



*SZTE ÁOK NÉPEGÉSZSÉGTANI INTÉZET, **ORSZÁGOS ALAPELLÁTÁSI INTÉZET,
*** SZTE ÁOK CSALÁDORVOSI INTÉZET ÉS RENDELŐ

AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT TELEPÜLÉS-SPECIFIKUS JELLEMZŐI CSONGRÁD MEGYÉBEN

BELEC BORBÁLA*–DR. PAULIK EDIT*–KÓMÁR MÁRIA*–DR. BALOGH SÁNDOR**–PROF. DR. HAJNAL FERENC***–PROF. DR. NAGYMAJTÉNYI LÁSZLÓ*

Bevezetés

Az egészségi állapot komplex jelenség, amelyet az egyén genetikai állománya és bizonyos külső tényezők – környezeti, életmód, egészségügyi és szociális ellátás – együttesen határoznak meg. Az ember nemcsak a természeti környezet része, hanem tagja, szereplője valamely közösségnek, csoportnak, a társadalomnak. A társadalmi környezet meghatározza az egyén mindennapi életét, anyagi, kulturális körülményeit és lehetőségeit, tetteit, gondolkodásmódját, szokásait, értékrendjét, és ez által az egészségi állapotot is. A lakóhely az egészség vonatkozásában befolyásolhatja a szerzett kockázatokat, így a környezeti és munkarizikókat, a stresszt, az életstílust, az egészségi szokásokat, de az orvosi ellátást és az öngyógyítást, az egészségi attitűdöket, valamint a beszámoló magatartást [1,2].

A népesség egészségi állapotában és életmódjában – hazai és nemzetközi viszonylatban egyaránt – lényeges különbségek figyelhetők meg. Ezen eltérések nemcsak földrajzi, hanem szociális különbségeket is tükröznek [3]. Megállapítható, hogy az urbanizációs lejtő egyben szociális lejtő is, a falvakban élőket fokozottabban érinti a munkalehetőségek hiánya és az alulképzettség [4]. A lakosság elöregedése országos probléma, amely azonban lényegesen intenzívebben érinti a kisebb településeket. Az irodalom a hagyományos szegénység kockázati tényezőiként tartja számon a községi lakóhelyet, az alacsony iskolai végzettséget, a mezőgazdasági vagy segédmunkási státuszt [5]. Ehhez még hozzáadódik a demográfiai szegénység kockázata, amely a gyermekeket és az időskorúakat érinti [6]. Kimutatható az egyes régióknak, a város és a falu közötti különbségeknek a várható élettartamra gyakorolt hatása is, a falvakban alacsonyabb a várható élettartam, mint a városokban [7].

Hazai vonatkozásban is igaz, hogy a városok és a kistelepülések demográfiai és társadalmi összetétele eltérő. Az is tény, hogy az ott élők különböző környezeti és foglalkozási veszélyeknek (pl. levegőszennyezettség)

vannak kitéve, és emellett másfajta normák szabályozzák a lakosság életmódját is. A lemaradó társadalmi, gazdasági rétegekben – főként a férfiak körében – elterjedtebbek a különböző önkárosító magatartásformák, amelyek hátterében az ún. nem adaptív megbirkózási stratégiák alkalmazása áll [8]. A konfliktusokkal való sikertelen megküzdést, a tartósan fennálló, megoldhatatlan helyzetekre adott válaszreakciókat befolyásolják az egyén személyiség jellemzői, illetve az a szociokulturális környezet, amelyben él [9].

Mindezek alapján feltételezhető, hogy a betegségek etiológiájában és a halálokokban az eltérő életmód és lakókörnyezeti tényezők szerepet játszhatnak.

Csongrád megye jellegzetes alföldi településszerkezettel bír. A települések száma és a kistelepülésen élő népesség aránya – más megyékhez képest – kevesebb, ezzel szemben jelentős a külterületen élők száma [10]. Ezen utóbbi népesség nagyobb arányú jelenléte az ellátó rendszer részéről különös figyelmet érdemel, mert számolni kell az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségének és így az időben történő orvoshoz fordulásnak bizonyos korlátozottságával.

A Csongrád megyei populáció életkörülményei a politikai és gazdasági rendszerváltozás után, az elmúlt évtizedben lezajlott folyamatok következtében romlottak, a kistelepülések – mind relatív, mind pedig abszolút összehasonlításban – egyre hátrányosabb helyzetbe kerültek [10].

2002 decemberében az Országos Alapellátási Intézet, az SZTE ÁOK Családorvosi Intézet és Rendelő, és a Népegészségtani Intézet egy három megyére kiterjedő 3800 fős empirikus egészség-szociológiai felmérést kezdett azzal a céllal, hogy feltárja a társadalmi háttér, az életvitel és az egészségi állapot közötti összefüggéseket a dél-alföldi régió lakossága vonatkozásában. Jelen munka ezen vizsgálat eredményeinek egy részét ismerteti, elemezve a Csongrád megyei kistelepüléseken – falvakban – élő személyek körében az egészségi állapot és az azt befolyásoló társadalmi, gazdasági és kulturális tényezők kapcsolatát, összevetve azokat a kis-

és nagyvárosokban, illetve tanyás területeken élő lakosok jellemzőivel. Ilyen jellegű összefüggések feltárására azért van szükség, hogy a népegészségügyi program által is hangsúlyozott, az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló tevékenységek kellően megalapozottak legyenek.

Módszertan

Csongrád megye településeiből oly módon került kiválasztásra 22, hogy azok az eltérő méretű település típusokat képviseljék; az ott lévő háziorvosi praxisok közül – megfelelő eloszlásban – 46-ban került sor, praxisonként 40–40 kérdőív adatainak felvételére. Az elemzett, 14 éven felüli egyének összesen 1874 fős mintáját a háziorvosi betegnyilvántartásból valószínűségi mintavételi eljárással nyertük; az így kapott minta nem és életkor szerint reprezentálta a Csongrád megyei populációt.

Az adatfelvétel 134 kérdésből álló kérdőívvel, kérdezőbiztosok közreműködésével történt, mely módszer alkalmas komplex lakossági egészségfelmérés végzésére.

A vizsgálat során a felmérésre kerülő témakörök a szociodemográfiai, szociokulturális és szocioökonómiai jellemzők, az egészségi állapot szubjektív megítélése, a gyógyszerfogyasztási szokások, az orvoshoz fordulás feltételei és gyakorlata, a betegség miatti funkcionális csökkenés, azaz a munkakiesést okozó betegnapok mennyisége, az életmód és az egészségmagatartás, valamint a szűréseken való részvétel voltak.

Eredmények, megbeszélés

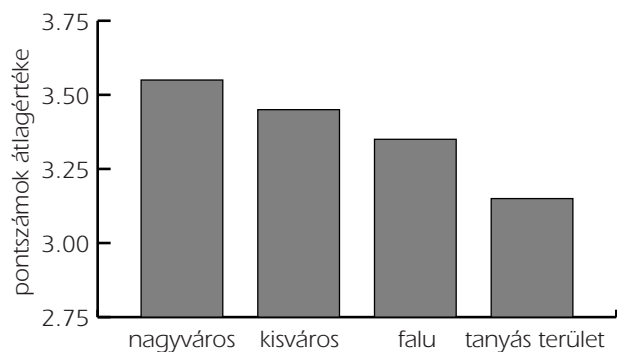
A megkérdezettek demográfiai adatai alapján megállapítható, hogy a falvakban élők körében több a nő, magasabb az átlagéletkor és az alacsonyabb iskolai végzettségűek aránya, s közöttük több az inaktív személy is, mint a városokban. Magasabb a házasságban élők illetve alacsonyabb az elváltak és az élettársi kap-

csolatban élők aránya, mint a nagyobb településeken és a tanyás területeken, mely a falvakban még ma is meglévő és működő erősebb társadalmi kötöttségek meglétére utal.

A lakosság anyagi helyzetének szubjektív szempontok alapján történő besorolásának településtípus szerinti megoszlását az 1. ábra mutatja. A városban lakók közül többen mondták önmagukról, hogy jó anyagi viszonyok között élnek, mint a kistelepüléseken élők. A falusi lakosok megítélése szerint ők inkább közepes körülmények között élnek, míg a tanyasiak körében jelentősen nagyobb azok aránya, akik rossznak tartják anyagi helyzetüket.

Az egészségi állapot egyik legmegbízhatóbb jelzője a népességnek a saját egészségi állapotára vonatkozó önbesorolása, a ún. szubjektív egészség [11]. Mivel az egészséget – csakúgy, mint a betegséget – többféleképpen definiálják, az egészségi állapotot sem lehet értelmezni kizárólag a klinikai státusz alapján. Olyan összetett, többdimenziójú jelenségről van ugyanis szó, amely magában foglalja az objektív, diagnosztizálható jeleken túl azok szubjektív értékelését is [12]. A beteg ember szubjektív ítélete már csak azért sem hagyható figyelmen kívül, mert sokszor éppen ennek hatására születik a döntés, hogy orvoshoz fordul-e vagy sem, ami meghatározó lehet egészségi állapota szempontjából. A kérdőíven az egészség szubjektív megítélése egy ötfokú skála segítségével történt, ahol az 5-ös jelentette a nagyon jó minősítést, míg az 1-es a nagyon rosszat. A válaszok átlagát tekintve kifejezett különbségek mutatkoztak lakóhelytípus szerint; az egészségérzet a település nagyságával arányosan nőtt, a városiak jobbnak ítélték meg az egészségüket, mint a kistelepülésen lakók (2. ábra). Figyelembe véve, hogy a falusi népesség toleránsabb az egészségkárosodás megítélésében, mivel általában csak a fizikai funkcióvesztéssel járó károsodásokat érzekeli állapotromlásként, a tényleges differenciák nagyobbak is lehetnek [13].

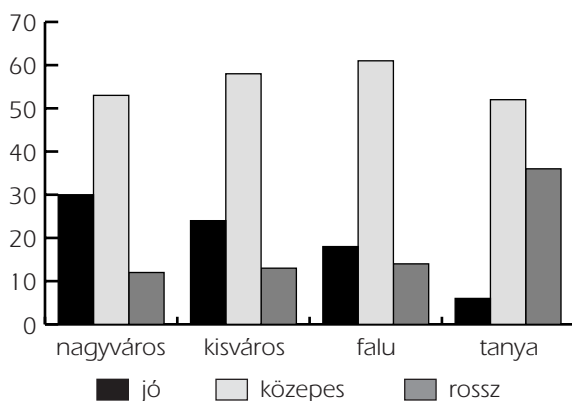
Az egészség önértékelése



2. ábra

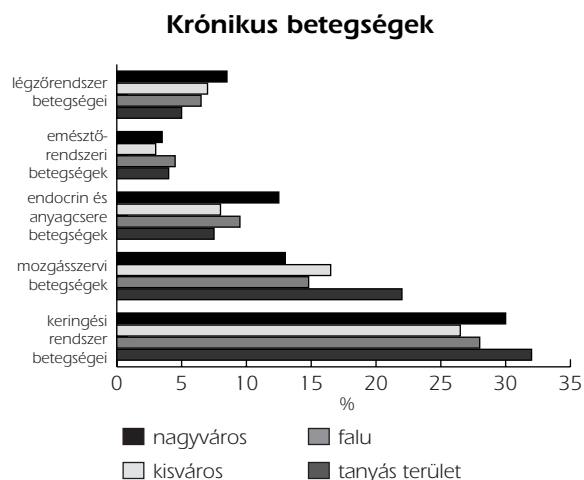
Az egészségi állapot mérésének másik módszere, ha a felmérésben résztvevőket arra kérik, számoljanak be arról, hogy milyen krónikus betegségekből szenvednek. A válaszok összegzését, majd azoknak a Beteg-

Az anyagi helyzet önminősítése



1. ábra

ségek Nemzetközi Osztályozása (BNO-10) szerinti csoportosítását követően megállapítható volt, hogy a mintában a keringési rendszer megbetegedései fordultak elő a leggyakrabban (28,6%). A lakosok 15,4%-a szenvedett krónikus mozgásszervi betegségben, 9,6% endocrín és anyagcsere, 7,1% légző-, míg 4,0% emésztőrendszeri krónikus folyamatról számolt be (3. ábra). A megkérdezettek közel fele (49,1%) semmilyen megbetegedést nem említett.



3. ábra

A krónikus betegségek lakóhely szerinti megoszlása egy lényeges különbségre hívta fel a figyelmet: a tanyás területen lakók körében gyakoribbak voltak a keringési és a mozgásszervi betegségek, míg a nagyvárosokban az endocrín és anyagcsere, és a légzőrendszer betegségei voltak elterjedtebbek.

A rendszeresen gyógyszert illetve gyógyhatású terméket fogyasztók aránya közel azonos volt a falvakban (54,3%) és a városokban (59,1%) lakók körében. A leggyakrabban használt gyógyszerek a vérnyomáscsökkentők, a fájdalomcsillapítók, a gyulladáscsökkentők, a vitaminok, a nyugtatók, és a szívre ható szerek voltak. Az egyes gyógyszerek felhasználását illetően jelentős különbség mutatkozott a kistelepülések, főként a tanyás területek esetében, ahol a rendszeres fájdalomcsillapító szedés kétszer olyan gyakori volt, mint a városokban. Ez a jelenség feltehetően összefüggésben áll a mozgásszervi betegségek magas előfordulásával ezen településeken.

A falvakban lakók ritkábban fordultak orvoshoz és a szűrőprogramokon való részvételük is alacsonyabb volt, mint a városiaknak. Ez elsősorban infrastrukturális okokra vezethető vissza. Magasabb azoknak a száma is, akik az elmúlt egy évben egyszer sem fordultak orvoshoz, s tény az is, hogy ők a gyors lefolyású, akut betegségekkel eleve ritkábban keresték fel háziorvosukat. A krónikus betegséggel kezelték azonban ugyanolyan gyakran fordultak háziorvoshoz és/vagy szakorvoshoz, mint a városi válaszadók.

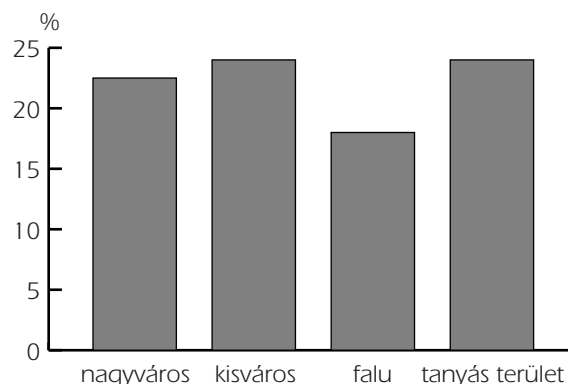
A funkcionális elemzve elmondható, hogy az utolsó egy évben testi-lelki panasz illetve betegség miatt

a falvakban és a tanyás területen élők átlagosan két munkanappal kevesebb ideig maradtak otthon, mint a városiak.

A magyar lakosság morbiditási és mortalitási mutatói rendkívül kedvezőtlenek; igen magas a halandóság, sok mutató vonatkozásában a gazdaságilag közepesen fejlett országok között a legrosszabb helyek egyikén állunk [14]. Az életésélyek rosszabbodásában, a népesség jelentős részét érintő egészségkárosodásokban jelentős szerepe van az életmódnak, az életvitelnek, illetve az ehhez szorosan kötődő kockázati tényezőknek [12].

A rizikófaktorok közül kiváltképpen nagy jelentősége van a dohányzásnak, amely egyértelmű összefüggésben áll a keringési-, a légzőszervi- és a daganatos megbetegedésekkel. A dohányzási szokásokat elemezve, csak a falvakban élők esetében látható alacsonyabb érték, ahol mintegy 6%-kal kevesebb a dohányzók aránya (4. ábra). Ők azonban fiatalabb korban kezdtek el dohányozni, és közöttük magasabb azon erős dohányosok száma, akik naponta több mint egy doboz cigarettát szívnak el. A többi településtípus esetében a dohányzás vonatkozásában nem volt jelentős eltérés.

A napi rendszerességgel dohányzók



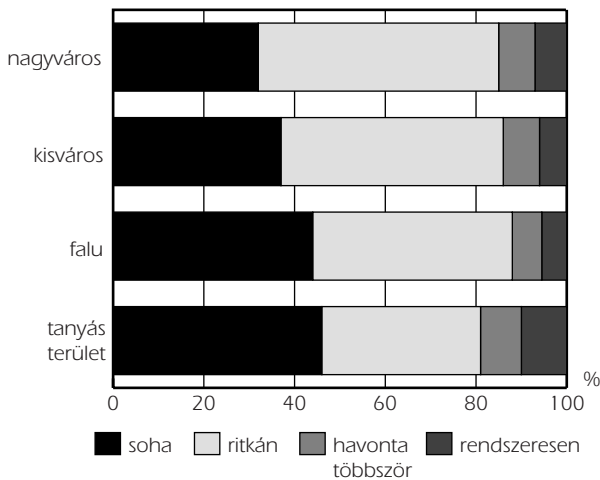
4. ábra

Az alkoholizmus ma hazánk egyik legnagyobb népegészségügyi problémája, mivel a többelhalálozás számottevő része az alkoholra vezethető vissza. 1999-ben az alkoholnak tulajdonítható halálozások száma meghaladta a 17 ezret, ami az összhálaózás 13%-ának felel meg [15]. Emellett az alkoholfogyasztásnak központi szerepe van számos pszichés és szociális probléma kialakulásában is – szocializációs zavarok, családi és munkahelyi problémák stb.

Az alkoholfogyasztási szokásokat vizsgálva lényeges különbségek mutatkoztak a kistelepüléseken, illetve a városokban élők között. A falusiak 43,4%-a, a tanyás területen lakók 47,2%-a – saját bevallása szerint – soha nem fogyasztott alkoholt, mely lényegesen kedvezőbbnek mondható a városiak eredményéhez (kisváros – 37,5%, nagyváros – 31,9%) képest (5. ábra). A rendszeresen, naponta alkoholizálók aránya a tanyán élők

esetében magasabb, a városok és falvak között nem volt látható lényeges eltérés.

Az alkoholfogyasztási szokások



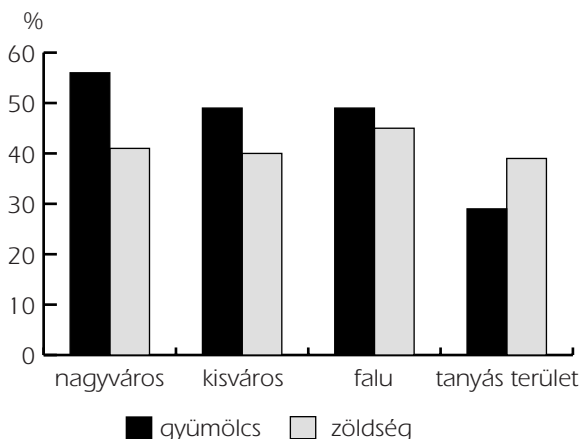
5. ábra

A magyarországi lakosság táplálkozása számos kockázati tényezőt rejt magában. Jól ismert tény a helytelen táplálkozási szokások és a keringési betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok kapcsolata; a túlzott zsírbevitel, az elhízás, az erősen sózott ételek mindkét betegségcsoportnál fokozzák a rizikót, míg a naponta zöldség- és gyümölcsfogyasztás mérsékli a kockázatot [16, 17, 18].

Adataink szerint a falvakban és a kisvárosokban élők táplálkozási szokásai lényegesen nem tértek el egymástól. Legkevésbé a nagyvárosiakra volt jellemző, hogy zsírral főztek, míg a tanyákon élőknek az állati eredetű zsíradékok használata dominált. Zsírfogyasztás tekintetében nem volt lényeges különbség a falusi és a kisvárosi lakosok között.

A gyümölcsfogyasztási szokások esetében a nagyvárosi válaszadók esetében volt a legjobb az arány, mivel közel 60 százalékuk naponta evett gyümölcsöt (6. ábra). Mindennap fogyasztott gyümölcsöt a falvakban

Napi zöldség- és gyümölcsfogyasztás



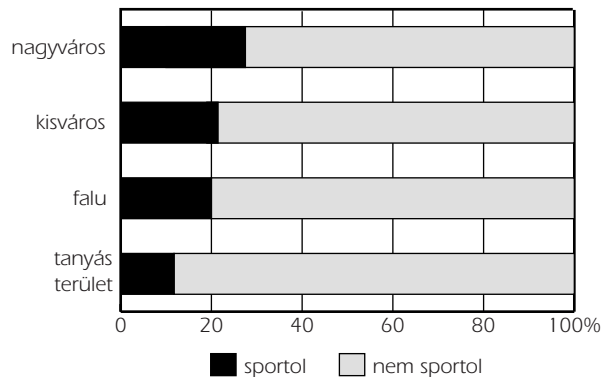
6. ábra

élők fele, az ő körükben a leggyakoribb a zöldségfogyasztás is.

Köztudott tény, hogy a mozgáshiány jelentős kockázati tényező a keringési és az anyagcsere betegségek kialakulásában, de más betegségekkel is kapcsolatba hozható.

A fizikai aktivitás elemzése során az „igen” válasz alatt összevonásra kerültek azok, akik jelenleg is sportolnak és azok, akik egykor sportoltak, de már abbahagyták. Az adatok alapján a fizikai aktivitás tekintetében a falu és a kisváros között nem volt különbség, mindkét településtípus lakosainak közel 20%-a rendszeresen sportol illetve sportolt (7. ábra). Ennél nagyobb arányban – mintegy 30% – sportoltak a nagyvárosiak, míg a tanyás területen élőknek 90%-a ilyen aktivitást nem folytatott, viszont közülük többen említették, hogy naponta kerétkednek. Nem ismert azonban, hogy mekkora hányaduk a hobbikertész és milyen az aránya azoknak, akik háztáji gazdálkodás céljából végeznek ilyen munkát.

A versenyszerűen sportolók aránya



7. ábra

Következtetések

Epidemiológiai vizsgálatok adatai bizonyítják, hogy a különböző településtípusok lakosságának egészségi állapota sok vonatkozásban eltér egymástól. Ilyen különbségek még akkor is megfigyelhetők, ha – a régió magas fejlettségi szintje következtében – alapvető infrastrukturális különbségek nem mutathatók ki az egyes szubpopulációk lakhelyei között [2].

Hazánkban az egyes településformák adta objektív életkörülmények (környezetszennyező források száma és jellege, csatornázottság stb.) régióként eltérnek ugyan egymástól, de egy adott tájegységen belül, pl. a dél-keleti megyék esetében ez a különbség nem olyan mértékű, hogy jelentősen befolyásolhassa az itt élők egészségi állapotát. Ennek értelmében a kapott eredmények háttérében más okokat kell keresnünk.

A Csongrád megyében megkérdezettek adatait elemezve megállapítható, hogy a szubjektív paramé-

ÖSSZEFOGLALÁS

terek által is befolyásolt önértékelési mutatók esetében különbség mutatkozik az eltérő településeken élők között. Mind típusában, mind pedig gyakoriságában eltérések figyelhetők meg a krónikus betegségek vonatkozásában, s ez nem is annyira a falu/város összevetés esetében észlelhető, mint amennyire a tanyasi lakosság körében. Ez annál is inkább elgondolkodtató, mivel a populáció életkörülményei sajátos volta miatt – többnyire kevésbé komfortos körülmények között él, folyamatosan más, terhelőbb jellegű munkát végez, nehezebben jut egészségügyi ellátáshoz stb. – alapjában véve magasabb rizikójúnak tekintendő. Az említett okok miatt problematikusabb a rájuk vonatkozó prevenciót is megszervezni és működtetni.

A gyógyszerfogyasztási szokások különbségeinek pontos okát a háziorvosi praxisok adatainak felhasználásával, további vizsgálatokkal kell majd feltárni.

Bár nem mutatott település-specifikus jellemzőket, de fokozni kell a jól ismert magas rizikót jelentő, a minden csoportban jelentős arányban előforduló dohányzás és alkoholizmus elleni, aktív prevenciósvetékenységet. Az utóbbi esetében nyilvánvalóan némi fenntartással kell fogadni – valamennyi településforma esetében – a 40% körüli értéket mutató „soha nem fogyasztó” arányt, illetve számolni kell a rendszeres alkoholfogyasztás be nem vallásával, hiszen a más adatbázisokból ismert morbiditási, és a mortalitási viszonyok sokkal jelentősebb gyakoriságot igazolnak [13].

A preventív jellegű táplálkozási szokások elfogadhatónak mutatkoztak a nagyobb települések lakosainál, a tanyán élők esetében az alacsonyabb értékek – az esetleges nem megfelelő szemlélet mellett – életviteli helyzetükkel is összefüggésbe hozhatók. Hasonló módon lehet megközelíteni a sportolással kapcsolatban kapott adatokat.

Egészségpolitikai szempontból kulcsfontosságú az ország egyes régiói, valamint a város és a falu közötti különbségekre nagyobb figyelmet fordítani. Eredményeink alapján a városi és falusi lakosság differenciált egészségi állapotára következtethetünk. Ezen tény meglétét nem csökkenti az a megállapítás sem, hogy az egészségmagatartás szempontjából közeledés mutatkozik a falu és a kisváros között, melynek oka a körülményeknek mind inkább hasonlóvá válása lehet. Úgy tűnik, hogy ez – bár egyes felmérések szerint még mutatkoznak a kisebb közösségekben fennálló kötöttségek hatásai is – pozitívan fogja befolyásolni az itt élők egészségi állapotát. Nem elhanyagolva az a populációval kapcsolatos preventív célú tevékenységet, már a közeljövőben komoly hangsúlyt kell, hogy kapjanak a tanyasi lakosság helyzetét javító intervenciósv programok, amelyeknek – az egészségfejlesztés alapelveinek megfelelően – egyik fő színtere a lakóhely. Ezek nélkül ugyanis nem várható a megye összlakossága egészségi állapotának javulása.

2002. decemberében lefolytatott, 3800 fős szociológia és epidemiológia felmérés részeként került sor a Csongrád megye kistelepülésein élő személyek egészségi állapota és az azt befolyásoló társadalmi, életmódbeli tényezők vizsgálatára, összehasonlítva azokat a városokban, illetve a tanyás területeken lakók értékeivel. Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vonatkozásában a falvakban és a kisvárosokban lakók között nem voltak lényeges eltérések. A tanyákon élők életmódja tűnt a legkritikusabbnak, mely jól tükröződött a megbetegedési mutatókban is. Lényeges eltérés jelentkezett a gyógyszerfogyasztási szokásokban, a kistelepülésen élők között kétszer annyian szedtek rendszeresen fájdalomcsillapítót. Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség kedvezőtlenebb volt a falvakban, ez is magyarázhatta, hogy ritkábban fordultak orvoshoz és a szűréseken való részvételük is alacsonyabb volt. Az eredmények alapján még mindig fennálló, a lakóhelyhez kapcsolódó egyenlőtlenségek csökkentése fontos egészségpolitikai feladat, kiegyenlítésük nélkülözhetetlen a lakosság egészségi állapotának javításához.

IRODALOM

1. Tahin T., Jeges S., Csanaky A.: Az egészségi állapotot és az orvoshoz fordulást befolyásoló demográfiai és társadalmi tényezők. *Demográfia* 1993;36(4):427-453. – 2. Tóth I.: Az életkilátások alakulása Magyarország megyéiben. *Medicus Universalis Aktuális Oldalak* 1995;28(5):8-10. – 3. Armstrong D.: Az orvosi szociológia alapjai. Budapest: Semmelweis Kiadó;1998. – 4. Papházi T.: Kistelepülések szociális ellátótevékenységéről statisztikai adatok alapján. In: *Kistelepülési hátrányok – alapellátási nehézségek*. Budapest: Nemzeti Család és Szociálpolitikai Intézet; 2002. 87-177. – 5. Dögei I.: A létminimum alatt élők problémái. *Esély* 1999/5 14-36. – 6. Andorka R.: Bevezetés a szociológiába. Budapest: Osiris; 1997. – 7. Forgács I.: Pro sanitate 2000. A betegellátás kihívásai az ezredfordulón. *Lege Artis Medicinæ* 1999;9 (11):812-817. – 8. Kopp M., Csoboth Cs.: Önkárosító magatartásformák a magyar népesség körében. *Magyar Onkológia* 2001; 45(2):139-142. – 9. Susánszky É., Szántó Zs.: Szociokulturális környezet, megküzdési stratégiák, életminőség. *Szociológiai Szemle* 2003;3:84-102. – 10. *Magyar Statisztikai Évkönyv* 2000. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal; 2001. – 11. Szántó Zs., Susánszky É.: Lakossági öngyógyítási stratégiák. *Lege Artis Medicinæ* 2000;10(1):74-81. – 12. Pikó B.: Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *Lege Artis Medicinæ* 1996;6(7-8):474-477. – 13. Tóth I., Pauka T.: Az egészségi állapot egyenlőtlenségei a különböző demográfiai és társadalmi csoportokban I. *Népegészségügy* 1988; 69:274-279. – 14. Vukovich Gy., Harcsa I.: A magyar társadalom a jelzőszámok tükrében. In: *Társadalmi Riport* 2002. (Szerk: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy.). Budapest, 2002. – 15. Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970-1999. Nemzeti Népesedési Program. Központi Statisztikai Hivatal, 2003. – 16. Balogh S., Hajdú E., János I.: Kardiovaszkuláris kockázati tényezők felmérése. *Medicus Universalis* 2003;36(4):143-150. – 17. Stéter L.: A táplálkozás szerepe a daganatos betegségek kialakulásában és megelőzésében. *Orvosi Hetilap* 1999;140(41):2275-2283. – 18. Bíró Gy. A lakosság táplálkozásának főbb jellemzői az elmúlt évtizedben. *Táplálkozás-Allergia-Diéta* 2000;5(2-3):44-46.