

# Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében

Kopp Mária, Csoboth Csilla

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Ma Magyarországon a középkorú (50-64 éves) férfiak halálozási arányai abszolút számokban is magasabbak, mint az 1930-as években voltak. Ezen belül elsősorban a lemaradó társadalmi-gazdasági rétegekben rendkívül magasak a halálozási arányok, a 74 évnél fiatalabb, érettségivel alacsonyabb végzettségű férfiak esetében a daganatos halálozás valószínűsége 1,45-szöröse a magasabb végzettségűek halálozásának. Ezeknek a különbségeknek mintegy 40%-át magyarázza, hogy az önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a káros alkoholfogyasztás gyakoribb a lemaradó társadalmi rétegekben. A magyar népesség körében végzett, 12 640 személyre kiterjedő országos reprezentatív felmérésünk eredményei szerint 1995-ben a férfiak 45%-a, a nők 26,6%-a dohányzott, a 45 évnél fiatalabb férfiak 47,9%-a, a nők 31,9%-a. A férfiak között mind a dohányosok aránya, mind a napi cigarettaszám, mind a tömény alkoholfogyasztás mennyisége lényegesen súlyosabb képet mutat az alacsony végzettségű rétegekben, a nők esetében ez az összefüggés nem ilyen egyértelmű. Az egészségmegőrző kampányok csak az önkárosító magatartásformák pszichológiai, motivációs hátterét megcélözva érhetnek el eredményeket. *Magyar Onkológia 45:139-142, 2001*

In Hungary today the mortality rate of middle aged (55-64 years old) men is higher than it was in the 1930s. Within these statistics there are considerable socioeconomic differences, the mortality rate of lower secondary or lower educated middle aged men is 1.45 times higher than among those with higher education. About 40% of these socioeconomic mortality differences can be explained by higher prevalence of risk behaviour in lower socioeconomic groups. According to the results of our national representative survey conducted in the Hungarian population with 12640 persons in 1995, the prevalence of smoking was 45.5% among men and 26.6% among women. In the population younger than 45 years old the prevalence of smoking among men was 47.9%, among women 31.9%. Among men there is a clear socioeconomic gradient in smoking, in the number of daily cigarettes, the quantity of spirit consumption in one occasion, among women this socioeconomic gradient is not so obvious. The effectiveness of health promotion programmes depends on effective management of the motivational, psychological determinants of risk behaviour. *Kopp M, Csoboth Cs. Self-destructive behaviour in the Hungarian population. Hungarian Oncology 45:139-142, 2001*

## Bevezetés

Ma Magyarországon a középkorú, 45-65 éves férfiak halálozási arányai abszolút értékben is magasabbak, mint az 1930-as években voltak, és a középkorú nők halálozási arányai is jóval magasabbak, mint az európai átlag (4). Az átalakuló közép- és ke-

let-európai országokra az utóbbi évtizedekben általában jellemző a morbiditási és mortalitási krízis. Ez a jelenség a magatartástudomány, a népegészségügy, az orvostudomány, a biológia számára rendkívüli új kihívást jelent. Az eddigi magyarázó hipotézisek nem alkalmasak ezeknek az igen rövid időtartam alatt lejátszódó egészségi változásoknak az értelmezésére, ezért fordult a legkiválóbb nemzetközi kutatócsoportok érdeklődése az utóbbi évtizedekben régióknak felé (1,-3, 6, 21, 22, 24).

A magyar középkorú népesség halálozási arányaihoz hasonló folyamatok játszódtak le a régió átalakuló országaiban, azonban a 80-as évek végéig a rosszabbodás Magyarországon volt a legki-fejezettebb. Ez a rendkívüli idő előtti halálozás

A „Rizikótényezők a szájüregi daganatok kialakulásában” c. symposiumon elhangzott előadás, Semmelweis Egyetem, Budapest, 2001. március 23-24.

Levelezési cím: Dr. Kopp Mária, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet 1089 Budapest, Nagyváradi tér 4. Tel: 210-2953, Fax: 210-2955, E mail: koppmar@net.sote.hu

nem magyarázható genetikus okokkal, mivel a 60-as évekig a magyar halálozási statisztikák jobbak voltak számos fejlett nyugati országénál. Nem magyarázhatóak a lakosság elszegényedésével sem, mivel a legerőteljesebb rosszabbodás az 1980-as évek közepéig volt tapasztalható, 1989-ig a nemzeti össztermék jelentősen emelkedett, és a 80-as évek végéig a legszegényebb rétegek anyagi helyzete sem romlott a 60-as évekhez képest. Az egészségügyi ellátás számos mutatója szerint, például a születés körüli, illetve az idős kori halálozásban, ebben az időszakban jelentős javulás mutatható ki, tehát az egészségromlás, legalábbis a felületi jellemzők szintjén nem magyarázható egyértelműen az egészségügyi ellátás rosszabbodásával.

Az ismert, igen nagy népegészségügyi jelentőségű önkárosító magatartásformák, a dohányzás, a kóros alkoholfogyasztás emelkedése nem

elégsek azok az ún. közép-kelet-európai egészség paradoxonnak a megértéséhez, egyrészt, mivel a rosszabbodásnak statisztikailag csak bizonyos hányadát, mintegy 40%-át magyarázzák, másrészt alapvető kérdés, hogy milyen közvetett tényezők vezetnek az önkárosító magatartásformák gyakoribbá válásához.

A középkorú népesség körében mind az összhálózás, mind a daganatos halálozás tekintetében igen jelentős különbség van a különböző társadalmi-gazdasági rétegek között, elsősorban a férfiak esetében. Mackenbach és munkatársainak (16) vizsgálatai szerint ez a különbség Magyarországon még kifejezettebb, mint Európa más országaiban, az érettségénél alacsonyabb végzettségű, 74 évnél fiatalabb férfiak onkológiai halálozása 1,45-ször magasabb, mint a magasabb végzettségűeké, ehhez hasonló eltéréseket csupán a Cseh Köztársaságban mutattak ki.

Kérdés, hogy az onkológiai halálozás jelentős társadalmi-gazdasági eltéréseiben mekkora szerepet játszik az önkárosító magatartásformák különbsége, tehát az, hogy az alacsonyabb végzettségű, lemaradó társadalmi rétegekben, elsősorban a férfiak többet dohányoznak, több alkoholt fogyasztanak. Számos nemzetközi vizsgálat eredményei arra mutatnak, hogy az önkárosító magatartásformák különbsége csak részben magyarázza a halálozás társadalmi-gazdasági különbségeit (19, 23). Mentális, pszichológiai tényezők önmagukban is független egészségi rizikófaktorok, elsősorban a depresszió, reménytelenség (5, 7, 9-12). A kontrollvesztés független kockázati szerepét először éppen a daganatos halálozás, körleflyás rosszabbodása esetében mutatták ki (18).

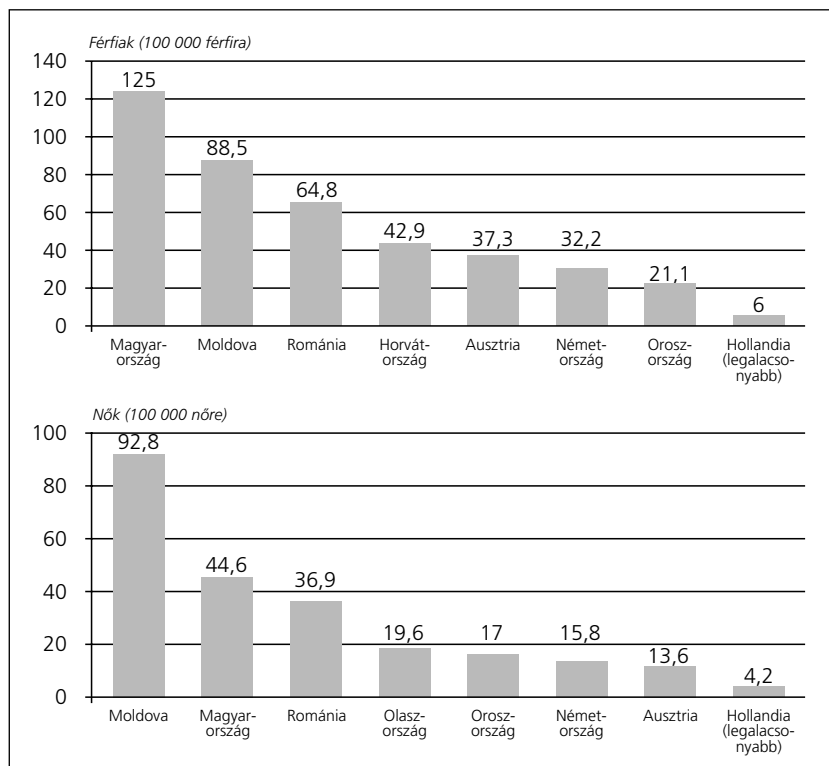
Az önkárosító magatartásformákkal kapcsolatban Magyarországon a májcirrózisos halálozás rendkívüli fokozódása megrököcsentő és nehezen értelmezhető jelenség (1. ábra). A nyolcvanas évtized kezdetén a magyar májcirrózisos halálozás hasonló volt más nagyívű országokhoz, azóta azonban rendkívüli emelkedés következett be, a férfiak körében 1980-ban 1194, 1997-ben 4218 volt az alkoholos májcirrózisban meghaltak száma, a nők között 1980-ban 362, 1997-ben 1394-re emelkedett. Ma Magyarország ebben a tekintetben a világon a legrosszabb statisztikát mutatja, utánunk Moldova következik, a nők esetében pedig csak a moldovai májcirrózisos halálozás előzi meg a magyart. Feltűnő, hogy a májcirrózisos halálozás emelkedése szinte teljesen párhuzamos a szájüregi daganatos halálozás emelkedésével.

## Vizsgálataink a magyar népesség körében

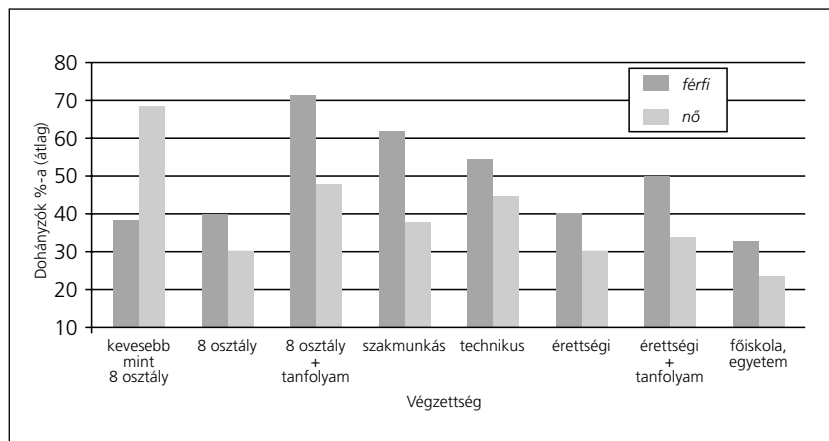
Országos reprezentatív felméréseket végeztünk a 16 évesnél idősebb magyar népesség körében 1988-ban és 1995-ben. 1995-ben 12 620 személyt kérdeztünk ki otthoni interjú formájában, ők a népességet életkor, nem és terület szerint képviselik (13, 14, 15).

A kérdőív 107 kérdést tartalmazott a társadalmi-gazdasági helyzetre, életmódra, 148 kérdést a szükségletekre, 209 kérdést a testi-lelki egészségi állapotra és ezek háttértényezőire vonatkozóan.

1. ábra. A legmagasabb alkoholos májcirrózisos halálozási arányok Európában



2. ábra. Dohányzók aránya a 45 évnél fiatalabb népességben 1995-ben. N: 7242, átl. (ff): 47,9%, átl. (nő): 31,97 %



## Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében

A férfiak körében a dohányzók aránya, a napi cigarettaszám és az egy alkalommal elfogyasztott tömény alkohol mennyisége szignifikánsan rosszabb képet mutat az alacsony iskolázottságú rétegekben, mint a magasabb végzettségűek között. A nők esetében ez az összefüggés nem ilyen egyértelmű.

Mivel az onkológiai halálzási mutatók különösen a középkorú férfiak esetében megdöbbentően rosszak, megvizsgáltuk a dohányzás gyakoriságát a 45 évesnél fiatalabb népesség körében iskolázottság szerint (2, 3. ábra). A teljes népesség körében a férfiak 45,0%-a, a nők 26,6%-a dohányzott 1995-ben, a 45-64 éves korosztályban a férfiak 45,8%-a, a nők 22,4%-a, a 45 évnél fiatalabbak között a férfiak 47,9%-a, a nők 32,0%-a. A dohányzás gyakorisága tehát a fiatal nők között emelkedő tendenciát mutat. Ha az iskolázottság szerinti csoportok dohányzási szokásait hasonlítjuk össze, a férfiak között egyértelműen sokkal többen dohányoznak az alacsonyabb végzettségű csoportokban, és a fiatalabbak között. A 45 évnél fiatalabb férfiak közül egyes alacsony végzettségű csoportok 70%-a válaszolta azt, hogy dohányzik, míg a felsőfokú végzettségűek között ez az arány 35%. A nők között nincs ilyen egyértelmű összefüggés a dohányzás gyakorisága és az iskolázottság között. A napi cigarettaszám tekintetében is hasonló összefüggést látunk. A teljes népességben a valamennyi férfira elosztott napi cigarettaszám 7,7, a nők esetében 3,6 (3. ábra). Ugyanez a szám a 45 évnél fiatalabbak között 8,0 a férfiak, és 4,1 a nők esetében. A férfiak esetében a felsőfokú végzettségűekre eső napi átlagos cigarettaszám csak 3, míg egyes alacsony végzettségű csoportokban 14. Tehát az alacsony végzettségű férfiak közül lényegesen többen dohányoznak és lényegesen több cigarettát szívnak el.

Az alkoholfogyasztás mutatói közül az egy alkalommal elfogyasztott tömény ital a legfontosabb kockázati tényező. A tömény alkoholfogyasztás a dohányzáshoz hasonló mintázatot mutat. (4. ábra) A 45 évnél fiatalabb népesség körében a férfiak átlagosan egy alkalommal 0,47 dl, a nők 0,25 dl tömény alkoholt fogyasztanak (a teljes férfi illetve női népességre elosztva). A nők esetében ebben a tekintetben sem mutatható ki lényeges iskolázottság szerinti különbség, míg az alacsonyabb végzettségű férfiak nagyobb mennyiségű tömény szeszesitalt fogyasztanak, mint az iskolázottabbak. Ugyanakkor fiatalabb nők körében nőtt az alkoholfogyasztás mennyisége; míg a 45-64 éves nők egy alkalommal átlagosan 0,17 dl-t fogyasztanak, ez a mennyiség a 45 évnél fiatalabbak között 0,25 dl volt 1995-ben.

## Az önkárosító magatartásformák pszichológiai háttértényezői

A fenti adatok jól mutatják, hogy a különböző önkárosító magatartásformák igen gyakran együtt járnak. Ha megvizsgáljuk, hogy mely tényezők

állnak ezek háttérben, közös pszichológiai és környezeti tényezőket fedezhetünk fel. Az eredményes kampányok, amelyek ezen magatartásformák csökkentését célozzák, csak ezeken a közös tényezőkön keresztül lehetnek hatékonyak. Valamennyi vizsgálat azt bizonyítja, hogy a dohányosok, az alkoholfüggők nagyon is tisztában vannak azzal, hogy életmódjuk káros az egészségre, számtalanszor megpróbálnak szabadulni is, de ez igen ritkán sikerül. Egyértelmű ugyanakkor, hogy a társadalmi, gazdasági, jogi szabályozás eredményes, elsősorban a megelőzésben, de csak részeredményekhez vezet.

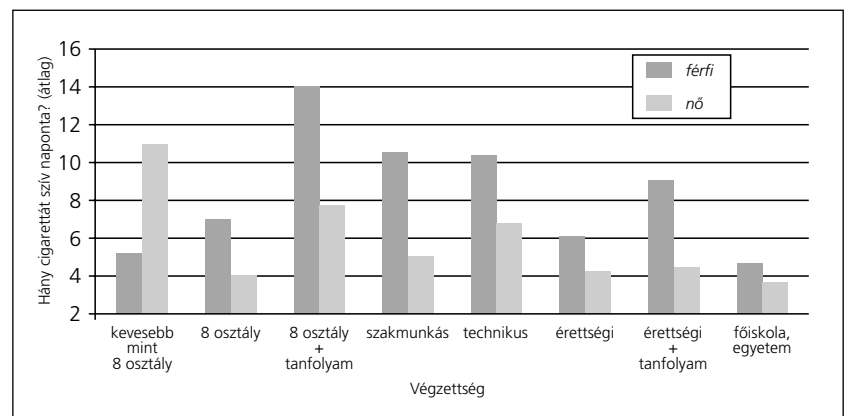
A dohányzás, az alkohol olyan motivációs szükségleteket elégít ki, amelynek megváltoztatásához elsősorban ezt a motivációs háttérrel kell megcéloznunk. A legfontosabb pszichológiai háttértényezők:

- A szorongás, depresszió öngyógyítása - mind az alkoholnak, mind a nikotinnak van kimutatható szorongásoldó hatása.
- Az unalom, az egyhangúság oldására is szolgálnak biológiai hatásuk révén ezek a szerek.
- A gyenge önazonossággal rendelkező fiatalok számára a csoporthoz tartozás élménye igen gyakran kapcsolódik a dohányzás, a közös ivás élményéhez. Ilyenkor igen nehéz nemet mondani.
- Elsősorban a kamaszkorban az újszerűség, az élménykeresés, a normák átlépése vonzó cél, sok esetben a csoportképzés alapvető meghatározója.

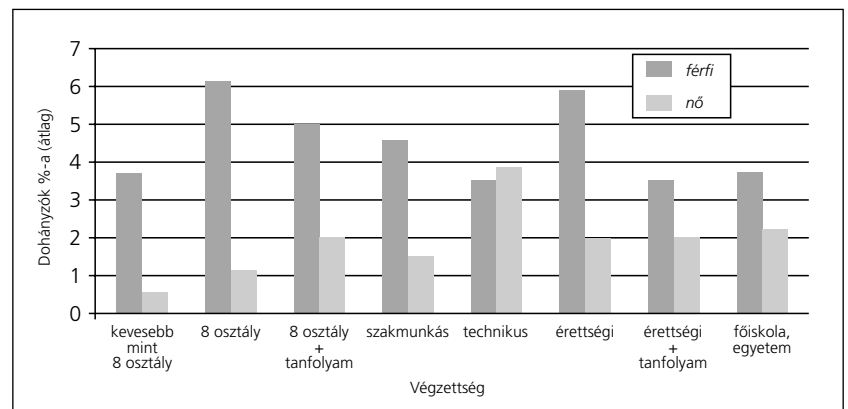
Társadalmi háttértényezők: a viszonylagos lemaradás érzése a rosszabb szociális-gazdasági réteget különösen sérülékenyekké teszik.

3. ábra Napi cigarettaszám átlaga a 45 évnél fiatalabb népességben 1995-ben.

N: 7242, átl. (fffi): 8,0, átl. (nő): 4,1



4. ábra Átlagos tömény alkoholfogyasztás (dl) egy alkalommal a 45-64 éves népességben 1995-ben. N = 3422, átl. (férfi): 0,44 dl, átl. (nő): 0,17 dl



A fenti mechanizmusok legnagyobb veszélye, hogy a tanult reakciók fennmaradnak, tehát az együttlét, a felszabadult lelkiállapot élménye hozzákapcsolódik a cigarettára, a pálinkás pohár gondolatához is, és már olyankor is megkönnyebülést okoz, amikor nem állnak fent az előhívó feltételek. A szorongás elkerülése az egyik legfontosabb motiváló tényező, és akiben ezek az ún. nem adaptív megbirkózási stratégiák kialakultak, azok nehezen tudnak átállni más, adaptív megküzdési stratégiák alkalmazására. Az eredményes nemzetközi programok ezt a motivációs háttérrel célozzák meg, mint a kaliforniai dohányzás ellenes közösségi alapú programok (20), vagy a finn közösségi alapú programok.

A WHO igazgatója, Gro Harlem Brundtland a 2001. évet a lelki egészség évének nyilvánította. Az idei World Health Report témája az, hogy a modern társadalmakban miért vált a lelki egészség megőrzése különösen fontos kihívássá, valamint hogy a lelki egészség zavarai milyen mechanizmusokon keresztül vezetnek egészségromláshoz. A mentális zavarok jelentős anyagi veszteséget jelentenek a társadalom számára, és ez a tendencia rosszabbodni fog, ha nem teszünk ellene tudatosan. Mind az Európai Közösség népegészségügyi prioritásai (17), mind az Egyesült Államok „Egészséget mindenkinek 2010” programja (8) rendkívüli hangsúlyt helyez a lelki egészségmegőrzés gyakorlati és bizonyítottan hatékony módszereinek alkalmazására. Annak ellenére, hogy számos országban, különösképpen Ausztráliában, Hollandiában, Svéd- és Finnországban bizonyítottan hatékony módszereket alkalmaznak arra, hogy elsősorban a különösen veszélyeztetett rétegek megbirkózási készségének javításán keresztül előzzék meg a magatartási zavarok kialakulását és súlyosbodását, nálunk ezeknek a módszereknek az alkalmazása csak kísérleti stádiumban van.

## Irodalom

1. Bobak M, Marmot M. East-West mortality divide: Proposed research agenda. *BMJ* 312:421-425, 1996
2. 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. *Soc Sci Med* 51:1343-1350, 2000
3. Cornia GA, Panicia R (eds) *The Mortality Crisis in Transitional Economies*. Oxford University Press, 2000
4. Demográfiai Évkönyv, 1997
5. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med* 58:113-121, 1996
6. Foster DP, Józán P. Health in Eastern Europe. *Lancet* 335:458-460, 1990
7. Gold PW, Chrousos GP. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neuro-circuitry and somatic consequences. *Proc Assoc Am Physicians* 111:22-34, 1998
8. Healthy people, 2010, National Health Promotion and Disease Prevention Objectives, US Department of Health and Human Services, 2000. Washington DC.
9. Horrobin DF, Bennett CN. Depression and bipolar disorder: relationship to impaired fatty acid and phospholipid metabolism and to diabetes, cardiovascular disease, immunological abnormalities, cancer, ageing and osteoporosis. *Prostaglandins Leucot Essent Fatty Acids*. 60:217-234, 1999
10. Kopp M, Purebl Gy. Szorongás és depresszió a magyar népesség körében, ennek családorvosi jelentősége. *Családorvosi Fórum*, október 2-9, 2000
11. Kopp M. A szorongás és depresszió népegészségügyi jelentősége. *Kórház*, VII, 1:6-8, 2000
12. Kopp MS (interjú) Stress: The invisible hand in Eastern Europe's death rates. *Science* 288:1732-1733, 2000
13. Kopp MS, Skrabski Á, Magyar I. Neurotics at risk and suicidal behaviour in the Hungarian population. *Acta Psychiatr Scand* 76:406-413, 1987
14. Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Soc Sci Med* 51:1350-1361, 2000
15. Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S. Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population. *J Psychosom Res* 39:1019-1029, 1995
16. Mackenbach JP, Konst A, Groenhof F, et al. Socioeconomic inequalities in mortality among women and among men: an international study. *Am J Public Health* 89:1800-1808, 1999
17. *Priorities for Public Health Action in the European Union*, Paris, 1999
18. Sklar L, Anisman H. Stress and coping factors in fluence tumour growth. *Science* 205:513-515, 1979
19. Slater CH, Lorimer RJ, Larison DR. The independent contribution of socioeconomic status and health practices to health status. *Prev Med* 14:372-373, 1985
20. Taylor BC, Killen JD. *The facts about smoking*. Consumer Reports Books, Yonkers, New York, 1991
21. Watson P. Explaining rising mortality among men in Eastern Europe. *Soc Sci Med* 41:923-934, 1995
22. Weidner G. Gender gap in health decline in East Europe. *Nature* 395:835, 1998
23. Wiley JA, Comacho TC. Life-style and future health: Evidence from the Alameda county study. *Prev Med* 9:1-21, 1986
24. Wilkinson RG. Health and civic society in Eastern Europe before 1989. In: *Environmental and Non Environmental Determinants of the East-West Life Expectancy Gap*, ed. Hertzman C. Kluwer, Amsterdam 1996