

KÖZLEMÉNYEK

A TÁRSADALMI TŐKE ÉS A KÖZÉPKORÚ HALÁLOZÁS ÖSSZEFÜGGÉSEI

SKRABSKI ÁRPÁD

BEVEZETÉS

A XX. század nyolcvanas éveinek végére, a rendszerváltást megelőzően, Magyarországon a középkorú (45–65 éves) férfiak halálozási arányai magasabb szintre emelkedtek, mint a harmincas években voltak. A legutóbbi statisztikai adatok szerint (KSH Demográfiai évkönyv 2001) 2001-ben 59 éves korig a középkorú férfiak halálozási arányai még mindig magasabbak, mint 1930-ban (I. ábra). A halálozási arányokban jelentős a különbség a nemek között és a megyék, illetve a kistérségek között. A nők halálozási arányai lényegesen alacsonyabbak a férfiakénál, de a területi különbségek itt is nagyok. A közép-kelet-európai régió többi országában hasonló tragikus halálozási arányok tapasztalhatók, ezt a jelenséget a „közép-kelet-európai egészségparadoxonként” (*Cornia, Panicia* 2000, *Wilkinson* 1996, *Bobak, Marmot* 1996, 2000, *Marmot* 1999) tartják számon. A nyolcvanas években az egészségügy hatékonysága jobb volt a harmincas évekénél, a jövedelmi és vagyoni különbségek alacsonyabbak voltak, az életszínvonal magasabb volt, mint 1930-ban, ezért a „közép-kelet-európai egészségparadoxon” ezekkel a tényezőkkel nem magyarázható (*Skrabski, Kopp* 2003). A jelenlegi tanulmány célja olyan kockázati tényezők feltárása, amelyek legalább részbeni magyarázatul szolgálnak az igen magas és területi különbségeket mutató középkorú férfi és női halálozásra.

Andorka Rudolf már az 1980-as évek közepétől a társadalmi tőke csökkenésével, az úgynevezett anómiás lelkiállapot terjedésével magyarázta a magyar egészségi és demográfiai mutatók rosszabbodását (*Andorka* 1994). Az emberi magatartás torzulásai a modern társadalomban szociológiai értelemben a *Durkheim* által leírt anómiás, gyökértelen lelkiállapot általánossá válásából erednek.

A társadalmi tőke – a definíció szerint – az egyének a társadalommal és közösségekkel kialakított kapcsolataiból származó erőforrásait jelenti (*Lengyel, Szántó* 1998). *Robert Putnam* a következőképpen határozza meg a társadalmi tőke négy legfontosabb összetevőjét:

- szoros társadalmi háló,
- a civil szervezetekben való részvétel,
- helyi, közösségi azonosságtudat, szolidaritás, a lemaradók segítése,
- bizalom, kölcsönösség és társas támogatás.

Putnam 1993-ban megjelent, *Making democracy work* című könyve igazi áttörést hozott. A szerző azt elemezte benne, miért van az olasz tartományok között óriási különbség abban, hogy egy bizonyos pénzmennyiségből milyen életminőséget tudnak teremteni a tartomány lakói számára. Az észak olasz tartományokban sokkal jobb a helyzet ebből a szempontból, mint Dél-Olaszországban. Az északi részeken ugyanis kimutatható

tóan nagyobb a társadalmi tőke, erősebb a bizalom, jellemzőbb a kölcsönösség, s a civil szervezetek aktívabban vesznek részt a társadalom életében. E tényezők nemcsak a lelki egészségnek és a kiegyensúlyozottnak, hanem a demokrácia működtetésének is az alapjai, s hiányuk kimutatható anyagi, gazdasági és egészségi veszélyeztetettséggel jár.

Ichiro Kawachi (1997) vizsgálatai szerint azokban az amerikai államokban, ahol az emberek kevésbé bíznak egymásban, kevésbé aktívak a civil szervezetekben, tehát ahol kevesebb a társadalmi tőke, ott a halálzási arány jóval nagyobb, s gyakoribb a bűnesetek és az abortuszok száma is.

A Hungarostudy 1995 adatfelvétellel kapcsolatban már vizsgáltuk a férfi és női halálzási arányok és a társadalmi tőke változóinak keresztmetszeti összefüggéseit (*Skrabski, Kopp* 1999, 2000, 2002, 2003). A Hungarostudy 1995 adatfelvétel a 16 évesnél idősebb magyar lakosságot nem, kor és a megyék szerint reprezentálta. 1995-ben 12 640 személlyel készült otthoni interjú. Mindegyik társadalmi tőkeváltozó szignifikáns összefüggést mutatott a középkorú halálzással, de a bizalmatlanság állt vele a legszorosabb kapcsolatban. A nemek halálzási arányai más-más társadalmi tőkeváltozókkal mutattak szorosabb összefüggést, így a bizalmatlanság, vagyis az a vélemény, hogy „az emberek általában aljasak, önzőek és csak ki akarják használni a másikat” sokkal szorosabban korrelált a középkorú férfi halálzással, mint a női halálzással. Másrészt a kölcsönösség, az a gondolat, hogy „ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja” a női halálzási arányokkal mutatott szorosabb negatív kapcsolatot. Az együttműködés a nők között a férfiak számára is védőfaktort jelent, amelyet a nők között tapasztalható kölcsönösség és a férfiak halálzási arányai között fennálló negatív összefüggés bizonyít (*Skrabski* 2003).

A Hungarostudy 2002 adatfelvétel célja az elmúlt 7 évben bekövetkezett változások elemzése. Ez az új adatfelvétel a magyar lakosságot nem, kor, a 20 megye és a 150 kistérség szerint reprezentálja.

A magyar közigazgatási rendszer két szintje a megye és a település. Sem a megye, sem a települések nem képeznek funkcionális egységet, a megye túl nagy, a települések különösen a kis települések viszont csak funkcionálisan összekapcsolódva, nagyobb településekkel együtt látják el funkciójukat. Miután a közlekedés, az oktatás, az egészségügyi ellátás, vagy a bevásárlás szempontjából a települések vonzáskörzete különböző, ezért hosszú, évtizedes mérlegelés tárgya volt a jelenleg érvényes 150 kistérség meghatározása. A társadalmi tőke egyes komponenseinek, illetve a közösségi hatékonyságnak vizsgálatánál a kistérségek kialakítása, a kistérségi statisztikai adatok azért jelentősek, mert a kistérségek mellett, hogy funkcionális egységet képeznek, közösségként is megjelennek, mivel egy kistérségben lakók legalább részben ismerik egymást.

E tanulmányban – korábbi eredményeink alapján – megyei szint helyett kistérségi szinten vizsgáljuk a társadalmi tőke változóinak és a középkorú nők és férfiak halálzási arányainak összefüggéseit.

A korábban elemzett társadalmi tőkeváltozókat további rokon értelmű, a társadalmi tőkéhez közel álló változókkal egészítettük ki, ilyenek a vallásgyakorlás, a szomszédság, mint közösség hatékonysága közös problémák megoldásában és az együttműködési készség. Az együttműködési készséget ennek ellentettjével a versengő, rivalizáló attitűddel mérjük.

A XX. század 50–70-es éveiben senkinek sem volt jelentős magánvagyonra. A jövedelmet is úgy határozták meg, hogy ebből még a magas beosztásúak sem tudtak jelentős vagyonra szert tenni. Érdemeiket az állam elsősorban nem jövedelemmel, ha-

nem más kedvezményekkel, privilégiumokkal honorálta. Azt tapasztalhattuk, hogy e körülmények ellenére is kialakult bizonyos versengő attitűd, de ez nem volt általánosan jellemző. A fizetésemelést, mint a főnöktől kapott iskolai osztályzatot fogták fel néhányan, és egész kis eltérések is önértékelési problémákat okoztak. A versengés nem a jobb eredmények eléréséért folyt, hanem a jobb megítélésért, esetleges ebből származó előnyökért, amit sokszor egyszerűbb volt elérni mások akadályozásával, mint eredményes munkával.

Ebben az időszakban a közösségi tulajdon eltulajdonítását szigorúan büntették. A privatizáció során ez a szigorúság fellazult és esetenként a versengés abban nyilvánult meg, milyen sikerrel tudott valaki a privatizációs folyamatban részt venni. Sokan tették magukévá a meritokrata ideológiát, hogy a nyertes érdemli meg a gazdasági erőforrások feletti rendelkezést, viszont a verseny tétje nem a szellemi teljesítmény, hanem a vagyonszerzés volt bármilyen áron. Ezt jól tükrözi a társadalomban az anómia fokozódása (Andorka 1994, Spéder 1999). A verseny klasszikus fogalma nem zárja ki az együttműködést, sőt a sportszerűség egyszerre jelent együttműködést és megküzdést. Ezért az általunk bevezetett versengés fogalma nem azonos a versenyszellemmel, hanem az együttműködés ellentettje, a rivalizálás, ami azt jelenti, hogy „ha egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem, mintha kudarcot vallottam volna”.

A fenti megfontolás alapján feltételeztük, hogy egy hirtelen átalakuló társadalomban a társadalmi tőke változói és az ezt kiegészítő közösségi hatékonyság, vallásgyakorlás, versengő attitűd különböző módon állhat kapcsolatban a nemenkénti középkorú halálózással. Egyre inkább felismert tény, hogy a társadalmi tőke változói, mint a bizalom összefüggésbe hozhatók az egészségi állapottal (Kawachi, Berkman 2000, Lynch 2001). Kistérségi szinten vizsgáljuk a társadalmi tőke mutatóinak, a közösségi hatékonyságnak, a vallásgyakorlásnak és a versengő attitűdnek összefüggéseit a középkorú halálózással, különös tekintettel a férfiakra.

A társadalmi kohézió csökkent, az anómia növekedett adott régiókban, aminek jelentős szerepe lehet az egészségi állapot romlásában (Kawachi, Berkman 2000, Kawachi 1997, Kawachi, Kennedy 1997). Az anómia következtében a közösségi értékek kevésbé képesek kontrollálni az egyéni viselkedést, ami együttműködés nélküli versengéshez, kontroll nélküli rivalizáláshoz vezethet. Mindezek figyelembevételével a társadalmi tőke koncepciója, a közösségi hatékonyság, a vallásgyakorlás és a versengő attitűd magyarázatul szolgálhat a középkorú férfiak halálózásának különbségeire az egyes kistérségek között.

KUTATÁSI MÓDSZER

A Hungarostudy 2002 országos adatfelvétel 18 év felett reprezentálja a lakosságot nem, kor, 20 megye és 150 kistérség szerint. 2002-ben 12 643 személy kikérdezése történt meg otthoni interjú formájában.

Mintakiválasztás

A minta kiválasztásánál többszörösen rétegzett mintavételt alkalmaztunk. A minta a magyar 18 év feletti lakosság 0,25%-át képviseli. A címekeket véletlen kiválasztás útján a

Belügyminisztérium Központi Adatfeldolgozó, Nyilvántartó és Választási Hivatala népesség-nyilvántartási adatbázisából nyertük. Minden 10 000 lélekszámú település szerepelt a mintában, a kisebb településekből a lakosság számának függvényében véletlen mintát kaptunk, amely kistérségenként, nem és kor szerint reprezentálja a lakosságot. A visszautasítási arány 17,7% volt, ezen belül a nagyvárosok visszautasítási aránya lényegesen magasabb. A visszautasítók helyett a pótlistából hasonló jellemzőkkel rendelkező személyeket választottunk. Ez nem eredményezett szignifikáns eltérést a minta összetételében. Az otthoni interjúkat kerületi védőnők végezték. Egy adatfelvétel megközelítőleg egy órán át tartott.

A vizsgálatban szereplő változók

A KSH demográfiai adattárából kistérségenként felhasználtuk a 45–64 éves férfiak és nők halálozási adatait 1996–2000 időszakra, a KSH Területi Statisztikai Évkönyvből felhasználtuk az egy főre jutó személyi jövedelemadó-alapot és a Népszámlálás 2001 adatbázisából a 25 év feletti népesség egy főre jutó átlagos osztály-számát, ami a tanulmányban iskolaév elnevezéssel szerepel.

A társadalmi tőke a személy kapcsolati rendszerét jelenti, ami egyszerre jelent támogatást és kötelezettséget. A társadalmi tőkét *Putnam* (1993) alapján *Kawach* és *Kennedy* (1997) három dimenzió mentén határozta meg, amelyek a környezetbe vetett bizalom és megbízhatóság, a másoktól kapott és másoknak nyújtott segítség, továbbá a civil szervezettől kapott segítség és a civil szervezetben vállalt kötelezettség. A társadalmi tőke három dimenzióját a Hungarostudy 2002 adatfelvételben szereplő három változó kistérségekre számított standardizált átlagával mértük (*Skrabski* 2003). A bizalmat az arra a kérdésre adott válasz segítségével mértük, hogy a megkérdezett egyetértett-e az állítással, hogy „az emberek általában aljasak, önzőek és ki akarják használni a másikat”. (Válasz: a 0 „nem ért egyet”-től a 3 „teljesen egyet ért”-ig.) Ez a kérdés nagyon hasonló ahhoz a *Kawachi* és társai (1997) által használt indikátorhoz, amelyet a bizalom hiányának mérésére használtak az US General Social Survey során.

A kölcsönösség mérésére az a vélemény szolgált, hogy „ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonzni fogja”. (Válasz: a 0 „nem ért egyet”-től a 3 „teljesen egyet ért”-ig.)

A civil szervezetekben való tagságot direkt kérdéssel mértük, ahol a két lehetséges válasz „igen” vagy „nem” volt. Civil szervezeten nonprofit, önkéntes szervezeteket, egyesületeket, önszervező csoportokat, klubokat értünk. Politikai pártok, szakszervezetek, egyházak nem számítanak civil szervezetnek.

A versengő attitűdöt, a vallásgyakorlást és a közösségi hatékonyságot a Hungarostudy 2002 adatfelvételben szereplő kérdések kistérségekre számított standardizált átlagával mértük. A versengő attitűdöt azzal mértük, hogy a megkérdezett mennyire ért egyet az alábbi állítással: „ha egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna”. (Válasz: a 0 „nem ért egyet”-től a 3 „teljesen egyet ért”-ig.)

A vallásgyakorlás mérésére két kérdést használtunk. „Gyakorol-e valamilyen vallást, és ha igen, milyen módon?” (Válasz: 0. nem hívő, 1. nem gyakorolja a vallását, 2. a maga módján, 3. ritkán egyházában, 4. rendszeresen egyházában). Továbbá: „Mennyire fontos önnek mindennapi életvitelében a vallás?” (Válasz: 0. egyáltalán nem fontos, 1.

kissé fontos, 3. nagyon fontos, 4. minden cselekedetemet befolyásolja.) A jelenlegi vizsgálatunkban az első változó szerepel.

A közösségi hatékonyság mérésére 10 változót szerepeltettünk a Chicago közösségi hatékonyság kérdőívből, amelyek arra vonatkoznak, hogy a szomszédság mennyire tartja magát képesnek hatékony közös cselekvés véghezvitelére (*Lindström 2002, Sampson 1997, Zaccaro 1995*). Ez szituációs kérdőív. Kérdések vonatkoznak egyrészt a lakók közös értékeinek megvalósítására, másrészt arra az informális közösségi kontrollra, amely a kockázatot jelentő esetek kezeléséhez szükséges. A közösségi hatékonyságot a válaszok összegével mérjük.

A vizsgálat során a szociális és társadalmi helyzetre vonatkozó háttérváltozók a fent említett, egy főre jutó SZJA adóalap, és az egy főre jutó tanulóévek voltak. Ezt a Hungarostudy 2002 adatfelvételtől származó önkárosító magatartási háttéradatokkal egészítettük ki, amelyek az egy főre jutó napi cigarettaszám és egy alkalommal elfogyasztott tömény alkohol mennyiségének egy főre jutó standardizált átlaga a 150 kistérségben.

EREDMÉNYEK

Faktoranalízist végeztünk a társadalmi tőkeváltozókkal, közösségi hatékonysággal, vallásgyakorlással és a versengő attitűdváltozóval. Az 1. táblázat mutatja a Varimax rotációs módszerrel, Kaiser normalizációval végzett faktoranalízis eredményeit, ahol a 0.3 értéknél kisebb értékek nincsenek feltüntetve. A társadalmi tőke három komponense három önálló faktort képez. A társadalmi tőke három változója eszerint függetlennek tekinthető egymástól.

A II. ábrán AMOS programmal végzett útelemzés látható, amelyben a középkorú férfi halálózásra ható tényezőket mutattuk be (CFI=0.99, CMIN/DF=3.02). Az ábra szerint a középkorú férfi halálózás legjelentősebb védőfaktora az egy főre jutó tanulóévek száma, ezt követi az egy főre jutó személyi jövedelemadó-alap, majd a kollektív hatékonyság a kistérségben. Miközben az egy főre jutó SZJA alap védőfaktor a középkorú férfi halálózás szempontjából, ez a változó szignifikáns negatív kapcsolatban áll a kollektív hatékonysággal, ami szintén jelentős védőfaktor. Ebből arra következtettünk, hogy a kollektív hatékonyság inkább a hátrányos helyzetűek stratégiája, ez magyarázza az egy főre jutó SZJA alap és a kollektív hatékonyság közötti negatív korrelációt. Hasonlóképpen a vallásgyakorlás a férfiak esetében gyakoribbá válik a krónikus betegségben szenvedők között, ez magyarázza a vallásgyakorlás és a középkorú férfi halálózási arány közötti pozitív korrelációt.

Több változós (lépésenkénti) regresszió-analízis segítségével elemeztük a középkorú (45–64 éves) férfiak és nők halálózási arányaival kapcsolatot mutató társadalmi tőke, közösségi hatékonyság, vallásgyakorlás, versengő attitűdváltozókat (2. és 3. tábla). A vizsgálatot négy háttérváltozóval kontrolláltuk, ezek között az egy főre jutó személyi jövedelemadó-alap és a tanulóévek száma a szociális és gazdasági státuszra, amíg az egy főre jutó napi cigarettaszám és az egy alkalommal elfogyasztott tömény alkohol-mennyiség az egészséget károsító magatartásra utal. Megállapíthatjuk, hogy a társadalmi tőkeváltozók, a közösségi hatékonyság, a vallásgyakorlás és a versengő attitűd egyaránt kapcsolatot mutatnak a halálózási adatokkal. A középkorú férfiak esetén ezek a változók a halálózási arányok különbségeit 68,0%-ban magyarázták. A férfiaknál a

tanulóévek száma egymagában magyarázza a halálozási arányok 61,8%-át. A bizalom hiánya, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel, a közösségi hatékonyság, a vallásgyakorlás és a versengő attitűd, továbbá a háttérváltozók, így a SZJA adóalap, a tanulóévek száma, az egy főre jutó átlagos cigarettaszám és az egy alkalommal elfogyasztott alkohol mennyisége egyaránt szignifikáns kapcsolatot mutat a férfi halálozással. A vallásgyakorlás pozitív kapcsolatban van a férfi halálozással, ami arra utalhat, hogy a férfiak sok esetben akkor kezdenek érdeklődni a vallás iránt, amikor egészségi állapotuk rosszabbodik.

A középkorú nők kistérségek közötti halálozási különbségeit ezek a változók csak 29,3%-ban magyarázzák. Az SZJA adóalapot, mint háttérváltozót követően a közösségi hatékonyság, az egy főre jutó napi cigarettaszám és a vallásgyakorlás a legfontosabb magyarázó változói a kistérségek közötti középkorú női halálozás különbségeinek. A társadalmi tőke változói, a bizalom hiánya, a kölcsönösség, a civil szervezetekben való részvétel szintén szignifikáns kapcsolatot mutatnak a női halálozással. Érdekes eredmény, hogy miközben a versengő attitűd ugyanúgy jellemzi a nőket, mint a férfiakat, tehát ebben nem találunk szignifikáns nemi különbséget (Sig. = 0,07), a versengő attitűd nem áll szignifikáns kapcsolatban a középkorú nők halálozásával.

A két háttérváltozó, a kistérségben egy főre jutó tanulóévek száma és az egy főre jutó személyi jövedelemadó-alap között igen szoros a kapcsolat (Pearson korreláció = 0,843 Sig. P= 0,000).

KÖVETKEZTETÉSEK

A faktoranalízis (1. táblázat) hasonló eredményeket mutat, mint *Hypppa és Maki* (2001, in press) elemzése Finnországban. Vizsgálatunkban a három társadalmi tőkeváltozó három különböző faktort képezett, ahol a kölcsönösség egy faktorba került a közösségi hatékonysággal, ennek felel meg a finn tanulmányban a „szomszédsági együttműködés”. A bizalom hiánya egy faktorba került a versengő attitűddel, ez a finn tanulmányban a „kölcsonös bizalomnak” felel meg. A civil szervezetekben való részvétel negatív kapcsolatot mutat a versengő attitűddel, és a vallásgyakorlás önálló faktort képez. Így a közösségi hatékonyság új értelmet ad, másik oldalát mutatja be a kölcsönösségnek, a bizalom hiánya pedig tágabb értelmet kap a versengő attitűddel kiegészítve.

A faktoranalízis és az AMOS eljárással végzett útelemzés szerint két különböző minta tűnik elő a középkorú halálozás hátterében. Egyrészt az iskolázottság és jövedelem által meghatározott fejlettebb térségekben a bizalom, az együttműködés és a részvétel a civil szervezetekben jelennek meg, mint hatékony védőfaktorok. Másrészt a közösségi hatékonyság és kölcsönösség a kevésbé iskolázott, kisebb jövedelmű térségekben jelent egészségi védőhálót. A közösségi hatékonyság és kölcsönösség részben pótolni képes a kistérség alulképzettségéből és alacsonyabb kereseti lehetőségeiből származó egészségi hátrányt.

A Hungarostudy 1995 adatfelvétel a 20 megye nemi különbségeit mutatta a középkorú halandóság és a rizikótényezők, illetve a védőfaktorok összefüggéseivel. Az új elemzés a Hungarostudy 2002 adatfelvételre, 150 kistérség összehasonlító vizsgálatára épül. A kistérségeket összehasonlító vizsgálat során azt találtuk, hogy a férfiak esetében az iskolázottság, az egy főre jutó SZJA alap, a társadalmi tőke változói, a közösségi

hatékonyság és a versengő attitűd a férfi halálozási különbségek arányainak 68,0%-át magyarázzák, míg ez az arány a nőknél 29,3%. A középkorú férfiaknál a szociális-gazdasági tényezők a középkorú férfi halandóság különbségeinek 64%-át magyarázzák, a társadalmi tőke változók, a közösségi hatékonyság, a vallásgyakorlás, a versengő attitűd összesen további 4%-ot. A középkorú nőknél a háttérváltozók 20,7%-ot magyaráznak a halálozási különbségekből, ezzel szemben a társadalmi tőkeváltozók, a közösségi hatékonyság és a vallásgyakorlás 8,5%-ot magyaráznak.

Megállapíthatjuk, hogy a társadalmi tőke és a szociális-gazdasági magyarázó változók tekintetében különböznek a két nem halálózásával kapcsolatos rizikó- és védőfaktorok. A férfiaknál a versengő attitűd kockázati tényező, a bizalmatlanság is nagyobb kockázatot jelent és a vallásgyakorlás nem volt védőfaktor. A nők esetében a közösségi hatékonyság a kölcsönösséggel együtt, valamint a vallásgyakorlás és a civil szervezetekben való részvétel jelentős védőfaktorok.

Mindkét nem részt vesz a társadalmi termelőmunkában, az ezzel együtt járó versenyben, versengésben. Mindkét nem, de különösképpen a nők, egyszerre kell helyt álljanak a munkahelyen és a családban. Ennek ellenére a középkorú férfiak halálozási arányai lényegesen nagyobbak. A két nem közötti különbségek a két nem eltérő szocializációjával magyarázhatóak. A két nem közötti szerepmegosztás azt jelenti (*Hofstede* 1998), hogy a férfiaknak anyagilag sikereseknek kell lenniük, gondoskodniuk kell a család létezésének anyagi, gazdasági feltételeiről, amíg a nők inkább a család érzelmi oldaláért, társadalmi kapcsolataikért felelősek. A férfiak önértékelését elsősorban a kereset és a társadalmi rang dönti el, amíg a nők önértékelése a család belső harmóniájával, a családtagok sikerével, a szomszédság együttműködésével van kapcsolatban. Ezek a megállapítások a jelen tanulmányban csak feltételezések, mivel a Hungarostudy 2002 adatfelvétel nem tartalmaz olyan adatokat, amelyek lehetővé tennék annak vizsgálatát, hogyan vélekedik a két nem a nemek közötti felelősség-megosztásról.

Az elmúlt évtizedekben bekövetkezett változások során a bizalmatlanság és a versengő attitűd fokozódásával, az anómia növekedésével a társadalomban eltűntek azok a támpontok, amelyek eligazítanak, illetve azok a készségek, amelyek lehetővé teszik a feladatokkal, nehézségekkel való sikeres megbirkózást, így sok férfi vesztesésként éli meg a változásokat. Ez súlyos önértékelési problémákhoz, önkárosító magatartásformákhoz vezet. A közösségi hatékonyság, a kölcsönösség, amely változók szorosabban korrelálnak a női halandósággal, a történelmi változások során kevésbé sérültek.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

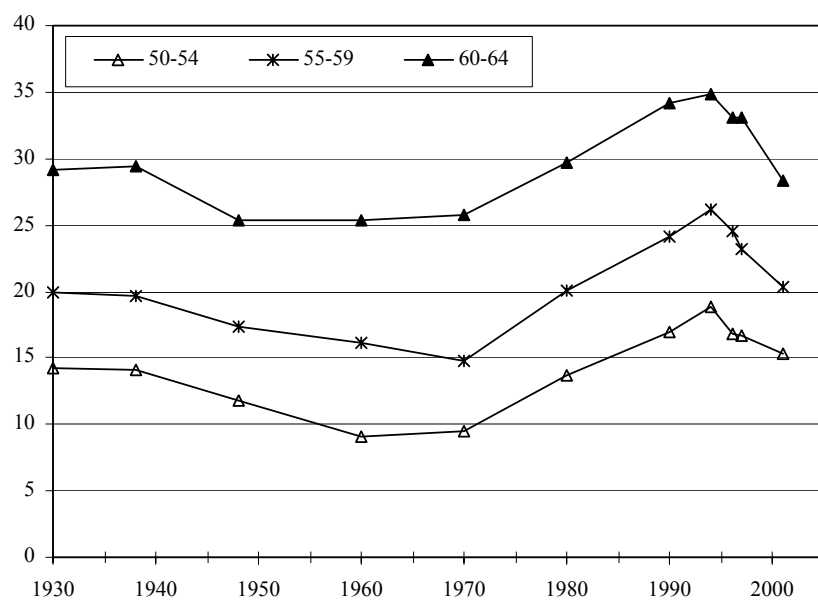
A tanulmány elkészítését az Egyesült Nemzetek Fejlesztési Programja a UNDP HUN/00/002, az OTKA T-29067 (1999) és az OTKA T-32974 (2000) továbbá az NKFP 1/002/2001 programok keretében támogatta.

A szerző köszönetet mond a „Hungarostudy 2002” munkacsoport tagjainak, *Kopp Máriának, Réthelyi Jánosnak, Klinger Andrásnak, Szűcs Lászlónak, Rózsa Sándornak, Raduch Csillának, Székely Andrásnak, Csoboth Csillának, Gyukits Györgynek, Stauder Adriennek, Lőke Jánosnak, Ódor Andreának, Hajdú Katalinnak*, a KSH és az Országos Védőnői Szolgálat munkatársainak.

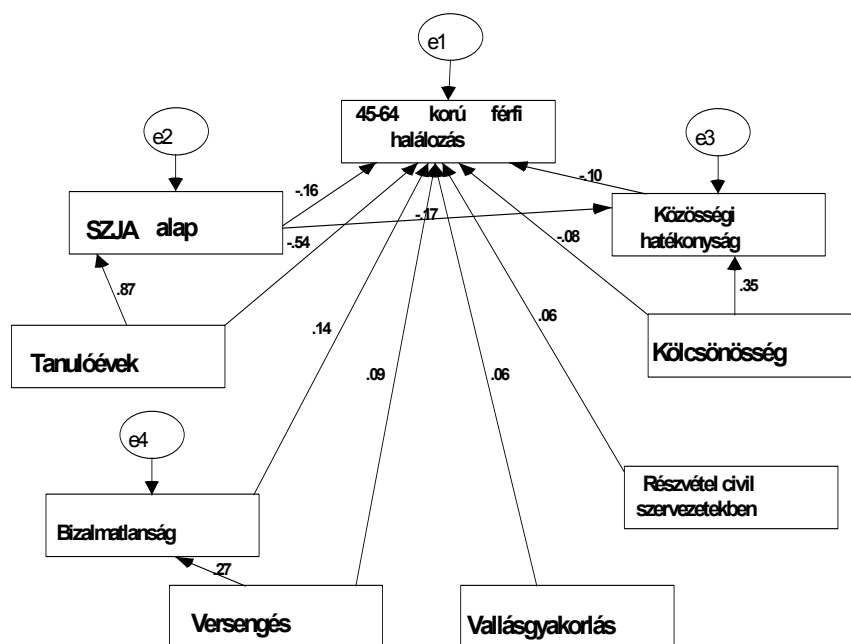
HIVATKOZÁSOK

- Andorka, R.*: Social changes and social problems in Hungary since 1930s: economic, social and political causes of demise of state socialism, *Comparative Social Research* 1994; 14: 49–96.
- Bobak, M, Marmot, M.* East-West mortality divide: Proposed research agenda.. *British Medical Journal* 1996; 312:421–425.
- Bobak, M, Pikhart, H, Rose, R et al.*: Socioeconomic factors, material inequalities and perceived control in self-rated health: cross sectional data from seven post-communist countries. *Social Sciences and Medicine* 2000; 51: 1343–1350.
- Cornia, GA, Panicia, R.* (Eds): *The Mortality Crisis in Transitional Economies*, Oxford 2000.
- Hofstede, Geert*: *Masculinity and Femininity*. SAGE, 1998.
- Hyypä, MT, Maki J.*: Social participation and health in a community rich in stock of social capital, *Health Education Research*, (in press)
- Hyypä, MT, Maki J.*: Why do Swedish-speaking Finns have longer active life? An area of social capital research, *Health Promotion International*, 16,1, 55–64. 2001.
- Kawachi, I, Berkman, LF.*: Social cohesion, social capital, and health. In: *Berkman LF and Kawachi I* (eds). *Social Epidemiology*. New York, Oxford University 2000.
- Kawachi, I, Kennedy, BP, Lochner, K et al.*: Social Capital, Income Inequality, and Mortality. *American Journal of Public Health* 1997; September, Vol. 87, No., 9.
- Kawachi, I, Kennedy, BP.*: Health and social cohesion: why care about income inequality? *British Medical Journal* 1997; Volume 314, April.
- Kennedy, BP, Kawachi, I, Brainerd, E.*: The role of social capital in the Russian mortality crisis. *World Development* 1998; 26: 2029–2043.
- Klinger András*: A kistérségek halandósági különbségei (jelen szám)
- Kopp, MS, Skrabski, Á, Szedmák, S.*: Psychological Risk Factors, Inequality and Self-rated Morbidity in a Changing Society, *Soc Sci Med* 2000; 51: 1350–1361.
- KSH Demográfiai évkönyv. 2001.
- Lengyel György, Szántó Zoltán* (szerk.): *Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája*. Aula Kiadó 1998.
- Lindström M, Merlo J, Östergren PO.*: Individual and neighbourhood determinants of social participation and social capital: a multilevel analysis of the city of Malmö, Sweden, *Soc Sci Med*, 54,1 779–1791, 2002.
- Lynch, J, Davey Smith, G, Hillemeier, M et al.*: Income inequality, the psychosocial environment, and health: comparisons of wealthy nations. *Lancet* 2001; 358: 194–200.
- Marmot, M, Wilkinson, R.*: *Social Determinants of Health*, Oxford Univ Press 1999.
- Putnam, RD.*: *Making Democracy Work*, Princeton NJ., Princeton University Press 1993.
- Sampson RJ, Raudenbush, SW, Earls F.*: Neighbourhoods and violent crime: a multilevel study of collective efficacy, *Science*, 227, 918–924, 1997.
- Skrabski Á, Kopp M.*: Társadalmi beállítottság, társadalmi tőke, *Századvég*, 1999. 12, 128–146
- Skrabski Á, Kopp MS.*: Mortality rate in relation to social capital in Hungary, *Psychosomatic Medicine*, 2000. 62,1, 119.

- Skrabski Á, Kopp MS, Szűcs L:* Social capital, income inequality and depression in a changing society, *International Journal of Behavioural Medicine*, (2002): 9, Suppl 1, 253.
- Skrabski Á, Kopp MS, Kawachi I:* Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality, *J. Epidemiology and Community Health*, 57, 114–119. 2003.
- Spéder, Zs.:* Hungary in Flux. Society, politics and transformation, Hamburg, Kramer 1999.
- Wilkinson, RG.:* Health, civic society in Eastern Europe before 1989, in *Environmental and non-environmental determinants of the East-West life expectancy gap*. Hertzman, C (Ed) Amsterdam, Kluwer 1996.
- Zaccaro SJ, Blair V, Peterson C, Zazanis M.:* Collective efficacy. In: *Maddux JE*, (ed.) *Self-efficacy, adaptation and adjustment: theory, research and application*, New York, Plenum Press 1995.



I. 1000 megfelelő korú férfire jutó halálozás (Demográfiai Évkönyv, 2001)
Mortality rates in the corresponding age groups per thousand persons (Demographic Yearbook, 2001)



II. Útelemzés AMOS program segítségével, standardizált kistérségi adatok alapján.

Függő változó a 45–64 éves férfi halálozási ráta

Path analysis with AMOS programme on the basis of standardized data of 150 subregions in Hungary. Dependent variable: middle-aged (45–64 years old) male mortality rate

1. Faktoranalízis a társadalmi tőke változók, közösségi hatékonyság, versengő attitűd, vallásgyakorlás és kor alapján, a Hungarostudy 2002 alapján, 150 kistérségre (n=12 529)

Rotated factor analysis for the social capital variables, collective efficacy, competitive attitude, religious involvement and age, on the basis of Hungarostudy 2002 for 150 subregions (n=12.529)

	Komponens			
	1	2	3	4
Közösségi hatékonyság ^c	,826			
Kölcsönösség ^b	,805			
Átlagéletkor	-,537			
Bizalmatlanság ^a		,857		
Versengő attitűd ^d		,732	-,323	
Civil szervezeti tagság			,931	
Vallásgyakorlás				,966

^a Egyetértés az állítással, hogy „Az emberek általában aljasak, önzőek és csak ki akarják használni a másikat” (0–3).

^b Egyetértés az állítással, hogy „Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonozni fogja” (0–3).

^c A Chicago Community Survey Questionnaire tíz változójának előjel-helyes összege.

^d Egyetértés az állítással, hogy „Ha egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna” (0–3).

2. Többváltozós lépésenkénti lineáris regresszió a középkorú (45–64 éves) férfiak halál-
lozasi különbségeire 150 kistérségben
(a kistérségekben megkérdezett férfiak számával súlyozva) (n=5664)
*Multiple stepwise regression analysis for middle-aged (45–64 years old) male mortality
differences in the 150 subregions of Hungary (weighted by the number of interviewed
men in subregions) (n=5664)*

	β	SE	t	P	Adjusted R^2
Modell					
(Konstans)	188,5	2,499	75,4	0,000	
Iskolaévek egy főre jutó átlaga	-,58	,02	-32,4	0,000	,618
Közösségi hatékonyság ^c SZJA alap egy főre jutó átlaga	-,29	,01	-22,1	0,000	,641
	-,16	,006	-25,1	0,000	,660
Bizalmatlanság ^a	6,72E-02	,004	15,3	0,000	,671
Napi cigarettaszám	4,08E-02	,003	11,8	0,000	,674
Vallásgyakorlás	3,80E-02	,003	11,0	0,000	,677
Versengő attitűd ^d	1,91E-02	,002	7,8	0,000	,679
Civil szervezeti tagság	-,90E-03	,002	-4,6	0,000	,679
Kölcsönösség ^b	-2,32E-02	,008	-3,0	0,002	,680
Egy alkalommal elfogyasz- tott tömény alkohol	6,35E-03	,002	2,9	0,003	,680

^a Egyetértés az állítással, hogy „Az emberek általában aljasak, önzöek és csak ki akarják használni a másikat” (0–3).

^b Egyetértés az állítással, hogy „Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszo-
nozni fogja” (0–3).

^c A Chicago Community Survey Questionnaire tíz változójának előjel-helyes össze-
ge.

^d Egyetértés az állítással, hogy „Ha egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem,
mintha magam kudarcot vallottam volna” (0–3).

3. Többváltozós lépésenkénti lineáris regresszió a középkorú (45–64 éves) női halálozás különbségeire 150 kistérségben

(a kistérségekben megkérdezett nők számával súlyozva) (n=6873)

Multiple stepwise regression analysis for middle-aged (45–64 years old) female mortality differences in the 150 subregions of Hungary (weighted by the number of interviewed women in subregions) (n= 6873)

	β	SE	t	P	Adjusted R ²
Modell (Konstans)	180,6	2,75	65,8	,000	
SZJA alap egy főre jutó átlaga	-9,1E-02	,01	-12,5	,000	,153
Közösségi hatékonyság ^c	-,39	,01	-26,5	,000	,215
Napi cigarettaszám	6,5E-02	,004	16,7	,000	,249
Vallásgyakorlás	-7,4E-02	,004	-19,1	,000	,263
Iskolaévek egy főre jutó átlaga	-,29	,02	-14,5	,000	,277
Egy alkalommal elfogyasztott tömény alkohol	-2,3E-02	,002	-9,7	,000	,283
Bizalmatlanság ^a	5,3E-02	,005	10,9	,000	,288
Átlagos civil szervezeti tagság	-1,6E-02	,002	-7,3	,000	,291
Kölcsönösség ^b	-4,2E-02	,01	-4,8	,000	,293

Az elemzésből kizárt változó:
versengő attitűd^d

^a Egyetértés az állítással, hogy „Az emberek általában aljasak, önzőek és csak ki akarják használni a másikat” (0–3).

^b Egyetértés az állítással, hogy „Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy viszonozni fogja” (0–3).

^c A Chicago Community Survey Questionnaire tíz változójának előjel-helyes összege.

^d Egyetértés az állítással, hogy „Ha egy jó ismerősöm sikeréről hallok, úgy érzem, mintha magam kudarcot vallottam volna” (0–3).

Tárgyszavak:

Halandóság
Társadalmi asszimiláció

SOCIAL CAPITAL AND MIDDLE-AGED MORTALITY*Summary*

Gender-specific mortality rates were calculated for the middle-aged population (45–64 years) in the 150 subregions of Hungary on the basis of Subregional data base of the Central Statistical Office (CSO).

The four factors of the social capital variables were: collective efficacy and reciprocity; social distrust and competitiveness, membership in civic associations and religious involvement. All of the social capital, collective efficacy, competitiveness variables and religious involvement were significantly associated with middle-aged mortality, but collective efficacy showed the strongest association both in the case of men and women. Among men the socio-economic status, smoking and spirit consumption, as confounding variables, furthermore collective efficacy, social distrust, competitive attitude, reciprocity and membership in civic organisations explained 68.0% of mortality differences. Years of education alone explained 61.8% of the mortality differences among men. Among women the above factors explained only 29.3% of variance. Among the socio-economic variables income tax per capita explained alone 15.3% of female mortality differences. Religious involvement was found to be protective among women and competitiveness a significant risk factor among men. Collective efficacy was negatively connected with income tax in the subregions.

There are gender differences in explanatory power of socio-economic status in relation to middle-aged mortality differences, these factors are more important to male than to female mortality differences. Collective efficacy and the known social capital variables are significant predictors of mortality differences, both among men and women. The smaller importance of socio-economic situation and of competitiveness and the protective effect of religious involvement among women might partly explain the gender differences in middle-aged mortality rates in Central-Eastern European countries.