

Kovács Katalin:
A nők halandóságáról és egészségi állapotáról

(elektronikus verzió, készült 2006-ban)

A tanulmány eredetileg nyomtatásban megjelent:
Kovács Katalin (2005): „A nők halandóságáról és egészségi állapotáról” in: *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2005*. Nagy Ildikó, Pongrácz Tiborné, Tóth István György, (szerk.). Budapest: TÁRKI, Ifjúsági, Családügyi, Szociális és Esélyegyenlőségi Minisztérium, Pp. 165–176.

A nők halandóságáról és egészségi állapotáról

Kovács Katalin

Bevezetés

A nők várható élettartama a fejlett országokban hosszabb, mint a férfiaké. Ezen felül több olyan kutatás is, amely az 1970-es és az 1980-as évek során vizsgálta a nők mortalitásának vagy morbiditásának társadalmi rétegződés mentén való alakulását, arra a következtetésre jutott, hogy az életesélyek és az egészségi állapot társadalmi meghatározottsága kevésbé erős a nők, mint a férfiak között. Ezek az eredmények – melyek érvényessége és általánossága, mint a későbbiekben látható lesz, ma már megkérdőjelezhető – szolid háttérként szolgáltak ahhoz, hogy a mortalitási és morbiditási különbségekkel foglalkozó vizsgálatok a férfiakra fókuszáljanak. Ez annyit jelentett, hogy a kutatások a nők egészségi állapotával kapcsolatban jóval ritkábban tettek fel társadalomszerkezettel összefüggő kérdéseket, valamint hogy a témával foglalkozó tanulmányok hajlamosak voltak arra, hogy a nők egészségi állapotával kapcsolatos problémák közül egyes, speciális – bár természetesen korántsem elhanyagolható – kérdéseket hangsúlyozzanak, mint amilyen például a mellrákos halálozás.

A nők egészségi állapotával kapcsolatos túláltalánosított vélekedések elterjedését azok az első összehasonlító morbiditási tanulmányok alapozták meg, amelyek elsősorban a pszichiátriai jellegű panaszokra koncentráltak, és a háziasszonyok, valamint az otthonokon kívül munkát vállaló nők panaszainak gyakoriságát hasonlították össze (Gove–Tudor, 1973; Gove–Geerkin, 1977). Ezek a tanulmányok szerepelméleti keretben próbálták értelmezni a kapott eredményeket, s ennek az elemzési keretnek az alkalmazása tradícióként honosodott meg a női mortalitás és morbiditás vizsgálatában. Ennek a voltaképpen modernnek nevezhető megközelítésmódnak az elterjedése azonban paradox módon azt is jelentette, hogy a csupán a társadalmi rétegződés és női mortalitás/morbiditás kapcsolatára koncentrált vizsgálatok háttérbe szorultak. Ez annál is kevésbé csodálható, mert a nők társadalmi pozíciójának meghatározásakor, különösen a társadalmi munkamegosztás hagyományosabb formáival élő társadalmakban, számtalan probléma merül fel. Az első, ilyen irányú vizsgálatok egyértelműen azt jelezték, hogy a nők halandóságát és egészségi állapotát jóval nagyobb arányban befolyásolja családjuk, mint saját társadalmi pozíciójuk – olyan adatbázisok pedig, amelyek

a nők, illetve családjuk társadalmi pozíciójának egyidejű és többdimenziós meghatározását lehetővé tették volna, csak az 1990-es évek során épültek ki.

Az új adatbázisokra alapozott kutatások eredményei alapján kibontakozó kép sok szempontból különbözik attól, mint amit korábban a nők mortalitásáról, illetve morbiditásáról igaznak véltünk. Mielőtt azonban a nők mortalitásának és – a tanulmányunk középpontjában álló – morbiditásának kérdéseinek vizsgálatába kezdenénk, fontos tisztázni, hogy a halandóság és az egészségi állapot által mutatott kép két különböző időhorizontra vonatkozik: minthogy az elhalálozás általában idős korban történik, a mortalitás a társadalmi viszonyok egészségi állapotban megjelenő olyan lenyomatát jelenti, amelyben döntően az idősebb kohorszok élettapasztalatai tükröződnek. Az egészségi állapot vizsgálata, ezzel ellentétben, a különböző kohorszok esetlegesen jelentősen különböző egészségi állapotát (amelyet egyébként egyéni szinten a mortalitás megfelelően erős prediktorának tekinthetünk) arányosan veszi figyelembe.

Írásunkban elsőként európai összehasonlításban azt vizsgáljuk, hogy a legújabb kutatási eredmények fényében tarthatónak tűnnek-e a nők mortalitásával és morbiditásával kapcsolatos, fentiekben összefoglalt állítások. Írásunk második felében Magyarországra vonatkozóan vizsgáljuk meg, hogy jelentősebbek-e a társadalmi különbségekhez kapcsoló, egészségi állapotbeli különbségek a férfiak, mint a nők körében, valamint hogy a nők egészségi állapotában saját vagy családjuk társadalmi státusának jellemzői kapnak-e nagyobb szerepet.

Halandósági különbségek férfiak és nők között Európában és Magyarországon

A mortalitási viszonyokat összefoglalóan jellemző várható élettartam mutatója az európai országok körében ma is a nők jelentős előnyéről árulkodik. Ez az előny azonban az utóbbi időben jelentősen csökkenni látszik: a női és férfi élettartam közötti különbség az Európai Unió régebbi tagországaiban, például 1997 körül még (országától függően) 5,1 és 8,1 év között volt, 2002 körül viszont csupán 4,7–6,7 év. A trend majdnem univerzális: a figyelembe vett 15 ország közül csupán háromban volt tapasztalható a férfi és női élettartam egymástól való (kis mértékű) távolodása a szóban forgó időszakban. A többi 12 országban a férfiak és nők várható élettartama közeledett egymáshoz, ezen belül három-négy ország esetében a közeledés jelentős (1 év körüli) mértékű volt.

A 2004-ben az Unióhoz csatlakozott országok tekintetében a férfiak és nők élettartama közötti különbségek jóval nagyobbak (1997 körül 7,6–11,3 évet tettek ki), a trendek azonban hasonlóak. Mindössze négy országban tapasztalható, hogy a férfiak és nők várható élettartama a szóban forgó öt év alatt távolodott egymástól, de ezek a változások nem különösen nagy mérté-

küek. A fennmaradó hat országban a férfiak és nők várható élettartama közeledett egymáshoz, igaz, Magyarország kivételével általában csak kis mértékben. A magyar férfiak születéskor várható élettartama 1998-ban 66,1 év volt, míg a nőké ugyanabban az évben 75,2, azaz 9,1 évvel hosszabb, mint a férfiaké. 2002-ben a férfiak születéskor várható élettartama 68,3 év volt, a nőké pedig immár csak 8,3 évvel hosszabb, azaz 76,6 év.

A női és férfi halandóság egymáshoz való viszonya tehát átalakulni látszik. Változott-e vajon a kép a női és férfi halandóság rétegződéstől való függése tekintetében az utóbbi években? Korábban, mint említettük, a nők halandósága sokkal kevésbé függött olyan, a társadalomszerkezetben elfoglalt pozíció szempontjából kulcsfontosságú indikátoroktól, mint az iskolai végzettség vagy pedig a foglalkozás jellege. A legújabb és legátfogóbb, több nyugati ország mortalitási mintáit összehasonlító tanulmány alapján (Huisman *et al.*, 2005) a férfiak mortalitásában mutatkozó, az iskolai végzettséggel mért társadalmi egyenlőtlenségek csak a középkorúak (45–59 évesek) körében erősebbek, mint a nők között, az idősebb korcsoportokban a mortalitásbeli egyenlőtlenségek hasonlóan alakulnak. Szintén érdekes megjegyezni, hogy a 45 évnél idősebbeket együtt tekintve sem mutatkoztak jelentős különbségek a férfiak és a nők között a fentebb említett vizsgálatba bevont két dél-európai régióban (Madrid és Barcelona, illetve Torino térségében). Ezekben, a déli országok mortalitási mintáit reprezentáló régiókban a női mortalitás szintje akár magasabbnak is mutatkozhatott a férfiakénál (bár a különbségek nem voltak szignifikánsak). Az eredmények legvalószínűbb interpretációja, hogy a modern társadalmakban a férfiak és a nők mortalitásában megmutató társadalmi egyenlőtlenségek akkor különböznek jelentős mértékben egymástól, amikor a kedvezőtlenebb helyzetű rétegekben a kardiovaszkuláris (szív- és érrendszeri) betegségek okozta halálozás jóval gyakoribb a férfiak, mint a nők körében.

Az önértékelésen alapuló egészségi állapot még kevésbé különbözött a férfiak és a nők között egy másik, napjainkban a legátfogóbbnak tekinthető vizsgálat körébe bevont 10 európai országban (Kunst *et al.*, 2004). A 25–69 évesek körében azok – standardizált – aránya, akik egészségi állapotukat rossznak vagy különösen rossznak tartották, bizonyos országokban alacsonyabb volt a nők, mint a férfiak körében (Finnország). Néhány országban (Olaszország, Spanyolország) jelentősen magasabb volt a nők között a rossz egészségi állapotra panaszkodók aránya, az országok többségében viszont a nők csak alig valamivel gyakrabban panaszkodtak rossz egészségi állapotra, mint a férfiak (Svédország, Norvégia, Dánia, Nyugat-Németország, Ausztria, Hollandia). Az iskolai végzettség szerinti különbségeket tekintve, számos országban a nők körében jelentősebb különbségeket lehetett tapasztalni, mint a férfiak körében (Finnország, Svédország, Norvégia, Dánia, Nyugat-Németország, Spanyolország), míg ennek az ellenkezője volt tapasztalható Nagy-Britanniában, Hollandiában és Olaszországban.

Korábban – elsősorban a nagy-britanniai kutatók körében – többen úgy vélték, hogy a társadalmi rétegződést jelző mutatószámok „férfipártiak”, azaz a nők körében azért nem mutatkoznak olyan jelentős különbségek, például a szokásosan alkalmazott, munkajelleg-csoportoknak tekinthető, Nagy-Britanniában használatos társadalmi osztálytagozódás szerint, mert ezek a szempontok nem azokat a különbségeket ragadták meg, amelyek a nők mortalitásának szempontjából fontosak (Sacker *et al.*, 2000). Meggyőződésük szerint a foglalkozás szerinti mortalitási egyenlőtlenségek hasonlóan magasak a nők és a férfiak körében, ha megfelelő rétegződési modellből indulunk ki. S valóban, az ún. Cambridge-skála¹ alkalmazásával a nők azon hetedében, akik a legalacsonyabb presztízssű foglalkozással rendelkeztek ugyanúgy hozzávetőleg 70%-kal magasabbnak találták a nők mortalitását a legkedvezőbb hetedbe eső nőkéhez viszonyítva, mint ahogyan a férfiak körében. Ezeknek az eredményeknek az interpretációja azonban nem egyértelmű: minthogy a Cambridge-skála a foglalkozások presztízisének megállapításakor figyelembe veszi azt, hogy milyen foglalkozású emberek házasodnak gyakrabban egymással, ezért elképzelhető, hogy ez a vizsgálat csupán reprodukálta a korábbi eredményeket, melyek szerint a nők halálózásának és egészségi állapotának alakulása elsősorban családjuk helyzetétől nem pedig saját foglalkozásuktól függ.

A nők iskolai végzettség szerinti mortalitásbeli különbségei Magyarországra vonatkozóan is ismertek (Klinger, 2004). Az összehasonlítás a 2000–2001-es évek halálózási viszonyaira terjedt ki. Amennyiben a 8 általánosnál kevesebb, 8 általános, középiskolai, illetve felsőfokú végzettségű csoportokat hasonlítjuk össze, a férfiak halálózása mindegyik csoportban jóval meghaladja a nőkéét (a 20 évesnél idősebbre számított standardizált halálózási értékek hozzávetőleg kétszer olyan magasak a férfiakra, mint a nőkre nézve). Az elemi iskolai végzettséggel sem rendelkezők halálózását a középiskolai végzettséggel rendelkezőkéhez hasonlítva a halálózási arányok mind a férfiak, mind pedig a nők körében 90%-kal magasabbak. A férfiak körében a halálózás pontosan az iskolai végzettség szerinti hierarchia szerint alakul, azaz minél alacsonyabb az iskolai végzettség, annál magasabb a halálózás. A nők esetében meglepő jelenséggel találkozhatunk: a felsőfokú végzettségű nők halálózása magasabb, mint a középiskolai végzettségűeké. Mindebből következően a legmagasabb és a legalacsonyabb iskolai végzettségű csoportok között a halandósági egyenlőtlenség mutatója valamivel kisebb a nők, mint a férfiak körében: míg a férfiak körében 170%-os, a nők körében ugyanakkor csupán 60%-os halálózási többlet mutatkozik ebben az összehasonlításban.

¹ A Cambridge-skála az ún. társadalmi távolság elvén alapuló foglalkozási klasszifikáció. A foglalkozásokat a szerint csoportosítják, hogy milyen gyakran fordulnak elő hasonló foglalkozások a házastársak illetve a barátok között. Az egyes foglalkozási csoportokat többdimenziós skálázás segítségével különítették el egymástól.

A halálózásra vonatkozó információk kevésbé pontosak a foglalkozási csoportok tekintetében, de számítási eredmények e tekintetben is rendelkezésre állnak (Klinger, 2004). A fizikai és szellemi munkát végzőket összehasonlítva, a fizikaiak halálózása 105%-kal haladja meg a szellemiekét a férfiakat tekintve. Ugyanez az egyenlőtlenségi mutató 95%-nak bizonyult a nők körében.

Amennyiben vizsgálódásainkat a középkorúakra szűkítjük le, a női halálózás iskolai végzettségtől való szokatlan módon való függése már nem tapasztalható. A standardizált halálózási mutató helyett a „részleges várható élettartam” mutatóját alkalmazva Daróczy (2004) azt találta, hogy a 30 és 60 év közötti várható élettartam (az 1999–2002-es évek átlagában) a csak 0–7 osztályt végzett férfiak körében 25,4 év volt és 29,2 év a felsőfokú végzettségű férfiak között. A 0–7 osztályt végzett nők 30–60 év közötti várható élettartama 27,8 évnek, míg a felsőfokú végzettségűeké 29,5 évnek bizonyult. A középkorú férfiak esetében tehát az iskolai végzettség szerint mutatózó különbségek közel négy évet tettek ki, míg a nők körében alig haladták meg a két évet. Hasonló, a női mortalitás kisebb „varianciáját” erősítő eredményeket kapott Daróczy a különböző iskolai végzettségű csoportok részleges várható élettartamának megyék szerinti vizsgálatában: példaképpen a 0–7 osztályt végzetteket véve a férfiak között a legalacsonyabb és a legmagasabb megyei érték között 4,5 éves eltérés mutatkozott, míg a nők között ugyanebben az iskolai végzettségű csoportokban csupán 2,1 év.

Társadalmi egyenlőtlenségek és egészségi állapot Magyarországon

Hogyan alakulnak Magyarországon az egészségi állapotban mutatkozó különbségek a nők körében? Nagyobbak-e a társadalmi pozícióhoz kapcsolódó különbségek a férfiak, mint a nők körében? Inkább meghatározója-e a nők egészségi állapotának családjuk, illetve házastársuk társadalmi státusa, mint saját társadalmi státusuk? S végül jelentősebb-e a nők körében a családi státus egészségi állapotra gyakorolt befolyása, mint a férfiak körében?

Ezekre a kérdésekre az „Életünk fordulópontjai” társadalmi-demográfiai panelvizsgálat első hullámának (2001-re vonatkozó) adatainak felhasználásával próbálunk válaszolni. A felvétel az adott évben 18–75 éves, magyarországi, nem intézményi háztartásokban élő népességet reprezentálta. A minta nagysága valamivel több, mint 16 ezer fő volt.²

Az egészségi állapot mérése az ún. akadályoztatottság változóját használtuk. Akadályoztatottnak tekintettük mindazokat, akik a vizsgálat azon kérdésére, hogy „Gátolja-e Önt mindennapi tevékenységeiben valamilyen egészségi probléma, betegség, rokkantság?” igenlő választ adtak.

² A vizsgálat részletes leírására vonatkozóan ld. Kapitány (szerk. 2003).

Az elemzést logisztikus regresszió segítségével végeztük. Az egészségi állapotot alapvetően meghatározó tényezőt, az életkor változóját minden modellünkben szerepeltettük, a szemléletesség kedvéért kategoriális változóként. Ugyanakkor előljáróban szeretnénk megjegyezni, hogy a modelleket megvizsgáltuk folytonos korváltozó bevonásával is, de ez nem okozott lényegi változásokat az eredményekben. A társadalmi státusváltozók közül a modellekben csak az iskolai végzettség szerepel.

Korábbi, a mintán végzett más irányú elemzéseink tapasztalatai alapján a vizsgált népeiséget két csoportra bontottuk, mert úgy találtuk, hogy – az akadályoztatottság esélyeivel mért – egészségi állapot alapvetően más módon függött az iskolai végzettségtől a fiatalabbak, mint az idősek körében, amelynek háttérben nyilvánvalóan az egyes iskolai végzettségek időben változó társadalmi presztízse és a különféle iskolai végzettségű csoportok eltérő nagysága áll. Ezekre a tapasztalatokra alapozva külön modellekben vizsgáltuk a 25–54 évesek („középkorúak”) és az 55–75 évesek („idősebbek”) között esetlegesen mutatkozó összefüggéseket.

Az egészségi állapottal kapcsolatos általánosan elterjedt vélekedéseket legegyszerűbb, „A” modellünk szerint a középkorú nők körében nem tarthatjuk igaznak többé (*1. táblázat*). Ebben a modellben, amelyben kontrollváltozóként csupán az életkor szerepel a „nem”-re vonatkozó esélyhányados (1,09) nem különbözik szignifikánsan az 1-től – azaz a középkorú magyar népesség körében a nők nem panaszkodnak szignifikánsan magasabb arányban rossz egészségi állapotra (akadályoztatottságra), mint a férfiak.

A jelenséget némiképp érthetővé teszik „B” modellünk eredményei (*1. táblázat*). Ebbe a modellbe az „A” modellhez képest egy újabb változót, az iskolai végzettség változóját vontuk be. Amennyiben tehát figyelembe vesszük, hogy a férfiak és a nők nem azonos arányban oszlanak el az egyes iskolai végzettség szerinti csoportok között, és az egyes iskolai végzettségi csoportokhoz a rossz egészségi állapot igen csak különböző esélyei tartoznak, akkor arra a következtetésre juthatunk, hogy a nők általában valamivel mégiscsak gyakrabban panaszkodnak, mint a férfiak. Ugyanakkor az ezt jelző esélyhányados értéke 1,22, amely ugyan szignifikánsan különbözik az 1-től, de az iskolai végzettségi szintekhez tartozó esélyhányadosokhoz hasonlítva azért nem lehet különösen nagynak tekinteni.

Általában jellemző-e a nőkre, hogy valamivel gyakrabban „panaszkodnak” akadályoztatottságra, mint a férfiak, avagy ez különböző iskolai végzettségű csoportokban különféleképpen alakulhat? Erre a kérdésre „C” modellünk válaszol, amelybe már ún. interakciós tagokat is bevontunk (*1. táblázat*). Esetünkben az interakciós tagok bevonása azt jelenti, hogy az iskolai végzettségre vonatkozó esélyhányadosok a továbbiakban csupán a férfiakra vonatkoznak, amelyekből a megfelelő interakciós taggal való szorzással nyerhetők ki a nem-referencia csoportra, azaz a nőkre vonatkozó esélyhányadosok. A felsőfokú végzettségre vonatkozóan nem jelenik meg interakciós tag, hiszen azt ilyen kompozícióban a „nem”-re vonatkozó esélyhányados

jelenti. Az eredmények azt mutatják, hogy a felsőfokú végzettségű nők nemcsak szignifikánsan, hanem jóval ritkábban is panaszkodnak rossz egészségi állapotról a felsőfokú végzettségű férfiakhoz viszonyítva. Az érettségizett nőkre vonatkozó interakciós tag 1,76, ami szignifikánsan magasabb 1-nél. A szakmunkás végzettségűek és a legfeljebb nyolc általánost végzettek körében az interakciós hatásokra vonatkozó esélyhányadosok egyértelműen és jelentősen nagyobbak 1-nél: azaz ezekben a társadalmi csoportokban jelentősen gyakrabban panaszkodnak rossz egészségre a nők, mint a férfiak.

1. táblázat

Az akadályoztatottság esélyei a középkorú nők és férfiak között az iskolai végzettség függvényében – esélyhányadosok

	„A” modell	„B” modell	„C” modell
Nem (ref.: férfi)	1,09	1,12*	0,69*
Életkor (ref.: 25–34 éves)			
35–44 éves	2,00***	1,96***	1,96***
45–54 éves	5,25***	5,06***	5,02***
Iskolai végzettség (ref.: felsőfokú)			
Legfeljebb 8 általános		4,10***	2,96***
Szakmunkásképző		2,45***	1,90***
Érettségi		1,53***	1,15***
Interakciós tagok (ref.: felsőfokú végz. férfi)			
Legfeljebb 8 ált. végzett és nő			1,82**
Szakmunkás és nő			1,60*
Érettségizett és nő			1,76**
N	9173	9173	9173
Nagelkerke R ²	0,076	0,105	0,106

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

A „C” modell eredményei abban is segítenek, hogy a rossz egészségi állapot esélyeinek egyenlőtlenségeit, az egyenlőtlenségek nagyságát a férfiak és a nők között egymással összevethessük. A felsőfokú végzettségű férfiak akadályoztatottsági esélyeit tekintve a csak érettségivel rendelkező férfiak esélyhányadosa 1,14 körül alakul, míg a szakmunkásokra vonatkozó esélyhányados 1,9, a legfeljebb nyolc általánost végzetteké 2,96. Amennyiben a „C” modelltől kikalkuláljuk azokat az esélyhányadosokat, amelyeket akkor kapnánk, ha a felsőfokú végzettségű nők akadályoztatottságra vonatkozó esélyét tekintenénk 1-nek, akkor az érettségizett nők körében az esélyhányados 2,02-nek, a szakmunkásképzőt végzett nőké 3,04-nek, a legfeljebb 8 általánost végzett nőké pedig 5,38-nek bizonyulna. Az akadályoztatottságon

Szerepváltozások

keresztül jellemzett rossz egészségi állapot iskolai végzettség szerinti egyenlőtlenségeit tehát lényegesen nagyobbak találtuk a középkorú nők, mint a középkorú férfiak körében.

2. táblázat

Az akadályoztatottság esélyei az 54 évnél idősebb nők és férfiak között az iskolai végzettség függvényében – esélyhányadosok

	„D” modell	„E” modell	„F” modell
Nem (ref.: férfi)	1,21***	1,06	1,13
Életkor (ref.: 55–64 éves)			
65–75 éves	1,71***	1,45***	1,45***
Iskolai végzettség (ref.: felsőfok)			
Legfeljebb 8 általános		3,48***	3,23***
Szakmunkásképző		2,09***	2,25***
Érettségi		1,60***	1,90***
Interakciós tagok (ref: felsőfokú végz. férfi)			
Legf. 8 ált. végzettségű és nő			1,09
Szakmunkás és nő			0,83
Érettségizett és nő			0,75
N	5254	5253	5253
Nagelkerke R ²	0,020	0,063	0,061

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

„D”, „E” és „F” modellünk ugyanolyan logika alapján épül egymásra, mint az „A”, „B” és „C” modellek, csak az 54 éveseknél idősebbek mintáján végzett elemzéseket tartalmazzák (2. táblázat). Az eredmények sok tekintetben pont az előzőekben látottak ellentettjei. „D” modellünkben még úgy tűnik, hogy az idősebb nők valóban gyakrabban „panaszkodnak” rossz egészségi állapotra, mint a férfiak, ez a különbség azonban már az iskolai végzettség változójának bevonása után eltűnik („E” modell). Az iskolai végzettség szerinti különbségek az idősebb korosztályokban valamivel mérsékeltebbnek tűnnek, mint a fiatal-középkorúak esetén, habár a két különböző modellsorban kapott eredmények nem vethetők össze egymással. Annyi azonban mindenképpen megállapítható, hogy az idősebbek körében is jelentősek a rossz egészségi állapot esélyeinek iskolai végzettség szerinti különbségei. Az iskolai végzettség bevonása után a kérdezett nemére vonatkozó esélyhányados már nem különbözik szignifikánsan 1-től – az idősebb nők „panaszkodási túlhajlandóságát” ezek szerint az a tény okozta, hogy jóval nagyobb arányban alacsonyabb iskolai végzettségűek, mint az azonos korcsoportba tartozó férfiak, az iskolai végzettség csökkenésével párhuzamosan pedig nagy arányban nő a rossz egészségi állapot fennállásának esélye.

„F” modellünk azt mutatja, hogy a fent említetten kívül más, differenciáló hatásokat nem kell figyelembe vennünk. Az idősebbek körében, ugyanazokat az iskolai végzettség szerinti kategóriákat szemlélve, a férfiak és a nők „panaszkodási hajlandósága” hasonló (statisztikai nyelven szólva az interakciós tagok nem különböznek szignifikánsan 1-től).

A következőkben azt vizsgáljuk, hogy vajon a nők (itt csak iskolai végzettségükkel mért) státusa vagy pedig házastársuk státusa határozza-e meg inkább a rossz egészségi állapot esélyét. Ezt az elemzést csak a középkorú népességre nézve végeztük el, és minden olyan, a házastársra vonatkozó adatot figyelembe vettünk, amely rendelkezésre állt. A válaszadók többsége ugyanis akkor is szolgáltatott adatot (volt) házastársának iskolai végzettségéről, ha a kérdés időpontjában már elvált családi állapotú volt. A „házastárs” iskolai végzettsége változót természetesen az együttélők esetében is értelmeztük. Az elemzés tárgyát képező népesség tehát nem azonos a középkorúak teljes népességével, hiszen döntő többségében a házasságok foglalja magában, de mint ahogyan az előzőekben jeleztük, nem csupán azokat. Az összehasonlíthatóság kedvéért az elemzést a férfiakra nézve is elvégeztük. Ez alkalommal azonban technikailag célravezetőbb volt a férfiakra és a nőkre külön-külön modelleket felállítani, mert így el tudtuk kerülni a modellek interakciós tagokkal való túlszűfoltosságát.

3.a. táblázat

Az akadályoztatottság esélyei a középkorú *férfiak* körében az iskolai végzettség és a házastárs iskolai végzettségének függvényében – esélyhányadosok és az esélyhányadosok változása

	„G” modell	„H” modell	Az esélyhányados változása (%)
Életkor (ref: 25–34 éves)			
35–44 éves	1,80***	1,82***	
45–54 éves	4,46***	4,40***	
Iskolai végzettség (ref: legalább érettségi)			
Szakmunkás	1,83***	1,55***	33,8
Legfeljebb 8 általános	2,65***	2,05***	36,4
A házastárs iskolai végzettsége (ref: legalább érettségi)			
Szakmunkás		1,40**	
Legfeljebb 8 általános		1,49**	
N	3023	3023	
Nagelkerke R ²	0,072	0,076	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

„G” modellünk (3.a. táblázat) csak a most figyelembe vett férfi népességre vonatkozik, és csak az iskolai végzettség egyfajta összevont változóját tar-

Szerepváltozások

talmazza. Ebben a modellezési sorban azt próbáltuk megállapítani, hogy mennyiben befolyásolja az akadályoztatottságra vonatkozó esélyhányadosok alakulását az, hogyha a modellbe a házastárs iskolai végzettségére vonatkozó változókat is bevonunk. „H” modellünkben az látható, hogy a megkérdezett saját iskolai végzettségére vonatkozó esélyhányadosok jelentős mértékben módosulnak a házastárs iskolai végzettsége bevonásának hatására: mindkét képzettségi kategória esetében az esélyhányadosok hozzávetőleg értékük egyharmadát veszítik el.

Amennyiben ugyanezt azt elemzést a nőkre vonatkozóan végezzük el („I” és „J” modell, 3.b. táblázat), akkor azt láthatjuk, hogy a megkérdezett nők iskolai végzettség szerint mutatkozó különbségeit ugyancsak mérsékli az, ha házastársuk iskolai végzettségét is figyelembe vesszük, de ez a csökkenés jóval *kisebb* arányú, mint amelyet a férfiak esetében tapasztalhattunk. A nők esetében a rossz egészségi állapotra vonatkozó esélyhányadosok értéküknek mintegy csak negyedét veszítik el akkor, ha a házastárs iskolai végzettségét is figyelembe vesszük.

3.b. táblázat

Az akadályoztatottság esélyei a középkorú nők körében az iskolai végzettség és a házastárs iskolai végzettségének függvényében – esélyhányadosok és az esélyhányadosok változása

	„I” modell	„J” modell	Az esélyhányados változása (%)
Életkor (ref: 25–34 éves)			
35–44 éves	2,02***	2,02***	
45–54 éves	5,55***	5,61***	
Iskolai végzettség (ref: legalább érettségi)			
Szakmunkás	1,63***	1,48**	25,2
Legfeljebb 8 általános	3,06***	2,60***	22,1
A házastárs iskolai végzettsége (ref: legalább érettségi)			
Szakmunkás		1,25*	
Legfeljebb 8 általános		1,39*	
N	4870	3544	
Nagelkerke R ²	0,127	0,117	

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hasonló eredményre jutunk, ha a „H” modellen belül valamint a „J” modellen belül az esélyhányadosok értékét egymással hasonlítjuk össze. Mind a „H” modell, mind pedig a „J” modell esetében jelentősebbek azok az esélyhányadosok, amelyek a megkérdezett saját iskolai végzettségére vonatkoznak, mint amelyek a házastárséra. A modell által szolgáltatott további, különös figyelemre érdemes információ, hogy a nők esetében a saját iskolai

végzettségre vonatkozó esélyhányadosok értéke a nyolc általánost végzett nők esetében jóval nagyobb, mint a házastárs iskolai végzettségét jelző esélyhányadosok bármelyike.

Összegzés

A nők egészségi állapotának alakulását tehát jelentősen befolyásolja iskolai végzettségük. A nők – egyébként nem különösen nagy mértékű – nagyobb esélyét arra, hogy akadályoztatottsággal éljenek, főként átlagosan alacsonyabb iskolai végzettségük magyarázza. Esélyeiket elsősorban saját, s nem házastársuk iskolai végzettsége határozza meg, emellett a nők esélyeit valamivel kisebb mértékben befolyásolja házastársuk iskolai végzettsége, mint a férfiakét.

Más, itt nem közölt eredmények, amelyek a családok helyzetének egyéb dimenzióit veszik figyelembe, nem szolgálnak lényesen különböző eredményekkel a nők egészség-esélyeinek alakulásáról. Elemzésünk azonban más szempontból kiegészítésre szorulhat. Az egészségi állapot egy más szempontú jellemzése – az egészségi állapot másfajta szubjektív mutatóját használva – némiképp a fentiektől eltérő eredményekkel szolgálhatna. Tanulmányunk célja azonban elsősorban nem az volt, hogy teljes képet nyújtson a nők egészségi állapotának alakulásáról, hanem sokkal inkább az, hogy felhívja a figyelmet néhány olyan fontos problémára, amely eddig nem kapott kellő hangsúlyt e témában. Elemzésünk egyik, ebből a szempontból is fontos, eredményének tekintjük azt a megállapítást, miszerint a különösen alacsony iskolázottságú nőknek rendkívül magas esélye van arra, hogy – viszonylag kedvező halandósági mutatóik ellenére – életvitelüket korlátozó egészségi problémával éljenek.

Irodalom

- Gove, W. R.–Tudor J., 1973: Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, vol. 78. p. 812.
- Gove, W.R.–Geerkin M. R., 1977: The effect of children and employment on the mental health of married men and women. *Social Forces*, vol. 56, p. 66.
- Daróczi E., 2004: Területi és társadalmi különbségek a középkorú férfiak és nők halandóságában Magyarországon 2001 körül. In: Daróczi E.–Kovács K., szerk.: Halálozási viszonyok az ezredfordulón: társadalmi és földrajzi választóvonalak. NKI Kutatási Jelentések 77. Budapest: KSH Népelemszociológiai Kutató Intézet, pp. 103–136.
- Huisman M.–A. E. Kunst, M. Bopp–J.K. Borgan–C. Borell–G. Costa–P. Deboosere–S. Gadeyne–M. Glickman–Ch. Marinacci–C. Minde–E. Regidor–T. Valkonen–J. P. Mackenbach, 2005: Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight Western European populations. *Lancet*, vol. 365, February 5, pp. 493–499.

Szerepváltozások

- Kapitány B., szerk., 2003: Módszertan és dokumentáció. A „Életünk fordulópontjai” című demográfiai követéses vizsgálat első hulláma adatfelvételének ismertetése. KSH Népeségtudományi Kutató Intézet, Műhelytanulmányok 2. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutató Intézet.
- Klinger A., 2004: Differenciális demográfiai közelítések felhasználhatósága: közelítések, módszerek, példák. *Demográfia*, 2004/1–2. sz., pp. 121–166.
- KSH, 2004: Demográfiai évkönyv 2003. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- KSH, 1999: Demográfiai évkönyv 1998. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Kunst A. E.–V. Bos–E. Lahelma–M. Bartley–I. Lissau.–E. Regidor–A. Mielck–J. A. A. Dalstra–J. J. M. Gurt–U. Helmert–C. Lennartsson–J. Ramm–T. Spadea–W. J. Stronegger–J. P. Mackenback, 2004: Trends in socio-economic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology*, Advance Access published November 24, 2004.
- Sacker A.–D. Firth–R. Fitzpatrick–K. Lynch–M. Bartley, 2000: Comparing health inequalities in men and women: prospective study of mortality 1986–96. *British Medical Journal*, vol. 320, pp. 1303–1307.