

tam hát vissza a megcincált zacskót. Így az emberiség becsületének megmentési kísérletéből a saját hiányosságaimmal való szembesülésem következett be. A kegyelemdőfés pedig akkor ért, amikor egy óra múlva, visszafelé menve a boltnál a kolduló nő hült helyén, az üres nylonzacskók között megláttam egy kakaós dobozt, amelynek a tetejéről a lecsavarható kupak egyenesen a szemembe vigyorgott.

A fogyatékkal élők elfogadását pedig az is nehezítheti – tapasztalatból tudom, mert az eredeti végzettségem: gyógypedagógus -, hogy a velük való kapcsolat, kommunikáció esetenként több energiát, figyelmet kíván az ép embertől. Például hangosabban kell beszélni egy nagyothallóval, vagy odafigyelést igényel, hogy a saját tempónkat hozzáigazítsuk a mozgássérült járásához, vagy jobban kell a szavainkat összeválogatni, ha egy értelmi fogyatékosnak akarunk valamit megmagyarázni. Ráadásul a fogyatékkal élők óhatatlanul szembesítenek bennünket az ember sebezhetőségével, törekenységével, amit általában igyekszünk elkerülni.

Az elfogadással azonban mindenképpen érdemes próbálkozni. Sok szép példát lehetne hozni azoktól a hétköznapi hősöktől, akiknek ez magas szinten sikerült. Például az az elvált anya, aki azért hordta hozzám a két fiát, mert már nem igazán bírt velük, hezitálás nélkül magához vette a nővére kislányát, amikor az egy autóbalesetben elvesztette a szüleit. Azt az értelmiségi nőt is csodáltam, aki egy értelmi fogyatékos kislányt fogadott örökbe azért, mert ő már hosszú évek óta nem kellett senkinek.

Az elfogadás mind az elfogadott-, mind az elfogadó személy számára jutalomértékű.

Carl Rogers, a személyközpontú terápia kidolgozója nemcsak azért várja el a segítőtől, hogy feltétel nélkül fogadja el a klienst, mert ez a keresztényi szeretettörvényből következik, hanem azért is, mert csak ez lehet a változás alapja. Valóban, a változás kizárólag abból indulhat ki, ami már ténylegesen megvan!

Az elfogadás pozitívan hat az elfogadó személyére is, hisz minél többféle embert tudunk elfogadni, annál gazdagabb, színesebb lesz a személyiségünk. Így az elfogadással nemcsak a másik személlyel, hanem magunkkal is jót teszünk.

Kívánom, hogy e törekvésben mindnyájunknak legyen minél több sikere!

Leveleki Magdolna

Szociális problémák az életkor függvényében hazai vizsgálatok alapján

A szociális problémák és a nemzedékek közötti összefüggés kétféleképpen értelmezhető. Egyrészt vizsgálhatjuk egy adott időszakban a szociális problémák előfordulását különböző életkori csoportokban, másrészt beszélhetünk nemzedékenkénti különbségekről abban az értelemben, hogy egy-egy generáció életének ugyanabban a szakaszában milyen szociális problémák jellemzőek. A kétfajta megközelítést érdemes külön-külön alkalmazni, és mindkét szempontból megvizsgálni a nemzedékekhez és az életkori csoportokhoz való tartozás és a különböző szociális problémák előfordulásának gyakoriságát. Tanulmányomban a szóba jöhető számos társadalmi probléma közül *az alacsony* várható élettartamnak, a korai halálozásnak, *a betegségeknek* és mentális zavaroknak a változásait vizsgálom az életkor függvényében, illetve ahol a rendelkezésre álló kutatási eredmények az összehasonlíthatóságot lehetővé teszik, ott a problémák előfordulásának időbeni alakulását, a nemzedékek közötti különbségeket is vázolom a statisztikák alapján. Külön részben foglalkozom a szociális problémák kialakulását valószínűsítő életmódbeli sajátosságokkal, a dohányzással, *a túlzott alkoholfogyasztással*, illetve *a szegénységgel*, *a társadalmi kirekesztettséggel* a különböző életkori csoportokban.

A tanulmány a Veszprémi Érseki Hittudományi Főiskola szociális munka szakán 2016-ban kezdődött *Nemzedékek és szociális problémák* c. kutatás keretében készült elsősorban a hazai népszámlálási adatok és KSH elemzések, valamint az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009. és 2014. évi eredményeinek felhasználásával.

1. A betegségek, a halandóság és a mentális zavarok időbeni változása, előfordulásának gyakorisága az életkor függvényében

A magyarországi népesség egészségi állapotáról átfogó képet két fő forrásból szerezhetünk: az egyik forrás a tízévente sorra kerülő népszámlálások adatbázisa, a másik az Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF), melyben 2009-ben Magyarország még önkéntesen vett részt, de 2014 óta az adatfelvétel

minden európai országra kötelező. A 2014-es vizsgálatot a 2009. évihez hasonlóan a Központi Statisztikai Hivatal bonyolította le.

Az egészségi állapot vizsgálata hazánkban nem előzmények nélküli. 1994-ben már volt egy egészségi állapotfelvétel, és a 2000-ben illetve 2003-ban az Országos Epidemiológiai Központ által lebonyolított Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) is nemzetközileg standardizált módszereket használt. (KSH, 2015/a) Ezek a kutatások lehetővé teszik az időbeni folyamatok leírását, a mérési eredmények összehasonlítását.

Mint a 2010. évi „Társadalmi helyzetkép” összegzésében megállapítja, „a magyar lakosság fiatalabban betegszik meg és hamarabb hal meg, mint az európai országok többségében élők, és kevesebb egészséges életévekre is számíthat. Ez annak ellenére is így van, hogy az utóbbi két évtizedben számottevő javulás mutatkozott mindkét nem és minden életkor egészségviszonyaiban...”, (KSH, 2010. 3.o.)

1.1. A halandóság, a várható élettartam és a halálhoz vezető leggyakoribb betegségek időbeni változásai Magyarországon

Az időbeni változások egyik fontos hozadéka, hogy 1990-ben megfordult a születéskor várható élettartamok addig csökkenő illetve stagnáló trendje. 2000-2010 között Magyarországon a születéskor várható élettartam a férfiak esetében 67,1-ről 70,5, a nők esetében 75,6-ról 78,1 évre emelkedett. A férfiak és nők életkilátásai közötti különbség is csökkent ebben a 10 évben 8,5-ről 7,6 évre.

A KSH (2010) elemzése szerint, ez a tendencia hazai viszonyok között látványos, hiszen 1960-2000 között nem volt tapasztalható ilyen intenzív javulás, de az EU-27 országainak 2000-2010 közötti adatait tekintve a várható élettartam magyarországi évi átlagos növekedése az alacsonyabbak közé tartozik. A 2010. évi adatok alapján Magyarország mindössze Litvániát, Lettországot és Bulgáriát előzi meg a 27 tagállam közül. Az országok rangsorában a férfiak Svédországban élnek legtovább, várható élettartamuk kilenc évvel több, mint Magyarországon. A nők esetében Franciaország áll az élen, ahol a mienknél hét évvel magasabb a mutató.

1. tábla

A születéskor várható átlagos élettartam az EU néhány tagállamában

	Férfiak		Nők	
	2000	2010	2000	2010
Svédország	77,4	79,6	82,0	83,6
Franciaország	75,3	78,3	83,0	85,3
Ausztria	75,2	77,9	81,2	83,5
Lengyelország	69,6	72,1	78,0	80,7
Szlovákia	69,2	71,7	77,5	79,3
Csehország	71,7	74,5	78,5	80,9
Románia	67,1	69,8	74,2	77,4
Magyarország	67,5	70,7	76,2	78,6

KSH, 2010.

Jelentős különbség Magyarország és az EU más országai között az is, hogy az Unióban a várható élettartam növekedése elsősorban annak következménye, hogy mind többen érik el az öregkort, Magyarországon viszont 40%-ban a harmincas, negyvenes éveiben járók halandóságának csökkenése és a javuló csecsemőhalálozás járul hozzá az életesélyek növekedéséhez. (KSH, 2010)

A magyarországi várható élettartam kedvezőtlen mutatóinak fő oka a korai, 65 év alatti halálozás, 2000-től számítva átlagosan a meghaltak 42%-a nem érte meg a 65 éves kort. Az Unióban ez az arány 33% körüli.

A halálhoz vezető leggyakoribb betegségek a 60-as évek óta a keringési rendszer betegségei és a daganatos betegségek. A legtöbb korai – 65 év alatti – halálozás rosszindulatú daganatos betegség miatt következik be, 2010-ben 13 ezren hunytak el ily módon, ez a halálozások 38%-át jelenti. Ezt követik a keringési rendszer betegségei okozta korai halálok 15%-kal, 2010-ben 10 ezer áldozattal. Ki kell még emelni a korai halálokok között a közlekedési balesetből eredő eseteket és az öngyilkosságot, melyek jelentős számban 65 évnél fiatalabb embereket érintenek.

A halálesetek egy része időben nyújtott megfelelő orvosi ellátás esetén nem következne be, ezeket nevezi a szakirodalom *elkerülhető halálozásoknak*. (i.m.) Magyarországon a javuló tendenciák jelentős részben az elkerülhető halálozások számában bekövetkező csökkenésnek köszönhető, ami az orvosi ellátás eredményességét, a népegészségügyi programok hatékonyságát és az egészségesebb életmód terjedését mutatja. (KSH, 2010)

Nézzük meg a továbbiakban, *hogyan függnék össze a betegségek, a betegségek kialakulását valószínűsítő életmód és az életkorcsoportokhoz való tartozás?*

1.2. Az időskorúak betegségei

A felnőtt népesség betegségei közül a leggyakoribb egészségi probléma a *magas vérnyomás*, mely a népességnek körülbelül harmadát érinti. Az életkor növekedésével nő azoknak a száma, akik magas vérnyomástól szenvednek, és a 75 évnél idősebb korosztályban már öt személy közül négy érintett. A betegség 45-54 éves korban jelenik meg először nagy számban, az ilyen korúaknak közel tizedét sújtja. Az európai lakossági egészségfelmérés adatai szerint a magyarországi előfordulás gyakorisága a 75-84 éves korcsoportban az első vagy a második legmagasabb. (ELEF, 2009)

Külön kell foglalkozni az *agyér-betegségekkel*, mely szintén népbetegségnek számít, és az életkor növekedésével egyre gyakoribbá válik. A 45-54 éves korúak között még a lakoságnak 3%-át érinti, de a 75 éven felüliek körében ennek tízszerese. Érdeemes megjegyezni, hogy mind az agyér-betegségek, mind a magas vérnyomás gyakoribb a nők, mint a férfiak körében. Míg azonban a magas vérnyomás kimutathatóan összefügg a szegénységgel, az agyér-betegségek előfordulásának gyakorisága kizárólag az életkor és a nemi hovatartozás alapján mutat szignifikáns különbségeket.

Daganatos betegségek előfordulásának gyakoriságát mutatja az a 2009. évi adat, mely szerint 260 ezer főre tehető azok száma, akiknek volt valaha daganatos betegsége. A 35-44 évesek korcsoportjában minden századik ember érintett, ezt követően pedig meredeken emelkedik az érintettek száma. A középkorosztályban még a nők felülreprezentáltak, de 65 éven felül az idősebb férfiak veszélyeztetettsége 20%-kal meghaladja a nőkéét. 75 éves és idősebb férfiak prevalenciája 12%, a nőké 8% a háziorvosok regiszterei alapján. (KSH, 2010)

A *csigolyabetegség*, mely gyakran mozgáskorlátozottsághoz és munkaképzetelenséghez vezet, szintén nagy számban fordul elő. 2009-ben a nyilvántartott csigolyabetegek száma meghaladta az 1 milliót. A fiatalabbnak 5-10 százaléka, az idősebbeknek azonban már negyede szenved ebben a betegségben. A csigolyabetegség előfordulásának gyakorisága statisztikailag mérhető különbségeket mutat nemenként és a szubjektív jövedelmi helyzet függvényében is. A nőket minden korosztályban fokozottan sújtja, és a szubjektív alacsony jövedelem is a betegség gyakoribb előfordulását valószínűsíti. (i.m. 14.o.)

A *cukorbetegség és más anyagcsere rendellenességek* is gyakoribbá válnak az életkor előrehaladásával. A májbetegségek előfordulása az 55-64 éves kor közötti férfiak körében a leggyakoribb, ezer fő közül 25-öt sújt. A nők körében harmadannyi a májbetegtek száma. A májbetegtek harmadánál a betegség ki-

alakulásának oka a túlzott alkoholfogyasztás, mely 2005 óta a 35-54 éves kor közöttiek körében jelentős visszaesést mutat. (i.m. 14.o.)

1.2.1 Mentális betegségek és öngyilkosság

Az alkoholfogyasztással gyakran összefüggő pszichés problémák közül a leggyakoribb a *depresszió*. Magyarországon minden tizedik ember átélt már depressziót, vagy depressziós szorongásról számolt be. Közülük négyből háromnak orvos is megállapította a betegségét. Az életkorral előre haladva nő a veszélyeztetettség, a 65 évesek, illetve idősebbek körében pedig eléri a 7-15%-ot. Az európai lakossági egészségfelmérés adatai alapján azonban a 15-24 és a 45-64 éves kor közöttiek prevalenciája Magyarországon a többi európai uniós országgal összehasonlítva a legnagyobb arányban tapasztalták meg a krónikus melankóliát. (i.m. 15.o.)

A többek által pszichés problémákkal magyarázható öngyilkosságok gyakorisága Magyarországon jól követi a társadalmi-politikai változásokat. Az öngyilkosságok éves rátája (100 ezer főre vetített öngyilkosok száma) 1967-88 között olyan magas volt, hogy Magyarország a nemzetközi lista első helyére került. Ezt követően a mutató 2006-ig közel felére csökkent. 2006-2010 között stagnált illetve enyhén emelkedett, majd 2011-től napjainkig újabb jelentős csökkenés mutatkozott.

1. tábla

Az öngyilkossági ráták csökkenése 1987-2006 között nemenként és korcsoportonként

Korcsoport	Férfiak	Nők
20-29	64%	78%
30-39	59%	58%
40-49	41%	46%
50-59	32%	54%
60-69	39%	60%
70-79	55%	76%
80-89	51%	60%
Összesen	41%	56%

Zonda – Paksi – Veres, 2013.

A ráták csökkenése minden korosztályt érintett, de leglátványosabb a csökkenés a 20-39 év közöttiek és a 70 éven felüliek körében, bár az idősek még mindig erősebben veszélyeztetettek minden más korcsoportnál. A 80-89 éves

korosztályban a százezer megfelelő korú lakosra számított mutató az országosnak közel háromszorosa mind a férfiak, mind a nők körében.

(Zonda – Paksi – Veres, 2013)

2. tábla

Az öngyilkosságok alakulása a különböző korcsoportokban, 100.000 megfelelő korú lakosra számítva (férfiak)

Korcsoport	Férfiak		Nők	
	1987	2006	1987	2006
20-29	46.01 fő	16.66 fő	12.98 fő	2.91 fő
30-39	77.20 fő	31.74 fő	22.07 fő	9.24 fő
40-49	106.5 fő	63.40 fő	29.89 fő	16.25 fő
50-59	102.06 fő	69.37 fő	37.42 fő	17.40 fő
60-69	101.24 fő	61.84 fő	44.26 fő	17.89 fő
70-79	149.27 fő	67.72 fő	60.57 fő	14.65 fő
80-89	220.27 fő	107.08 fő	80.31 fő	32.46 fő
Összesen	65.92 fő	38.92 fő	25.59 fő	11.34 fő

Zonda – Paksi – Veres, 2013

A kedvező folyamatok következtében 1987-2006 között százezer főre vetítve az öngyilkosok száma a férfiak körében 65,92 főről 38,92 főre, a nők körében 25,59 főről 11,34 főre csökkent. A 20-29 évesek körében férfiaknál a ráta 46,01 főről 16,66 főre, a nőknél 12,98-ról 2,91 főre mérséklődött.

1.3. A fiatalok betegségei

Míg a fent tárgyalt betegségek és társadalmi problémák az életkor előre haladtával mind nagyobb valószínűséggel fordulnak elő, az asztma, az endokrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek, a vér és vérképző szervek betegségei, például a vashiányos vérszegénység, valamint az immunrendszert érintő bizonyos rendellenességek elsősorban a *fiatalkorúak betegségei*. A háziorvosok 2009. évi nyilvántartása szerint a 18 évesek vagy annál fiatalabbak több mint negyedénél állapítottak meg allergiás eredetű bőrgyulladást, 2-3%-nál szembetegséget, és hasonló arányú a deformáló hátgerinc-elváltozások, a kardiátöbbllet miatti elhízás, valamint a mentális és viselkedési zavarok előfordulása. (KSH, 2010. 15.o.)

1999-2009 között a fiatalok betegség-prevalenciái emelkedtek. A háziorvosok regiszterei szerint egy-egy betegségkategóriában 83%-kal nőtt tíz év alatt a nyil-

vántartott gondozottak száma. Ezen belül az allergiás bőrgyulladás megháromszorozódott, az asztma előfordulása pedig 2,5-szeres lett az időszak végére. (i.m.)

1.4. A fogyatékkal élők életkor szerinti sajátosságai és a fogyatékoság előfordulásának időbeni változása

A 2011-es népszámlálás során valamivel több, mint 490 ezer személy, a teljes népesség 4,9 százaléka azonosította magát fogyatékosággal élőként. (KSH, 2015) A fogyatékkal élők többsége 60 éven felüli, közel harmada 40-59 év közötti, és az ennél fiatalabbak aránya mindössze 18,7%. Ezek az adatok azt mutatják, hogy az életkor és a fogyatékoság előfordulásának gyakorisága között van összefüggés. A veleszületett esetek aránya a fogyatékkal élők százalékában mindössze 17,9%. Iskolás kor előtt keletkezik az esetek 4,7%-a, iskolás korban, de még 18 éves kor előtt 4,8%, 18 éves kor után, de 60 éves kor előtt 41,6% és 60 éves kor után 19,5%. (A fennmaradt 8,1% nem tudja, illetve nem kívánt válaszolni.)

3. tábla

A fogyatékkal élők és a teljes népesség megoszlása korcsoportok szerint, 2011.

Korcsoportok, éves	Fogyatékkal élők	Teljes népesség
0-14	4,7	14,6
15-39	14,0	34,3
40-59	29,2	27,7
60-x	52,0	23,5

KSH, 2015/c

Ha a fogyatékkal élők korcsoportok szerinti megoszlását összevetjük a teljes népesség megoszlásával, azt látjuk, hogy a fogyatékosok körében jelentősen felülreprezentáltak a 60 éven felüliek, arányuk a fogyatékkal élők között kétszer akkora, mint a teljes népességben belül. Különösen magas az idős nők körében a fogyatékoság gyakorisága, ami nagy valószínűséggel a nők hosszabb élettartamával magyarázható.

Ugyanakkor relatíve kisebb valamennyi 60 évnél fiatalabb korcsoport érintettsége. A 15-39 évesek például a teljes népesség 34,3%-át alkotják, míg arányuk a fogyatékkal élők körében mindössze 14,0%. A fogyatékkal élők korstruktúrájának a teljes népesség korstruktúrájától való eltérése részben (de

csak részben!) a fogyatékkal élők jövedelmi viszonyait is magyarázza. Magas ugyanis körükben a járadékból élők aránya, és alacsony a foglalkoztatottság. A 2011. évi népszámlálási adatok szerint a fogyatékosoknak csupán 14%-a volt foglalkoztatott, míg a teljes népességen belül ez az arány 46%.

(KSH, 2015)

Ha a fogyatékoság alakulásának tendenciáit vizsgáljuk a magyarországi népességben, a népszámlálási adatokra csak óvatosan támaszkodhatunk, ugyanis az adatfelvétel módszertanilag 2001-2011 között több szempontból változott. A KSH 2015. évi összehasonlító elemzése ezen módszertani különbségek, a kérdések megválaszolásának önbesoroláson alapuló szubjektív jellegének és a válaszadás eltérő arányának figyelembe vételével életkori csoportok vonatkozásában az alábbi tendenciákat rögzíti.

A fogyatékkal élők körében jelentősen változott az idősek aránya, ami általában a népesség előregedésével magyarázható: a 60 éven felüliek aránya 2001-2011 között 45%-ról 52%-ra nőtt, ugyanakkor a 30-39 éves korosztály kivételével minden korcsoport érintettsége csökkent.

4. tábla

A fogyatékkal élők számának változása életkor szerint, 2001-2011.

Életkor, éves	Fogyatékkal élők száma, 2011. (fő)	Fogyatékkal élők a 2001. évi százalékában	Fogyatékkal élők megoszlása %	
			2001	2011
0-14	23.190	80,5	5,0	4,7
15-19	11931	85,9	2,4	2,4
20-29	23059	70,1	5,7	4,7
30-39	33817	90,2	6,5	6,9
40-49	45102	53,5	14,6	9,2
50-59	98384	81,4	21,0	20,1
60-69	98744	96,6	17,7	20,1
70-79	88033	84,1	18,1	17,9
80-	68318	131,8	9,0	13,9
Összesen	490578	85,0	100,0	100,0

KSH, 2015/c

Ha a fogyatékoság típusainak előfordulását, illetve annak változásait vizsgáljuk a két népszámlálás között, számottevően nőtt a mozgássérültek és a nagyot hallók aránya, csökkent ugyanakkor a vakok, a beszédhibások és az értelmi fogyatékosok előfordulásának gyakorisága.

5. tábla

A létszám változása a kiválasztott csoportokban 2001 és 2011 között (fő)

A fogyatékoság típusa	2001	2011	Változás a 2001. évi százalékában
Mozgássérült	225 615	232 206	102,9
Vak	10 554	9 054	85,8
Értelmi fogyatékos	59 734	42 779	71,6
Nagyothalló	61 503	63 014	102,5
Beszédhibás	16 225	14 528	89,5

KSH, 2015/c

A különböző életkori csoportokban eltérőek a változások a fogyatékoság típusa szerint. A mozgássérültek körében például jelentősen nőtt az idősek aránya szemben a 60 éven aluliakkal, mely mutató minden korosztályban csökkenést jelez. A nagyothallók számának növekedése szintén a nagyothallóknak a 60 éven felüliek körében történő növekedéssel jár együtt, bár ebben a fogyatékoság típusban nőtt a 20-39 éves kor közöttiek aránya is.

6. tábla

A fogyatékosággal élők megoszlása korcsoport és a fogyatékoság típusa szerint 2001-2011. (százalék)

A fogyatékos- ság típusa	-19	20-39	40-59	60-	Összesen	0-19	20-39	40-59	60-	Összesen
	2001					2011				
Mozgássérült	3,2	7,4	35,8	53,7	100	3,0	6,4	29,0	61,6	100
Vak	6,7	9,4	21,3	62,6	100	4,8	12,8	23,6	58,8	100
Értelmi fogyatékos	28,3	32,4	23,5	15,7	100	23,8	35,1	26,3	14,8	100
Nagyothalló	4,3	7,3	19,7	68,6	100	3,9	7,4	18,8	69,9	100
Beszédhibás	19,3	22,9	29,0	28,8	100	20,0	21,8	29,8	28,4	100

KSH, 2015/c

Legjelentősebb a csökkenés a két népszámlálás között az értelmi fogyatékosok előfordulásában, míg 2001-ben 59.734 fő önbesoroláson alapuló adatok szerint az értelmi fogyatékosok száma, 2011-ben számuk 42.779-re csökkent. Az értelmi fogyatékosok között a 19 év alatti fiatalok és a 60 éven felüliek aránya csökkent, növekedés figyelhető meg azonban a középkorúak körében. A 20-59 év közöttiek aránya ugyanis 55,9%-ról 61,4%-ra nőtt.

Fontos felhívni a figyelmet arra is, hogy a vizsgált 10 év alatt ha csekély mértékben is, de nőtt a 19 év alattiak aránya a beszédhibások között 19,3%-ról 20,0%-ra. A 40-59 éves korosztály részesedése hasonlóan 0,8%-kal nőtt.

A továbbiakban azt vizsgálom, hogy mit mutatnak az életmód és a társadalmi helyzet, azon belül az egészség-magatartás és a szegénység különbségei életkor szerint. Ezek a változók ugyanis valószínűsíthetően összefüggnek az előbbieken áttekintett szociális problémákkal. Bár nincs lehetőségünk arra, hogy a betegségek előfordulása, az életmód, a szegénység és valamely korcsoporthoz való tartozás közötti összefüggéseket statisztikai módszerekkel ellenőrizzünk, lévén, hogy aggregált adatokkal dolgozunk, a különböző változók együtt járása, a problémák korcsoportok szerinti áttekintése tanulságokkal szolgálhat.

2. Az egészség-magatartás különbségei életkor szerint

Az egészséget befolyásoló tényezőket Lalonde (1981) négy csoportba sorolta. Kanadai kutatásain alapuló becslése szerint a biológiai, genetikai adottságok 27%-ban, az életmód 43%-ban, a környezeti tényezők 19%-ban, az egészségügyi ellátás 11%-ban befolyásolja egészségünket. Ha az arányok nem is vonatkoztathatók egy az egyben a mai magyar viszonyokra, a modell felhívja a figyelmet az egészséges életmód fontosságára. Európában az egészségtelen táplálkozás és az elégtelen fizikai tevékenység az elkerülhető betegségek fő oka. (KSH, 2010)

A táplálkozásbeli hiányosságok legfőképpen a nem megfelelő mennyiségű zöldség- és gyümölcsfogyasztásban mutatkoznak meg. A helytelen táplálkozás elsősorban a fiatal felnőttekre jellemző, ők fogyasztanak legritkábban gyümölcsöt: a 2009. évi egészségügyi felmérés szerint a fiatalok heti nyolc alkalommal, az idősek 12 alkalommal. (ELEF, 2011)

Hasonlóképpen összefüggést mutat a *testmozgás gyakorisága és az életkor szerinti hovatartozás*: az életkor előre haladtával csökken a testmozgás mennyisége, illetve nő azok aránya, akik egyáltalán nem mozognak. A mozgáshiány és az egészségtelen táplálkozás együttesen túlsúlyhoz vezet. Az elhízottak aránya 1980 óta a világon megduplázódott, a 15 év feletti magyarországi népességnek több mint egyharmada túlsúlyos, egyötöde pedig elhízott.

Életkori bontásban azt látjuk, hogy minél idősebb valaki, annál valószínűbb,

nőbb, hogy túlsúlyos, de 75 év felett ez a veszélyeztetettség csökken. Nem mondhatjuk azonban, hogy a fiatalok körében nem jelent problémát a túlsúlyosság. A 25-34 éves korosztályban ugyanis 50% azoknak az aránya, akiknek a testtömege meghaladja az egészséges mértéket. (KSH, 2011)

2.1. Dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás életkori metszetben

Az elkerülhető halálozásoknak van még két számottevő oka: a dohányzás és az alkoholfogyasztás. WHO adatok alapján, a világon minden tízedik halálos eset oka a dohányzás. (WHO, 2008) Magyarországon ez az arány megközelíti ennek a kétszeresét, vagyis évente 25-26 ezer ember élhetne tovább, ha nem dohányozna. (Ez a szám megközelítőleg az éves népességfogyás fele.) „A 35 éves dohányzó férfiak még várható élettartama 7,6 évvel, a nőké 6,3 évvel rövidebb az azonos korú nem dohányzó társaiknál” (KSH, 2011. 24.o.)

A *dohányzási szokások életkor szerinti különbségeit* jelentősen befolyásolja a nemi hovatartozás. Fiatal korban a férfiak nagyobb gyakorisággal dohányoznak, ellenben 45 éves kor körül közülük többen hagyják abba a dohányzást, mint a nők közül. A nők körében az jellemző, hogy a gyermekvállalás időszakában mondanak le nagy számban a cigarettáról, 35 éven felül viszont megemelkedik újra körükben a dohányzók gyakorisága. Összességében megállapíthatjuk, hogy életkor minden más tényezőnél erősebb összefüggést mutat a dohányzók számával. Ugyanakkor a kétezres évek felmérései szerint a rendszeresen dohányzók aránya a népesség egészében csökkent, főképpen a fiatal férfiak körében vált kevésbé népszerűvé ez a káros szokás. (i.m.)

7. tábla

A dohányzási szokások korcsoport szerint, 2009. (%)

Korcsoport, éves	Dohányzik	Leszokott	Soha nem dohányzott	Együtt
15-24	37,2	5,6	57,3	100
25-34	38,3	16,3	45,4	100
35-44	36,2	16,8	47,0	100
45-54	38,7	22,5	38,7	100
55-64	32,3	23,0	44,7	100
65-74	16,5	22,6	60,9	100
75	4,8	21,5	73,7	100
Együtt	31,4	18,2	50,3	100

Forrás: ELEF, 2009.(in: KSH, 2011.)

8. tábla

*A rendszeresen dohányzók arányának változása
nemi hovatartozás és korcsoport szerint (%)*

	Férfi				Nő			
	18-34 éves	35-64 éves	65- éves	Összesen	18-34 éves	35-64 éves	65- éves	Összesen
2000 ^a	44,4	41,0	13,7	38,2	29,0	28,2	3,4	23,0
2003 ^b	43,1	39,0	15,9	37,1	32,5	28,5	5,3	24,6
2009 ^c	36,3	36,4	14,1	32,7	25,6	28,8	7,0	22,6

Szignifikancia 2000-2009

Forrás: a/OLEF, 2000; b/OLEF, 2003; c/ELEF, 2009 (in: KSH, 2011)

A túlzott alkoholfogyasztás a dohányzáshoz hasonlóan fontos szerepet játszik a mortalitásban. Magyarországon 1999-ben az idő előtti halálozás 21%-ért a túlzott alkoholfogyasztás volt okolható. (Józan, 2003) Bár a KSH adatfelvétele alapján vannak különbségek korcsoportok szerint, a különbségek sem a férfiak, sem a nők esetében nem szignifikáns.

9. tábla

A nagyivók és az absztinensek aránya nem és korcsoport szerint (%)

Korcsoport, éves	Nagyivó			Absztinens		
	férfi	nő	együtt	férfi	nő	együtt
18-24	5,3	2,9	4,2	27,8	40,2	33,8
25-34	3,2	0,2	1,7	23,8	43,0	33,4
35-44	10,3	0,5	5,4	21,2	41,3	31,2
45-54	9,8	1,0	5,3	17,4	44,7	31,3
55-64	14,4	1,6	7,4	19,0	48,4	35,1
65-74	12,0	1,6	5,8	21,5	59,6	44,3
75-	9,0	0,6	3,4	29,6	71,9	57,8
Együtt	9,0	1,1	4,8	22,2	49,0	36,5

KSH, 2011.

A nagyivás gyakorisága a 35-44 éves férfiak körében 10% körüli, 55-64 éves kor között pedig 14%, ezt követően azonban csökken az arányuk. A 75 éven felüliek között 9% a nagyivó. Az összes szélsőségesen italozó több mint fele 35-64 éves férfi. A felnőtt nők között a problémás italozás gyakorisága nem mutat számottevő életkori különbségeket, de érdemes megjegyezni, hogy a legmagasabb a mutató a 18-24 éves korúak körében.

3. Szegénység és életkor

A korábbiakban idézett KSH elemzések mutatják, hogy családok és egyének anyagi, jövedelmi helyzetének objektív és szubjektív mutatói valamint a szociális problémák, a betegségek kialakulása között több esetben statisztikailag mérhető összefüggés van. Éppen ezért érdemes külön megvizsgálni a szegénység és társadalmi kirekesztettség időbeni változásait és életkori jellemzőit. „Szegénynek kell tekinteni egy személyt, egy családot, illetve egy embercsoportot abban az esetben, ha a rendelkezésükre álló erőforrások (anyagi, kulturális, társadalmi) oly mértékben korlátozottak, hogy kizárják őket a minimálisan megkövetelhető életformából abban az országban ahol élnek.” (Havas n.a.)

A szegénység mérésére a hazai empirikus kutatások az Európai Unió módszerét követve három változót használnak: a jövedelem hiányát, az anyagilag elérhető javak körét és a munkaerő-piacra való kapcsolatot. Ennek alapján a Központi Statisztikai Hivatal és az Eurostat összetett mutatója a szegénységet és kirekesztettséget három dimenzióban méri. 1/ A relatív jövedelmi szegénység dimenziója a szegénységi küszöbnél kisebb jövedelemből élők arányát mutatja. A szegénységi küszöböt pedig a medián ekvivalens jövedelem 60 százalékaként határozza meg. 2/ A súlyos anyagi depriváció, mint a szegénység második dimenziója „alapvető javakhoz való elégtelen hozzáférést, anyagi nélkülözést jelent”. 3/ A munkaszegénység, a nagyon alacsony munkaintenzitás pedig azokra jellemző, akik olyan háztartásban élnek, ahol a munkaképes korú háztartástagok a lehetséges munkaidejüknek legfeljebb ötödét töltötték munkával. (KSH, 2014. 15. o.)

A KSH statisztikái azokat a személyeket tekintik szegénynek, pontosabban azok a személyek vannak kitéve definíciójuk szerint „a szegénység és kirekesztettség kockázatának”, akik a három dimenzió közül egyben vagy többen érintettek. Mint a 2014. évi jelentés megállapítja, 2013-ban a magyar népesség 31,1%-át, 3 millió 44 ezer embert érintett a szegénység és társadalmi kirekesztettség legalább egy dimenziója. 2014-ben ez a szám 2.738 ezerre csökkent. A mindhárom dimenzióban érintettek száma 2013-ban 461 ezer fő volt, 2014-ben pedig 293 ezer, vagyis a teljes népesség 4,7%-ról 3,0%-ra mérséklődött.

Az alábbi tábla a trendeket jól szemlélteti. A 2008. évi gazdasági válság után 2012-ben csökkent a súlyosan depriváltak száma, a szegénység vagy társadalmi kirekesztettség által érintettek aránya pedig 2013-14. évben változott jelentősen. A szegények vagy kirekesztődtek aránya 2014-ben tért vissza a 2008. évi válság előtti szintre.

10. tábla

A szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya dimenzióként (2010-2014)

	2010	2011	2012	2013	2014
Relatív jövedelmi szegénység	14,1%	14,3%	14,9%	15,0%	14,9%
Súlyos anyagi depriváció	23,4%	26,3%	27,8%	24,0%	19,4%
Munkaszegénység	9,8%	10,3%	10,3%	9,7%	7,1%
Szegénység vagy társadalmi kirekesztődés (legalább egy dimenzióban érintettek)	31,5%	33,5%	34,8%	31,8%	28,2%

KSH, 2015/b

A változások azonban korcsoportonként eltérőek. A legkedvezőtlenebb helyzetben a 18 év alatti gyerekek vannak, akik az átlagnál nagyobb mértékben, 2014. évben 8,1 százalékponttal magasabb arányban érintettek a szegénység valamely dimenziójában. Közülük is legveszélyeztetettebbek az egyszerű vagy sokgyermekes családban élők, illetve ahol a szülők nem dolgoznak. 2014-ben a 0-17 éves kor közöttiek 11,2%-a élt alacsony munkaintenzitású háztartásban, amely mutató 2,3%-kal magasabb a 18-59 év közöttiek körében hasonló helyzetűek arányánál. A relatív jövedelmi szegénység is a legfiatalabakat érinti elsősorban. Körükben a veszélyeztetettek aránya ezen dimenzióban 2014-ben 22,7%, a 18-64 éves korosztályban 15,5%, a 65 éven felülieknél pedig 4,6%.

Ugyanakkor a javuló tendencia 2013-14-ben éppen ebben a korosztályban regisztrálható leginkább: két év alatt 7,8%-kal, 147 ezer fővel csökkent a szegénységben élő gyermekek száma. *(KSH, 2015)*

11. tábla

A szegénység vagy társadalmi kirekesztődés kockázatának kitettek aránya korcsoportonként (%)

	2010	2011	2012	2013	2014
0-17 éves	40,4	41,9	43,9	41,8	36,1
18-24 éves	37,3	39,0	41,8	37,3	33,5
25-64 éves	32,2	34,0	36,0	32,4	28,9
65+ éves	19,0	22,0	20,2	19,0	17,3

KSH, 2015/b

Az országos átlagnál 5,3%-kal magasabb a szegénység kockázatának kitettek aránya a 18-24 évesek körében is. Legkevésbé pedig a 65 éven felüliek érintettek, körükben a szegények és kirekesztettek aránya 2014-ben 17,3% volt, 11,1%-kal alacsonyabb az országos átlagnál.

A Statisztikai Hivatal 2013 óta külön vizsgálja a romák életkörülményeit. Az adatfelvételek azt mutatják, hogy a 16 évnél idősebb roma származásúak körében háromszor akkora a szegénység és társadalmi kirekesztődés esélye, mint a népesség egészében. A veszélyeztetettség adódik a gyerekek magas számából, az alacsony iskolázottságból és a kedvezőtlen munkaerőpiaci helyzettel összefüggő alacsony jövedelmi helyzetből. Fontos megjegyezni, hogy a roma népességnek a szegénység és társadalmi kirekesztettség általi érintettsége a szociális problémák életkori csoportok szerinti megoszlását is számottevően befolyásolja a teljes népességen belül, hiszen a cigány népesség korfája jelentősen különbözik a magyarországi összlakosság kor megoszlásától.

Összefoglalás

Magyarországon az egyik legsúlyosabb probléma a *korai halálozás*, az EU országainál jóval *alacsonyabb születéskor várható élettartam*. 2000 óta a várható élettartam Európa szerte emelkedett, nagy különbség azonban az EU tagállamok és Magyarország között, hogy nálunk nem annak köszönhető elsősorban a statisztikai adatok javulása, hogy mind többen érik el az öregkort, hanem annak, hogy kevesebben halnak meg a harmincas, negyvenes éveikben és csökkent a csecsemőhalálozás száma is. A magyarországi várható élettartam kedvezőtlen mutatóinak továbbra is fő oka a 65 év alatti halálozás. A legtöbb korai halált okozó betegség a rosszindulatú daganatos betegség, és ezt követik a keringési rendszer betegségei.

