



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

A NŐK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA ÉS EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA DÉL-ALFÖLDI MEGYÉKBEN¹

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

Bevezetés

A hazai halálozási statisztikák elsősorban a férfiak életkilátásainak kedvezőtlen voltára hívják fel a figyelmet. Magyarországon a férfiak esetében a születéskor várható élettartam 2002-ben 68 év volt. A nők 76 évre számíthatnak, ami rosszabb, mint az Európai Unió nyugati tagországaiiban élő nők életkilátásai [1,2]. Ez az élettartamban mutatkozó különbség inkább társadalmilag meghatározott – a férfiak és nők eltérő társadalmi pozíciójára és szerepére vezethető vissza – és nem biológiailag determinált [3].

Több évtizedes statisztikákat elemezve megállapítható, hogy a várható élettartam növekedése inkább a nők körében figyelhető meg, a férfiak életkilátásai a javuló szociális körülmények és az új terápiás lehetőségek ellenére alig változnak. Ez a tendencia magyarázható azzal, hogy a nők inkább tudatában vannak az egészséges életmód fontosságának, mint a férfiak, akik a világ legtöbb országában többet dohányoznak, több alkoholt fogyasztanak és kevesebb testmozgást végeznek [2].

A nemek között különbség mutatkozik az egészségügyi intézmények igénybevételében és a betegségek struktúrájában is. A nők gyakrabban fordulnak orvoshoz, többször veszik igénybe az alap- és a kórházi ellátást. A férfiak körében nagyobb számban fordulnak elő ún. fatális betegségtípusok (pl. szívinfarktus), míg a nők esetében nagyobb az esélye a többnyire halálhoz nem vezető krónikus megbetegedéseknek (pl. mentális kórképek), amelyek azonban hosszú ideig fennállnak, és korlátozzák őket aktivitásukban [4].

Hazánkban a rendszerváltást követően a nők társadalmi, gazdasági helyzete és életkörülményei jelentősen megváltoztak. A társadalom többségét hátrányosan érintő gazdasági problémák, a szociális ellátórendszer változásai nagy terheket rónak mind a családok fenntartásában szerepet vállaló, mind pedig az egyedülálló nők

re [5]. A nők társadalmi szerepét érintő változások hatással vannak egészségmagatartásukra (pl. egyre többen dohányoznak) és ez által egészségi állapotukra is.

A vizsgálat célja az egészségi állapot, a szociális helyzet és az életmód közötti összefüggések komplex felmérése volt a dél-alföldi régió lakossága körében. Tekintettel arra, hogy a demográfiai jellemzők közül, az értelemszerűen nagyon erősen jelentkező életkori hatások mellett a legnagyobb mértékben a nemi hovatartozás befolyásolja az egészséget, valamint az a tény, hogy az utóbbi évek során a hazai szakirodalomban kevés olyan publikáció jelent meg, amely a nők helyzetével, egészségi állapotával kiemelten foglalkozik, a fenti, más témakörökre is kiterjedő, komplex lakossági felmérés eredményei közül elsősorban a nők egészségi állapotára és egészségmagatartására vonatkozó adatok kerülnek bemutatásra.

Módszer

2002. decemberében a Szegedi Tudományegyetem Népegészségtani Intézet, a Családorvosi Intézet és Rendelő, valamint az Országos Alapellátási Intézet empirikus szociológiai és epidemiológiai felmérést végzett a dél-alföldi régióban. A felmérés Csongrád megye esetében 46, Bács-Kiskun megyében 41 háziorvosi praxisban történt, összesen 46 települést vonva be a vizsgálatba. A megkérdezettek kiválasztása valószínűségi mintavételi eljárással történt, a minta összesen 3419 főből állt, akiknek 57,7 %-a volt nő. A résztvevő nők átlagéletkora 41,92 év volt.

A survey típusú adatfelvételt kérdezőbiztosok végezték; a kérdőív a demográfiai mutatókra, a szociokulturális jellemzőkre és az életkörülményekre, az objektív és a szubjektív egészségi állapotra, a gyógyszerfogyasztási szokásokra, az orvoshoz fordulás, a szűréseken való részvétel feltételeire és gyakorlatára, valamint az egész-

¹ A Népegészségügyi Tudományos Társaság XIII. Nagygyűlésén elhangzott előadás alapján.

A leggyakoribb betegségi főcsoportok kor szerinti alakulása (%)

Betegségi főcsoportok (BNO-10)	Korcsoportok (év)				Összesen
	16–19	20–39	40–59	60+	
IV. Endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	1,5	5,1	8,1	16,5	7,7
V. Mentális és viselkedészavarok	0,4	0,7	3,5	4,7	1,8
IX. A keringési rendszer betegségei	9,9	12,8	28,2	50,8	24,5
X. A légzőrendszer betegségei	6,6	4,9	4,8	3,1	4,8
XI. Az emésztőrendszer betegségei	1,5	1,9	3,5	5,0	3,0
XI. A csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	5,9	7,2	18,5	28,5	14,6

sémgagatartásra vonatkozó kérdéseket tartalmazott. A válaszadás önkéntes és névtelen volt.

Az adatfeldolgozás és az elemzés SPSS 9.0 for Windows programmal történt.

Eredmények, megbeszélés

Egészségi állapot

Az egészségi állapot mérésének széles körben elfogadott módszere, hogy magukat az érintetteket kérdezik meg arról, milyen akut és krónikus betegségekben szenvednek. Az önbevalláson alapuló kérdésre, mely szerint „Önnek milyen orvos által megállapított krónikus betegsége van?”, a válaszadók maximum három betegséget említhettek. A válaszok összesítése és BNO-10 szerinti csoportosítása alapján minden negyedik nő adott információt cardiovascularis megbetegedésről, igen gyakoriak voltak még a mozgásszervi és az endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek is (1. táblázat).

Korcsoportonként jelentős különbség figyelhető meg a keringési, a légzőrendszeri, a mozgásszervi és az endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek gyakoriságában, melyek előfordulása – a légzőrendszeriek kivételével – a életkor előrehaladtával növekszik (1. táblázat). A keringési rendszer betegségei már a legfiatalabb korcsoportban is közel 10 százalékos aránnyal szerepeltek, a legidősebbek között pedig ez az arány az ötszörösére nőtt, így a hatvan évnél idősebbeknek már több mint felénél fordult elő ez a kórforma. A hatvan éven felüliek körében tizenegyszeresére nőtt az endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek gyakorisága, majd ötszörösére pedig a csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei. Az idősebb nők hátrányosabb társadalmi, gazdasági helyzetére utalhat a körükben magasabb arányban előforduló mentális és viselkedészavarok megléte is.

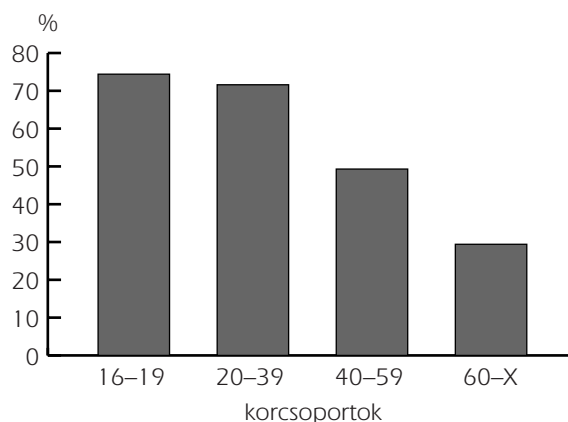
A fentieknek megfelelően az egészségesek – krónikus betegségtől mentesek – aránya korcsoportonként csökken (1. ábra). A hatvan évnél idősebbeknek közel 30 százaléka tekinthető egészségesnek abban az értelemben, hogy nincs orvos által megállapított krónikus betegsége. Ugyanakkor figyelemreméltó, hogy a legfia-

talabbaknak már egynegyede jelezte, hogy van valamilyen egészséggel kapcsolatos problémája. A betegek és egészségesek arányát elemezve szembetűnő volt, hogy jelentősebb egészségromlás a negyvenes éveikben járó nők körében figyelhető meg, ettől kezdve a betegek száma felülmúlja a nem beteget.

A társadalmi tényezők közül az iskolázottságot – számos más társadalmi és gazdasági különbség eredményét – kiemelve megállapítható, hogy annak növekedésével a panaszok gyakorisága csökken (2. táblázat). Legjobb az egészségi állapota a felsőfokú végzettségű és az érettségizett nőknek; a tanultabb nők fele annyi cardiovascularis és jelentősen kevesebb mozgásszervi betegségről adnak számot, mint az alapfokú végzettségűek. A légzőrendszeri megbetegedések itt is kivételt képeznek, legmagasabb a gyakoriságuk a középfokú végzettségűek körében, amelynek hátterében ezen nők dohányzási magatartása húzóerő.

A népességnek a saját egészségi állapotára vonatkozó önbesorolása, az ún. szubjektív egészség az egészségi állapot egyik legmegbízhatóbb jelzője. Mivel az egészséget – csakúgy, mint a betegséget – többféleképpen definiálják, az egészségi állapotot sem lehet értelmezni kizárólag a klinikai státusz alapján [6]. Olyan összetett, többdimenziójú jelenségről van ugyanis szó, amely magában foglalja az objektív, diagnosztizálható jeleken túl azok szubjektív értékelését is. A beteg ember szubjektív ítélete már csak azért sem hagyható figyel-

Egészségesek aránya korcsoportok szerint (%)



1. ábra

A leggyakoribb betegségi főcsoportok iskolai végzettség szerinti alakulása (%)

Betegségi főcsoportok (BNO-10)	Iskolai végzettség			
	≤8 általános	szak- munkás- képző	szakközép- iskola, gimnázium	főiskola, egyetem
IV. Endocrin, táplálkozási és anyagcsere betegségek	10,7	7,5	4,6	7,3
V. Mentális és viselkedészavarok	3,2	1,9	1,7	1,6
IX. A keringési rendszer betegségei	36,4	20,2	16,9	17,7
X. A légzőrendszer betegségei	4,5	4,9	5,6	3,6
XI. Az emésztőrendszer betegségei	4,4	2,4	2,5	1,2
XIII. Csont-izomrendszer és kötőszövet betegségei	21,8	12,4	10,6	7,3

men kívül, mert sokszor éppen ennek hatására születik meg a döntés, hogy orvoshoz fordul-e vagy sem, amely meghatározó lehet későbbi egészségi állapota szempontjából. A kérdőív 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 Dél-Alföldön és az Európai Unió (EU) korábbi 15 tagországában élő nők szubjektív egészségét összehasonlítva megállapítható, hogy az itteni régióban élő nők 13%-a minősítette állapotát rossznak, illetve nagyon rossznak, ezzel szemben az EU-ban ez az arány csak 6,8% (3. táblázat). Lényeges differencia mutatkozott az egészséget kiválónak értékelők között is; míg a dél-alföldi nőknek csupán 5,6%-a ítélte egészségét nagyon jónak, ezzel szemben az európaiak majd négyszer többen sorolták magukat ebbe a kategóriába [7].

3. táblázat

Az egészség önértékelése

	Az egészségi állapot önértékelése (%)				
	kiváló	jó	közepes	rossz	nagyon rossz
Dél-Alföld	5,6	41,5	39,9	11,1	1,9
Európai Unió	21,2	43,7	28,1	6,0	0,8

Életmód

A fejlett országokban az életmódnak – dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, egészségtelen táplálkozás, rendszertelen testmozgás – van a legnagyobb egészséget befolyásoló hatása. A kedvezőtlen hazai morbiditási és mortalitási tendenciák háttérben is fontos ezen tényezők szerepe.

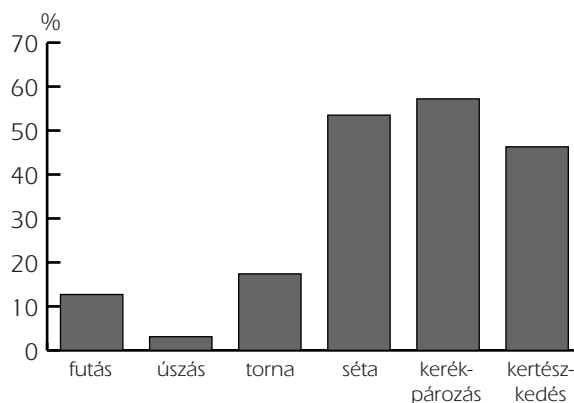
A modern társadalmakban népegészségügyi jelentősége folytán a dohányzás jelenti a legfőbb problémát, amely szoros kapcsolatban áll a daganatok, a légzőrendszeri és a cardiovascularis megbetegedések többségével. A nők esetében különösen jelentős szerepe van a dohányzásnak, amely a fenti betegségek mellett befolyásolhatja a termékenységet, és növelheti a korai

menopausa valószínűségét is [8]. Míg az Európai Unióban a nők 34,3%-a, a Dél-Alföldön csak 24%-a dohányzik [9]. Riasztó tény azonban, hogy a fiatal nők körében igen magas a dohányzók aránya. A húsz évnél fiatalabban 23,8%-a, a húsz feletti 30,3%-a, míg a harmincas éveikben járó nők 31,8%-a dohányzik rendszeresen. Ismeretes az is, hogy a dohányzás az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszúak körében elterjedtebb. A vizsgáltak vonatkozásában az iskolai végzettség szerint megállapítást nyert, hogy a szakmunkásképzőt végzett nők körében a leggyakoribb a dohányzás (34,0%), ezzel szemben a főiskolai, illetve egyetemi diplomával rendelkezőknek csupán 17,1%-a cigarettázik. Relatíve kis gyakorisága ellenére elgondolkodtató, hogy a nők 4,4%-a terhessége alatt is dohányzott.

A megkérdezett nők majd 1%-a fogyasztott naponta alkoholt, de mivel az alkoholfogyasztás mérésénél számolnunk kell a szégyenérzetből fakadó letagadással, a tényleges érték ennél magasabb lehet.

Ismert, hogy a rendszeres fizikai aktivitás elengedhetetlen a testi és lelki jólléthez. A vizsgálat időpontjában a felmérésben résztvevő nők 3,1%-a sportolt versenyszerűen; 11,6% régebben sportolt, de már abbahagyta. A fizikai aktivitás jellemzőit elemezve látható, hogy a legerjedtebb, nem versenyszerű mozgási forma a kerékpározás, a séta és a kertészkedés volt (2. ábra).

A rendszeres fizikai aktivitás gyakorisága (%)

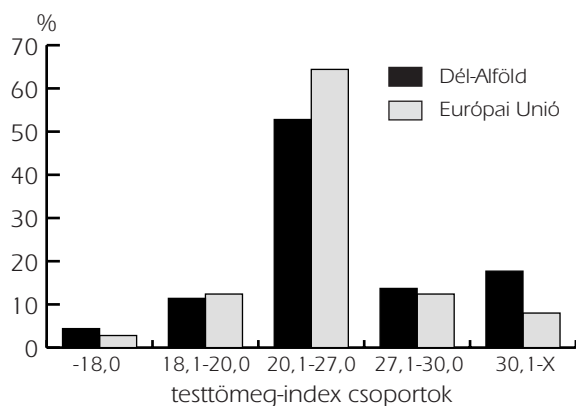


2. ábra

Az egészséges étrend és a normális testtömeg az egészség egyik alapja. A fejlett társadalmakban egyre nagyobb gondot okoz a túlsúlyosság, az elhízottság, amely növeli a táplálkozási, az endocrin és anyagcsere megbetegedések valószínűségét, s szoros kapcsolatban áll a cardiovascularis kórfarmakkal is [10].

A felnőttek körében használatos testtömeg index, amely a testtömeget a test magasságához viszonyítja (kg/m^2), segítségével jellemezhető az illető személy elhízottsági foka. Az Európai Unióban használatos definíció alapján azok a nők, akiknek a testtömeg indexük 18,1 és 20 között van soványnak, azok pedig, akiknek 18 alatt van kórosan soványnak minősülnek [8]. Túlsúlyosak azok, akiknél az érték 27 és 30 között van, s elhízottnak minősül az, akinek 30 fölötti. A 3. ábra a fenti osztályozás alapján kialakított testtömeg-index csoportokat mutatja. A dél-alföldi adatokat az Európai Unióéval összevetve látható, hogy nincs jelentős különbség a soványak és a túlsúlyosak aránya között; nálunk kevesebb volt a normál testalkatú nő, és 10%-kal több volt az elhízottak aránya [8]. Soványnak minősült a dél-alföldi nők 15,8%-a, normál testalkatú volt több, mint a fele (52,8%), túlsúlyosnak illetve elhízottnak mutatkozott 31,4%.

Testtömeg-index csoportok eloszlása (%)



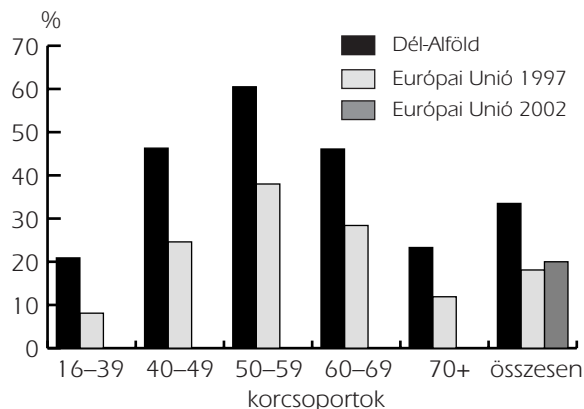
3. ábra

Szűréseken való részvétel

A magyar nők körében az emlőrák népegészségügyi méretű probléma; az emlőrákban elhalt betegek száma 2002-ben meghaladta a 2200-at [1]. Az emlőrák okozta halálozás csökkentésére rendelkezésre álló stratégiák közül – a kezelés eredményességének a klinikai stádiumtól függése miatt – a korai felismerés és kezelés a legígéretesebb. Ennek eszköze az egészségügyi ellátórendszer által központilag szervezett, közpénzből finanszírozott, az életkor alapján veszélyeztetettnek minősülő lakosságcsoportra kiterjedő mammográfiás emlőszűrési program, amely hazánkban 2001. decemberében indult el. Működtetése és kiterjesztése az "Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjára" egyik célkitűzése.

A felmérést megelőző egy évben mammográfiás emlőszűrésen a megkérdezett dél-alföldi nők 33,5%-a vett részt; az EU-ban a részvételi arány 1997-ben 18%, 2002-ben pedig 20 % volt (4. ábra). A korcsoportok szerinti megoszlás alapján megállapítható, hogy a dél-alföldi régióban a középkorú nők átszűrtsége (51%) magasabb, mint az uniós arány (30,3%), de az optimálisnak tekinthetőnél (70 %) még alacsonyabb [8, 10].

A felvételt megelőző évben mammográfiás szűrésen részt vettek aránya (%)



4. ábra

* Az Európai Unióban 2002-ben mammográfiás szűrésen részt vettek korcsoportonkénti aránya nem volt elérhető.

A méhnyakrák szűrés nem szervezett formában történő igénybevitelére a lakosságnak korábban is volt lehetősége, mellyel azonban a nőknek csak 20–30%-a élt, mely csoport elsősorban a magasabban iskolázott társadalmi rétegből került ki [11]. A 4. táblázat a nem szervezett méhnyakrák szűréseken való részvételi arányok alakulását mutatja, mely szerint a dél-alföldi nők átszűrtsége (55,9%) eddig is kedvezőbbnek bizonyult, mint az uniós (30,8%) [10, 8]. A népegészségügyi program keretében 2003. szeptemberétől a méhnyakrák szűrés is szervezetté vált. Feltétlenül megjegyzendő, hogy a népegészségügyi programhoz kapcsolódó, kiterjesztett szűrővizsgálatok révén lehetőség nyílik az említett daganatok megelőzése vonatkozásában az esélyegyenlőség megteremtésére, s a személyes behíváson alapuló tájékoztatás eszközével a nők azon rétegének bevonására is, akik eddig nem rendelkeztek kellő információval a betegség megelőzhetőségének módjáról.

4. táblázat

A felvételt megelőző évben méhnyakrák szűrésen részt vettek aránya

	Korcsoportok (év)			Összesen
	16-34	35-64	65+	
Dél-Alföld	56,5	62,8	32,4	55,9
Európai Unió 1997	37,3	45,9	16,5	37,7
Európai Unió 2002 *	–	–	–	30,8

* Az Európai Unióban 2002-ben méhnyakrák szűrésen részt vettek korcsoportonkénti aránya nem volt elérhető.

Következtetések

A dél-alföldi nők körében gyakoribbak voltak a cardiovascularis, a mozgásszervi, az endocrin, a táplálkozási és az anyagcsere betegségek; előfordulásuk az életkor előrehaladtával nőtt, és elterjedtebbnek mutatkoztak a kevésbé iskolázott személyek körében.

Az egészségesek-betegek arányát elemezve kitérünk, hogy különösen veszélyeztetettek a negyvenes éveikben járó nők. Körükben egy hirtelen egészségromlás figyelhető meg, amely jelenség az iskolázatlanabbak között kifejezettebben jelentkezik. Ezen populáció egészségi állapotának javításához ezért célzottabb prevenciós programok szükségesek.

A szociális depriváció és a betegségek közötti összefüggés főként a nőket érinti hátrányosan, mivel náluk jelenik meg koncentráltan az alacsony fizetés, a foglalkozási státuszvesztés stb. Minthogy a szubjektív egészség jól tükrözi a közérzetet, a nők társadalmi és gazdasági helyzetére, mindennapi gondjaik, feszültségeik gyakoriságára utalhat, hogy nagyon kevesen értékelték egészségi állapotukat kiválónak. Még a fiatalabbak is, akik alapjában véve fizikálisan egészségesek voltak, inkább hármásra, négyesre minősítették állapotukat. Ezen tény ismeretében hangsúlyozni kell, hogy azon tradicionális orvosi modellt, amely a betegség oki tényezői között kizárólagos jelentőséget tulajdonít a biológiai folyamatoknak, már nem tartható fenn. A biomedikális szemlélet helyett egyértelműen a betegségek kialakulása és gyógyítása vonatkozásában is a bio-pszichoszociális modellt kell alkalmazni [12].

A nők társadalmi szerepét érintő változások erős hatással vannak az egészségmagatartásukra, így az egészségükre is. Ezt jól tükrözi, hogy közülük egyre többen dohányoznak, pedig a dohányzó nők 50%-kal nagyobb eséllyel kapnak infarktust, mint a dohányzó férfiak. Bizonyítékok vannak arra is, hogy a dohányzó nők 20–70%-kal nagyobb eséllyel kapnak tüdőrákot, mint a férfiak, s női szájüregi rákoknak szintén kétszer nagyobb a valószínűsége [13]. Bár ma a nők körében a tüdőrák okozta mortalitást általában felülmúlja a mellrákos halálozás, a dohányzásra visszavezethető halálozások száma növekvőben van. A magyar nők különösen kedvezőtlen helyzetére utal, hogy 2002-ben a tüdőrákban meghalt nők száma már meghaladta az emlőrákban elhunytakat [1].

A dél-alföldi nők körében magasabb volt az elhízottak aránya, mint az Európai Unióban, amely többek között növeli a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázatát is.

Az emlő- és méhnyakrák szűréseken nagyobb arányban vettek részt a dél-alföldi nők, mint az Unióban élők;

az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” által kitűzött cél – a daganatos betegségek okozta halálozás csökkentése – eléréséhez azonban tovább kell növelni szűréseken való a részvételi arányt.

ÖSSZEFOGLALÁS

A Szegedi Tudományegyetem Népegészségtani Intézete, a Családorvosi Intézet és Rendelő, valamint az Országos Alapellátási Intézet által 2002. decemberében végzett vizsgálat adatai alapján a nők egészségi állapota és egészségmagatartása került értékelésre a Csongrád és Bács-Kiskun megyei minta alapján. Az adatfelvétel kérdőbiztosok közreműködésével, olyan kérdőívvel történt, amely komplex módon elemezte az egészségi állapotot.

A dél-alföldi nők körében gyakoribb kórfelműk a cardiovascularis, a mozgásszervi és az endocrin, táplálkozási és az anyagcsere betegségek, melyek előfordulása a kor előrehaladtával nő, és elterjedtebbek a kevésbé iskolázott személyek körében. A nők egynegyede dohányzik, és magasabb az elhízottak aránya, mint a Európai Unióban.

Az emlő és méhnyakrák-szűréseken nagyobb arányban vesznek részt a dél-alföldi nők, mint az Unióban élők. Ahhoz azonban, hogy megvalósulhasson az „Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programja” által kitűzött cél, hogy a daganatos betegségek okozta halálozás csökkenjen, tovább kell növelni szűréseken való a részvételi arányokat.

IRODALOM

1. Demográfiai Évkönyv 2002. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal; 2003. – 2. The European Health Report 2002. WHO Regional Publications, European Series, No.97. – 3. Józán P.: A századvég halálozási viszonyainak néhány jellegzetessége Magyarországon. Századvég, 2000. 16.sz.: 29-44. – 4. Lehmann H., Polonyi G.: Helyzetkép a magyar lakosság állapotáról - 1997. In: Társadalmi Riport 1998. (Szerk.: Kolosi T., Tóth I. Gy., Vukovich Gy.). Budapest, 1998. – 5. Az esélyegyenlőség programja. Esély 1997;8(4):122-131. – 6. Szántó Zs., Susánszky É.: Lakossági öngyógyítási stratégiák. Lege Artis Medicinae 2000;10(1):74-81. – 7. Special Eurobarometer: The health of adults in the European Union. European Opinion Research Group EEIG 2003. – 8. The state of women's health in the European Community. Report from the Commission, Luxembourg. 1997. – 9. Special Eurobarometer: Smoking and the environment: Actions and Attitudes. European Opinion Research Group EEIG 2003. – 10. Special Eurobarometer: Health, food and alcohol and safety. European Opinion Research Group EEIG 2003. – 11. <http://www.eszscsm.hu/eszscsm/eszscsm.news.page?pid=DA10473>. – 12. Csabai M.: Az orvos-beteg találkozás helye és szerepe a gyógyító folyamatban. In: Magatartástudományok. (Szerk.: Buda B., Kopp. M.) Budapest: Medicina; 2001. – 13. Woll, P.J.: Smoking and risk of myocardial infarction. Smoking is a feminist issue. BMJ 1998;317(7164):1018.