



MAGYAR GERONTOLÓGIA



7. évfolyam 25. szám
2015.





MAGYAR GERONTOLÓGIA

7. ÉVFOLYAM 25. SZÁM

Nyomtatott verzió: ISSN 2062-3682

On-line verzió: ISSN 2062-3690

AZ IDŐSEK SZUBJEKTÍV JÓLLÉTÉNEK ELEMZÉSE MAGYARORSZÁGON A SHARE ADATBÁZIS ALAPJÁN

Hüse Lajos – Huszti Éva – Takács Péter

Összefoglalás

Jelen tanulmány elsősorban az 50 éves és idősebb népesség szubjektív jóllétének néhány dimenzióját vizsgálja a SHARE adatbázis alapján. Ennek kapcsán elsősorban a fizikai és mentális egészség, az aktivitás, valamint a jövedelem dimenzióinak egyes kérdéseit elemzi abban a tekintetben, hogy hová sorolható be Magyarország a kutatásban résztvevő országok között a jólét (welfare) – és annak hiánya, a szegénység (poverty) – anyagi, illetve nem anyagi vonatkozásában. A felhasznált adatok a SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) nemzetközi kutatás negyedik hullámának magyar vonatkozású gyűjtéséből származnak.

Az írás áttekinti az életminőség tudományos megközelítésében létrejött változásokat, amelynek során a hangsúly eltolódott az egyoldalú, monetáris mutatókról a több szempontot átölelő összetett mérőszámok felé. A főbb szempontok és célirányok: az egészségi állapot, a mindennapi aktivitást akadályozó tényezők, a depressziós állapot, továbbá az étellel való elégedettség mérőszámainak elemzése.

A SHARE 4. hullámának adatai alapján az egyes országok 50+ lakosságának kvantitatív jóléti mutatói (SMT, ADL, EURO-D, UNHAPPY) kerülnek középpontba. Végül a bemutatott négy mérési elem mellé egy olyan új mutató kialakítására kerül sor (GLP - General Life Perspective), amely az általános életperspektíva mérését tűzi ki célul.

Summary

Analyzing of the Hungarian elder's subjective well-being used on the database of SHARE

This study mainly examines of some dimensions of subjective well-being among 50+ based

on the database of SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). In connection with this topic this paper analyses some questions of dimensions of the physical and mental health, the activity, and some aspects of income among 50+. The main question of the study is where Hungary should rank among other countries in the SHARE research concerning welfare and poverty furthermore their financial and non-financial perspective. The applied data stem from the 4th wave of SHARE international research. The study focuses international position of Hungary using data to our country.

The essay reviews those changes of the scientific approach of quality of life in consideration of the swing of the stress from the one-sided, monetary indices to the more regards container complex index-numbers. The main focal points and targets are the following: analyzing of the indices of health status, limitations with activities of daily living, depression scale moreover the indices of life satisfaction.

Based on the SHARE 4th wave the quantitative indices (SMT, ADL, EURO-D, UNHAPPY) of the 50+ population of the examined countries get into the focus. Final, besides the four analysed dimensions, the study deal with a new index (GLP – General Life Perspective), which measures the general life perspective.

Bevezetés - SHARE alapok

A **SHARE** betűszó (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) elsősorban azt a nemzetközi kutatási projektet jelöli, amely több tudományág megközelítéséből vizsgálja az emberi öregedés legkülönbözőbb jellemzőit. A betűszó másik vonatkozásában arra az adatbázisra utal, mely a felmérés hullámainak (Wave 1 - Wave 5) adatgyűjtési eredményeiből alakul.

A SHARE kutatás 2002-ben indult; alapítója és koordinálója Prof. Dr. Axel Börsch-Supan (Munich Center for the Economics of Ageing, Max-Planck Institute for Social Law and Social Policy). Az egymást követő kutatási hullámok során, 2015 elejére több, mint százötvenezer lekérdezés és interjú készült a SHARE keretein belül (Wave 1 - 4); az eddigi legutolsó vizsgálat (Wave 5) adatai napjainkban látnak napvilágot.

A vizsgálatok *első* hullámára 2004-ben került sor. Ekkor tizenegy európai ország fogott össze az alapadatok lekérdezésére. Az érintett országok között voltak skandináv (Dánia, Svédország), közép-európai (Ausztria, Franciaország, Németország, Svájc, Belgium, Hollandia) és mediterrán (Spanyolország, Olaszország, Görögország) államok. 2004 végén Izrael is csatlakozott a projekthez, mint az első közel-keleti állam. A panel-jellegű, multidiszciplináris,

számítógéppel támogatott személyes lekérdezésen (CAPI; Computer-Aided Personal Interviews) alapuló kutatás az egészségre, a társadalmi-gazdasági helyzetre és a társadalmi-, családi kapcsolatokra irányul. A SHARE alapkérdőíve 20 modulból tevődik össze; az adatfelvétel különböző tematikus részegységeket tartalmaz, amelyek révén szélesen értelmezett módon közelíthető meg az idős népesség egészségi állapota, az idősödéssel változó társadalmi helyzete, illetve az életkörülmények változása (Börsch-Supan és Jürges, 2005). A modulok többsége minden hullám kérdőívének szerves része volt (a modulok felsorolása és céljaik a dolgozat I. mellékletében található).

A **második** vizsgálati hullám 2006 és 2007 közé tehető. A két új résztvevő állam: Csehország és Lengyelország voltak. Az alapkérdőív kiegészült egy „életvégi” interjúval („End of Life”), melyet az elhunytak családtagjai töltöttek ki. Izrael 2009-ben hajtotta végre ennek a hullámnak a lekérdezését.

A harmadik felmérési hullám 2008 és 2009 között zajlott, (SHARELIFE, 13 európai ország) az előzőektől eltérő célokkal. A vizsgálat az emberi élettörténetekre, élettörténetekre fókuszált.

2010 és 2011 között a **negyedik** SHARE felmérésre került sor, amelyben az adatgyűjtők visszatértek az eredeti célokhoz. A négy új résztvevő között hazánk is szerepelt; Észtország, Portugália és Szlovénia mellett. Az adatgyűjtésnek köszönhetően jó minőségű, reprezentatív, összehasonlításra alkalmas adatokkal rendelkezünk az 50 évesnél idősebb népesség (50+) köréből hazánkra vonatkoztatva is.

2015 áprilisában jelent meg az **ötödik** hullám adatbázis-része; tizenöt résztvevő ország adatait tartalmazva, Luxemburg csatlakozásával. Ebben a felmérésben Magyarország nem vett részt.

A jövedelem és más dimenziók, mint az életminőség meghatározói

Az életminőség tudományos igényű vizsgálata az elmúlt néhány évtizedben jelentősen megváltozott. Mindezt jelzi a kutatói terminológia átalakulása is. Például a publikációkban az angol welfare (jólét) kifejezés ma már határozottan az anyagi jólétre utal, míg a well-being (jóllét) szóösszetétel az életnek nem pusztán az anyagi, de a minőségi oldalát is dominánsnak tekinti (Utasi, 2002).

Napjainkra világszerte megszorodtak az élet minőségét mérő megközelítések, módszerek és számítások egységes rendszerbe foglalását célzó kutatások. A 2009-ben napvilágot látott Stiglitz-jelentés (Stiglitz, Sen és Fitoussi, 2009) erőteljesen firtatja annak kérdését, hogy a GDP mutatója mennyire pontosan, illetve árnyaltan képes kifejezni a modern társadalmak

életminőségét, a lényegre mutat-e rá. Az utóbbi időben a „monetáris” mutatók felől a hangsúly az élet minőségének egyéb jellemzői felé tolódott el, úgy a társadalmak általános, mint az egyének életminőségének kutatásában (Kárpáti, 2014). A megközelítések sokszínűsége mellett a jólétnek vagy hiányának (szegénységnek) a meghatározása során kulcskérdés a lehetséges indikátorok közötti választás (Havasi és Altorjai, 2005), hiszen ezzel nem csupán azt határozzuk meg, hogy mit és hogyan mérünk, illetve méréseinket mivel és milyen módon tudjuk összevetni, de azt is, hogy mit fogunk magyarázni.

„Amikor az anyagi jólét mérésére megkonstruáljuk a számszerűsíthető, pénzben kifejezhető jövedelem fogalmát, majd e közvetítő fogalom segítségével meg is mérjük az egyének háztartások – szakmai konszenzuson nyugvó, tartalmában pontosan ismert és egyeztetett – jövedelmét, akkor az így kapott számok, adatok nem helyettesíthetőek vissza, mintegy automatikusan, az anyagi jólét fogalmába. Az, hogy egy egyének vagy háztartásnak kétszer annyi a mért jövedelme, mint egy másiknak, az nem jelenti azt, hogy kétszer akkora az anyagi jóléte is” (Havasi és Altorjai, 2005:10). A szegénységi küszöb meghatározásában a jövedelem, bár egzakt, viszonylag jól mérhető és statisztikailag kedvező arányskálát ad, mégiscsak egyfajta ridegség jellemző rá, hiszen miközben nominális skálát formálunk a jövedelemi adatokból (szegény/nem szegény), onnan kezdve mindenki, akinek jövedelme nem éri el a megadott határt, szegénynek számít, figyelmen kívül hagyva, hogy csupán néhány, vagy több ezer forinttal marad-e el attól (Havasi és Altorjai, 2005).

Természetesen nem lebecsülendő a pusztán monetáris mutatók szerepe és haszna. Részben kiválóan alkalmasak arra, hogy meghúzzunk az adott társadalmakban relevánsnak számító határokat, és ezekről a határokról vitát folytassunk, illetve ezekhez a határokhöz társadalmpolitikai eszközöket rendeljünk, például olyanokat, amelyek révén minden egyes állampolgár számára biztosíthatóak a szociális alapbiztonság elemei. Ugyanakkor ahhoz, hogy definiálni tudjuk, mit jelent konkrétan az egyes emberek életében az, hogy milyen távol állnak ezektől a határoktól (pl. átlagjövedelem, létminimum) és milyen irányban, nem elég pusztán a monetáris számításokra és mutatókra alapozni. Ahhoz, hogy az élet számos dimenziójában egzakt módon leírhatóvá váljon az egyén monetáris mutatókkal kifejezhető helyzete, olyan modellekre van szükség, amelyek jócskán túllépnek a monetáris kereteken.

Mindezek mellett azt is figyelembe kell vennie a kutatásoknak, hogy a fejlett országok népessége jórészt öregszik, egyre nagyobb az időseknek tekinthető emberek aránya a teljes populáción belül¹. Ennek okán egyre fontosabb az idősek vagy a korosztályhoz közelítők

¹ world.bymap.org/MedianAge.html

részpopulációjának ismerete. Természetes folyamat, hogy az idősebb korosztály esetén más jellegzetességei mutatkoznak az emberi és társadalmi szükségleteknek. A SHARE projekt éppen ezeket a részben feltáratlan területeket célozza meg, felkészülve az Európai Unió jövőben várható társadalmi, gazdasági és egészségügyi kérdéseire.

Legújabbán a Michael Green által fejlesztett és több országban vizsgált társadalmi fejlődés (SPI - Social Progress Index) mutató szól arról, hogy az országok eredményességét a modern fejlett társadalmakban nem elegendő a GDP által mutatott értékek alapján leírni. A GDP-vel inkább gazdasági teljesítményt lehet mérni, mintsem egy ország jólétét. Az SPI-vel viszont éppen ez, az országok jóléte vizsgálható. A mutató három dimenziót vizsgál: alapvető emberi szükségletek (táplálék, ivóvíz, lakhatás, biztonság), a jóllét alapjai (oktatás, tájékoztatás, egészségügy, fenntartható környezet, stb.), lehetőségek, esélyek az egyéni megvalósításra (személyi jogok, döntési szabadság, diszkrimináció mentesség, modern tudáshoz való hozzáférés) (Porter, Stern és Artavia Loria, 2013).

A kutatások nem csak nemzeti szinten zajlanak. Magyarországon a TÁRKI Magyar Háztartás Panel (1992-1997)², majd Háztartás Monitor (1997-től)³ vizsgálatok lehetőséget adnak kisebb földrajzi egységek vizsgálatokra is. A Debreceni Egyetem nyíregyházi székhelyű Egészségügyi Karán 2008-tól folynak városi szintű kutatások. Ez a vizsgálat a TÁRKI felmérésekhez hasonló módszertannal dolgozva kutatja többek között az emberi élet minőségi vonatkozásait (Fábián, Kiss, Patyán és Huszti, 2012; Huszti, Patyán, Fábián 2014). Az adatokra támaszkodva egy lokális életminőség index került kialakításra Tauhidur Rahman modelljét interpretálva (Takács és Fábián, 2012; Takács és Fábián, 2014). Az eredmények városi szinten a Polgármesteri Hivatal Szociális Osztályának munkájában közvetlen alkalmazásra kerültek és kerülnek napjainkban is.

A nyíregyházi panelvizsgálatok korcsoportos elemzésekre is módot adnak. Az eredmények rávilágítanak az idősebb, a SHARE vizsgálatban válaszadóként megjelenő korosztály helyi (nyíregyházi) viszonyaira (Patyán, 2014).

A fent összefoglalt kari kutatások adtak alapot a SHARE vizsgálatok elkezdésére karunkon.

A jóllét dimenzióinak nemzetközi összevetése a SHARE adatbázis alapján

A SHARE adatbázisra alapozva Adena és Myck (2013) az életminőség négy olyan dimenziójának alakulását vizsgálta meg a résztvevő országokban, amelyek hatással bírnak a

szegénység mértékére, illetve a szegénység közvetlen következményeire. A szerzők a rendelkezésre álló adatok alapján megállapították, hogy a jövedelmi szegénység gyengén korrelál a fizikai és mentális egészséggel, valamint az étellel való megelégedettséggel, míg a szubjektív szegénységgel ugyanezen dimenziók erősen korrelálnak. Elemzésükhöz a fizikai egészségi állapot két dimenzióját (a rossz egészségi állapot szimptomái, SMT - Symptoms of bad health; a mindennapi aktivitást gátló tényezők, ADL - Activities of Daily Living), a mentális egészség egy dimenzióját (európai depresszió-skála, EURO-D), valamint az étellel való megelégedettség egy dimenzióját hozták létre⁴:

- az SMT dimenzió a rossz egészségi állapottal együtt járó 12 szimptóma meglétére épül – három, vagy több szimptóma megléte esetén a megkérdezett a rossz egészségi állapotúak közé sorolták (3+SMT);
- az ADL dimenzió a mindennapi aktivitást gátló tényezők 13 elemű változó-listájából épül fel – három, vagy több akadály megléte esetén a megkérdezett a mindennapi életében akadályozottak közé sorolták (3+ADL);
- az EURO-D skála a depressziós állapotot méri, és elterjedten használatos a mentális egészség mérésére (Prince és mtsai., 1999) – a 12 elemű skálának négy vagy több tapasztalt jelensége esetén a megkérdezett a rossz mentális egészségűek közé sorolták (4+EURO-D);
- az étellel való megelégedettség dimenziója azon a kérdésem alapult, mely szerint a megkérdezettek kifejtették, hogy *milyen gyakran tekintenek vissza örömmel az életükre* – a „ritkán” és „soha” válaszokat adókat úgy azonosították be, mint akik rossz állapotban vannak a boldogság és az étellel való megelégedettség kérdésében (UNHAPPY) (Adena és Myck, 2013).

Annak érdekében, hogy meghatározhassuk a magyarországi, 50+ népesség jóllétét, illetve megállapítsuk, hogy a jóllét hazai állapota hogyan viszonyul más országok jóllétéhez képest, megvizsgáltuk az Adena és Myck (2013) által a SHARE adatfelvétel harmadik hullámában alkalmazott dimenziókat a negyedik hullám adatain. A vizsgálatunk így 16 európai (egyben EU-tag) ország adataira terjedt ki.

Az adatokból megállapítható, hogy a magyar 50 éves és idősebb lakosság nemzetközi összehasonlításban a legrosszabb helyet éri el a rossz egészségi állapot (3+SMT) dimenziójában (1. ábra). A három vagy több egészségi probléma megléte a hazai korcsoport kétötödét (42,1%) érinti, ezzel kiugrik az ugyancsak magas értékeket elérő országok (elsősorban Lengyelország, Észtország, Portugália és Csehország) csoportjából is. A magyar mintában következő három item említése a leggyakoribb:

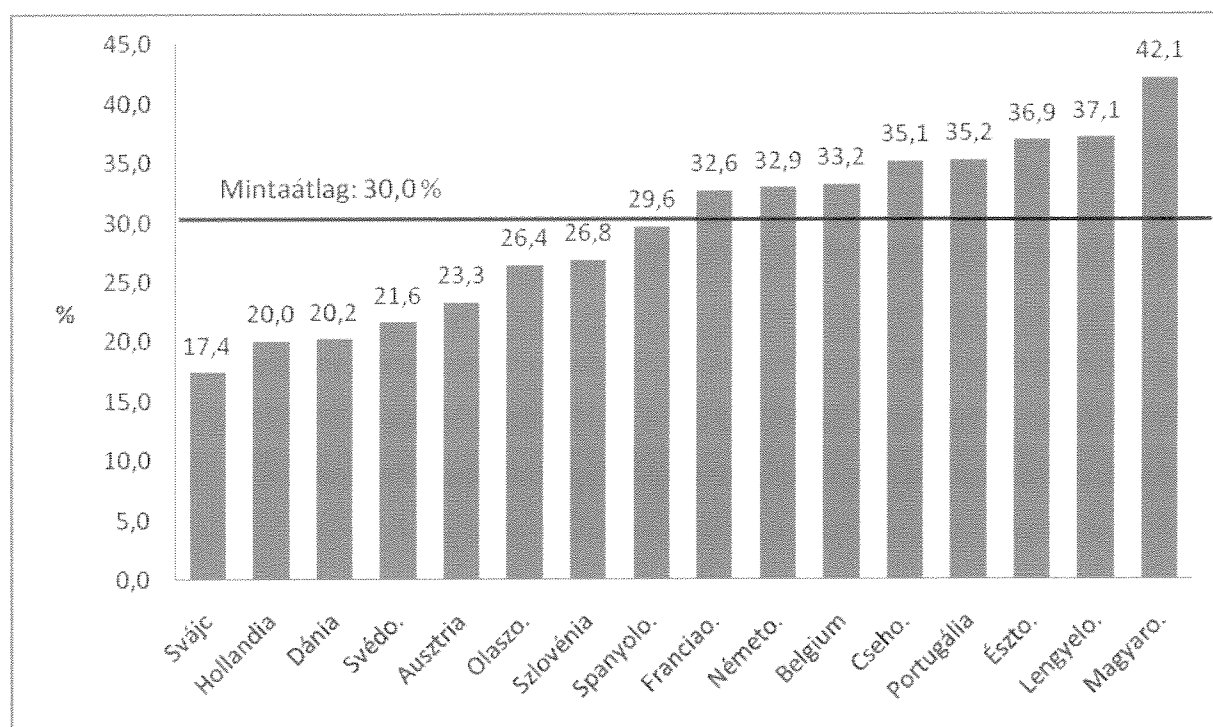
⁴ Az SMT, ADL és EURO-D dimenzió itemeit a II.-IV. mellékletben soroljuk fel.

² <http://www.tarki.hu/adatbank-h/panelcd/>

³ <http://www.tarki.hu/research/monitor/>

1. Hátfájás, térdfájás, csípő- vagy más ízületi fájdalom (58,8 %)
2. Fáradékonyság (39,5 %)
3. Alvási nehézségek (27,7 %)

A fizikai egészségkárosodás dimenziójában legjobb eredményeket elérő Svájc mellé főként skandináv és benelux országok sorakoznak fel (Hollandia, Dánia, Svédország), melyek számos más, nem csupán e tanulmány által vizsgált dimenzióban is kiemelkednek az EU átlagából, illetve Ausztria tartozik még a jobb helyzetű országok körébe, ahol a megkérdezettek kevesebb, mint negyede számolt be legalább három egészségi problémáról.



1. ábra. A rossz egészségi állapot (3+SMT) dimenziójának alakulása nemzetközi viszonylatban. N = 58 120

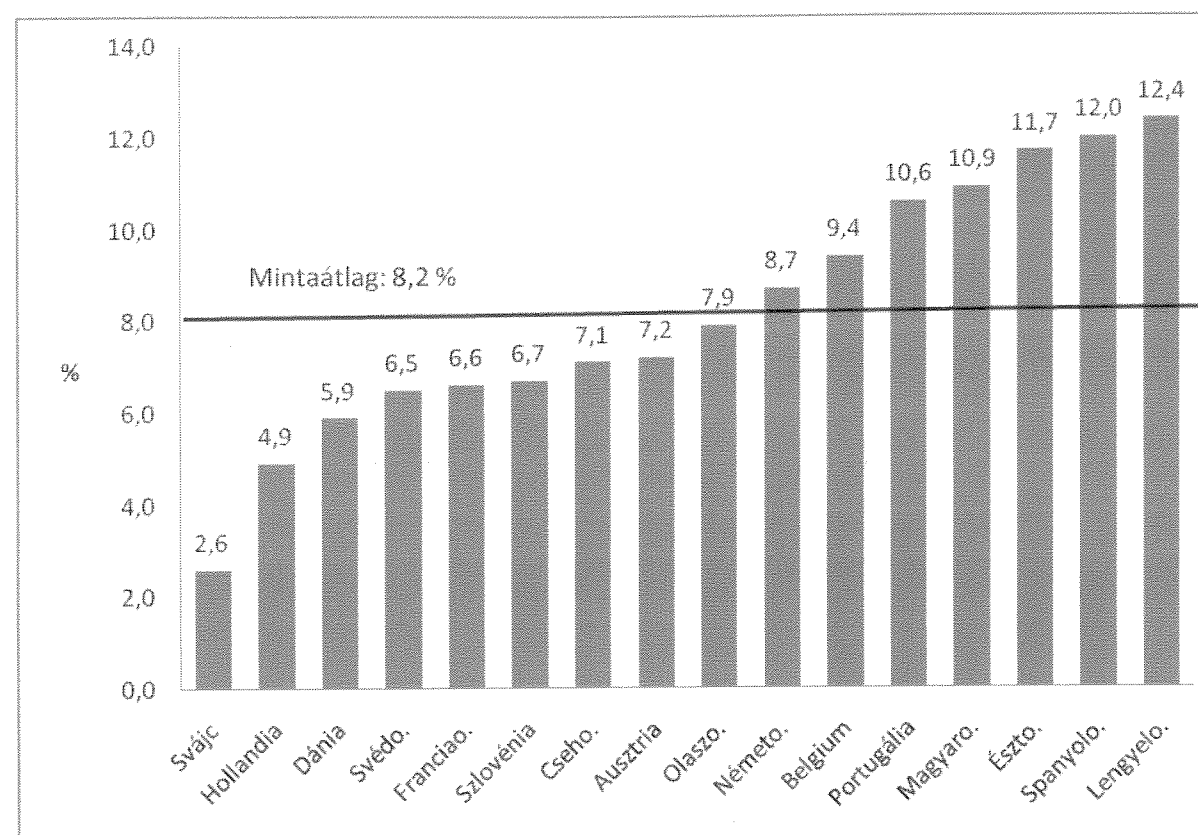
A mindennapi aktivitást gátló tényezők dimenziójában (3+ADL) a negyedik legrosszabb helyen állnak a magyarok, amennyiben a megkérdezettek 10,9%-át legalább három tényező akadályoz hétköznapi tevékenységében (2. ábra). A magyar mintában következő három item említése a leggyakoribb:

1. Házimunka vagy kerti munka végzése (21,0 %)
2. Bevásárlás (14,3 %)
3. Felöltözni, beleértve a cipő és zokni felvételét (9,0 %)

Ebben a dimenzióban Lengyelország és Észtország valamivel rosszabb eredményt ért el, Portugália ismét egy kicsivel jobbat. A 3+SMT dimenzióban kifejezetten rossz eredményeket produkáló Csehország viszont megközelítette a legjobb helyzetű országok élmezőnyét, illetve, ha

az extrémén jó eredményt felmutató Svájcot nem számítjuk, akkor Csehország lényegében az élmezőnybe tartozik. A 3+ADL dimenzió jelentősebb problémákkal küzdő csoportjába egy másik mediterrán, sok szempontból az EU átlagától elmaradottabb ország került: Spanyolország.

A legkedvezőbb helyzetű országok – akárcsak a 3+SMT dimenzió esetén – Svájc, Hollandia és Dánia. Kissé leszakadva a „dobogósktól” Svédország, Franciaország és Szlovénia (a „legnyugatibb” poszt-szocialista ország) alkot egy ugyancsak kedvező helyzetű csoportot.



2. ábra. A mindennapi aktivitást gátló tényezők (3+ADL) dimenziójának alakulása nemzetközi viszonylatban. N = 58 124

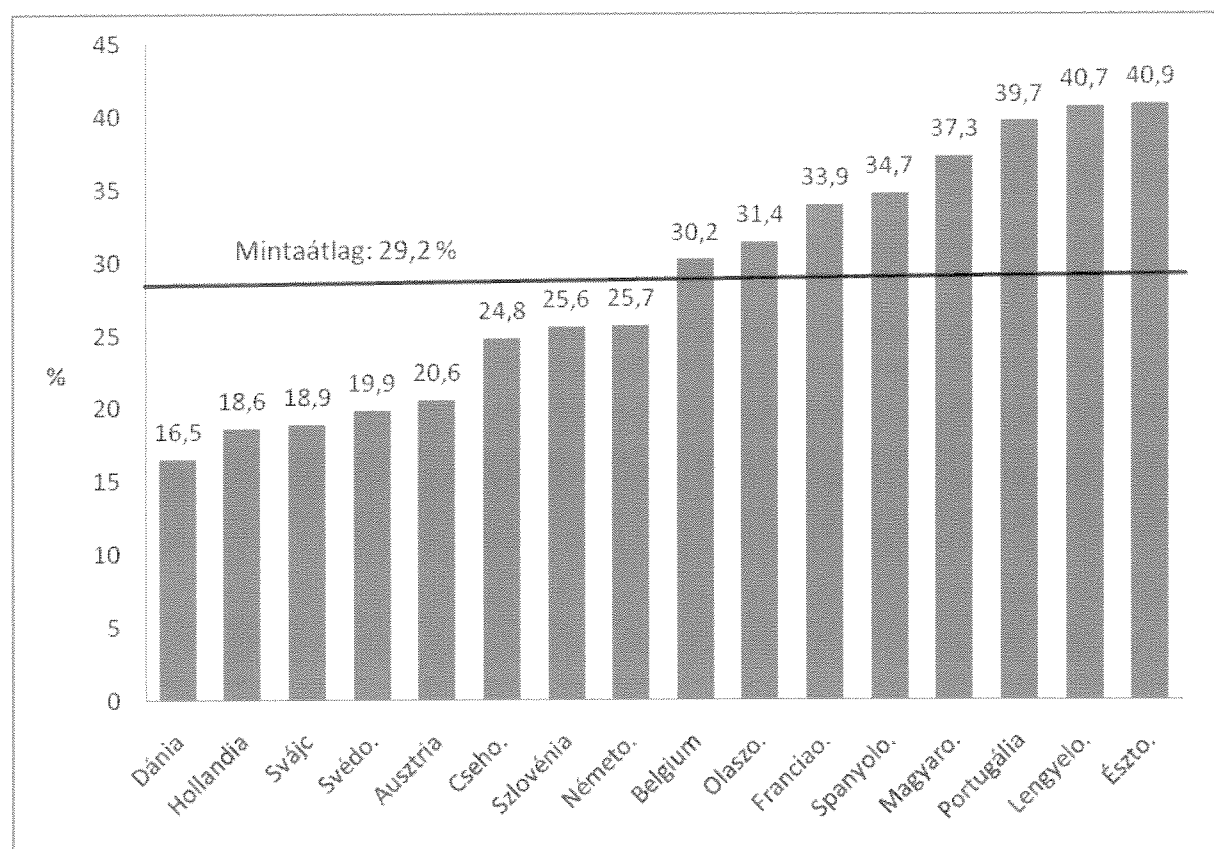
Hazánk az EURO-D skálán mért depressziós állapotot dimenziójában szintén a negyedik legsúlyosabb helyzetbe került, miután a megkérdezettek 37,3%-a legalább négy tünetről beszámolt (3. ábra). A magyar mintában következő három item említése a leggyakoribb:

1. Az elmúlt hónapokban előfordult, hogy túl kevés energiája volt elvégezni azt, amit akart (49,2 %)
2. Az elmúlt hónapban volt szomorú vagy depressziós (40,0 %)
3. Volt mostanában problémája az alvással (38,1 %)

A hasonló adatokkal rendelkező országok csoportja is azonos a korábbi dimenziókban leirtakkal: Észtország, Lengyelország és Portugália (a magyarnál rosszabb eredményekkel),

továbbá Spanyolország (a magyarnál jobb eredményekkel). A spanyol eredményeket megközelítő franciákat is bevonva egy olyan ország-csoportot kapunk, amelyben a megkérdezettek legalább harmada depressziósnak mutatkozik az EURO-D skála alapján.

A depresszió tüneteit a legkevesebben Dániában észlelték magukon, majd Hollandia, Svájc és Svédország következik – ezekben az országokban a megkérdezettek egyötödénél kevesebben számítanak depressziósnak az EURO-D skála alapján. Lényegében ebbe a kedvező helyzetű csoportba sorolhatjuk Ausztriát is, ahol alig valamivel többen, mint a megkérdezettek egyötöde érzékelték önmagán a depresszió tüneteit.

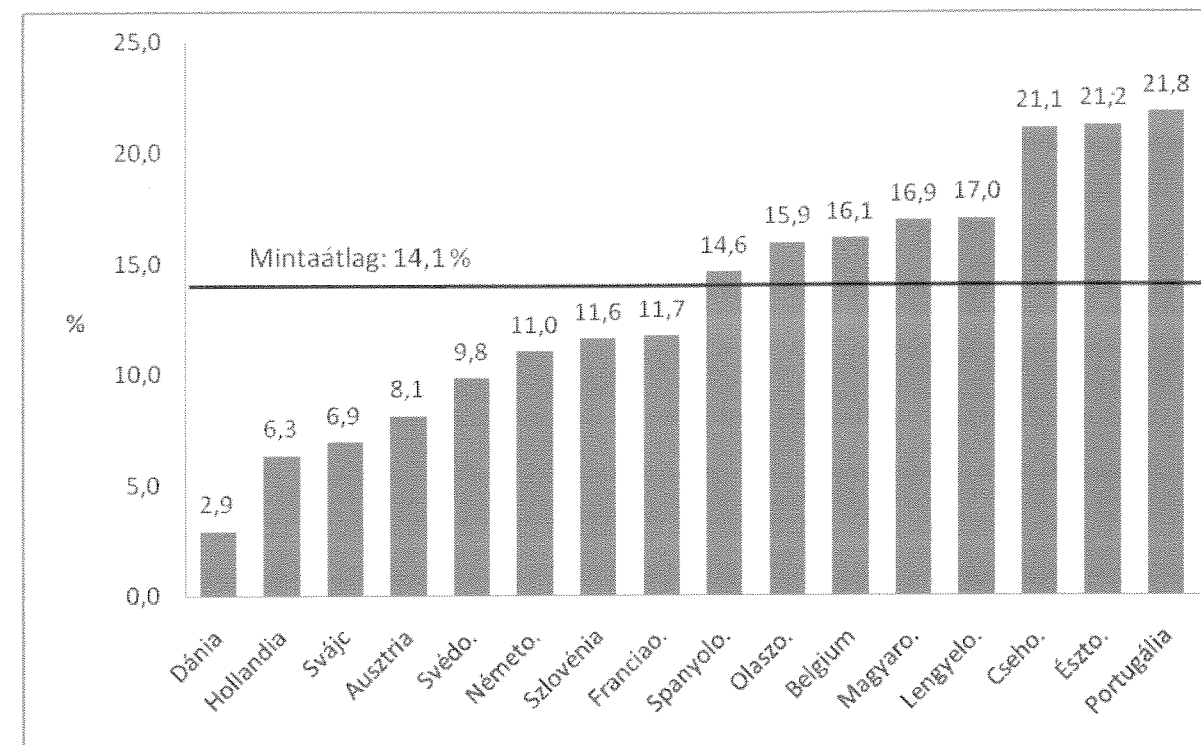


3. ábra. A depresszió (4+EURO-D) dimenziójának alakulása nemzetközi viszonylatban. N = 56 412

Magyarország az étellel való elégedetlenség dimenziójában (UNHAPPY) sem áll kifejezetten jó helyen, hiszen a megkérdezettek 16,9%-a elégedetlen az életével, ezzel az ötödik legelégedetlenebbek a magyar megkérdezettek voltak, lényegében fej-fej mellett a negyedik helyezett (17,0%) lengyelekkel (4. ábra). Ebben a dimenzióban viszont határozottan elkülönülnek a „negatív csúcstartók” a maguk kiugró adataival: az eddig minden dimenzióban rossz eredményeket produkáló Portugália és Észtország, valamint Csehország.

Az életükre meglehetősen visszatekintő idősök aránya Dániában a legmagasabb (az elégedetlenek aránya csupán 2,9 %), ezt követi Hollandia és Svájc. Ausztria és Svédország

szintén kiváló mutatókkal jellemezhető, a megkérdezettek kevesebb, mint tizede érzi úgy, hogy semmi oka a meglegedettségre, ha visszatekint eddigi életére.



4. ábra. Az étellel való elégedettség (UNHAPPY) dimenziójának alakulása nemzetközi viszonylatban. N = 56 717

Összességében tehát elmondható, hogy a Magyarország a vizsgált országok legrosszabb életminőség-mutatókkal rendelkező csoportjába tartozik. A dimenziók többsége fizikai, illetőleg orvosi szempontból is igazolható, objektív elemeket tartalmaz, amelyek napi szinten rontják a megkérdezettek életminőségét. A negyedik dimenzió szubjektív benyomáson alapul, ám azt nem mondhatnánk, hogy ez kevésbé fontos, mint a fizikai-orvosi dimenziók, hiszen a lelkiállapot igen erőteljesen határozza meg az életminőséget, a jóllétet.

A jóllét dimenzióinak összefüggései

A teljes képet áttekintve szembetűnő, hogy a négy dimenzióban legjobb és legrosszabb eredményeket felmutató országok csoportjai lényegében változatlanok. A legrosszabb helyzetben lévők csoportja egy poszt-szocialista és mediterrán „konglomerátum”, melynek tagjai Észtország, Lengyelország, Magyarország, Csehország, Portugália és Spanyolország.

A legjobb helyzetű országok csoportját Benelux- és skandináv államok alkotják (Hollandia, Dánia és Svédország), Svájccal és Ausztriával kiegészülve.

Sajnos a SHARE adatfelvétel vizsgált hulláma nem terjedt ki a teljes Európai Unióra, de a fenti két csoport viszonylagos stabilitása miatt (a csoportok egyes tagjai ritkán „ki lépnek” a

csoportból, a többségük pedig nem „lép ki”) feltételezhetjük, hogy a legrosszabb és legjobb helyzetű csoportok országai esetében nem csupán a jóllét dimenzióiban elért eredmények közösek. Az okokat keresve számos tényezőt sorakoztathatunk fel. Már említésre kerültek azok a történelmi vonatkozások, amelyek lényeges determináló keretet szabnak a vizsgált országok jó részére. Hasonló, sok esetben örökölt tényező az egyes országokban működő egészségügyi- és nyugdíjrendszerek – több évtizeden át hurcolt kényszerekkel. Az egyes országokban különböző idős gondozási modellek alakultak ki, amelyek működési jellemzői nagy valószínűséggel alapvető befolyással vannak a vizsgált mutatókra. Mindezen hatások feltárására a szerzők további kutatásokat végeznek.

Hazai szempontból különösen jelentősnek tekinthetőek azokat a dimenziók, ahol az érintettek aránya kifejezetten magas, negyven százalék körüli (3+SMT és 4+EURO-D). Ezek a dimenziók ugyanis nem csupán egy relatív, a többi résztvevő országhoz viszonyított sorrendben felvett rossz pozícióra mutatnak rá, hanem egy jelentős, a korcsoport közel felét abszolút értelemben érintő problémára. Mivel ezek az állapotok nem hirtelen alakulnak ki, hanem fokozatos rosszabbodás által, a két dimenzió sokakat érintő, rossz eredményei nem csak a SHARE kutatásba bevont korosztályokra vonatkoznak, hanem kisebb – de az életkorral egyenes arányban növekvő – mértékben a fiatalabb korosztályokra is. Ezek az adatok így arról árulkodnak, hogy a részben még aktív, nagyobb részben inaktív embertömeg jelentős korlátok közé szorulva éli az életét hazánkban. Az egészségi és mentális problémák terheit az azokat elszenvedő egyének mellett a családok viselik: házastársak, élettársak, az érintettekkel együtt élő, vagy már saját családot alapító, felnőtt gyermekek.

Magyarországon a mentális és egyéb egészségi problémák kiemelkedően sok embert érintenek. A középkorú népesség – különösen a középkorú férfiak – idő előtti egészség-romlása olyan nagymértékű, hogy a hazai adatok már jobban hasonlítanak az ukrán vagy orosz adatokhoz, mint a lengyel, szlovák, és cseh adatokhoz. Az 50-64 éves korcsoportból több férfi hal meg hazánkban évente, mint 1930-ban (Kopp, 2008). Ez az egészség-szakadék, amelybe a magyar lakosság belecsúszott, alapvetően befolyásolja az állami-önkormányzati kötelezettségvállalás (főleg az egészségügyi és érintőlegesen a szociális szféra) rendszereire nehezedő terheket is. Ezen terhek nagyságát szemlélteti például az, hogy az egészségügyi kiadások a 2000-es években nagyjából 900 milliárd forint körül alakultak évente, melynek háromnegyede közkiadás volt. A közkiadások több mint 90 százaléka a társadalombiztosítás által fedezett folyó kiadás (25-30 % gyógyszerkiadás, 30 % fekvőbeteg-ellátás). A fejlesztésre, beruházásra fordított hányad szignifikánsan alacsony volt (Lepp-Gazdag, 2004).

Az általános életperspektíva (GLP – General Life Perspective) dimenziója a SHARE adatbázis alapján

A SHARE kérdései alkalmasak arra, hogy további szempontokkal bővítsük az életminőségre vonatkozó vizsgálódásunkat. A megkérdezettek szubjektív életminőségére irányuló 12 item hét pozitív és öt negatív állítást tartalmaz – ezek egyikeből alkotta meg Adena és Myck (2013) az UNHAPPY dimenziót. A kérdéscsoport azonban további, a hivatkozott szerzőpáros által nem vizsgált adatokat rejt magában, melyeket az V. mellékletben mutatunk be. A kutatás jelenlegi szakaszában a magyar almintára koncentráltunk (5. ábra), bevonva a vizsgálatba a jelzett változókört.

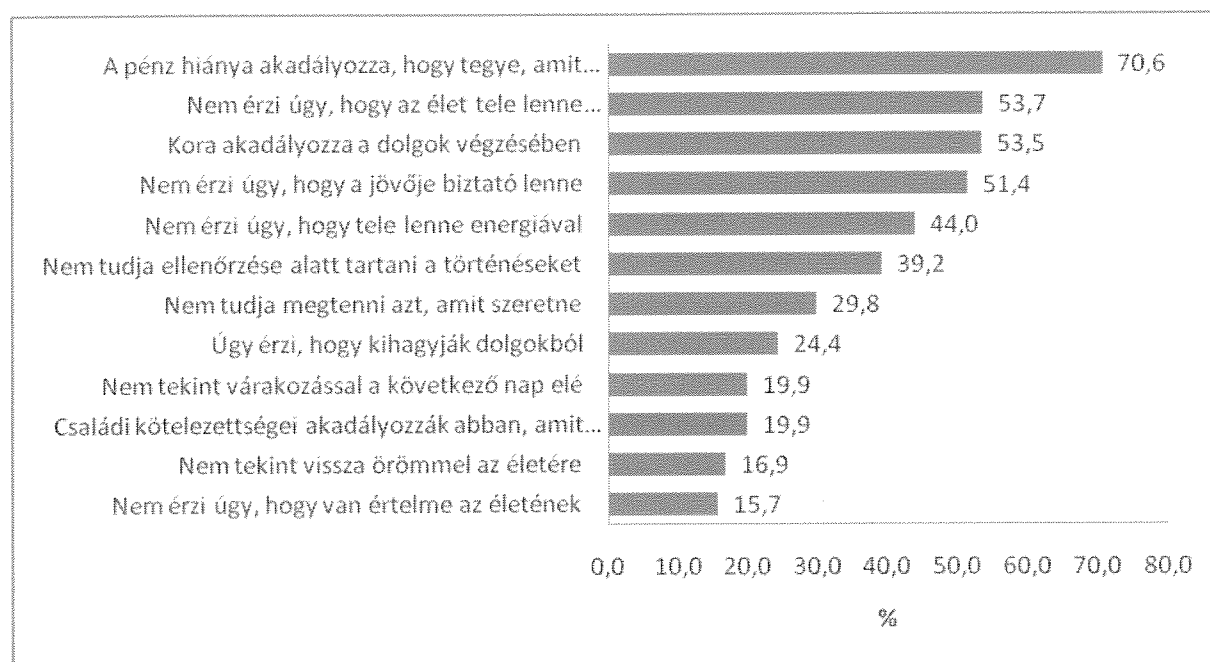
Az 5. ábrában nem az eredeti megszövegezéssel szerepelnek az itemek, hanem az eredeti kijelentések tömör, jelentés-tartó megfogalmazással, illetve a pozitív itemeket is negatív kijelentéssé formáztuk át⁵. A pozitív itemekhez tartozó válaszok esetében azokat az adatokat vettük figyelembe, amelyek a válaszadóra „nem jellemző” válaszokat tömörítették, így ugyanezen válaszok jelentését a negatívra átfogalmazott itemek esetében úgy fogjuk fel, hogy azok (mármint a negatív kijelentések) jellemzőek a válaszadóra. Az általános életperspektívára (GLP) irányuló kérdéscsoport átfogalmazott elemei a következők (az 5. ábra sorrendjében):

1. A pénz hiánya akadályozza, hogy tegye, amit szeretne
2. Nem érzi úgy, hogy az élet tele lenne lehetőségekkel (eredetileg pozitív)
3. Kora akadályozza a dolgok végzésében
4. Nem érzi úgy, hogy a jövője biztató lenne (eredetileg pozitív)
5. Nem érzi úgy, hogy tele lenne energiával (eredetileg pozitív)
6. Nem tudja ellenőrzése alatt tartani a történéseket
7. Nem tudja megtenni azt, amit szeretne (eredetileg pozitív)
8. Úgy érzi, hogy kihagyják dolgokból
9. Családi kötelezettségei akadályozzák abban, amit szeretne
10. Nem tekint várakozással a következő nap elé (eredetileg pozitív)
11. Nem tekint vissza örömmel az életére (eredetileg pozitív)
12. Nem érzi úgy, hogy van értelme az életének (eredetileg pozitív)

⁵ Bár a negatívról pozitívrá való átfordítás kevesebb itemet érintett volna, azért ragaszkodtunk ehhez a megoldáshoz, mert a tanulmányban korábban ismertetett négy dimenzió ugyancsak a negatívumok, problémák mértékét mutatja meg.

Az adott állítással egyetértők arányát tekintve az 5. ábrán látható, hogy többségükkel a válaszadók egyötöde (kihagyják a dolgokból, nem várja a holnapot, családi kötelezettségei akadályozzák), illetve egy másik nagyobb csoporttal a válaszadók fele ért egyet (lehetőségek nélküli élet, kora akadályozza, a jövő nem biztató).

Néhány item kiválik ebből a trendből, különösképpen az anyagi korlátozottságra utaló item. Eszerint az látszik, hogy a szubjektív életminőséget leginkább meghatározó tényező a pénzhiány, hiszen a válaszadók 70,6%-át ez akadályozza meg abban, hogy azt tegyék, amit szeretnének. A kérdéscsoport másik „végpontja”, ahol a magyar alminta 15,7%-a nem érzi, hogy lenne értelme az életének.



5. ábra. Az idősök általános életperspektívája Magyarországon. N = 3017

Az azonos problémára irányuló itemekre alapozott, aggregált dimenziók mintája alapján (SMT, ADL, EURO-D) az életre, életvitelre vonatkozó perspektivikus kérdéseiből kialakíthatunk egy negyedik aggregált dimenziót, amely a korábbi UNHAPPY – egykérdéses – dimenziót is magába foglalja. Az új dimenzió az általános életperspektíva (General Life Perspective) nevet kapta. A 4. hullám teljes adatbázisán megvizsgálva a négy aggregált dimenzió összefüggését, láthatóvá vált, hogy nem csupán a korábbi három aggregált dimenzió korrelációja mérvadó, hanem az új GLP dimenzió is szignifikánsan korrelál a másik hárommal

1. táblázat. A négy aggregált dimenzió korrelációja

		SMT	ADL	EURO_D	GLP
SMT	Pearson Correlation	1	0.410*	0.432*	0.393*
	Sig. (2-tailed)		0,000	0,000	0,000
	N	58120	58084	56347	54875
ADL	Pearson Correlation	0.410*	1	0.294*	0.427*
	Sig. (2-tailed)	0,000		0,000	0,000
	N	58084	58124	56351	54877
EURO_D	Pearson Correlation	0.432*	0.294*	1	0.410*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000		0,000
	N	56347	56351	56412	54152
GLP	Pearson Correlation	0.393*	0.427*	0.410*	1
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	
	N	54875	54877	54152	54893

* Szignifikáns korreláció (0.01 level, 2-tailed)

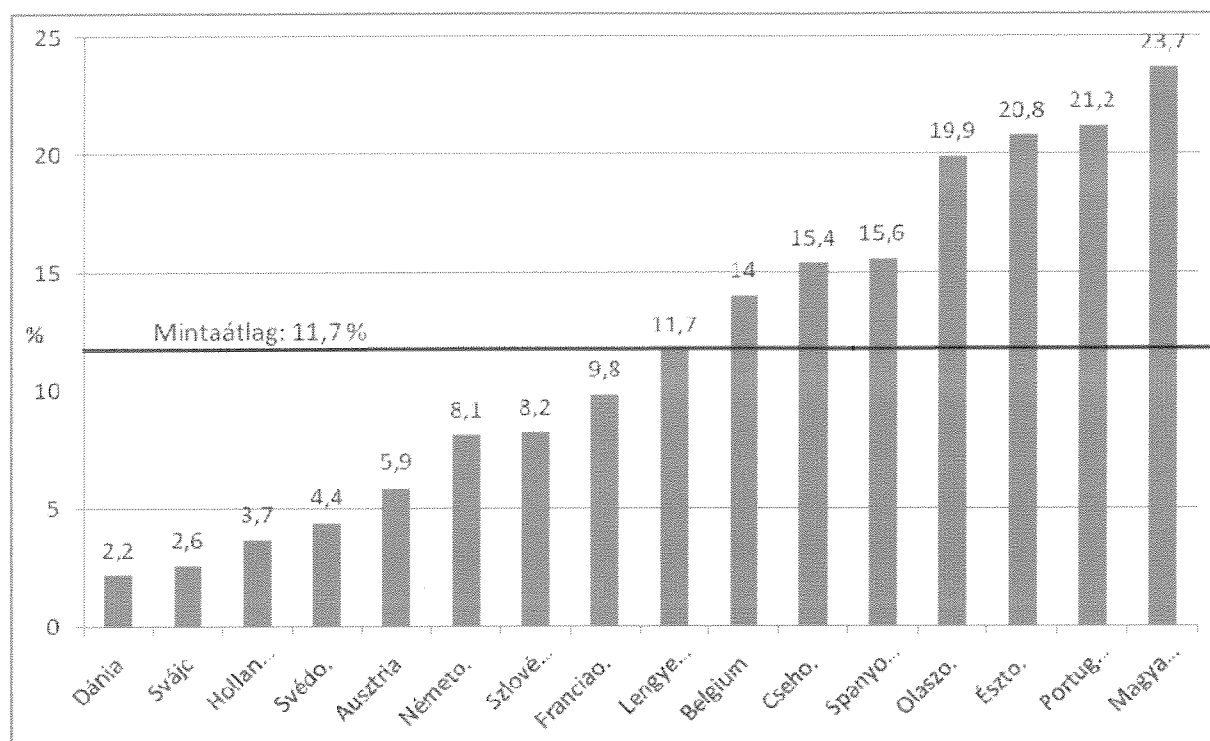
A korábbi dimenziók mintájára a GLP dimenzió a szubjektív életminőség 12, negatívra forgatott kijelentésére épül. Három, vagy több, az életminőséget negatívan befolyásoló helyzetre utaló kijelentés esetén a megkérdezett az alacsony szubjektív életminőségben élők közé soroltuk (3+GLP).

A 6. ábrán látható, hogy az általános életperspektívát rontó tényezők közül három, vagy több leginkább a magyar válaszadókra jellemző. A magyarországi mutató kiugróan rossz, még az ezt követő három ország (Portugália, Észtország, Olaszország) mutatóihoz képest is, holott már ezek is messze meghaladják az átlagos mutatóval rendelkező országok eredményeit.

Legkevésbé a dán idősökre jellemző az életminőségüket rontó tényezők fokozott megélése. Svájc, Hollandia, Svédország és Ausztria válaszadói közül ugyancsak kevesen panaszkodtak arra, hogy három, vagy több tényező rontja az életminőségüket.

A korábbi dimenziókhöz hasonlóan a legrosszabb mutatókkal a 3+GLP dimenziójában is poszt-szocialista, és mediterrán országok kerültek, míg a legjobb mutatókkal Benelux- és

skandináv országok, valamint Svájc és Ausztria rendelkeznek.



6. ábra. Az általános életperspektíva (3+GLP) dimenziójának alakulása nemzetközi viszonylatban

A jövedelmi helyzet és az életminőség kapcsolata

Magyarországon a nyugdíjak rendszeressége, kiszámíthatósága és a nyugdíjemelések értékőrző jellege miatt a lakosság más rétegeivel összehasonlítva az idősek relatív helyzete kedvezőbb (2. táblázat). Az ellátások stabilitásának köszönhetően még a gazdasági válság után is sikerült ezt a kedvező helyzetet megőrizni. Ugyanakkor a gazdasági nehézségek közepette a nyugdíjak reálértékét egyre nehezebb megtartani, így például Magyarországon a nyugdíjak nettó keresetekhez mért relatív pozíciója 2010 óta kisebb ingadozásokkal, de folyamatosan gyengül (KSH, 2012a).

A jövedelmi helyzet mellett azonban figyelembe kell vennünk az életminőség egyéb mutatóit is. Amennyiben az életminőség mutatói rosszak, úgy a relatíve jó *jövedelmi helyzet* is rossz *anyagi helyzetben* manifesztálódik, hiszen a betegségnek komoly „ára” van. Az életminőség mind a négy dimenziójában megmutatkozó rendkívül rossz mutatói miatt a magyarországi idősebb korosztályok súlyos helyzetben vannak. Két, az életminőséget nagyon is direkt módon meghatározó dimenzióban (3+SMT és 4+EURO-D) a magyar minta igen nagy arányban, negyven százalék körül ért el rossz eredményt. Ezek az adatok egy jelentős, részben még aktív, nagyobb részben inaktív, transzferekből élő korcsoport korlátok közé szorulását, jóllétének

csorbulását jeleníti meg.

2. táblázat. Jövedelmi szegénységi arány korcsoportok és nemek szerint Magyarországon (%)

Korcsoport (év)	társadalmi juttatásokkal együtt				társadalmi juttatások nélkül			
	2008	2009	2010	2011	2008	2009	2010	2011
0–17	19,7	20,6	20,3	23,0	51,9	51,3	52,4	52,2
18–24	18,1	17,7	17,0	18,9	43,9	42,7	42,6	42,7
25–49	12,5	13,0	12,7	13,8				
50–64	8,5	7,8	8,6	11,0				
65–x	4,3	4,6	4,1	4,5	89,0	88,1	88,0	89,4
Összesen	12,4	12,4	12,3	13,8	52,1	51,3	51,4	51,8

Forrás: KSH (2012 b)

Mindezzel párhuzamosan az elmúlt évek gazdasági válsága az egészségügyi kiadásokban is éreztette hatását. A gazdasági válságok rövid távú hatásként az egészségügyi ráfordítások csökkentését eredményezik, hosszú távon pedig részben a finanszírozási keretek szűkülését, részben – társadalmi-lélektani okok miatt – a társadalom egészségi állapotának romlását vonhatják maguk után, ami aztán az egészségügyre fordított kiadások szerkezetét kedvezőtlenül alakíthatja. Magyarországon az államháztartásban 2007-re kialakuló krízissel már a gazdasági válságot megelőzően sor került az egészségügyet érintő jelentős forráskivonásra, amely 2009-ig reálértéken folyamatosan csökkenő egészségügyi ráfordításokat eredményezett. 2010-től ingadozó – hol növekvő, hol csökkenő – finanszírozás mellett is a visegrádi országok leggyengébb finanszírozású országa lettünk (KSH, 2013).

A nagy egészségügyi ellátórendszerre nehezedő terheket tehát az állam egyre kevésbé viseli magán, így ezek egyre inkább az egyéneket és családokat terhelik. Az állami egészségügyi kiadások csökkenése, valamint ezzel párhuzamosan a háztartások közvetlen készpénzkiadásainak növekedése kedvezőtlenül befolyásolja az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, különösen a társadalom alacsony jövedelmű, sérülékeny csoportjai esetében (OECD, 2013).

A háztartások közvetlen (azaz nem az adók formájában befizetett) kiadásai Magyarországon nem érik el az OECD-országok átlagát – 2011-ben hazánkban az egy főre jutó,

vásárlóerő-arányok alapján számított magán-egészségügyi kiadás összege 440 dollár volt, szemben az OECD-országok 563 dolláros átlagával (KSH, 2013) –, ám mindez egy jelentősen csökkenő háztartási bevételű országban mérhető. A 2007-2008-as gazdasági válság óta a gyenge magyar gazdasági teljesítménye miatt 2007 és 2010 között a szegényebb magyarországi háztartások sokkal nagyobb csökkenést szenvedtek el az elkölthető jövedelem terén, mint a többi OECD tagország (OECD, 2014). Az életminőség szubjektív mutatóinak, ezen belül is az egészséggel kapcsolatos mutatók (3+SMT, EURO-D) szerepét támasztja alá az az adat, miszerint a magyar háztartások legnagyobb kiadási terhét a gyógyszerráfordítások teszik ki, melyeknek 2011-ben mért 277 milliárd forintos értéke a háztartások egészségügyi kiadásainak 48 százalékát adta. 2006-ban még 183 milliárd forint volt a háztartások gyógyszerkiadása, tehát a két adat között eltelt öt évben a háztartások egészségügyi ráfordításainak növekedése mögött csaknem teljes egészében a gyógyszerek álltak. Ennek legnagyobb része 2007-ben következett be (43 milliárd forint), amikor is a gyógyszer-támogatások jelentős mértékű csökkentésének hatására a gyógyszerek fogyasztói ára 18,5 százalékkal emelkedett (KSH, 2013). A rossz egészségi állapot következtében így fordul át a relatív jövedelmi biztonság a jólét és a jólét hiányával jellemezhető állapotba.

Összegzés

A dolgozat fő mondanivalója mind a kvantitatív elemző részből, mind a kvalitatív elemekből kiviláglik: az emberi életminőség javítása nem csak a pénzügyi és gazdasági vonatkozások fejlődésében kell, megvalósuljon. A rendelkezésre álló erőforrások megfelelő csoportosítása és elosztása, szervezése; a közép- és hosszútávra történő tervezés főbb indikátoraiként jelentkeznek a vizsgált jólét mutatók.

A SHARE adatbázis tisztán és világosan rávilágít Magyarország helyzetére. Lényegében már egy felmérés is elhelyezi hazánkat az európai színtérben. A negyedik hullám adatainak további elemzése mélyebb strukturális okokra világíthat rá, amelyekre alapozva az egészség- és nyugdíjpolitika más szemszögű döntéseket, szabályozási és fejlesztési irányokat dolgozhat ki. A beavatkozás következményeként olyan változások jöhetnek létre, melyek nem csupán a hazai lakosság életminőségét emelik meg, de az egészségesebbé váló társadalom – és különösképpen az idősek – megváltozó termelékenysége, csökkenő egészségügyi szükségletei következtében jól mérhető gazdasági haszonnal is együtt járhatnak. Ezt szem előtt tartva javasoljuk hazánk részvételét a későbbi felmérésekben.

Irodalomjegyzék

- Adena, M., Myck, M. (2013): Poverty and transitions in key areas of quality of life. In: Börsch-Supan, A. et al. [eds]: Active ageing and solidarity between generations in Europe. de Gruyter, Berlin. 55-73.
- Börsch-Supan, A., Jürges, H. [eds.] (2005): The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe – Methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim.
- Fábián G, Kiss J. Patyán L. Huszti É. [szerk.] (2012): Életminőség Nyíregyházán. DE-EK, Nyíregyháza.
- Havasi É. Altorjai Sz. (2005): A jövedelem mint az anyagi jólét és a szegénység mérőszáma. Társadalomstatistikai Füzetek 43. KSH, Budapest.
- Huszti É, Patyán L, Fábián G. szerk. (2014): Életminőség Nyíregyházán 2012. *Acta Medicinae et Sociologica* 5: 12-13.
- Kárpáti J. (2014): Az életminőségről népszerű formában. *Statistikai Szemle* 92/2: 139-158.
- Kopp M. (2008): Magyar Lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- KSH (2012a): Társadalmi helyzetkép, 2010 – nyugdíjasok, nyugdíjak. KSH, Budapest.
- KSH (2012b): A társadalmi kirekesztődés nemzetközi összehasonlítására szolgáló indikátorok, 2011. *Statistikai Tükör* 72.
- KSH (2013): Az egészségügyi kiadások legfőbb jellemzői, 2007–2012. *Statistikai Tükör* 98.
- Lepp-Gazdag, A. (2004): Néhány gondolat a magyar egészségügy reformjához. International Center for Economic Growth, Budapest.
- OECD (2013): Health at a Glance (2013): *OECD Indicators*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OECD (2014): Society at a Glance (2014): - *OECD Social Indicators*. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/society-at-a-glance-2014_soc_glance-2014-en
- Patyán, L. (2014): Egyszemélyes háztartásban élő idősek életminősége. „Életminőség Nyíregyházán 2012” tematikus szám, *Acta Medicinae et Sociologica*, 5: 123-141.
- Porter, ME, Stern S, Artavia Loria, R. (2013): Social Progress Index 2013. Social Progress Imperative, Washington.
- Prince MJ, Reischies F, Beekman AT, Fuhrer R, Jonker C, Kivela SL, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Fichter M, van Oyen H, Roelands M, Skoog I, Turrina C, Copeland JR. (1999): Development of the EURO-D scale-a European, Union initiative to compare

symptoms of depression in 14 European centres. *British J. Psychiatry* 17: 330-338.

Stiglitz JE, Sen A, Fitoussi JP. (2009): Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rapport_anglais.pdf

Takács P, Fábián G. (2012): Egy lokális életminőség index kialakításának lépései. In: Fábián G., Kiss J., Patyán L., Huszti É. [szerk.] (2012): Életminőség Nyíregyházán. DE-EK, Nyíregyháza. p. 49-68.

Takács P, Fábián G. (2014): A nyíregyházi lakossági panelfelméréshez kapcsolódó életminőség vizsgálatok. „Életminőség Nyíregyházán 2012” tematikus szám, *Acta Medicinæ et Sociologica*, 5: 165-188.

Utasi Á. (2002): A bizalom hálója. Mikro-társadalmi kapcsolatok, szolidaritás. Új Mandátum Kiadó, Budapest.

dr. Hüse Lajos

dr. Huszti Éva

dr. Takács Péter

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Kar

I. Melléklet. A SHARE moduljai

Kód	Modulok	1. hullám	2. hullám	4. hullám
CV_H	Háztartásra vonatkozó áttekintő kérdések	X	X	
CV_R	Az egyénre vonatkozó áttekintő kérdések	X	X	X
DN	Demográfia és hálózat	X	X	X
SN	Kapcsolathálózat			X
CH	Gyermekek	X	X	X
PH	Fizikai egészség	X	X	X
BR	Rizikómagatartás	X	X	X
CF	Kognitív funkciók	X	X	X
MH	Mentális egészség	X	X	X
HC	Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés	X	X	X
EP	Foglalkoztatottság és nyugdíjak	X	X	X
GS	Kézfogás ereje (műszeres)	X	X	X
WS	Járás sebessége (műszeres)	X	X	
CS	Székben ülés (műszeres)		X	
PF	Tüdőkapacitás		X	X
SP	Társas támogatás	X	X	X
FT	Transzferjövedelmek	X	X	X
HO	Háztartás	X	X	X
HH	A háztartás bevétele	X	X	X
CO	Kiadások	X	X	X
AS	Pénzügyi tartalékok	X	X	X
AC	Aktivitás	X	X	X
EX	Várakozás (a jövőbe tekintés)	X	X	X
IV	A kérdező megfigyelései			X
XT	„Az élet vége” interjú		X	X

Forrás: <http://www.share-project.org/home0/wave-4.html>

II. Melléklet: Az SMT-dimenzió itemei

Kódja	Az itemek
PH010_Symptoms	1. Hátfájás, térdfájás, csípő- vagy más ízületi fájdalom
	2. Szívpanasz vagy angina, mellkasi fájdalom erő kifejtés közben
	3. Fulladás, nehézlégzés
	4. Makacs köhögés
	5. Lábduzzanat vagy bedagadt láb
	6. Alvási nehézségek
	7. Elesés
	8. Félelem az eleséstől
	9. Szédülés, ájulás vagy rövid eszméletvesztés
	10. Gyomor- illetve bélpanaszok, beleértve a szorulást, a szélgörcsöt és a hasmenést
	11. Inkontinencia vagy vizeletcsepegés
	12. Fáradékonyság

III. Melléklet: Az ADL-dimenzió itemei

Kódja	Az itemek
PH049_HeADLb	1. Felöltözni, beleértve a cipő és zokni felvételét
	2. Keresztülmenni a szobán
	3. Fürdeni, zuhanyozni
	4. Enni, beleértve az étel felvágását
	5. Ágyba be-, ágyból kiszállás
	6. A WC használata, beleértve a leülést és a felállást
	7. Térkép használata ismeretlen helyen való tájékozódáshoz
	8. Meleg étel elkészítése
	9. Bevásárlás
	10. Telefonálás
	11. Gyógyszerbevétel
	12. Házimunka vagy kerti munka végzése
	13. A pénz kezelése, mint pl. a csekkek befizetése, a kiadások számontartása

IV. Melléklet: Az Euro-D dimenzió itemei

Kódja	Az itemek
MH002_Depression	1. Az elmúlt hónapban volt Ön szomorú vagy depressziós?
MH003_Hopes	2. Miben reménykedik a jövőre nézve?
MH004_WishDeath	3. Az elmúlt hónapban, érezte-e azt, hogy inkább meghalna?
MH005_Guilt	4. Szokta-e magát hibáztatni vagy bűnösnek érezni magát valami miatt?
MH007_Sleep	5. Volt Önnek mostanában problémája az alvással?
MH008_Interest	6. Az utóbbi hónapban mi iránt érdeklődik?
MH010_Irritability	7. Ingerlékeny Ön az utóbbi időben?
MH011_Appetite	8. Milyen mostanában az étvágya?
MH013_Fatigue	9. Az elmúlt hónapokban előfordult-e hogy túl kevés energiája volt elvégezni azt, amit akart?
MH015_ConcRead	10. Tud-e koncentrálni az olvasmányaira?
MH016_Enjoyment	11. Mi az, amit Ön mostanában élvezettel csinált?
MH017_Tear	12. Sírt-e Ön az elmúlt hónapban?

V. Melléklet: A GLP dimenzió itemei

Kódja	Az itemek
AC014_AgePrev	1. Milyen gyakran gondolja úgy, hogy az életkora megakadályozza olyan dolgok végzésében, amelyeket szívesen csinálna?
AC015_OutofContr	2. Milyen gyakran érzi úgy, hogy nem tudja ellenőrzése alatt tartani az Önnel történő dolgokat?
AC016_LeftOut	3. Milyen gyakran érzi úgy, hogy kihagyják dolgokból?
AC017_DoWant	4. Milyen gyakran gondolja úgy, hogy meg tudja tenni azt, amit szeretne?
AC018_FamRespPrev	5. Milyen gyakran érzi úgy, hogy a családi kötelezettségei megakadályozzák abban, hogy azt tegye, amit szeretne?
AC019_ShortMon	6. Milyen gyakran érzi úgy, hogy a pénz hiánya megakadályozza Önt abban, hogy azt tegye, amit szeretne?
AC020_EachDay	7. Milyen gyakran tekint várakozással a következő nap elé?
AC021_LifeMean	8. Milyen gyakran érzi úgy, hogy van értelme az életének?
AC022_BackHapp	9. Átlagosan, milyen gyakran tekint vissza örömmel az életére?
AC023_FullEnerg	10. Milyen gyakran érzi úgy mostanában, hogy tele van energiával?
AC024_FullOpport	11. Milyen gyakran érzi úgy, hogy az élet tele van lehetőségekkel?
AC025_FutuGood	12. Milyen gyakran érzi úgy, hogy a jövője biztató?