

Józan Péter: A nők egészségi állapotának néhány jellemzője

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Józan Péter (1999): „A nők egészségi állapotának néhány jellemzője” in:
Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 1999, Pongrácz Tiborné,
Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Szociális és Családügyi
Minisztérium Nőképviselési Titkársága, Pp. 101–115.

A nők egészségi állapotának néhány jellemzője

Józan Péter

Bevezető

A nők egészségi állapota leginkább úgy vizsgálható, hogy összehasonlítjuk azt a férfiak egészségi állapotával. Vannak adataink arról, hogyan vélekednek a nők egészségi állapotukról, milyen *életmódot* folytatnak, milyen gyakoriak körükben a legfontosabb *kockázati tényezők*. További lehetőség, hogy a női népesség egészségi állapotára a *halálzási viszonyokból* következtetünk. Ehhez részletes halálzási adatokkal rendelkezünk, amelyek igen értékesek, de a tényleges egészségi állapotról csak közvetve és korlátozott módon tájékozhatunk. Nem ismerjük azonban populációs szinten sem az egészségi állapot alakulásában releváns biológiai paramétereiket, sem megbetegedési viszonyaikat. Ezeknek a megjegyzéseknek a közreadása mindenképpen indokolt, mielőtt azokat az adatokat elemezzük, amelyek rendelkezésünkre állnak.

Életmód, kockázati tényezők

A nők életmódjára, a körükben előforduló kockázati tényezők gyakoriságára, általában egészségtudatos magatartásukra, – igen korlátozott mértékben – megbetegedési viszonyaikra vonatkozólag a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 1994. évi Egészségi Állapot Felvétele (EÁF-94) szolgáltat adatokat. Annak ellenére, hogy az EÁF-94 óta félévtized telt el, adatai minden bizonnyal elfogadható módon tükrözik a népességnek az 1990-es évek második felére is jellemző egészségi állapotát, illetve az azt meghatározó kockázati tényezők gyakoriságát. Ezek ugyanis egyik évről a másikra alapvetően nem változnak meg.

A felvételtől megállapítható, hogy a nők érzékenyebbek *egészségi állapotuk* megítélésében, mint a férfiak. Másképpen úgy is fogalmazhatunk, hogy a nők kevésbé elégedettek egészségi állapotukkal: csaknem egynegyedük rossznak tartja egészségi állapotát. A legtöbb nő úgy vélekedik, hogy egészségesen él, vagy legalábbis „éppen megfelelően”; mindössze 9 %-uk gondolja, hogy *életmódja* egészségtelen. A fenti adatokból arra lehet következtetni, hogy az életmód és az egészségi állapot közötti összefüggés a nők többsége előtt rejtve marad. (Megjegyzendő, hogy a férfiakra nézve is igaz ez a következtetés.)

Az életmód korszerű értelmezése szerint abba a *családtervezés, fogamzásgátlás és születésszabályozás* is beletartozik. A kilencvenes évek első felében a házas, illetve együttélő 19–41 éves nők közel háromnegyede alkalmazott fogamzásgátlást. 1998-ban 1000 15–49 éves korú nőre 27, 100 élveszületésre 71 *művi abortusz* jutott.

A 19-41 éves nők 37,7%-a orális tablettával, 17%-a méhen belüli eszközzel, 8%-a kondommal, 6%-a megszakított érintkezéssel, 3%-a átmenetileg önmegtartóztatással, 0,6%-a naptári módszerrel és 0,2%-a egyéb módon védekezett a teherbeesés ellen.

Az egész termékeny életszakaszra vetítve a 15–49 éves nőknek valamivel több mint fele használt vagy használ orális fogamzásgátló tablettát a nem kívánt terhesség megelőzésére. A fogamzásgátló tabletta szedésének időtartama leggyakrabban két és öt év között van, de mintegy 17% azoknak a nőknek az aránya, akik több mint tíz éve élnek ezzel a módszerrel.

Valószínűleg a *dohányzás* a legnagyobb jelentőségű kockázati tényező: tüdőrákot okoz és igen nagy mértékben hozzájárul – többek között – a szívkoszorúér-betegség és az idült hörghurut kialakulásához. Magyarországon a kilencvenes évek első felében az összhalálozás mintegy 17%-a hozható kapcsolatba a dohányzással; a férfiak esetében a részarány 25, a nőknél 9%. A 15–64 éves nők 27%-a rendszeres dohányos szemben a férfiak 44%-os hányadával. A nők átlagosan 16 cigarettát szívnek naponta, 43%-uk azonban legalább 20-at. Egy évtizeddel ezelőtt a nőknek 22%-a dohányzott, *a dohányzó nők részarányának növekedése* – amely általános európai tendencia – a nyolcvanas évek közepe óta tehát 5%; a férfiak körében a dohányzók hányada ugyanezen időtartam alatt csökkent. A dohányzás gyakorisága a *fiatal nők* körében nő leginkább, de a legtöbben a 30–39, illetve 40–49 évesek korcsoportjában dohányoznak: részarányuk 37, illetve 36%.

Családi állapot szerint vizsgálva a dohányzás gyakoriságát a legtöbb dohányzó nő az elváltak és az özvegyek között található. A várakozásnak megfelelően a budapesti és általában a városi nők körében több dohányos van, mint a községekben élők között, de a fiatalabb korcsoportokban a dohányzás gyakorisági különbségei a település típusok között jelentősen csökkennek. Az alacsonyabb iskolai végzettségű, illetve fizikai foglalkozású nők sokkal gyakrabban dohányoznak, mint azok, akiknek magasabb az iskolai végzettsége, illetve szellemi foglalkozásúak.

A dohányzásra való rászakás jelenleg fiatalabb korban történik, mint egy évtizeddel korábban: a nőknél az átlagéletkor 1994-ben 18,1 év volt, 1986-ban még 21,6 év. A dohányzó nők kb. 30 százaléka később abbahagyja a dohányzást. A legerősebb motívum a *leszakásban a terhesség*, ezután sorrendben valamilyen betegség következik.

A mértéktartó *szeszesital-fogyasztás* része a kultúrának, általánosan elfogadott viselkedésforma, és különösképpen a vörösbor jót tesz az egészségnek. Az *alkoholizmus* azonban olyan krónikus betegség, amely tönkre teheti az egészséget, a társadalmi-családi kapcsolatokat és a munkaképességet. A mértéktelen alkoholfogyasztás, még inkább az alkoholizmus stigmatizál. Ezért a fogyasztás mértékére vonatkozó adatok, amelyek a válaszadók közlésén alapulnak csak gondos mérlegelés után fogadhatók el. Éppen azok hajlamosak a tényleges fogyasztásra vonatkozó adatokat megszeépíteni, akik túl sokat isznak, esetleg már alkoholisták. Alapvetően két tényező határozza meg a szeszesital fogyasztási szokások jellegét: annak rendszeressége és az egy alkalommal elfogyasztott mennyiség. Ennek alapján több csoportot lehet elkülöníteni.

Az *absztinensek*, akik egész életükben, vagy annak egy bizonyos időszakában egyáltalán nem isznak a 15–64 éves női népesség mintegy 40%-át alkotják, szemben a férfiak körében tapasztalt 16 százalékkal. A szeszesital fogyasztók hányada negyven éves korig nő, ezt követően a férfiaknál kisebb, a nőknél nagyobb mértékben csökken. A 30–39 éves nők kb. kétharmada, de a 60–64 éveseknek már csak egyharmada iszik szeszesitalt; a férfiaknál a megfelelő részarányok: 86,4 illetve 76,4%.

A nem absztinensek közül, a ritkán, *havonta egyszer-kétszer* szeszesitalt fogyasztók vannak a legtöbben: ők a 15–64 éves női népesség 45,2%-át teszik ki. A nők mindössze 2,9%-a válaszolta, hogy minden nap fogyaszt szeszesitalt, a férfiak 21,7%-os részarányával szemben. Ezeknek a nőknek közel fele iszák: ők 40,4 ml abszolút alkohollal ekvivalens szeszesitalt fogyasztanak naponta; ez évi viszonylatban 14,7 liter abszolút alkoholnak felel meg.

Figyelembe véve a minden nap ivó alkoholistákat és azokat, akik bár nem isznak minden nap, de mértéktelen alkoholfogyasztásuk alapján alkoholistának számítanak, a 15 és 64 év közötti női népességben 1,5 százalékra becsülhető az alkoholisták részaránya. Mivel az alkoholizmus meglehetősen ritka húsz év alatt, indokolt az alkoholisták hányadát a 20 éves és idősebb populációban külön is megadni. Valószínű, hogy a 20–64 éves korcsoportban a nők kb. 2,0 százaléka alkoholista; az azonos korcsoporthoz tartozó férfi népesség viszont csaknem 25 százaléka sorolható az alkoholisták közé.

A legnagyobb az alkoholisták részaránya a 20–29 éves nők korcsoportjában. A legtöbb alkoholista nő Budapesten található; részarányuk a városokban és falvakban lényegében azonos. Érdekességként megemlíthető, hogy a nők inkább borivók, de a nagyivók, az alkoholisták rendszerint minden fajta szeszesitalt fogyasztanak. A legtöbb nő társaságban iszik, egyedül alig 14%.

Táplálkozás

A *táplálkozás* az egészségi állapot alakulása szempontjából a legáltalánosabb és a legösszetettebb tényező. Az emberek nagyobb része nem dohányzik, nem alkoholisták, de mindenki eszik, így tehát a táplálkozás minden ember egészségi állapotát befolyásolja. Bizonyított, hogy pl., a különböző zsírféleségeknek, antioxidánsoknak, a só fogyasztásának lényeges szerepe van abban, hogy kialakul-e szívkoszorúér-betegség, bizonyos típusú rákbetegségek, magasvérnyomás vagy agyérbetegség.

A táplálkozási szokásokat főleg a hagyományok alakítják, melyek nagyon erősek, általában az emberek azt szeretik enni, amit gyermekkorukban megszoktak. Másrészt a legtöbb országban, így Magyarországon is, a táplálkozási szokások az anyagi helyzettől is függenek.

Az emberek aránytalanul *sokat költenek* élelmiszerekre, jövedelmük mintegy 34 %-át. Köztudott, hogy bár a tradicionális magyar ételek ízletesek, jelentős részük nehéz és az egészségnek sem kedvez.

Az egyén fizikai állapota nagymértékben függ táplálkozásától. A betegségek megelőzésében, valamint az azokból történő felgyógyulás lehetőségében, gyorsaságában meghatározó tényező a fizikai állapot, de a táplálkozás a szellemi állapotot is befolyásolja.

A *nők egészségesebben táplálkoznak*, mint a férfiak: mértéktartóbbak az evésben, rendszeresebben esznek, és általában a kevésbé nehéz ételeket kedvelik. A 15–64 éves nők közel kétharmada nyáron csaknem minden nap eszik zöldséget, a férfiaknak azonban alig több mint 50%-a; télen a részarányok a nőknél kb. 45, a férfiaknál 37%. A gyümölcsfogyasztást illetően a két nem között kisebb a különbség: nyáron a nők 88, a férfiak 83%-a csaknem minden nap eszik friss gyümölcsöt, télen 62, illetve 55%-ra csökkennek ezek az arányok.

A nők szerepe a *család táplálkozásában* meghatározó jelentőségű: nagyjából ők vásárolnak be és ritka kivételtől eltekintve ők is készítik el az ételt. Az EÁF-94 egyik fontos megállapítása, hogy a családok mintegy kétharmada leggyakrabban *növényi olajjal, illetve margarinnal* főz, ezután sorrendben a disznósír következik, vajjal vagy libazsírral csak nagyon kevesen főznek. Általában a magasabb iskolai végzettségű, illetve budapesti és egyéb városi nők által vezetett háztartásokban gyakoribb az egészségesebb zsiradékok használata.

Testedzés, sport

A testedzés nem tartozik a népszerű dolgok közé Magyarországon. A 15-64 éves nőknek alig 13,5%-a végez rendszeresen testedzést. Nagyjából olyan nőkről van szó, akik középiskolába, vagy egyetemre, főiskolára járnak. Igaz a férfiaknál is

alacsony a rendszeres testedzésben résztvevők hányada: 21,4%. A nők csaknem 40%-a azt mondja, hogy nincs ideje a rendszeres testmozgásra, 14% az életkort, 12% a rossz egészségi állapotot említi a testedzés elmaradásának okaként.

Betegségek

Az EÁF-94 főleg az egészség szempontjából releváns magatartást, kockázati tényezőket vizsgálta, a betegségekre, illetve az ezzel kapcsolatos gyógyszerfogyasztásra, az orvoshoz fordulás mikéntjére kevés kérdés vonatkozott.

Az egyik leggyakoribb idült betegség a *magasvérnyomás*: a nők 25%-ának van magasvérnyomása, a férfiak esetében ez az arány 22,8%. Bár a szívkoszorúér-betegség gyakorisága magasabb a nőknél (7,4%), mint a férfiaknál (5,9%), a *szívizominfarktus* a férfiaknál gyakoribb: 2,9%, szemben a nők 1,9%-os értékével. Az *agyérbetegség*, amely főleg az idős kor betegsége a nőknél valamelyest gyakrabban jelentkezik. Megjegyzendő, hogy az idült betegségben szenvedők közül sok nőnek két-három betegsége is van.

A nők közel 5%-a tud arról, hogy van valamilyen *életfunkció csökkenése*, fogyatékosága, a férfiaknál az arány 6,8%. Legmagasabb a mozgásszervi fogyatékoságok hányada, majd a hallás-, illetve a látáscsökkenés következik.

A válaszadók kb. 40%-a szedett gyógyszert a felvétel idején; a nők körében valamivel gyakoribb a gyógyszereszedés, mint a férfiaknál. A gyógyszereszedés okaként legtöbbször említett betegségek a következők: magasvérnyomás, alvászavarok, mozgásszervi betegségek.

Általában a *nők gyakrabban fordulnak orvoshoz*: a nőknél az évi gyakoriság 6,4, a férfiaknál 4,4 orvoshoz fordulás. Az orvoshoz fordulás gyakoriságában meglévő nemi különbség lényegében független az egészségi állapottól, amennyiben az egészséges férfiak és nők között ugyanúgy fellelhető, mint a beteg férfiak és nők között: az előbbieket esetében 1,5, 2,7 az utóbbi esetében 9,1, 11,1 az orvoshoz fordulás gyakorisága évenként.

Az életésélyek alakulása

A fejlett egészségi kultúrájú ipari országokban a nők kb. 6,5–7,0 évvel hosszabb *várható élettartamot* remélhetnek, mint a férfiak. Néhány országban azonban a két nem életésélyei közötti különbség még ennél is jelentősebb: például Magyarországon 1998-ban a nők várható élettartama 75,2 év volt, szemben a férfiak 66,1 éves értékével. Másrészt Afrikában és Ázsiában az országok egy részében a nők halandósága magasabb a férfiakénál.

A nők egészségi állapotáról, illetve halandóságáról az első megfigyeléseket John Graunt tette. 1662-ben jelent meg „Természeti és politikai megfigyelések a halálozási jegyzékek alapján” c. műve. Ebben többek között az olvasható, hogy bár a nők gyakrabban betegszenek meg, mint a férfiak, mortalitásuk mégis alacsonyabb. A nők betegségeit – vélekedik Graunt – az orvosok sikeresebben gyógyítják, illetve a férfiakra kevésbé jellemző a mértékletesség, mint a nőkre – ez az oka a két nem halandóságában fellelhető különbségnek. A történelmi visszapillantás különösképpen tanulságos: három évszázada ismert tudományos körökben, hogy a nők mortalitása általában kedvezőbb a férfiakénál; ami az okokat illeti valójában jelenleg is elfogadott, amit Graunt megfigyelt. Ehhez francia demográfusok annyit tettek hozzá, hogy a várható élettartam különbségének vonatkozásában valószínűleg legfeljebb két év az, ami a nők javára, *biológiai* okokkal magyarázható. A biológiai okok jelenlétét igazolja, hogy bár a két nem fogamzási hányadosa igen jelentős fiú többletet mutat, születéskor a maszkulinitási arány általában mindössze 105–111 között van a fiúmagzatok lényegesen nagyobb halandósága következtében. A fiúk, férfiak fokozottabb esendősége – úgy vélik – a nemet meghatározó, 23. kromoszómárral hozható összefüggésbe, amely a férfiak esetében csökevényes. Másrészt bizonyított, hogy a nők esetében a szülőképes kor végéig a fokozottabb ösztrogéntermelés védelmet nyújt bizonyos betegségekkel, mindenekelőtt a szívkoszorúér-betegséggel szemben, ez is javítja a nők életesélyeit.

A születési férfi többlet a férfiak magasabb halandósága eredményeképpen a 35–39 éves korcsoportban szűnik meg, illetve ekkorra jelentéktelen nőtöbblet alakul ki, amely az életút hátralevő részében jelentősen fokozódik.

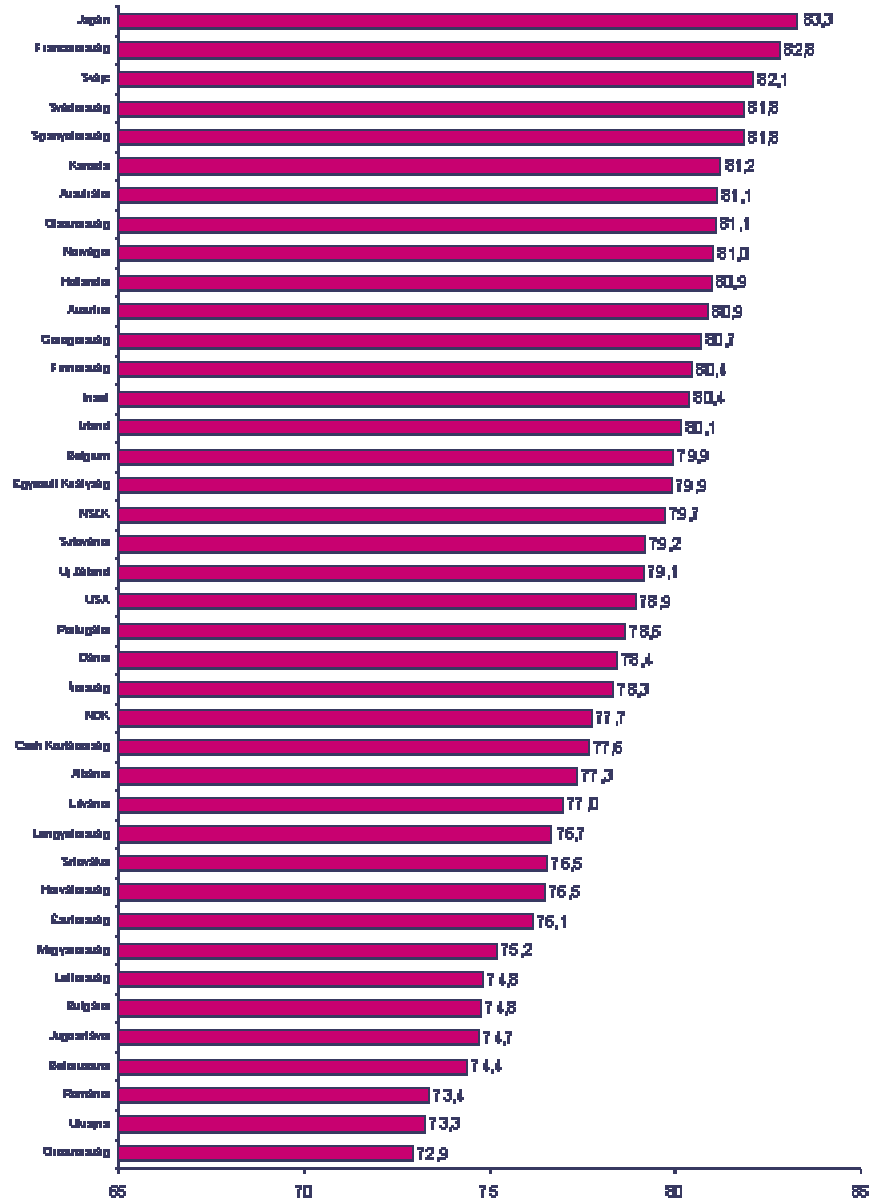
A nemek szerinti várható élettartamnak két évnél nagyobb különbsége a nők javára *társadalmilag* meghatározott. Magyarország esetében a differencia a két nem születéskor várható élettartama között 9,1 év volt 1998-ban, ebből tehát mintegy 7 év szociálisan determinált.

Igaz, hogy már a XVII. századi Angliában is hosszabb ideig éltek a nők, de a nők kiváltképpen jó (a férfiakénál sokkal jobb) életesélyei a XX. század demográfiai-epidemiológiai jelensége. A századfordulón Magyarországon a nők várható élettartama mindössze 1,6 évvel haladta meg a férfiakét – ez a viszonylag kis különbség nőtt meg 9,1 évre 1998-ra. Azt szokták mondani, hogy a XX. század társadalmi-gazdasági fejlődéséből, közegészségügyi eredményeiből a nők sokkal többet profitáltak, mint a férfiak – már ami az életesélyeket illeti.

Századunk egyik legnagyobb és megismételhetetlen teljesítménye, hogy a várható élettartam lényegében megkétszereződött. A nőké Nyugat-Európában elérte a 80 évet, de Japánban 83,3, Franciaországban 82,8 és Svájcban 82,1 év. Ezekhez az életesélyekhez képest a magyarországi nők életesélyei lényegesen rosszabbak. Igaz viszont, hogy Közép- és Kelet-Európa néhány országában, főleg a volt Szovjetunió utódállamaiban rosszabb a nők halandósága, mint hazánkban.

1. ábra

A nők születéskor várható átlagos élettartama az ipari országokban 1998 körül (év)

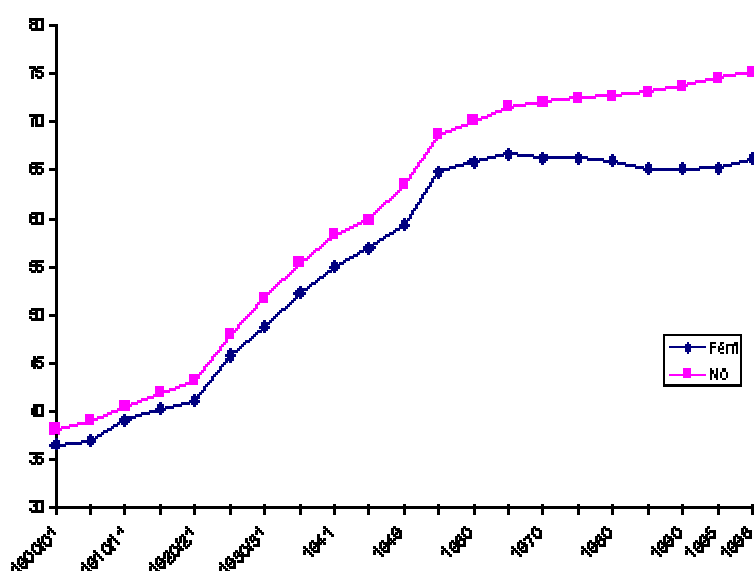


Forrás: WHO, Health for all adatbázisa; INED in: A. Monnier, „La conjuncturedémographique: l'Europeet les pays développés d'autre-mer”, Population 1998.

A századvéghez közel felvázolható a női *halandóság szekuláris trendje*; ezt a rendkívül jelentős javulás jellemzi: a nők várható élettartama mindvégig emelkedett a század folyamán Magyarországon. Voltak időszakok, amikor az életesélyek igen nagy mértékben javultak és voltak olyanok, amelyekben megtorpanás volt megfigyelhető.

2. ábra

A nők és a férfiak születéskor várható átlagos élettartama Magyarországon, 1900/1901–1998 (év)



A század két nagy periódusra osztható: a hatvanas évek derekáig a várható élettartam – a századforduló értékéhez képest – 33,4 évvel nőtt, azóta mindössze három és fél évvel. Másképpen fogalmazva: 1900 és 1965 között az évi átlagos növekedés mértéke 0,5 év, 1965 és 1998 között azonban mindössze 0,1 év volt. Természetesen a század első kétharmadában elért növekedési ütem nem volt tartható az utolsó harmadban a várható élettartam biológiai komponensének természetéből eredően, de ami a századforduló és a hatvanas évek közepe, illetve a legutóbbi három évtizedben történt az valójában a szociális demográfia-epidemiológia kompetenciájába tartozik.

Az életesélyek egyszeri és megismételhetetlen növekedése az életminőség javulásának, a sikeres preventív és kisebb mértékben a kuratív medicina eredménye, amely az egész népesség várható élettartamát meghosszabbította. A

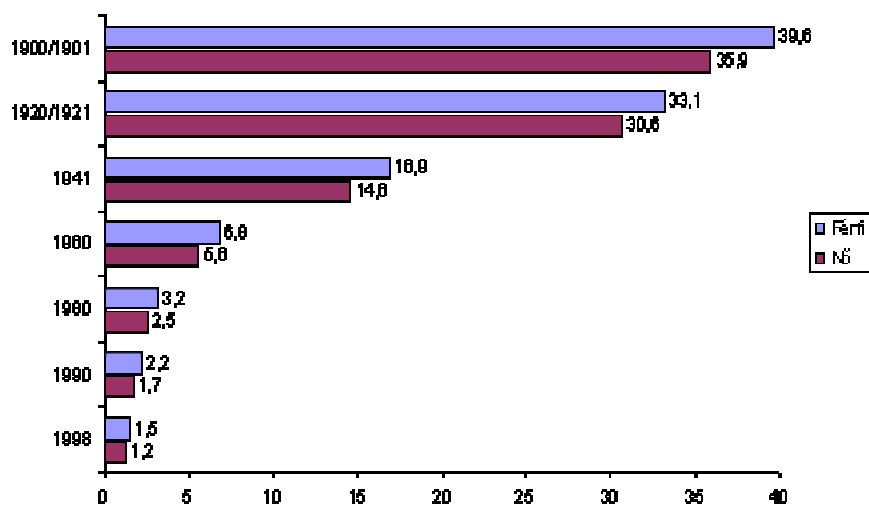
megelőző és gyógyító orvoslásnak azonban van olyan teljesítménye is, amely specifikusan csak a nők halandóságát csökkentette. *A terhesség, szülés és gyermekágy* régen nagy kockázattal járó állapot volt, amely sok halálos áldozatot követelt. Jelenleg ennek az áldott állapotnak a rizikója igen kicsiny: 1998-ban 67 ezer női halálából mindössze 6 volt terhesség, szülés és gyermekágy szövődménye; 100 000 élveszületésre 0,6 anyai halálozás jutott.

A század folyamán – még ha voltak is visszaesések – nagy mértékben javult a táplálkozás, jobbak lettek a lakáskörülmények, csökkent az infrastruktúra elmaradottsága, lényegében megszűnt az analfabétizmus és jelentősen emelkedett az iskolázottság szintje, a jó ivóvízzel való ellátottság csaknem általánossá vált, sokat fejlődtek a higiénés viszonyok mindenekelőtt a tisztálkodás kultúrája. A védőoltások eredményeképpen a fertőző betegségek számottevő része egyáltalán nem, vagy csak ritkán fordul elő, lefolyásuk általában enyhe és letalításuk jelentéktelen. Az antibiotikumok és kemoterapeutikumok alkalmazásával számos infekciózus betegség gyógyíthatóvá vált. Mindezek eredményeképpen az életesélyek mindkét nemből és minden életkorban javultak, igen nagy mértékben gyermekkorban, szerényebb mértékben felnőttkorban és legkevésbé öregkorban. Mint már említettük a női népességben ez a javulás sokkal jelentősebb volt.

3. ábra

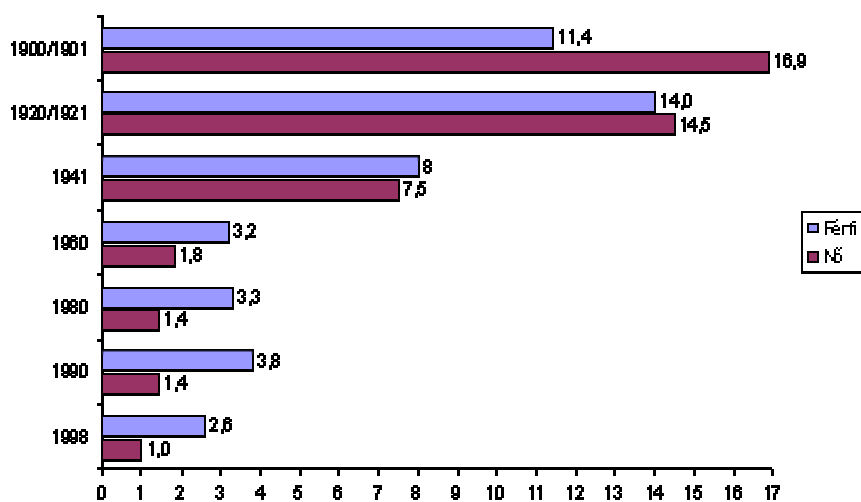
A nők és férfiak halálozási valószínűségeinek alakulása a különböző életszakaszokban, 1900/1901–1998

A: 0–15 évesek

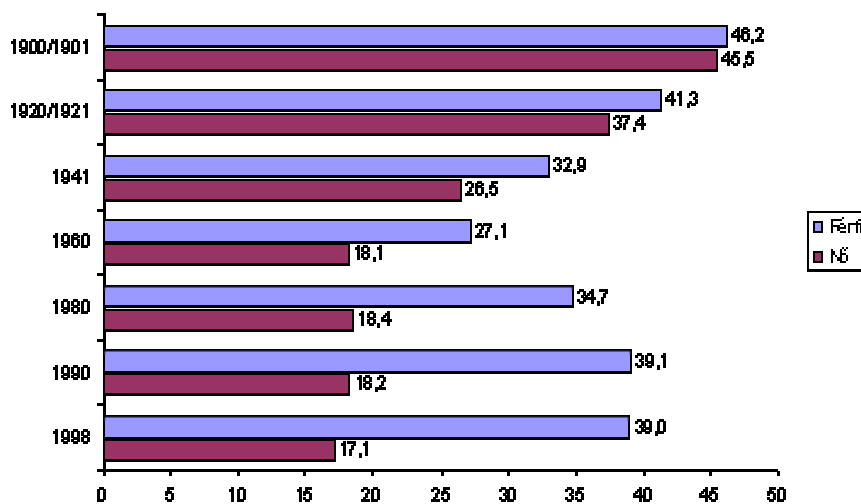


A 3. ábra folytatása

A nők és férfiak halálozási valószínűségeinek alakulása a különböző életszakaszokban,
1900/1901–1998
B: 15–35 évesek

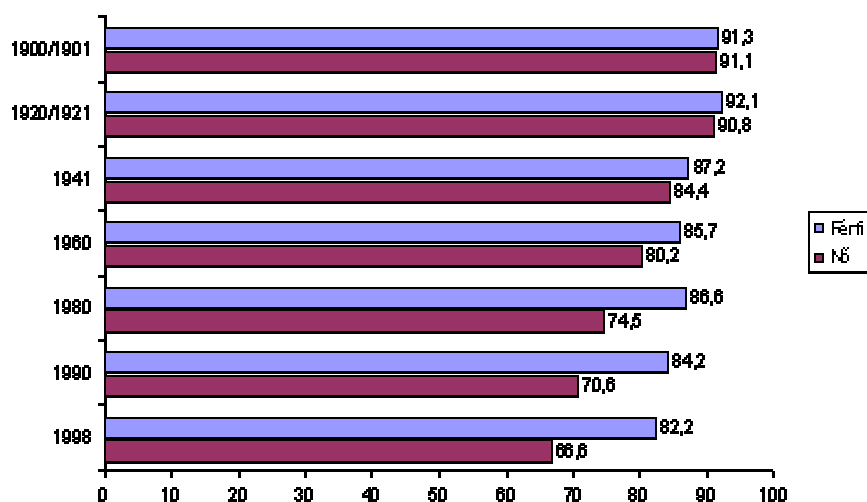


A nők és férfiak halálozási valószínűségeinek alakulása a különböző életszakaszokban,
1900/1901–1998
C: 35–65 évesek



A 3. ábra folytatása

A nők és férfiak halálozási valószínűségeinek alakulása a különböző életszakaszokban,
1900/1901–1998
D: 65–85 évesek



A demográfia és az epidemiológia egyik nagy kihívása annak megválaszolása, miért változott meg a hatvanas évek második felében a női népesség életésélyeinek dinamikája. Milyen okok lehetők fel annak háttérében, hogy a várható élettartam naptári évenként átlagosan 0,5 évvel javult a század első kétharmadában, de csak 0,1 évvel az utolsó harmadban. Korábban már szó volt arról, melyek voltak azok a tényezők, amelyek az életésélyeket javították. Jelenlétük, illetve egyre erőteljesebb hatásuk az *epidemiológiai korszakváltásnak* nevezett folyamatot generálta. Ennek az a lényege, hogy a halandóság szintjét már nem az endémiás, főleg csecsemő- és gyermekkorban pusztító fertőző betegségek határozzák meg, hanem a nem-fertőző, idült betegségek, amelyek a fizikai és társadalmi környezet általában nem-biológiai kórokozó ágenseinek és a szervezet elhasználódásából származó csökkent ellenállóképesség kölcsönhatásának következményei. Mindez nagyon bonyolult mechanizmusban valósul meg. A fertőző betegségek leküzdésében, illetve az általuk okozott halandóság csökkentésében - miután ennek eszközei és módszerei ismertté váltak – viszonylag könnyű volt történelmileg rendkívül rövid idő alatt áttörést elérni. Ez a magyarázata a várható élettartam korábban soha nem tapasztalt, megismételhetetlen javulásának. A javulás megtorpanása főleg annak következménye, hogy elsősorban az egészségkárosító életmód kockázati tényezői felnőtt- és öregkorban a nem-fertőző, idült betegségek gyakoriságának emelkedéséhez vezettek, és az ebből származó, növekvő mortalitást egyre kevésbé egyenlítette ki a visszaszoruló fertőző betegségek

okozta csökkenő halandóság. A várható élettartam jelentősebb további javulása a nem-fertőző betegségek leküzdésének sikerétől remélhető. Ennek vannak már bizonyos bátorító, bár szerény eredményei.

A nőknek a férfiakénál sokkal kedvezőbb életésélyei, illetve ebben a vonatkozásban a két nem között egyre növekvő különbség annak köszönhető, hogy a *nők életmódjában kevésbé gyakoriak az egészségkárosító tényezők*, mint a férfiakéban. Elég, ha csak a dohányzásra, az alkoholizmusra és a táplálkozási szokásokra utalunk. Általában a nők magatartása sokkal inkább egészségtudatos, mint a férfiaké.

Halálozási viszonyok

A várható élettartamok a halálozási valószínűségektől függenek, amelyeknek értékei 0 és 100% között változhatnak (két egzakt életkor, például 35 és 65 év között). Ha a halálozási valószínűségek alacsonyak és csökkennek, a várható élettartamok magasak és növekednek és fordítva. A halálozásokat halálokok okozzák: ilyenek – többek között – a tüdőrák, a szívizominfarktus, a motoros járműbaleset. A tüdőrák okozta elhalálozásnak (mint minden halálok által okozott elhalálozásnak) megvan a maga valószínűsége. Az (általános) halálozási valószínűség a halálloki halálozási valószínűségek összege. Ezeket az adott naptári év halálozási gyakoriságaiból számítják ki.

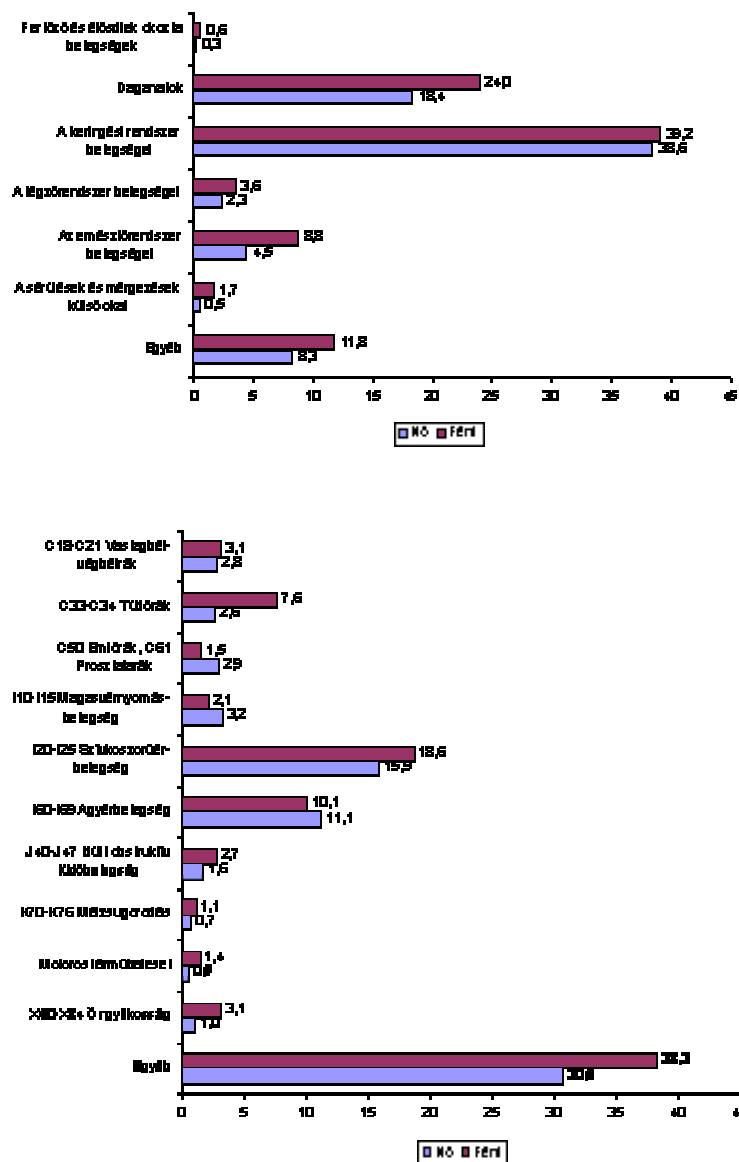
A halandóságnak és halálloki struktúrájának elemzésére az egyik legpontosabb és minden zavaró körülményt kizáró módszer azok felbontása általános és halálloki valószínűségekre.

Annak valószínűsége, hogy egy 1998-ban született leányújszülött – az adott naptári év nem és kor szerinti halálozási gyakoriságainak érvényesülését kivetítve egész életútjára – nem éri meg 85. születésnapját 73,0%; másképpen kifejezve: ez a női népesség halálozási valószínűsége 0 és 85 év között. A férfi népesség esetében ennek értéke 89,7%; tehát a nők halálozási viszonyai lényegesen, 16,7%-kal jobbak a férfiakénál.

A női népesség 0 és 85 év közötti 73,0%-os halálozási valószínűségében a legnagyobb viszonylagos súlyt a keringési rendszer betegségeiből származó halálozások képviselik majd a daganatos és az emésztőrendszer betegségei okozta halálozások következnek. Lényegesen kisebb viszonylagos súllyal vannak jelen a légzőrendszer betegségeinek tulajdonítható halálozások, míg az erőszakos eredetű halálozások részesedése az összhála-lozásban jelentéktelen.

4. ábra

A halálzási valószínűségek alakulása a legfontosabb halálóki főcsoportok és néhány kiemelt halálóki szerint, 1998 (%)



0 és 15 év között a halálzási valószínűség nagyon alacsony. A női népesség esetében mindössze 1,2 százalék, ami az életkor előrehaladásával természetesen nő.

A nők egészségi állapotát közvetve mérő halálozási valószínűségek közül azoknak van relevanciája, amelyek a mortalitást a 15 éves és idősebb népességben fejezik ki (gyakorlati megfontolásból a halálozási valószínűségeket 85 éves életkorig vettük figyelembe).

15 és 35 év között a női népesség halálozási valószínűsége mindössze 1,0%. A legnagyobb viszonylagos súlya a daganatos halandóságnak van, majd az erőszakos halálozások következnek és a keringési rendszer betegségeiből származó halálozások csak a harmadik helyen vannak.

35 és 65 év között a női népesség halálozási valószínűsége 17,1%. Ebben a korcsoportban a daganatos betegségben való elhalálozásnak a valószínűsége 6,5%, míg a keringési rendszer valamilyen betegségében történő elhalálozásnak a probabilitása 5,5%. Az emésztőrendszer betegségei okozta halálozások 2,3%-ot képviselnek a 17,1%-ból.

65 és 85 év között a halálozási valószínűség már 66,6%. Ennek az idős, illetve öreg korcsoportnak a halálozási valószínűségét lényegében a keringési rendszer betegségeiből származó halálozások határozzák meg: 40,8%-kal részesednek a 66,6%-ból, a daganatos halálozások részesedése 14,5 míg az erőszakos eredetűeké 2,2%.

A betegségek (és nem a halálloki főcsoportok, mint amilyenek például a daganatos betegségek és a keringési rendszer betegségei) közül a szívkoszorúér-betegség és az agyérbetegség okozza a legtöbb halálozást. A többi betegségből származó halálozás – kórképekként – sokkal kisebb viszonylagos súlyt képvisel. Ez utóbbiak közül még a következők érdemelnek említést: magasvérnyomás-betegség, az emlő-, a vastag- és végbél-, valamint a tüdőrák. Annak valószínűsége, hogy egy nő öngyilkossággal vet véget életének 1,0%.

15 és 35 év között annak van a legnagyobb valószínűsége, hogy egy nő motoros járműbaleset áldozata lesz. A halálozási valószínűségek rangsorában második helyen az öngyilkosság, harmadik helyen a májzsugorodás áll. Valójában mindhárom halálloki halálozási valószínűség rendkívül alacsony.

35 és 65 év között a szívkoszorúér-betegség, a májzsugorodás, az agyérbetegség, az emlőrák és a tüdőrák halálozási valószínűsége van sorrendben az első négy helyen.

65 és 85 év között a szívkoszorúér-betegség, az agyérbetegség halálozási valószínűsége 16,7, illetve 11,7%, az utánuk következő magasvérnyomás-betegségé 3,5, míg a vastag- és végbélráké 2,6%.

Differenciális mortalitás

A női népesség nem homogén sokaság: társadalmilag erősen tagolt és ennek megfelelően az egészségi állapotban is figyelemre méltó különbségek

tapaszthatók a szociálisan determinált népességcsoportok között. Igaz, a különbségek kevésbé kifejezettek és kevésbé következetesen jelentkeznek, mint a férfi populáció esetében. Másképpen fogalmazva: sokkal kisebb a társadalmi hierarchiában fent és lent elhelyezkedő sokaságok életesélyei közötti differencia a nők, mint a férfiak körében és az is előfordul, hogy bizonyos betegségek, például az emlőrák halálozási gyakorisága magasabb a jobb életkörülmények között élőkénél, mint azoknál, akiknek kedvezőtlenebbek az életviszonyaik.

Mivel általános szabály, hogy magasabb iskolai végzettség, jobb életkörülmények, nagyobb jólét kedvezőbb életesélyekkel, alacsonyabb halandósággal jár, az ezzel ellentétes tapasztalat magyarázatot igényel.

Nagy valószínűséggel állítható, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű, *kisebb településeken* élő nők hagyományos életvezetése protektív hatású: ritka közöttük a dohányzó, az alkoholist. E két kockázati tényező kis gyakorisága okozza az ezekkel összefüggő halandóság alacsony szintjét. Másrészt az emancipált, magasan kvalifikált nők életmódja sok hasonlóságot mutat a hasonló társadalmi pozíciójú férfiak életmódjával, ennél fogva mortalitásuk is közelebb áll a férfiakéhoz. A nők kiváltképpen jó alkalmazkodóképessége, az általában racionális életvezetés, a mértéktartás olyan tulajdonságok, amelyek a társadalmilag meghatározott életesély-különbségek kiegyenlítésének irányába hatnak.

Összefoglalás

A nők morbiditása rosszabb, mortalitása jobb a férfiakénál. Ennek az a valószínű magyarázata, hogy a nők érzékenyebbek egészségi állapotuk megítélésében, mint a férfiak, továbbá, hogy a körükben gyakoribb betegségek általában sikeresebben gyógyíthatók. A nők életmódja egészségesebb a férfiakénál: rendszerezettebben, mértékletesebben élnek; a kockázati tényezők gyakorisága alacsonyabb, mint a férfi népességben. A kiváltképpen jó alkalmazkodóképesség hozzájárul ahhoz, hogy körükben kisebbek az életesélyek társadalmilag meghatározott különbségei. Megjegyzendő azonban, hogy a fiatal nemzedékekben nő a rizikó faktorok frekvenciája. A leggyakoribb halálokok a keringési rendszer betegségei, a daganatok, az emésztőrendszer betegségei, a légzőrendszer betegségei és az erőszakos halálokok.