

Egészség-magatartási adatok egy magas és egy alacsony öngyilkossági rátájú megye mintáiban

Zonda Tamás, Paksi Borbála

A szerzők két szélsőséges öngyilkossági rátájú megye (Bács-Kiskun és Vas) 1000-1000 fős reprezentatív mintáján végeztek komplex, összehasonlító szociológiai, szociálpszichiátriai felmérést 2000 nyarán. A kérdőívbe egyikét, az egészség-magatartást vizsgáló kérdést is elhelyeztek, mert hipotézisük szerint az egészséggel való nem törődés, a szükséges orvosi beavatkozás hátrítása kimeríti a latens önsértő magatartást, és ez – a viselkedés egy mélyebb rétegében – a direkt önkárosító magatartásokkal egy tőről fakad.

A két megye mortalitási, morbiditási adatai gyakorlatilag nem különböznek egymástól, kivéve az alkoholizálást és szövődményeit. Az alföldi területen élők érzik magukat rosszabb egészségi állapotúnak, rosszabb közérzetűnek, és többet törődnek egészségükkel, mint a dunántúliak. Az egészség-magatartás minősége és a markánsan eltérő suicid ráták között nem találtak összefüggést. A két minta együttes vizsgálatakor viszont az látható, hogy az egészség-magatartás mindkét megye mintájában komoly gondokra utal, de az egészségügyi ellátás elégtelenségei is megfogalmazódnak. Az alkoholizmus területi eltérése az egyetlen direkt önsértő magatartás, amely szorososan korrelál a suicid ráták közötti különbséggel, és ismételen aláhúzza azt a tényt, hogy hazánkban az öngyilkosság és az alkoholizmus szoros összefüggést mutat.

**összehasonlító vizsgálat,
alföldi és dunántúli népesség mintája,
egészség-magatartás,
a népesség mentalitásának átformálása,
az egészségügy teendői**

DATA ON HEALTH-BEHAVIOUR IN SAMPLES FROM COUNTIES WITH HIGH AND LOW SUICIDE RATES

Authors conducted a comparative sociological, social-psychiatric survey in the summer of 2000 on a representative sample (1000-1000 people) from counties with high and low suicide rates (Bács-Kiskun and Vas). They also studied the so-called "health-behaviour" of subjects since it was supposed that negation or refusal of medical help are forms of latent auto-aggressivity, probably of common origin with "direct" self-harm (alcohol abuse, smoking, suicide), from deeper behavioural roots.

The rates of morbidity and mortality of the two counties do not differ each other significantly with the exception of alcoholism. In spite of this facts, people living in the Great Hungarian Plain (Alföld) regard themselves in worse health condition than people in western countryside, presenting as patients in the health care system more frequently in the Alföld. Authors did not find any connection between the quality of health behaviour and the sharply divergent suicide rates of the two territories. Studying the two sample as a whole, they found marked problems in the field of health behaviour in both counties. They also stress that suicide and alcoholism in Hungary are very closely connected entities. Authors suggest that tasks for the public health service in this matter are significant.

**comparative study,
samples of counties with high and low
suicide rates, health behaviour,
Hungarian mentality,
tasks of public health**

dr. Zonda Tamás (levelező szerző/correspondent): Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Pszichiátriai BFO/Jahn Hospital Psychiatric Department, Budapest; H-1204 Budapest, Köves u. 2–4. Paksi Borbála, Budapesti Közgazdaság-tudományi és Államigazgatási Egyetem, Pszichológia és Pedagógia Tanszék/Psychological and Education Department of University of Economic and State Management Sciences, Budapest

Érkezett: 2001. október 21. Elfogadva: 2002. január 23.

A kutatás támogatói: Egészségfejlesztési Kutatóintézet (EFKI),
Oktatási Minisztérium Felsőoktatási Kutatásfinanszírozási Pályázata (FKFP)

Szinte már közhely az a megállapítás, hogy hazánk különböző morbiditási és mortalitási mutatói, illetve egyes demográfiai jelzőszámai más európai országokhoz képest szomorú képet festenek országunkról. A magyarországi megbetegedési és halálozási arányok magasabbak, mint a környező, főleg nyugatra eső országokban, és a várható élettartam is alacsonyabb (1). A halálozási ráta, illetve a várható élettartam tekintetében csak Bulgária mutatói állnak hazánkéval azonos szinten, a többi keleti ország, és főleg a nyugati-déli országok jelzőszámai jóval kedvezőbbek. A daganatos és az emésztőszervi betegségek gyakoriságában is messze vezető helyen állunk, s bár a keringési és légzőszervi megbetegedéseket tekintve nem kerültünk az első három közé, a nyugat-európai morbiditási mutatókhoz képest e paramétereink is kedvezőtlenek (1. táblázat).

Amellett, hogy e számok a társadalom egészségi állapotának mutatói, közvetetten a magyar társadalom állapotának is igen fontos komplex jelzőszámai, s mint ilyenek, igen sok, egymástól nehezen elválasztható tényező hatását tükrözik. A kedvezőtlen magyarországi mortalitási és morbiditási jelzőszámok mögött – számos más tényező mellett – meghúzódó egészségtelen életmód és/vagy az egészséggel való törődés hiánya nézetünk szerint jelenthet egyfajta latens önkárosító magatartást, attitűdöt, amely hazánk lakosságánál a mentális betegségekben is megfigyelhető. Ilyen értelemben egy töről fakad a larvált „szomatikus önkárosítás” és a direkt önkárosító viselkedés. Ezt a feltételezést erősíti a nagyarányú magyarországi alkoholfogyasztás, illetve a magas alkoholos halálozási és öngyilkossági ráta, amelyek kapcsolatával számos, a hazai és nemzetközi szakirodalomban fellelhető tanulmány is foglalkozik (2–10). Tanulmányunkban a direkt és larvált önkárosító magatartások közötti kapcsolatot, azok közös gyökereire vonatkozó hipotézist vizsgáljuk, Magyarországon belüli komparatív területi elemzés segítségével.

Mint ismeretes, Magyarországon a XX. század eleje óta megfigyelhető a suicid ráták regionális eloszlásának

rendkívül markáns differenciáltsága. A veszélyeztettség szempontjából szélsőséges területek rátái között két-háromszoros különbségek figyelhetők meg. A tartósan legalacsonyabb öngyilkossági ráta az északi és nyugati régiókban regisztrálható, legnagyobb gyakorisággal pedig általában a déli, délkeleti országrészben figyelhető meg öngyilkosság (11). Ugyanezek a területeken az alkoholos májcirrhosisal kapcsolatos halálozás is jóval nagyobb arányú. Amennyiben a fenti hipotézisünk igaz, akkor az alkoholfogyasztással kapcsolatos mutatókon túl más, larvált önkárosító magatartások eloszlásában is meg kell mutatkoznia ennek a markáns különbségnek.

Hipotézisünket a két, pregnánsan eltérő suicid veszélyeztetettségű, azaz az öngyilkossági hajlandóság szempontjából poláris helyzetű régió összehasonlító elemzése útján vizsgáljuk. A szélsőséges suicid hajlandóságú térségeket markánsan és tartósan képviseli Bács-Kiskun és Vas megye, amelyek az öngyilkossági ráták 15 éves átlaga alapján a leginkább és legkevésbé veszélyeztetett területek (11). A két megye „szomatikus” állapotára vonatkozó statisztikák (2. táblázat) azt jelzik, hogy a két megye szélsőségesen eltérő öngyilkossági halálózása mellett az alkoholos szövődmények és a balesetek miatti halálokok igen komoly eltérést mutatnak; ugyanakkor az egészségi állapot statisztikai jelzőszámai, azaz az egészség-magatartás közvetettnek tekinthető, regisztrált, output jellegű változói alapján egyéb szignifikáns mortalitási-morbiditási eltérés nem észlelhető (12).

A továbbiakban saját kutatási eredményeink alapján az egészségi állapot szubjektív jelzőszámainak alakulását mutatjuk be a két megyében, majd az egészség-magatartás közvetlen, objektív mutatói mentén – orvoshoz, szakorvoshoz fordulás, műtéti beleegyezés, különböző szűrővizsgálatokon való részvétel, illetve egyes önkárosító magatartások (alkoholfogyasztás, dohányzás) gyakorisága – tovább vizsgáljuk fenti hipotézisünket.

1. táblázat. Néhány európai ország halálozási statisztikája, a várható élettartam az újszülöttek körében, az egyes betegcsoportokban észlelt halálozási arányszámok. (A kiugróan kedvezőtlen magyarországi adatok kiemelésével.)

Ország	Halálozási ráta ezer lakosra*	Várható élettartam férfiaknál	Várható élettartam nőknél	Daganatos halálozás**	Keringési rendszer**	Légzőrendszer**	Emésztőrendszer**
Magyarország	14,2	66,3	75,1	288,0	588,4	50,9	92,7
Bulgária	14,3	67,2	74,4	163,6	706,4	58,3	36,9
Csehország	10,6	71,1	78,1	252,2	559,6	43,5	38,7
Szlovákia	9,9	71,1	78,7	222,9	577,7	72,9	46,6
Románia	12,0	65,5	73,3	162,5	747,8	81,4	68,9
Szlovénia	9,6	71,1	78,7	215,8	366,5	67,0	53,8
Ausztria	9,4	74,8	80,9	188,9	369,3	29,9	39,8
Németország	10,3	74,0	80,3	196,7	343,8	44,0	39,2
Franciaország	9,1	73,9	81,9	194,3	182,8	39,6	33,3
Nagy-Britannia	10,8	74,3	79,5	206,5	317,2	109,2	27,4
Olaszország	9,9	74,6	81,0	200,8	284,8	37,6	37,0
Görögország	9,5	75,3	80,6	163,0	340,9	38,3	17,9

* 1999. évi magyarországi adat, a többi az 1994–96 közötti évekből

** Kormegoszlásra standardizált halálozási arányszámok (1997–1999)

2. táblázat. A vizsgált két megye halálozási adatai a különböző, főbb betegségcsoportokban és balesetekben (1995–99 között; a szignifikáns eltérést jelző mutatók kiemelésével)

Halálok/százezer lakos	Bács-Kiskun	Vas
Összes halálozás	1493,0	1447,9
Öngyilkosság	46,4	21,4
Daganatos betegség	301,7	325,9
Keringési rendszer	790,7	755,2
Légzőszervi betegség	84,2	83,4
Emésztőrendszer	110,3	96,9
Alkoholos májbetegség	0,75	0,47
Baleseti halálozás (összes)	81,6	22,6
Közlekedési baleset	26,6	14,6
Egyéb baleset	55	8

Módszer

2000 nyarán komplex összehasonlító vizsgálatot végeztünk Bács-Kiskun és Vas megye felnőtt lakosságának 1000-1000 fős reprezentatív mintáján.

A kiválasztott két megyében a 30 000 főnél kisebb lélekszámú települések lakosságából háromlépcsős, véletlen mintavételt hajtottunk végre. A keretszűkítés és a háromlépcsős kiválasztás mögött a minta koncentrált jellegének növelése, a kutatási céljainknak leginkább megfelelő, kulturálisan mindinkább homogén mintát eredményező területi lokalizáció alkalmazása állt.

Első lépcsőben mindkét megyében a 10 000 fő feletti lakónépességű települések közül egyszerű véletlen kiválasztással meghatároztunk egy-egy – a minta további lokalizálását meghatározó – úgynevezett centrumtelepülést. A következő lépcsőben a centrumtelepülés 20 km-es körzetéből választottuk ki – településméret szerint rétegzett véletlen mintavételi eljárással – a mintatelepüléseket. S végül, a megfelelő településméret kategóriájába tartozó lakónépesség megyei arányának megfelelően határoztuk meg a minta településenkénti eloszlását.

A kutatás elsődleges céljaul azt tűztük ki, hogy az öngyilkosság-gyakoriság terén szélső pozíciót elfoglaló két megye lakosai között megkíséreljünk olyan paramétereket, jellemzőket feltárni, amelyekkel ez a hosszú évtizedek óta fennálló és máig nem pontosan tisztázott eltérés magyarázható. Ennek során természetesen elsődlegesen a pszichiátriai és szociológiai szempontok játszottak meghatározó szerepet. Ugyanakkor – a fent megfogalmazott hipotézisünk alapján – kíváncsiak voltunk a lakosság egészséggel kapcsolatos magatartására is. Éppen ezért fontosnak tartottuk annak vizsgálatát, hogy a szomatikus betegségek terén a lakosság számára mennyire fontos a testi egészség, és igénybe veszik-e a jelenleg is rendelkezésre álló egészségügyi segítséget (13).

Az elkészült nagy terjedelmű anyagot az SPSS 8.0 for Windows programcsomag segítségével elemeztük.

A következőkben a teljes vizsgálatnak azokat a részeit ismertetjük, amelyek a fent taglalt kérdéseket érintik, időnként röviden – egy-egy megállapítás erejé-

ig – kitérve a vizsgált változók mentén a hipotézisünktől független, de az egészségügyi ellátás számára nézünk szerint releváns információkra is.

Eredmények

Az egészségi állapot szubjektív értékelése

Ahhoz, hogy az egészség-magatartással – elsősorban az ellátás igénybevételével – kapcsolatos eredményeket értelmezzük, fontos az összefüggések keresése egyrészt az egészségi állapottal, a betegségek előfordulására vonatkozó statisztikai mutatókkal, másrészt az egészségi állapot szubjektív lakossági értékelésével. Mint láthattuk, a szomatikus megbetegedés statisztikai mutatói többnyire nem mutatnak szignifikáns különbségeket a két megyében, ez az összefüggés tehát nem befolyásolja a különböző ellátási formák igénybevételének területi eloszlását. Az egyes régiókban élők szubjektív egészségfelfogásában jelentkező különbségek – a regisztrált egészségi állapot azonossága mellett is – befolyásolhatják az ellátási formák igénybevételét, az egészség-magatartás objektív önbevallásos mutatóit. Feltételezhetően ugyanis az a népesség, amely szubjektív egészségfelfogása szerint betegebnek definiálja magát, azonos egészség-magatartás mellett is gyakrabban keresheti fel a különböző ellátási formákat, látszólag többet törődve egészségével.

Az egészségi állapot szubjektív értékelését két szempontból – egy abszolút és egy relatív állapotleíró kérdés mentén – elemeztük. Egyrészt megvizsgáltuk, hogy az egyes területek lakossága *milyennek ítéli meg* egészségi állapotát, másrészt azt tanulmányoztuk, hogy *másokhoz viszonyítva* mennyire tartja magát egészségesnek (3. táblázat).

– A két megyében együttesen az összes megkérdezett 79,1%-a kiegyensúlyozottan jól, illetve változóan, de

3. táblázat. A megkérdezettek saját vélekedése egészségi állapotáról (a megkérdezett személyek százalékában)

	Milyen az egészségi állapota?		
	Bács-Kiskun	Vas	Együtt
Kiegyensúlyozottan jó	38,1	36,7	37,4
Változó, de inkább jó	36,5	46,9	41,7
Változó, de inkább nem kielégítő	17,8*	11,7*	14,7
Inkább rossz	7,6*	4,6*	6,1
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000)			
	Másokhoz viszonyítva mennyire tartja magát egészségesnek?		
	Bács-Kiskun	Vas	Együtt
Egészségesebb	19,1	20,8	20,0
Átlagos	63,4	68,3	65,9
Roszsabb	16,0*	10,1*	13,1
Nem tudja	1,4*	0,8*	1,1
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,001)			

inkább jól érzi magát, míg közel 21%-a inkább nem jónak vagy kifejezetten rossznak véli egészségi állapotát. A két megye között erős szignifikanciájú különbség mutatkozott: a *Bács-Kiskun megyeiek* között sokkal többen érzik magukat *inkább rossz* vagy *rossz* egészségi állapotban.

– Ugyanez vonatkozik a második kérdésre, a relatíve érzékelt egészségi állapotra is: az alföldi megye lakossága másokhoz viszonyítva is szignifikánsan kevésbé egészségesnek érzi magát.

E válaszok természetesen csak szubjektív véleményt hordoznak, nem biztos, hogy definitív szomatikus betegség áll a vélemények mögött, hanem esetleg pszichés és/vagy szociális problémák (3. táblázat).

Az egészség-magatartás objektív jelzőszámai

Az *egészséggel kapcsolatos magatartást* az orvoshoz, szakorvoshoz fordulás, illetve az erre irányuló hajlandóság különböző mutatóival, valamint különböző egészségkárosító magatartások előfordulására vonatkozó kérdésekkel igyekeztünk felderíteni (4. táblázat).

Az orvoshoz fordulás mindkét megyében lehangoló képet nyújt.

Az orvoshoz fordulás mindkét megyében lehangoló képet nyújt. Arra a kérdésre, hogy Ha betegnek érzi magát *orvoshoz fordul-e?*, az összes megkérdezettek csak 11,5%-a válaszolt igennel, 34,4%-a csak akkor teszi ezt, ha komoly bajt sejt, s több mint a fele (54,1%) nem fordul orvoshoz betegség esetén, inkább vár, hátha magától megoldódik a probléma! Meglepő a két terület összehasonlítása: a *Vas megyeiek fordulnak kisebb arányban* orvoshoz, tehát az egészség-magatartásnak ez a leginkább általános szintű mutatója hipotézisünkkel ellentétes irányú eloszlásokat mutat.

Lényegesen jobb a helyzet, ha a háziorvos *szakorvosi rendelőbe* küldi betegét. A megkérdezettek 96%-a elmegy a szakorvosi rendelőbe. E tekintetben közvetlenül nem mutatkozik területi különbség, azonban ha az előző, általános orvoshoz fordulási attitűd fényében értelmezzük – lévén hogy ez esetben a második lépcsős orvoshoz fordulásra kérdeztünk –, akkor a szakrendelő látogatása is vélhetően Bács-Kiskun megyében gyakoribb.

Arra a kérdésre, hogy Ha *székletében vért látna*, orvoshoz fordulna-e?, a megkérdezettek egészének 91,5%-a igennel válaszolt. Itt ismét a Bács-Kiskun megyeiek magatartása mutat az egészség fontossága felé: az *alföldiek 94,1%-ban*, a *Vas megyeiek csak 88,9%-ban* fordulnának orvoshoz.

A *műtėti beleegyezést* is fontos egészség-magatartási mutatónak véltük. Az összes megkérdezett 34,4%-a *várna* a műtėti beleegyezéssel abban az esetben, ha az orvos közölné, hogy betegségét csak műtéttel lehet

4. táblázat. Az egészség-magatartás egyes mutatói megyei eloszlásban és együtt (százalékban)

	Bács-Kiskun	Vas	Együtt
<i>Orvoshoz fordul-e, ha beteg?</i>			
Igen	12,6	10,3	11,5
Komoly baj esetén igen	38,4	30,4	34,4
Nem	49,0*	59,3*	54,1
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000)			
<i>Elmegy-e a szakrendelésre?</i>			
Igen	95,8	96,2	96,1
Nem	4,2	3,6	3,9
(Nem szignifikáns)			
<i>Véres széklet esetén orvoshoz fordulna-e?</i>			
Igen	94,1	88,9	91,5
Nem	5,9*	11,1*	8,5
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000)			
<i>Beleegyezne-e, ha műtétet javasolnának?</i>			
Igen	62,2	64,0	63,1
Várna	35,5	33,2	34,4
Nem	2,2	2,8	2,5
(Nem szignifikáns)			
<i>Rendszeresen jár-e tüdőszűrésre?</i>			
Igen	94,0	95,3	94,6
Nem	6,0	4,7	5,4
(Nem szignifikáns)			
<i>Rendszeresen kap-e behívót tüdőszűrésre?</i>			
Igen	91,5	77,2	84,4
Nem	8,5*	22,8*	15,7
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000)			
<i>Rendszeresen jár rákszűrésre?</i>			
Igen	32,8	19,0	25,9
Nem	67,2*	81,0*	74,1
(*Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000)			
A rendszeresen rákszűrésre járók közül:**			
Nőgyógyászati rákszűrésre jár	92,6 (71,0)	93,4 (72,5)	92,8 (71,5)
Emlőszűrésre jár	22,9 (1,3)	24,2 (3,3)	23,3 (2,0)
Egyéb szűrésre jár	4,8	3,3	4,3
(Nem szignifikáns)			

** Zárójelben a csak az adott sorban szereplő szűréstípuson részt vevők aránya található.

Az egyes szűréstípuson részt vevők aránya a rákszűrésre járók körében (azaz Bács-Kiskun megyében a lakosság közel 1/3-ára, Vas megyében 1/5-ére) értelmezendő; a megkérdezettek több szűréstípus is megjelölhettek, ebből fakadóan az oszlopok összege meghaladhatja a 100%-ot, a több szűréstípuson részt vevők arányával egyező mértékben

meggyógyítani. Még meglepőbb, hogy 2,5% *nem egyezne bele*. E kérdésnél nem találtunk területi eltérést. A beleegyezés elutasításának okai azonban meglepőek. Az elutasítók 16,7%-a feleslegesnek tartja (!), 28,6%-a fél, 33,3%-a pedig bizalmatlan az ellátást illetően. Ennek fényében – a vizsgált populációban – a műtėti beleegyezés halogatása nem csak az egészség-magatartás, de feltételezhetően az egészségügyi ellátás színvonalának is egyik fontos mutatója. A válaszok – annak ellenére, hogy nincs kapcsolatuk hipotézisünkkel – elgon-

dolgozók egyrészt a lakosság mentalitását, de talán az egészségügyi ellátást illetően is (4. táblázat).

Az egészség-magatartást a szűrővizsgálatok igénybevételével is jellemezni véltük.

A lakosság csaknem háromnegyede nem jár szűrővizsgálatra.

Érdeklődtünk, hogy járnak-e rendszeresen rákszűrésre? Szomorú eredményt kell elkönyvelnünk: a lakosság csaknem háromnegyede nem jár szűrővizsgálatra. E kérdés alapján is úgy tűnik, hogy – hipotézisünkkel ellentétben – az alföldi népesség jobban törődik egészségével: a Bács-Kiskunban élők 32,8%-a, míg a vasiak 19%-a jár csak rendszeresen rákszűrésre.

A rákszűrések típusát tekintve – hipotézisünktől független, de – szintén meglepő eredményt hozott a kutatás. Mindkét megyei mintában a szűrésre járó lakosság döntően nőgyógyászati vizsgálatra jár; elenyésző az emlőszűrés és különösen annak önálló előfordulása (összességében a vizsgált két megyében a lakosság mintegy 6%-a jár emlőszűrésre is, s ebből az emlőszűrés önálló előfordulása mindössze fél százalék). Az emlőrákszűrés igen alacsony aránya miatt a vizsgált területeken számos háziorvosnál érdeklődtünk. Kiderült, hogy ez a vizsgálat mindkét megyében meglehetősen nehézkesen zajlik: igen távoliak az előjegyzési időpontok, a vizsgálat helyén sokat kell várni, a decentrumok messze találhatóak. Ez a feladat egyértelműen az egészségügyé.

A másik szűrővizsgálati típuson, a tüdőszűrésen való részvételi hajlandóság tekintetében az eredmények általánosságban kedvezőbbek. Ezt a szűrővizsgálatot a lakosság komolyan veszi, valószínűleg tradicionális okok miatt is. A mintaként vizsgált népesség 94,6%-a jár el rendszeresen, ha behívják. A részvételi hajlandóság tekintetében területi különbség gyakorlatilag nincsen. Ilyen tradíciók kiépítésére lenne szükség az egészségvédelem, prevenció más területein is.

A tüdőszűrő vizsgálatokon való részvételi hajlandóság alapján kirajzolódó egyöntetűen kedvező képet valamelyest csökkenteni, hogy csak a népesség 84,4%-át hívják rendszeresen tüdőszűrésre. Ismert, hogy az elmúlt évtizedben ebben a kérdésben nagyfokú liberalizáció következett be. Az alföldi területen a lakosság 91,5%-át behívják, míg Vas megyében csak 77,2%-át. A behívások lakossági önbevallásos adataiban jelentkező szignifikáns területi különbségek fényében a tüdőszűrésen való részvétel tekintetében – az egészség-magatartást kifejező, gyakorlatilag azonos részvételi hajlandóság mellett is – a két régió között jelentős területi különbség tételezhető fel. E tény is bátran merjük az egészségügyi vezetés figyelmébe ajánlani.

A vizsgált egészség-magatartási mutatók közül csak néhány esetben találtunk területi különbségeket, s azok is hipotézisünkkel ellentétes irányú eltéréseket mutattak. Az általános orvoshoz fordulási attitűd, a szűrővizsgálatokon való részvétel, illetve az egészség-

magatartás egyik, kifejezetten szűk keresztmetszetét jelző mutatója alapján – orvoshoz fordulás véres széklet észlelésekor – a magas suicid rátájú Bács-Kiskun megye mutatói a kedvezőbbek. Ugyanakkor láthattuk, hogy az alföldi népesség esetében az egészségi állapot szubjektív jelzőszámai kedvezőtlenebbek, Bács-Kiskun megye lakossága – a Vas megyeiekhez képest – kevésbé érzi magát egészségesnek. A kedvezőtlenebb – vagy annak vélt – egészségi állapot által indukált, s ennek következtében nem a pozitívabb egészség-magatartást tükröző ellátáskeresési motivációk kiszűrésére a szignifikáns területi különbségek esetén megvizsgáltuk az adatokat a szubjektív egészségi állapot viszonylatában is. Az egyes szubjektív egészségi állapotot kifejező kategóriákon belül a területi különbség csak a rákszűrés esetén mutatott szignifikáns eltérést (A Pearson-féle χ^2 szignifikancia az egyes kategóriákban: 0,000; 0,000; 0,069 és 0,017); a többi változónál a két hatás kioltotta egymást, azaz a nagyobb orvoshoz fordulási attitűd többnyire az alföldiek nagyobb betegségtudatával, a szubjektíve rosszabbnak érzékelt egészségi állapotával magyarázható.

Egészségkárosító magatartások

A rendszeresen dohányzók mindkét megye mintájában teljesen megegyező százalékban fordulnak elő: 32,9%, illetve 33,0%, tehát a minta egyharmada rendszeresen dohányzik (a férfiak 43,6%-a, a nők 22,9%-a). Az alkalmi dohányosok között észlelhető ugyan területi eltérés – Vas megyében a megkérdezettek 8,1%-a, Bács-Kiskunban pedig 5,9%-a dohányzik alkalmilag –, azonban a különbség összességében nem szignifikáns, és tendenciájában sem erősíti hipotézisünket.

Az 5. táblázatból látható, hogy a dohányzás mértéke, intenzitása szerint sincs eltérés területileg a két régióban. Napi 11–20 szál cigarettát szív a rendszeresen dohányzók közel egyharmada, 20 db fölött pedig 60%-uk. Ez utóbbi csoportban a napi 1 dobozt (20 szál) elszívók aránya 43,7%, a napi 40 szál szívóké pedig 4,5%.

Az alkoholfogyasztás kérdéskörét több mutató mentén közelítettük meg (5. táblázat). A fogyasztás elterjedtségét egyrészt gyakorisági, másrészt mennyiségi mutatók segítségével elemeztük, valamint a problémás ivás szubjektív, a kérdezett által minősített előfordulása és az alkoholelvonó kezeléssel való részvétel objektív jelzőszáma alapján vizsgáltuk.

Az alkoholfogyasztás általános gyakorisági mutatói nem támasztották alá hipotézisünket. A bármilyen mennyiségű fogyasztás vonatkozásában mind az életút (lifettime), mind a havi prevalenciaértékekben szignifikánsan nagyobb gyakoriságokat kaptunk az alacsony suicid veszélyeztetettségű Vas megyében (Pearson-féle χ^2 szignifikancia: 0,000; illetve 0,006).

A nagy mennyiségű alkoholfogyasztás előfordulása, illetve a lerészegedés havi prevalenciaértéke esetében azonban megfordul az összefüggés, és hipotézisünknek megfelelő mintázatot jelez.

5. táblázat. A direkt önkárosító magatartások (dohányzás, alkoholfogyasztás) megoszlása (a megkérdezettek százalékában)

	Bács-Kiskun	Vas	Együtt
Rendszeresen dohányzik?	32,9	33,0	32,9
A rendszeres dohányosok közül:			
1–10 db/nap	9,4	8,4	8,7
11–20 db/nap	31,6	31,0	31,3
>20 db/nap	59,0	60,5	59,7
<i>Alkoholfogyasztás</i>			
Legalább heti háromszor alkoholizál	13,2	16,6	15,0
Az elmúlt hónapban nem ivott	18,7	21,1	20,4
Rendszeresen, sok alkoholt fogyaszt	10,6	5,0	7,8
Lerészegedett az elmúlt hónapban	20,8	11,7	15,9
Alkoholelvonó kezelésben részesült	1,7	0,2	0,95
Az elmúlt héten elfogyasztott alkohol mennyisége:*			
sör	13,04	8,09	10,30
bor	16,42	6,18	10,73
tömény	8,91	0,88	4,46

* Az egyes italfajtákból elfogyasztott mennyiséget természetes mértékegységben adtuk meg (bor és sör dl-ben, égetett szeszes ital cl-ben)

A megkérdezettek 7,8%-a élete valamely periódusában saját bevallása szerint rendszeresen, sokat ivott; az alföldiek több mint kétszer akkora arányban, mint a vasiak (10,6% versus 5,0%), ez a májcirrhosis miatti halálózással gyakorlatilag megegyező arány.

A lerészegedés havi prevalenciaértéke szintén hipotézisünknek megfelelő területi eltérést mutat. Az alföldi népesség 20,8%-ával saját bevallása szerint előfordult az elmúlt 30 napban, hogy többet ivott a kelletténél, és emiatt ittas állapotba került, míg ugyanez az arány Vas megyében 11,7%.

Az elfogyasztott mennyiségre vonatkozó mutatókban szintén egyértelműen Bács-Kiskun megye intenzívebb alkoholfogyasztása jelenik meg. Az Alföldön megkérdezett személyek minden italfajtából szignifikánsan nagyobb mennyiséget fogyasztottak a kérdést megelőző héten, mint a vasi térségben (szignifikancia: 0,011; 0,000, illetve 0,000).

Az alkoholelvonó kezelésben részesülők arányában szintén megjelenik a fenti – elsősorban a nagy mennyiségű, illetve a problémás ivás terén detektált – különbség a két régió között. Az összes megkérdezett közel 1%-a – az alföldi megyében lakók mintájában 1,7%, a vasiak között 0,2% – járt már életében elvonókúrán.

Az alföldi területen tehát a problémás alkoholfogyasztás lényegesen súlyosabb, ami a közvetlen szomatikus ártalmakon túl a magasabb öngyilkossági rátában is komoly szerepet kell, hogy játsszon. A két jelenség – alkoholfogyasztás és öngyilkosság – kapcsolatát több szerző megállapította már, országos és területi szinten

egyenként (2–5, 7, 14–16). Nagyon valószínű, hogy az alföldi megyében a komoly baleseti halálózás mögött is az alkohol állhat (2. táblázat).

Megbeszélés

A két mintában szereplő személyek egészség-magatartása azt jelzi, hogy a magyar társadalom larvált önsértő magatartása, az egészséggel szembeni nemtörődömség jelentős probléma. (Más országok hasonló adatait nem ismerjük.) Ennek a mentalitásnak gyökeres átformálása szükséges ahhoz, hogy az egészségügy hatékony szerepet tudjon játszani.

A magyar társadalom larvált önsértő magatartása, az egészséggel szembeni nemtörődömség jelentős probléma.

Meglepő, hogy az alföldi területen lakók többet és jobban törődnek egészségükkel; ennek hátterében talán az állhat, hogy – feltehetően szociálpszichiátriai okokból – lényegesen rosszabb közérzetűnek, rosszabb egészségi állapotúnak érzik magukat, mint a dunántúliak, hiszen a szomatikus morbiditás-mortalitás adatai erre okot nem adnak. A két minta azonosan elégtelen egészség-magatartása nem ad választ az önpusztítás területi eltéréseire, de utalhat a magyar népesség egészének rossz szomatikus és mentális állapotára.

Az alföldi területen az alkoholfogyasztás és az öngyilkosság szoros korrelációt mutat, megerősítve a már idézett eddigi, országos és regionális szinten tett kutatási megállapításokat, és kiegészítve azokat a problémás – elsősorban a mennyiségi dimenzióban megjelenő – alkoholfogyasztás szerepének hangsúlyozásával.

Felmérésünkéből kiderült, hogy komoly teendőik állnak az egészségügy előtt is, bár meggyőződésünk, hogy az egészségügyi ellátás önmagában nem tudja megoldani hazánk igen rossz halálózási és morbiditási viszonyait. A megelőzés terén a lakosság egészség-magatartása ebben komoly akadályt képez. A már definiált betegségek jó részében az egészségügyi ellátás már csak az állapot kompenzálására, többnyire csak palliatív megoldásokra tud szorítkozni, ami lényegesen drágább és a kimenetel is kilátástalanabb. Laikus szintű közhely, hogy például a tüdőrák és egyéb légzőszervi megbetegedések morbiditási (mortalitási) rátája érdemben nem csökkenthető az igen drága diagnosztikai-terápiás protokollok fejlesztésével. Ezek önmagukban nem elegendők, amíg a dohányzás elleni permanens kampány nem válik szigorúvá és keményen eltökéltté; amíg a média nem vállal komoly szerepet ebben, s a reklámokat nem korlátozzák drasztikusan; amíg a már meglévő törvényeket nem hajtják végre kellő szigorral, vagy amíg nem valósulnak meg a légszennyezést csökkentő intézkedések. Ugyanez mondható el a hazai alkoholizmus és öngyilkosság kérdéséről is, lévén igen szoros összefüggésben a két jelenség.

A magyar társadalom komoly szomatikus és mentális problémái elleni hatékony harc csak össztársadalmi szinten válhat sikeressé, minden tárca bevonásával és nem kizárólag egészségügyi programként. Amíg társadalmunk nem nő fel erre a szintre, addig a szomorú statisztikák maradnak.

IRODALOM

1. Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 1999. KSH: Budapest; 2000.
2. Elekes Zs, Paksi B. Lelkünkre ül a politika? Az öngyilkosság és az alkoholizmus változó trendjei. *Századvég* 1996;4:103-16.
3. Elekes Zs. The relationship between the regional differences of alcoholism and suicide. *Research Review* 1989;1:21-6.
4. Skog OJ, Elekes Zs. Alcohol and the 1950-90 Hungarian suicide trend – Is there a causal connection? *Acta Sociologica* 1993;36:33-46.
5. Zonda T. Öngyilkos nép-e a magyar? Végeken Alapítvány. Budapest, 1995.
6. Paksi B. The analysis of suicide causes in the Hungary deviant region. Lecture on the 18th Annual Alcohol Epidemiology Symposium. Workshop C: Alcohol and suicide. Toronto, 1992. p. 30-31.
7. Paksi B, Bozsonyi K, Kó J. Az alkoholfogyasztás és az öngyilkosság összefüggésének vizsgálata. *Szenvedélybetegségek* 1995;6:404-11.
8. Roy A, Linnoila M. Alcoholism and Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 1986;16(2):162-76.
9. Murphy GF, Wetzel RD. The lifetime risk of suicide in alcoholism. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:383-92.
10. Norström Th. Alcohol and suicide. A comparative study of France and Sweden. Swedish Institute for Social Research. Stockholm, 1994.
11. Demográfiai évkönyv, 1984–1998. Budapest.
12. Központi Statisztikai Hivatal évkönyvei. 1990–1995, Budapest.
13. Zonda T, Paksi B. Az alföldi-dunántúli népesség sajátos lelki alkatanak, mentális állapotának komparatív vizsgálata interdiszciplináris megközelítéssel. *EFKI. Kutatási beszámoló. 2001. (Kézirat)*
14. Temesváry B, Dobranovics I, Szilárd J. Az öngyilkosság és az alkoholizmus településszerkezet szerinti megoszlása Csongrád megyében. *Végeken* 1989. 1. sz.
15. Szapannos M, Abonyi G.-né. Befejezett öngyilkosságok Bács-Kiskun megye északi részén 1979–83. In: Öngyilkosságok orvosi és társadalmi problémái. *Kecskemét, 1984.*
16. Andorka R, Buda B, Cseh-Szombathy L. (szerk.). A deviáns viselkedés szociológiája. Budapest: Gondolat; 1974.

A 2002. januári számban megjelent Tudományos kvíz helyes megfejtése a következő:

1. a; 2. b; 3. c; 4. a; 5. c; 6. c; 7. c; 8. b; 9. c.

Múlt havi nyerteseink:

dr. Zsifkov Tibor, 1072 Budapest, Király u. 57.
dr. Legerszky Tamás, 2072 Zsámbék, Pf. 16
dr. Bujtás Imre, 9324 Bogoszló, Fő u. 52.

A nyeremény Gilles Plazy: Művészettörténet képekben című albuma.
Gratulálunk!

TUDOMÁNYOS KVÍZ

1. Melyik tényező nem feltétele a stroke és a nyitott foramen ovale kapcsolatának?

- a) Számtottevő nyitott foramen ovale igazolása.
- b) Klinikailag feltételezhető paradox embolia.
- c) Minimális jobb-bal sőnt kimutatása transoesophagealis echokardiográfiával.

2. Melyik állítás igaz?

- a) A hormonpótló kezelés (HRT) szekunder prevencióban egyenértékű az egyéb prevenciók gyógyszeres lehetőségeivel.
- b) Szekunder prevencióra a HRT nem ajánlott.
- c) A HRT szekunder prevencióban betöltött szerepéről randomizált vizsgálatok nem állnak rendelkezésre.

3. Melyik állítás igaz?

- a) A HERS vizsgálatban a cardiovascularis események gyakorisága jelentősen csökkent az első évben.
- b) A HERS vizsgálat igazolta a HRT létjogosultságát a szekunder prevencióban.
- c) A HERS vizsgálatban a klinikai végpontok az átlagos 4,1 éves követés során nem mutattak szignifikáns eltérést az aktívan kezelt és a placebo csoport között.

4. Melyik állítás igaz?

- a) A WHI tanulmány előzetes adatai szerint az első évben az aktívan kezelt betegek esetében a cardiovascularis és thromboemboliás események gyakorisága megnövekedett az aktívan kezelt csoportban.
- b) A WHI a HRT-vel végzett egyik legfontosabb szekunder prevenciók tanulmány.
- c) A WHI befejezett, HRT-vel foglalkozó vizsgálat.

5. Melyik állítás hamis?

- a) A szívtűtötések alacsony számát főképp az magyarázza, hogy kevés beteget ajánlanak erre a műtétre.
- b) A vese és a hasnyálmirigy együttes átültetése esetén a beteg életminősége javul, de a vese túlélése általában rövidebb.
- c) Májátültetés esetén a graft túlélése ugyanolyan, mint veseátültetésben.

6. Mikor alkalmazható májdaganatokban a percutan radiofrekvenciás kezelés?

- a) Sohasem, mert sérülhet az ép májszövet is.
- b) Minden körülírt daganat esetében.
- c) Ha a daganatok nem nagyobbak 4 cm-nél és számuk 5 alatt van.

7. Miért alkalmazzuk a lokális intraarteriális kemoterápiát májtumorokban?

- a) Mert a 4 cm-nél kisebb daganatok esetében ez a sebészi kezelés alternatívája.
- b) Mert a májdaganatok az arteria hepatica felől kapják vérellátásukat és így lokálisan magasabb gyógyszer-koncentráció érhető el.
- c) Mert minden esetben feleslegessé teszi a szisztémásan adott gyógyszert.

8. A visszatérő meningitisek esetén mely baktérium szerepel a leggyakrabban fertőző ágensként?

- a) Haemophilus influenzae.
- b) Streptococcus pneumoniae.
- c) Neisseria meningitidis.

9. Mikor jelentkezhethet liquoriszivárgás?

- a) Spontán módon, előzetes trauma nélkül.
- b) Csak közvetlenül a koponyatrauma után.
- c) Műtéti beavatkozást követően soha.

Tisztelt Olvasóink! A Tudományos kvíz megfejtését faxon (316-9600), levélben (Literatura Medica Kiadó, 1539 Budapest, Pf. 603), vagy vevőszolgálatunk e-mail címére (adis@elender.hu) küldjék el, nevük és pontos címük feltüntetésével.

A beküldés határideje: 2002. március 14. A helyes megfejtők között három értékes művészeti albumot sorsolunk ki. A nyerteseket értesítjük, a jutalomkönyveket postán küldjük el. A megfejtéshez sok sikert kívánunk!