	21,9	14,5	16,9
65 évnél idősebbek	15,7	10,6	18,8	12,1

Forrás: KSH (2005)

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

#### 4.1. A 69 évnél idősebbek túlélésének előrejelzői a mai magyar társadalomban

A Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat adatai alapján megvizsgáltuk, hogy milyen tényezők jelezték előre a 2006-ig bekövetkezett halálozást a 2002-ben 69 évnél idősebb népesség körében<sup>5</sup>, és milyen nemek közötti különbségek mutathatóak ki ebben a tekintetben (Kopp–Skrabski, 2008a). Esélyhányadosok számítása segítségével vizsgáltuk meg, hogy milyen társadalmi-gazdasági, pszichoszociális és életmódtényezők különböztetik meg a

<sup>5</sup> A 69 évnél idősebb férfiak közül 263-an, a 69 évnél idősebb nők közül 416-an egyeztek bele az ismételt megkeresésbe. 2006-ig közülük 67 férfi (25,5%) és 85 nő (20,4%) halt meg.

túlélő és a meghalt 69 évnél idősebb személyeket, tehát hogy időskorban milyen tényezők a túlélés meghatározói. Természetesen mindkét nem esetében az általános egészségi állapot, illetve állapotromlás a halálozás igen fontos előrejelzője.

A férfiak esetében azok, akik 2002-ben saját egészségi állapotukat egy ötfokú skálán egyesre vagy kettesre értékelték, kétszer nagyobb valószínűséggel haltak meg 2006-ig (OR=2,01), a nők esetében ez a valószínűség valamivel magasabb (OR=2,2) volt.<sup>6</sup> Számos korábbi vizsgálat is kimutatta, hogy az egészségi állapot önbecslése időskorban különösen fontos előrejelzője a közeli halálozás kockázatának, jobb előrejelző, mint az ismert klinikai vizsgálati módszerek. (Idler–Benyamini, 1997)

Az enyhe depressziós tünetegyüttes (Beck Depressziós Index 10 pont felett) a férfiaknál a halálozás majdnem háromszoros előrejelzője volt (OR=2,7), a nők esetében is hasonlóan magas 2,3-szeres volt ez az arány (Kopp–Skrabski–Rózsa, 2008). Érdekes módon mindkét nem esetében a maguk módján vallásosak halálozási aránya magasabb volt, mint a nem hívők, vagy mint az egyházukban vallásgyakorlók halálozási kilátásai (férfiaknál 2,5, nőknél 2,0), tehát mind a nem hívők, mind az egyházukban vallásgyakorlók halálozási életkilátásai jobbak, mint a maguk módján vallásgyakorlóké.

Kétszeres túlélés előrejelzője volt mindkét nem esetében a WHO jólléti index (Kopp–Skrabski–Rózsa, 2008). 2002-ben (férfiak: OR=1,9, nők: OR=2,1). A rendszeres sportolás a legfontosabb védő tényező: a férfiak esetében több mint négyszeres túléléssel járt együtt (OR=4,3), a nőknél is majdnem négyszeres volt e tényező pozitív hatása (OR=3,7). Természetesen az egészségesebb idős emberek valószínűleg inkább sportolnak, de mégis ez az összefüggés igen figyelemreméltó. A gazdasági tényezők közül a gépkocsitulajdon volt a túlélés jelentős előrejelzője, a férfiak esetében majdnem négyszeres, a nőknél is több mint kétszeres túlélést jelzett előre (férfiak: OR=3,8, nők: OR=2,2).

A halálozást csak a férfiak esetében jelezte előre a reménytelenség (OR=2,1) és a negatív érzelmi állapot (OR=2,2). A rossz szubjektív szociális helyzet (OR=1,8) (tehát az anyagi helyzet rossznak való minősítése) és a boldogtalanság (OR=1,8) viszont csak a nők esetében jelezte előre a halálozás kockázatát. A férfiak esetében az önhatékony (OR=2,6) és a személyes kapcsolatokkal való általános elégedettség (OR=2,1), a nők esetében a rendszeres vallásgyakorlás (OR=2,8) jelezte előre a túlélés valószínűségét. Érdekes módon, de összhangban más vizsgálatok eredményeivel, ebben az életkorban az iskolázottság, a jövedelem, a dohányzás és az alkoholfogyasztás már nem voltak szignifikáns kapcsolatban a négy éven belüli halálozás kockázatával (Cheng, 2004). Összességében tehát számos pszichoszociális

<sup>6</sup> Az *Egészségi állapot önbecslése* c. kérdőív egy 1-től 5-ig terjedő skálán – ahol az 1-es érték a rendkívül rossz, az 5-ös pedig a kiváló értékelést jelenti – kérdez rá arra, hogy a vizsgálati személy saját egészségi állapotát milyennek minősíti.

tényező idős korban is szoros kapcsolatban áll a túlélés valószínűségével, azonban a nemi különbségek ebben a korosztályban már sokkal kevésbé lényegesek, mint a középkorú népesség esetében.

#### *4.2. Megbetegedések, halálokok szerinti különbségek a nők és férfiak körében*

A 25–64 éves (csak erre a korosztályra vannak sztenderdizált halálozási adataink) korosztályban a magyarországi sztenderdizált halálozási kockázat szív- és érrendszeri okok miatt mind a férfiak, mind a nők esetében 3,1-szer, a daganatos halálozás a férfiak esetében 2,2-szer, a nőknél 1,6-szor, az emésztőszervi – nagyrészt alkohollal kapcsolatos – halálozás a férfiak esetében 5,5-ször, a nőknél 4,6-szor, a külső ok – öngyilkosság, gyilkosság – miatti halálozás a férfiak esetében 2,2-szer, a nőknél 1,7-szer magasabb arányú, mint az EU-tagországok átlaga. (Ádány, 2007)

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

### **5. A Hungarostudy 2002 és 2006 felmérések eredményei az életminőséggel kapcsolatban**

#### *5.1. Az egészséggel kapcsolatos életminőség nemek szerinti különbségei*

Az egészséggel kapcsolatos életminőséget az egészségi állapot önbecslése segítségével vizsgálhatjuk a legmegfelelőbbben. Az idő előtti halálozással összefüggésben már tárgyaltuk, hogy ez az ún. közérzetmutató minden más vizsgálati módszernél megbízhatóbban jelzi előre az életkilátásokat.

Európai összehasonlításban a magyarok rendkívül rossz helyen állnak, egyedül nálunk 50% alatti az életminőségre jó vagy kiváló értékeket adók aránya, míg Svájcban, Írországbán ez az arány 80% felett van. (4. táblázat)

## Szerepváltozások

4. táblázat

Az egészséggel kapcsolatos életminőség jó vagy kiváló értékeinek aránya néhány európai országban a *European Social Survey 2002* szerint (%)

Országok	Arány
Svájc	85,0
Írország	84,1
Belgium	78,2
Dánia	77,8
Ausztria	77,1
Spanyolország	64,4
Franciaország	64,2
Olaszország	62,1
Németország	59,2
Szlovénia	56,4
Lengyelország	55,2
Cseh Köztársaság	54,3
Portugália	51,2
<i>Magyarország</i>	<i>45,4</i>

*Forrás:* European Social Survey 2002

A Hungarostudy 2002 felmérés alapján a teljes népesség körében, az egészségi állapot önbecslése szerint, egy ötfokozatú skálán (ahol az 1-es az „igen rossz”, az 5-ös pedig az „igen jó” életminőséget jelentette), a teljes férfi népesség válaszainak átlaga  $3,4 + 0,012$ , a női népesség válaszainak átlaga pedig  $3,3 + 0,011$  volt. Tehát a férfiak egészséggel kapcsolatos életminőségüket szignifikánsan jobbnak minősítették a nőknél. Amennyiben azonban az életkorral korrigáljuk ezeket az értékeket, már nagyon lecsökken a két nem közötti különbség, mivel a nők körében sokkal magasabb az idősök aránya. Ez azért érdekes eredmény, mert az egészségi állapot önbecslése a legtöbb országban sokkal jobb értéket mutat a férfiak, mint a nők esetében. A magyar népesség körében tapasztalt viszonylag rosszabb egészségi állapot értékelés a férfiak valóban rosszabb egészségi állapotának reális mutatója.

A Hungarostudy 2006 felmérés eredményei szerint az egészségi állapot önbecslésének átlaga a férfi népesség körében  $3,3 + 0,02$ , a nők esetében pedig  $3,2 + 0,018$  volt.

A következőkben a Hungarostudy 2006 felmérés korrigált adatai alapján összehasonlítjuk három korosztályban (a 45 évnél fiatalabb, a 45–64 évesek, valamint a 64 évnél idősebbek csoportjában) a nők és a férfiak egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzőit.



## 5.2. A 45 évnél fiatalabb nők és férfiak életminősége

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

A 45 évnél fiatalabb korosztályban az egészségi állapot önbecslése szerint jó vagy kiváló minősítést adott a nők 64%-a, a gyermekes nők 61%-a, a gyermektelen nők 74%-a, a férfiak 66%-a, a gyermekes férfiak 60%-a, a gyermektelenek 73%-a. Ez mindkét nem esetében igen szignifikáns eltérést jelent a gyermektelenek javára (5. táblázat).

5. táblázat

A gyermekes és gyermektelen 45 évnél fiatalabb nők és férfiak egészségi állapotának összehasonlítása – az egészségi állapot önbecslésére jó vagy kiváló minősítést adók aránya, 2006 (%)

	Gyermektelenek	Gyermekesek	Teljes sokaság
Nők	74	61	64
Férfiak	73	60	66

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

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

### 5.3. A 45–64 éves, illetve a 64 évnél idősebb nők és férfiak életminősége

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

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

## 6. Összefoglalás

A felnőtt népesség egészségi állapotának két legfontosabb jellemzője a várható élettartam és ezzel szoros összefüggésben az idő előtti halálozás aránya, valamint a megélt életévek során elérhető életminőség. A magyar nőket és férfiakat ebből a két szempontból éppen ellenkező irányú tendenciák jellemzik. Míg a férfiak esetében az idő előtti, 40–69 éves korban bekövetkező halálozás európai összehasonlításban és a magyar nők halálozási adataival összevetve is rendkívül magas, addig a nők életminősége minden korosztályban rosszabb a férfiakénál Magyarországon. A férfiak idő előtti halálzásának hátterében az átalakuló társadalom krónikus stresszforrásai közül a munkahelyi bizonytalanság, az általános értékvesztés, a közvetlen társas kapcsolatok zavarai állnak, amelyek mind az önkárosító magatartásformákon keresztül, mind közvetlenül, a depressziós tünetegyüttes közvetítésével fontos szerepet játszanak. A 45 év alatti gyermekes fiatalok egészséggel kapcsolatos életminősége jelentősen rosszabb a gyermektelennél, mind a nők, mind a férfiak körében. A 45–64 éves korcsoportban már hihetetlenül romlanak a magyar népesség egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzői. A nőknek csak 26%-a, a férfiaknak pedig 30%-a tartotta jónak vagy kiválónak saját egészségi állapotát, míg 64 év felett a nőknek csupán 18%-a és a férfiaknak 30%-a.

## Irodalom

- Ádány R., 2007: A magyar népesség egészségi állapota. MOTESZ előadás. Budapest: Egészségügyi Minisztérium.
- Balog P., 2008: A házastársi /élettársi kapcsolat szerepe az esélyteremtésben. In: Kopp M., szerk.: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Cheng, S.-T., 2004: Age and subjective well-being revisited: A discrepancy perspective. *Psychology and Aging*, vol. 19, no. 3, pp. 409–415.
- Erikson, E., 1968: *Identity, youth and crisis*. New York: Norton.
- Eurobarometer, 2006: *Health in the European Union*. European Commission.
- Hablicsek L.–Kovács K., 2007: Az életkilátások differenciálódása iskolázottság szerint. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Idler, E. L.–Y. Benyamini, 1997: Self-rated health and mortality: A review of twenty seven community studies. *Journal of Health and Social Behaviour*, no. 38, pp. 21–37.
- Klinger A., 2007: A halandóság társadalmi különbségei Magyarországon a XXI. század elején. *Demográfia*, 50. évf., pp. 252–334.
- Kopp M.–Réthelyi J., 2004: Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality—the Central-Eastern-European health paradox. *Brain Research Bulletin*, no. 62, pp. 351–367.
- Kopp M.–Skrabski Á., 2003: A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében. *Demográfia*, 46. évf. 4. sz., pp. 383–395.
- Kopp M.–Skrabski Á., 2008a: A meghosszabbodott életévek forradalma. In: Kopp M. szerk., 2008: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kopp M.–Skrabski Á. 2008b: Kik boldogok a mai magyar társadalomban? In: Kopp M. szerk., 2008: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Kopp M.–Skrabski Á.–Rózsa S., 2008: Az esélyerősítés és életminőség mérésére alkalmazott kérdőíves vizsgálati módszerek. A Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat kérdőívei. In: Kopp M. szerk., 2008: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- KSH, 2005: *Demográfiai Évkönyv, 2005*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH, 2006a: *Demográfiai Évkönyv, 2006*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH, 2006b: *Statisztikai Évkönyv 2006*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Marmot M., 2004: *Status syndrome*. London: Times Books.
- Marmot, M.–R. Wilkinson, 1999: *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Marmot, M. G., 1996: The social pattern of health and disease. In: Blane, D.–E. Brunner–R. Wilkinson, eds.: *Health and social organization*. London, New York: Rutledge, pp. 42–70.
- Purebl Gy.–Balog P. 2008: A depressziós tünetegyüttes jelentősége az esélyteremtés szempontjából. In: Kopp M. szerk., 2008: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Rózsa S.–Réthelyi J.–Stauder A.–Susánszky É.–Mészáros E.–Skrabski Á.–Kopp M., 2003: A magyar népesség egészségi állapota a Hungarostudy 2002 felmérés szerint: módszerek és a reprezentatív minta jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18. évf., pp. 83–94.
- Skrabski Á., 2008: A társadalmi tőke változásai Magyarországon az átalakulás időszakában. In: Kopp M. szerk., 2008: *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Skrabski, Á.–M. Kopp–S. Rózsa–J. Réthelyi–R. H. Rahe, 2005: Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 12, no. 2, pp. 78–85.

## Szerepváltozások

- Spéder, Zs.–B. Paksi–Zs. Elekes, 1999: Anomie and stratification at the beginning of the nineties. In: Kolosi T.–I. Gy. Tóth–Gy. Vukovich, eds.: Social Report 1998. Budapest: Social Research Informatics Center, pp. 483–505.
- UNDP, 2008: Human Development Report, 2008. Geneva: UNDP.
- Wilkinson R. G., 1996: Health, civic society in Eastern Europe before 1989. In: Hertzman C, ed.: Environmental and non-environmental determinants of the East-West life expectancy gap. Amsterdam: Cluwer.