

MIÉRT HALNAK MEG IDŐ ELŐTT A MAGYAR FÉRFIAK?

KOPP MÁRIA, SKRABSKI ÁRPÁD

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest
MTA-SE Mentális Egészségtudományok Kutatócsoport

ÖSSZEFOGLALÁS

A 40-69 éves férfiak halálozási arányai ma Magyarországon még mindig rendkívül magasak, 1960-ban 12,2, 2005-ben pedig 16,2 ezrelék volt: azaz 33%-kal emelkedett, miközben a 40-69 éves korú nőké 9,6 ezrelékről 7,8 ezrelékre csökkent. A 2002-ben 40-69 éves népesség jellemzői alapján azt vizsgálja, hogy milyen társadalmi-gazdasági, pszichoszociális és életmód tényezők jelezték előre az idő előtti halálozást 2006-ig. A férfiak közül 8.8 %, a nők közül 3.6 % halt meg ezalatt az idő alatt. A férfiak esetében a halálozás szignifikáns előrejelzője volt számos olyan tényező, ami a nők esetében nem volt kimutatható kapcsolatban a korai halálozás valószínűségével. Ilyenek voltak az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi helyzet, alacsony személyes és családi jövedelem, a munkával kapcsolatos tényezők közül a biztos munka hiánya, csekély munkahelyi kontroll érzés, segéd és betanított munka, depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a házastárstól és a gyermektől kapott társas támogatás hiánya. A nők számára a legfontosabb veszélyeztető tényező a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség volt. A fenti krónikus stressz tényezők és az idő előtti halálozás közötti közvetítő tényező elsősorban a depressziós tünetegyüttes volt.

KULCSSZAVAK: idő előtti halálozás, nemi különbségek, depresszió, krónikus stressz

WHY DO HUNGARIAN MEN DIE EARLY?

The mortality rate for 40-69 years old men was 12.2 /thousand males of corresponding age in 1960 and 16.2 in 2005: it increased by 33 %, while among 40-69 years old women it decreased from 9.6 0/thousand females of corresponding age to 7.8. The aim of the present follow up study was to analyze which psychosocial risk factors might explain the high premature mortality rates among Hungarian men? Participants in the Hungarostudy 2002 study, a nationally representative sample, 1130 men and 1529 women were contacted again in the follow up study in 2006, who in 2002 were between the age of 40-69 years. By 2006, 99 men (8.8%) and 53 women (3.5 %) died in this age group. Socio-economic, psychosocial and work related measures, self-rated health, chronic disorders, depressive symptoms (BDI), WHO well-being, negative affect, self-efficacy, meaning in life and health behavioral factors were included in the analysis. After adjustment according to smoking, alcohol abuse, BMI, education and age a number of variables were significant predictors of mortality only in men: low education, low subjective social status, low personal and family income, insecurity of work, no control in work, severe depression, no meaning in life, low social support from spouse, low social support from child. Socio-economic and work related risk factors predicted only male premature death. Among women dissatisfaction with personal relations was the most important risk factor. Among men depression seems to intermediate between these chronic stress factors and premature death.

KEYWORDS: premature mortality, gender differences, depression, chronic stress, psychosocial determinants

Az átalakuló közép-kelet-európai országok és ezen belül is Magyarország megbetegedési és halálzási válsága különleges, a társadalomban lejátszódó kísérlet arra, hogy megértsük, hogyan függnek össze egymással a társadalmi változások és az egészségi állapot, és milyen mechanizmusok magyarázhatják ezt az összefüggést (Bobak, Marmot 1996, Wilkinson 1996, Marmot 1996, Marmot et al, 1987). Az 1960-as években nem különbözött a várható élettartam Ausztriában és Magyarországon. 2005-ben azonban Magyarországon a férfiak várható élettartama 68,5, a nők 76,9 év, míg a szomszédos Ausztriában a férfiaké 76,4, a nők 82,1 volt (Demográfiai Évkönyv, 2005).

Az 1980-as évek vége óta Magyarországon a 40-69 év közötti férfiak halálzási arányszáma magasabbra nőtt, mint amilyen az 1930-as években volt, és bár ez a korai halálzási csúcs a 90-es évek közepén volt a legmagasabb, a legutolsó, 2005-ös Demográfiai Évkönyv szerint még mindig nem érte el az 1930-as szintet (Demográfiai Évkönyv, 2005). A 40-69 év közötti férfiak halálzási aránya 1960-ban 12,2, 2005-ben pedig 16,2 ezrelék volt: azaz 33%-kal emelkedett, miközben a 40-69 éves korú nők 9,6 ezrelékről 7,8 ezrelékre csökkent. Ezek szerint 2005-ben 11.395-tel több férfi hunyt el ebben a korcsoportban, mint 1960-ban (1960-ban 20.736, 2005-ben 32.131 férfi) (Demográfiai Évkönyv, 2005).

A magyar férfiak korai halálzása igen súlyos gazdasági veszteséget is jelent, inkább hasonlít az ukrán vagy az orosz népegészségügyi mutatókhoz, mint a szomszédos cseh, szlovák vagy lengyel helyzethez, nem is szólva a nyugat-európai életkilátásokról. 70 év felett a magyar mutatók már közelítik a rosszabb nyugat-európai életkilátásokat, ami arra mutat, hogy abban az életkorban, amikor az orvosi beavatkozások szerepe meghatározó, a magyar egészségügyben dolgozók, minden nehézség ellenére, viszonylag igen jól teljesítenek.

Ezzel szemben gyakorlatilag nem működik a megelőzés hálózata, ami elsősorban iskolai, munkahelyi, valamint széleskörű közösségi alapú programokat jelentene. Miközben a svéd népegészségügyi program első pontja a társadalmi kohézió erősítése, a második a társadalmi és gazdasági biztonságérzet erősítése, a harmadik a munkahelyi stressz megelőzése, nálunk ezek a

szempontok meg sem jelennek az egészségi állapotról szóló vitákban.

Felmerül a kérdés: miért éppen a középkorú férfiak a legsebezhetőbbek a rohamos gazdasági változások jelenlegi időszakában? Mi magyarázhatja az azonos társadalmi és gazdasági körülmények között élő férfiak és nők halálzási arányszámainak eltérését?

Ez a különbség nem magyarázható az egészségügyi ellátás hiányosságaiival, hiszen ugyanebben az időszakban jelentősen csökkent a csecsemők és az idősök halálzási aránya, a nők egészségi állapota pedig javult. Szintén nem valószínű, hogy genetikai tényezők magyarázhatják ezeket a gyors változásokat.

Módszerek

A vizsgált népesség

A magyar lakosság körében 1983-ban, 1988-ban, 1995-ben, majd 2002-ben végeztünk országos reprezentatív vizsgálatokat (Kopp és mtsai 2000, Skrabski és mtsai 2005). A minták a 18. év feletti magyar lakosságot nem, kor, megye és a 150 kistérség szerinti megoszlásban képviselték.

2002-ben 12.640 személy vett részt a *Hungarostudy 2002* felmérésben. A válaszadást megtagadók aránya 17,7% volt. Minden válaszadást megtagadó helyett ugyanabból a közösségből választottunk ki egy demográfiai szempontból hasonló jegyekkel jellemezhető – hasonló korú, azonos nemű – másik személyt. A felmérést védőnők végezték, akik hozzávetőleg egy-egy órát töltöttek el a felkeresettek otthonában a kérdőív kitöltésével. A védőnők egészségügyi képzettségük, és a beléjük vetett bizalomnak köszönhetően kitűnően oldották meg ezt a feladatot. A kiválasztott védőnőket kéthetes időszak alatt készítettük fel erre a feladatra: három próbakérdéssel végeztek, mielőtt megkezdték az adatgyűjtést. A mintavétel módszerét részletesen leírtuk korábbi cikkünkben (Skrabski és mtsai 2005, Kopp és mtsai 2005).

A *Hungarostudy 2002* mintájából azok közül, akik hozzájárultak, hogy a későbbiekben újra felkereshetjük őket, a 2005-ben és 2006-ban végzett követéses vizsgálatban 4689 személy volt elérhető, 318 pedig meghalt. A *Hungarostudy 2006* követéses vizsgálat két szakaszból állt. A 2005. évi felmérés első szakaszában közvéleménykutató szakemberek vették fel a kapcsolatot a válasz-

adókkal, hogy elvégezzék a követéses vizsgálatot, vagy feljegyezzék az esetleges elhalálozás tényét. A felmérés második szakaszában ismét a védőnőket kerestük meg. 2006-ban a védőnők áttanulmányozták az elhunytak adatait, ezek között a házi orvosok nyilvántartásában szereplő halálokokat. Ezen kívül megkeresték azokat is, akiket az első szakaszban nem találtak meg a közvéleménykutató cég munkatársai. Több embert találtak meg a Hungarostudy 2002 résztvevői közül, mint ahányszor azután otthoni interjú készült. Ebben a tanulmányban csupán a Hungarostudy 2002-ben résztvevő és az azóta elhalálozott, illetve az élő személyek adatait hasonlítottuk össze, mivel célunk az idő előtti halálozást előrejelző pszichológia, szociális és életmód tényezők azonosítása volt. A fenti 5007 személy közül a jelen tanulmányban csak azoknak az adatait vizsgáltuk, akik 2002-ben 40-69 év közöttiek voltak.

Társadalmi-gazdasági, pszichológiai és munkahellyel kapcsolatos változók a Hungarostudy 2002 keretében

Társadalmi, gazdasági és demográfiai változók: végzettség (középfokú vagy annál alacsonyabb), szubjektív társadalmi és gazdasági státusz, szubjektív szegénység; „Olyan kevés a jövedelemem, hogy az élethez alapvetően szükséges cikkeket sem tudom megvásárolni”, gépkocsi a családban, személyi számítógép a családban, családi állapot (egyedül élő, élettársi kapcsolatban, házastársával együtt élő házaspár, házastársa nélkül élő házaspár, elvált, özvegy).

Munkával kapcsolatos változók: munkahelyi kontroll: Tudja-e befolyásolni, ami a munkacsoportjában történik? kérdésre adott (0-3 fokozatú) Likert-skálán értékelt válaszok segítségével mértük (Kopp és mtsai 2006).

Munkahelyi biztonság („Örülök, hogy biztos munkám van.”), a munkával kapcsolatos elégedetlenség („Elégedetlen vagyok a munkámmal”), illetve a főnökkel kapcsolatos elégedetlenség („Elégedetlen vagyok a főnökömmel/főnökeimmel.”) kérdéseit 0-2 fokozatú Likert-skálán értékeltük (Rahe, Tolles 2002).

Feljegyeztük a hét végi és a heti munkaórák számát.

A személyes jövedelmet egy 8-fokozatú külön kártyán értékeltük (amelyen a havi 50 000 Ft. vagy annál kevesebb = 1, a havi 500 000 Ft. vagy

annál több = 8), és a legalacsonyabb, illetve a magasabb kategóriákba soroltuk.

A családi jövedelemre is a fentiek szerint kérdeztünk rá, de a két legalacsonyabb kategóriát hasonlítottuk össze a többivel.

Társas támogatás: a társas támogatottságot az észlelt támogatással kapcsolatos válaszok alapján értékeltük. Nehéz élethelyzetben mennyire számíthat az alábbiak segítségére: külön-külön rákérdeztünk a munkatársakra, házastársra, élettársra, szülőkre, gyermekre és barátokra. A válaszokat az egyáltalán nem, keveset/átlagosan, nagyon kategóriák szerint hasonlítottuk össze, kivéve a házastársat, ahol a semennyire/ egyéb válaszokat hasonlítottuk össze.

Megkérdeztük a személyes kapcsolatokkal összefüggő elégedettséget, illetve a családi problémák miatti aggodalmat.

Az egészségi állapot önértékelése: az egészségi állapot önértékelését a következő kérdéssel mértük fel. „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” Erre ötféle válasz született: kiváló, jó, közepes, rossz, nagyon rossz. A válaszokat „rossz”, „nagyon rossz”/ egyéb kategóriákba soroltuk (Kopp és mtsai 2004).

A munkaképesség önértékelésére hatfokú skálát alkalmaztunk, a nincs munkaképesség csökkenés/ munkaképtelenség különböző szintjeit hasonlítottuk össze.

Huszonötféle megbetegedéssel kapcsolatban megkérdeztük, hogy állott-e kezelés alatt élete során az adott betegséggel, kezelték-e az elmúlt és során illetve hogy volt-e munkaképtelen az elmúlt évben az adott betegség miatt.

Pszichológiai változók:

A depressziós tüneteket és a depresszió súlyosságát a Beck-féle depresszió-skála rövidített változatának 9 tételével mértük. Ez a skála a depressziós tünetek súlyosságának közösségi felmérésekben alkalmazható megbízható szűrőmódszere. 7,8,14 A skála magyar változatát korábban a teljes népességre és klinikai mintán validáltuk, a rövidített skála megbízhatóan alakítható vissza az eredeti Beck-féle depresszió pontértékekre. A skálán 25 pont a súlyos depresszió küszöbértéke (Kopp és mtsai 2000, Lasa és mtsai 2000, Rózsa és mtsai 2001, Kopp és mtsai 1995).

Szorongás skála hétfokú skálán méri a szorongást. Ebben az esetben a 7 pont vagy alacsonyabb / magasabb csoportosítást alkalmaztunk (Rózsa és mtsai 2003).

Az *életminőséget* a WHO Életminőség-mérő kérdőívének (WHO Well-being Questionnaire) rövidített változatával mértük, amelyen a legmagasabb kvartilis/egyebek csoportosítást használtuk fel az elemzéshez, a jókedv változó hatását külön elemeztük (egyáltalán nem jellemző/egyéb válasz) (Rózsa és mtsai 2003, Bech és mtsai 1996).

Negatív érzelmi beállítódást a D-típusú személyiségteszt 8-fokú alsókálájával, a D-típusú személyiségi kérdőív magyar változata segítségével mértük, a legalacsonyabb kvartilis/egyebek csoportosítást alkalmaztuk az összehasonlításához (Rózsa és mtsai 2003, Dennollet, Van Heck 2001, Dennollet 2000).

A *személyes hatékonyság skálája* (Schwarzer 1992) egy 4 tételes rövidített skála, amelynek esetében a legmagasabb harmad / egyéb válaszok csoportosítást alkalmaztuk (Skrabski és mtsai 2005, Schwarzer 1993).

Az *élet értelmét felmérő skála* (Rahe 2002). Richard Rahe *Rövid stressz- és leküzdés-értékelő tesztjének* 8-tételes alsókálája, amelynek esetén a legmagasabb kvartilis / egyebek csoportosítást alkalmaztuk (Rahe és mtsai 2000).

Egészséges magatartás és életmód: az egészségkárosító magatartást a dohányzással (jelenleg dohányzik, élete során dohányzott), az elhízással: testtömeg-index (BMI) mértük a válaszadók magasság- és súlyadatai alapján. A BMI 30 pont fölött/egyéb kategóriáit hasonlítottuk össze. Az *alkohollal való visszaélést* az alkoholabúzust értékelő *AUDIT* skála segítségével vizsgáltuk. A kérdőív leginformatívabb kérdése: „Az elmúlt év során milyen gyakran fordult elő, hogy reggel kellett igyon egy italt, hogy elkezdhesse a napját? (Kopp és mtsai 2006) A szeszes ital fogyasztott mennyiségét is feljegyeztük. Rákérdeztünk a sportolás gyakoriságára is.

Eredmények

Az elemzésben a *Hungarostudy 2006* követéses vizsgálatból 1130 férfi és 1529 nő adatait elemeztük, akik 2002-ben 40-69 életév közötti korúak voltak. 2006-ig 99 férfi (8,8%) és 53 nő (3,6%) hunyt el a 40-69 éves korosztályból.

A társadalmi-gazdasági tényezők szerepe a korai halálozás előrejelzésében

Valamennyi tényező esetében megvizsgáltuk külön a férfiakra és külön a nőkre vonatkozóan,

hogy mely tényezők különböznek szignifikánsan a követéses vizsgálat során életben maradtak és a meghaltak között. Logisztikus alkoholabúzusó elemzés segítségével esélyhányadosokat (odds ratio, OR) számoltunk minden változóra vonatkozóan, ez a módszer alkalmas arra, hogy megmutassa, az adott változó hányszoros valószínűséggel jelzi előre a korai halálozást a férfiak illetve a nők esetében. Minden változó esetében először a korrekció nélküli esélyhányadost adtuk meg, majd az adatokat a hagyományos kockázati tényezők szerint korrigáltuk életkor, végzettség, dohányzás, alkoholabúzus és testtömeg-index szerint.

A rosszabb társadalmi-gazdasági helyzet szinte minden változója csupán a férfiak esetében járt együtt magasabb korai halálozási arányokkal. Az érettségénél alacsonyabb iskolai végzettség esetében 1.84, a rossznak minősített szociális helyzet 1.92, a szubjektív szegénység 1.79-szeres korai halálozási arányokkal járt együtt a férfiak esetében. A család anyagi helyzetével kapcsolatos társadalmi-gazdasági mutatók, mint az autó és személyi számítógép hiánya a családban a nők és a férfiak esetében egyaránt a halálozás jelentős előrejelző tényezőinek bizonyultak. Az adatok hagyományos kockázati tényezőkkel történő korrekcióját követően ezeknek a család általános anyagi helyzetét, társadalmi beágyazottságát mutató változóknak az előrejelző szerepe még fontosabbá vált. Érdekes módon a férfiak esetében a saját személyi számítógép igen fontos védő tényező, valószínűleg nem csak státusz szimbólumként, hanem a társadalmi bizonytalanság, munkahelyi kiszolgáltatottsággal kapcsolatos védő tényezőként jelenik meg (Marmot 2004).

A munkával kapcsolatos változók és a korai halálozás

A vizsgált mintában a férfiak 26,8%-a, a nőknek pedig 36,3%-a volt nyugdíjas. Mivel ma a hivatalosan nyugdíjas státuszban lévők közül is sokan dolgoznak, 2002-ben a megkérdezettek 74,4%-a válaszolt a munkával kapcsolatos kérdésekre. Természetesen a munkával kapcsolatos kérdések elemzése erre a csoportra korlátozódott. Az alacsony munkahelyi kontroll érzése, a segéd és betanított munkás státusz, az alacsony személyes és családi jövedelem a férfiak között szignifikánsan magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a nők esetében nem. A nők esetében a munkával kapcsolatos változók közül egyedül a munkatársaktól

kapott alacsony társas támogatás járt együtt magasabb halálozási arányokkal. A férfiak között a biztos munkahely hiánya a korai halálozás legjelentősebb kockázati tényezője volt, 3.33-szor magasabb halálozási arányokkal járt együtt, a hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után továbbra is háromszoros kockázatot jelentett.

Társas támogatás és idő előtti halálozás

Ebben a tekintetben is igen jelentős nemi különbségeket találtunk. Azok a férfiak, akik feleségükkel éltek 2002-ben, 2.2-szer kisebb valószínűséggel haltak meg 2006-ig, akik nagyon számíthattak házastársuk segítségére, 2.74-szer kisebb valószínűséggel. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után e tényezők előrejelző ereje megnőtt, aki nem élt feleséggel 2002-ben, 3.80-szoros valószínűséggel halt meg, a házastársi támogatás hiányában az esélyhányados 5.45-szörösre emelkedett. Érdekes módon, az élettársi viszony/együttélés, valamint az élettárstól kapott társas támogatás nem voltak jelentős előrejelző tényezők sem a férfiak, sem a nők között. Ebben a csoportban azonban kis számok szerepeltek, mivel Magyarországon ebben a korcsoportban viszonylag alacsony az élettársi kapcsolatok aránya. Érdekes módon a gyermektől kapott alacsony támogatás a férfiak idő előtti halálának volt igen fontos előrejelzője akkor is, ha az adatokat az ismert kockázati tényezők szerint korrigáltuk, közel négyszeres idő előtti halálalással járt együtt, ha egy férfinak nem volt gyermeke, vagy rossz volt vele a kapcsolata.

A nők között a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség (3.90-es esélyhányados) bizonyult a korai halálozás jelentős előrejelzőjének. A hagyományos tényezők szerinti korrekció után a rossz személyes kapcsolatok fontossága nőtt, a relatív halálozási kockázat 6.81-ra emelkedett. A nők között ez volt a korai halálozás legjelentősebb előrejelzője. A 2002-ben kikérdezett, életben maradt nők 38%-a nem volt elégedett személyes kapcsolataival, az elhalálozottak között pedig ez az arány 57% volt. A nők esetében tehát a tágabb társas kapcsolatok hiánya a legfontosabb egészségi kockázati tényező. Ez azonban védeltséget is jelent, mivel az egyik kapcsolat elégtelenségét más kapcsolatok pótolni képesek a nők esetében, míg a férfiak számára a házastársi kapcsolat különösen fontos.

A gyerek(ek)től kapott alacsony társas támogatás jelentős kockázati tényező volt mindkét nem

esetében, a középkorú népesség számára tehát a korábbi gyermekvállalás már komoly védőfaktor a jobb életkilátások tekintetében. A barátoktól kapott társas támogatás hiánya csak a férfiak esetében volt jelentős veszélyeztető tényező.

Szubjektív egészségi állapot és kezelt betegségek:

A szubjektív önértékelés szerinti rossz vagy nagyon rossz egészségi állapot igen gyakori a középkorú népesség körében: az életben maradt férfiak 21,8%-a, a nők 22,5%-a, viszont az elhalálozott férfiaknak 42,4%, az elhunyt nőknek 35,8%-a minősítette rossznak vagy nagyon rossznak egészségi állapotát 2002-ben. A vizsgált személyek saját értékelése szerinti munkaképtelensége – az enyhétől a súlyosig terjedő skálán – meglepően magas értéket mutatott mind a férfiak (57,7%), mind a nők (58,6%) esetén, és 87,6% volt az elhalálozott férfiak, 73,6% pedig az elhunyt nők esetében.

Az egészségi állapot önbecslése mindkét nemnél fontos előrejelzője volt a korai halálozásnak: a saját értékelés szerinti rossz egészségi állapot esélyhányadosa 2.98 volt a férfiak és 1.98 a nők esetében. Az adatok hagyományos kockázati tényezők szerinti korrigálása után, az egészségi állapot önbecslésének előrejelző ereje még erősebbé vált, a férfiak között 4,45, a nőknél pedig 3,08. A munkaképtelenség esélyhányadosa 5.84 volt a férfiak és 2,02 a nők esetében. Felmerül a kérdés: milyen tényezők magyarázzák ezt a korai egészségromlást? Más tanulmányokkal összhangban, az egészségi állapot önértékelése a férfiak esetében még jobban jelzi előre a halálozás kockázatát, mint a nők esetében. Több követéses vizsgálat eredményei szerint az egészségi állapot önbecslése minden ismert vizsgálati módszernél jobban jelzi előre a halálozás kockázatát. Ennek hátterében a „közérzet” nehezen meghatározható jelensége áll, ami a férfiak esetében pontosabb előrejelzője a szervezet működési zavarának, mint a nők esetében (Kopp és mtsai 2004, Idler, Benyamini 1997, Kaplan és mtsai 1996, Benyamini és mtsai 2000, Power és mtsai 1998).

Megdöbbenő ugyanakkor, hogy ugyanezek a férfiak, akik egészségi állapotukat már rossznak minősítették 2002-ben, milyen alacsony arányban fordultak orvoshoz. 2002-ben sem a magas vérnyomás, sem a szív-érrendszeri, sem az agyér-betegségek, sem más megbetegedések miatti kezelés nem jelezte előre a korai halálozást a férfiak esetében. A 2002 óta elhunyt nők 13,7%-át kezel-

ték daganatos betegség miatt (OR=3,19), ez a halálok volt a középkorú nők esetében a leggyakoribb. Ma a rák miatti halálozás, különösen az idő előtti onkológiai halálozás a világon a leggyakoribb. A férfiak esetében csak az ismeretlen eredetű szív- és érrendszeri problémák jelezték előre a korai halálozást.

A négy éves időszak alatt elhunyt férfiak esetében az orvosi kezelés igen alacsony aránya azt jelzi, hogy a magyar férfiak nem fordulnak orvoshoz a krónikus megbetegedések korai szakaszában. Ez különösen a depresszió esetében szembeszökő, mivel a Beck depresszió skála szerint az elhunyt férfiak 24%-a volt súlyosan depressziósnak tekinthető 2002-ben, és csak 5,2%-ukat kezelték.

A korai halálozás pszichológiai előrejelzői

A depresszió, különösen a súlyos depresszió a korai halálozás kockázatát ötszöröseire növelte, de csak a férfiaknál. 2002-ben a súlyos depresszió előfordulási aránya 24% volt a mintában szereplő elhunyt, és 5,8% az életben maradt férfiaknál. A WHO életminőség skálája csak a férfiak esetében bizonyult jelentős védő tényezőnek. Az élet értelmének a hiánya szintén csak a férfiak között volt jelentős kockázati tényező. A hagyományos kockázati tényezők szerinti korrekció után a súlyos depresszió, a rossz életminőség, valamint az élet értelmének a hiánya jelentős kockázati tényezők maradtak a férfiak esetében. A jókedv és a kompetencia érzése mindkét nem esetében jelentős védő tényező volt, mintegy kétszeresére emelte a túlélés valószínűségét. A negatív érzelmi beállítottság viszont csupán a nők esetében bizonyult a halálozást előrejelző tényezőnek, és a hagyományos tényező szerinti korrekció után is jelentős maradt, csakúgy, mint a boldogtalanság. Ez az eredmény arra mutat, hogy a környezeti hatások következtében kialakuló, a krónikus stressz lelkiállapotát jelző depressziós tünetegyüttes, más nemzetközi követéses vizsgálatok eredményeivel összhangban, a férfiak számára jelent nagyobb kockázatot, míg a negatív beállítottság, mint személyiségjellemző a nőknél fontosabb veszélyeztető tényező.

Magatartás, életmód és halálozás

A hagyományos kockázati tényezők közül a dohányzás (OR: 1,55) és különösen a rendszeres sport-tevékenység hiánya (OR: 2.99) a férfiaknál

jelentősen előre jelezte a korai halálozást. A nők esetében a sportolás hiánya (OR: 4,57) volt jelentős halálozást előrejelző tényező. Az életük során dohányzók aránya 2002-ben, a 40-69 éves korcsoportban 68,5% volt a férfiak és 36,1% a nők között, a dohányzók aránya 37,2% volt a férfiak és 23,1% a nők között. A dohányzás viszonylag kevésbé erős hatásának magyarázata az lehet, hogy a magukat betegebbnek érző férfiak és nők közül többen abbahagyták a dohányzást, így a 2002-es felmérés idején már nem voltak dohányosok.

Megbeszélés

Vizsgálataink legmegdöbbentőbb eredménye a középkorú férfiak és nők halálozásának háttérben kimutatott kockázati tényezők jelentős különbsége. Követéses vizsgálatunk eredményei szerint a 2002-ben 40-69 éves korú nők és férfiak közül 2006-ig a férfiak 8.8%-a, a nőknek pedig 3.6% hunyt el.

Felmerül a kérdés: mivel magyarázható a rendkívül magas arányú korai egészségromlás a magyar férfiak körében? A férfiak esetében a halálozás szignifikáns előrejelzője volt számos olyan tényező, ami a nők esetében nem volt kimutatható kapcsolatban a korai halálozás valószínűségével. Ilyenek voltak az alacsony iskolázottság, alacsony szubjektív társadalmi helyzet, alacsony személyes és családi jövedelem, a munkával kapcsolatos tényezők közül a biztos munka hiánya, csekély munkahelyi kontroll érzés, segéd- és betanított munka, depresszió, az élet értelmetlenségének érzete, a házastárstól kapott társas támogatás hiánya.

Nemzetközi követéses vizsgálatok szintén azt az eredményt mutatják, hogy a házastárs hiánya a férfiak számára fontosabb veszélyeztető faktor, mint a nők esetében. (Berkman, Breslow, 1983) Mi a magyarázata, hogy a férfiak mégis jobban félnek ma a házasságkötéstől, mint a nők? Valószínűleg azért, mert a nők, szocializációjuk eredményeként, jobban tudnak tájékozódni a társas kapcsolatokban, így a férfiak kiszolgáltatottabbnak érzik magukat a párválasztáskor. Mivel ma már a válást az esetek többségében a nők indítják, valóban nagy a kockázata annak, hogy egy férfi nem választ megfelelő társat magának. A nők számára a legfontosabb veszélyeztető tényező a személyes kapcsolatokkal való elégedetlenség volt, ebben a

tekintetben nem voltak alapvető változások az elmúlt évtizedekben.

Ha a férfiak korai halálozási arányának háttér-tényezőit vizsgáljuk, számos olyan aspektusa változott meg a társadalomnak, ami a férfiak számára különösen fontosnak. A legszembetűnőbb változás a társadalmon belül egyre nagyobb társadalmi-gazdasági különbségek kialakulása és az ezzel együtt járó társadalmi-gazdasági leszakadás érzése az alacsonyabb végzettségű és foglalkozású rétegekben. (Kopp, Réthelyi, 2004) Az 1960-as évekig gyakorlatilag nem volt látható jövedelmi egyenlőtlenség, így hát az egyes társadalmi-gazdasági rétegek nem is tértek el egymástól a halálozási arányszám tekintetében. A társadalmi-gazdasági különbségek növekvő anómiával, demoralizációval és kiszámíthatatlansággal jártak (Spéder és mtsai 1999, Eurobarométer 2006).

1956 után rájött a politika, hogy a legnagyobb veszélyt számára a nemzeti identitástudat, vagyis az a fajta összetartozás-élmény jelenti, amit a forradalomban szinte az egész ország átélt. Ennek kivédésére kinyitottak néhány kiskaput, és valósággal sulykolták a fogyasztói társadalom értékrendjét. Az anyagi helyzet a magyar társadalomban értékmérővé vált, különösen a társadalom alacsonyabb végzettségű rétegeiben, ahol a viszonylagos előnyök megszerzése az önértékelés alapjává vált. A fogyasztói társadalom megkövetelte növekvő erőfeszítések versenyben, rivalizálásban, túlmunkában, hajszoltságban jelentkeztek.

Vizsgálatunk eredményeinek tükrében feltételezhető, hogy a krónikus stressz az a láthatatlan kéz, amely a középkorú magyar férfiak tragikus korai halálozási arányát okozza (Kopp 2000). A krónikus stressz során felmerülő magatartási és lélektani változások szembetűnően hasonlítanak a depresszió során tapasztalható krónikus változásokhoz (Bresslau, Davis 1986, Gold, Chroussos 1988, 1998). A stressz-reakció harmadik, krónikus fázisában halálos következmények jelentkeztek Selye János laboratóriumában: az állatok elpusztultak az immunológiai, szív- és érrendszeri, illetve egyéb pszichológiai összeomlás következtében (Selye 1976). Emberek esetében elsősorban azok kerülnek a kontrollálhatatlan, krónikus stressz állapotába, akik nem rendelkeznek megfelelő megbirkózási képességekkel.

A depressziós tünetegyüttes a krónikus stressz állapotának legmegbízhatóbb mutatója. A súlyos depresszió 2.7%-ról 7%-ra növekedett 1988 és 1995 között a teljes magyar felnőtt lakosság körében. 2002 és 2006 között a súlyos depressziós tünetegyüttes aránya 4.3%-ról 9.2%-ra növekedett a felnőtt férfi lakosság körében, az emelkedés nagyobb arányú volt a férfiak, mint a nők esetében. Míg 2002-ben 13.5 % volt a kezelésre szoruló, közepesen súlyos és súlyos depressziósok aránya mind a teljes népességet képviselő mintában, mint azok között, akik beleegyeztek az utánkövetésbe, 2005 utolsó hónapjaiban ez az arány azok között, akiket a követéses vizsgálat során újra felkerestünk 18 %-ra, 4.5 %-kal emelkedett, a férfiak között nagyobb mértékben, mint a nők esetében.

Az érettségivel alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak közül 1.84 -szor annyian haltak meg a követéses vizsgálatunk eredményei szerint. Alapvetően fontos megérteni a férfiak alacsony végzettségének lehetséges „toxikus” összetevőit. Megvizsgáltuk, hogy milyen tényezők közvetíthetnek az alacsony iskolai végzettség és a korai halál között. Egy logisztikus regressziós modellben, ha a kort, a testtömeg-indexet, a dohányzást, az alkoholabúzust és a súlyos depressziót vettük be az elemzésbe, a kor, a dohányzás és a súlyos depresszió a korai halálozás szignifikáns előrejelzői maradtak, a végzettség hatása azonban már nem volt szignifikáns. Ez azt jelenti, hogy a középkorú férfiak esetében a fenti változók magyarázzák az alacsony végzettség veszélyeztető hatását. Egyedül a súlyos depresszió volt az a változó, amely teljesen magyarázta az alacsony iskolai végzettség férfiakra gyakorolt hatását. Több más tényező, mint a munkahely bizonytalansága, a feleségtől kapott társas támogatás hiánya és az élet értelmének hiánya csökkentették az alacsony iskolai végzettség hatását az idő előtti halálra, de nem magyarázták teljes mértékben. Természetesen ezek a tényezők szoros kapcsolatban állnak a súlyos depresszió kialakulásával.

Önpusztító kör alakul ki a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet és a krónikus stressz, depressziós tünetek ördögi köréből. A gyors társadalmi-gazdasági változások során a hátrányos helyzetűek folyamatosan magukat okolják az életkörülményeik, reménytelen jövőjük miatt, és tartós kontrollvesztést, reménytelenséget éreznek,

amiért nem engedhetnek meg maguknak autót, jobb életkörülményeket, magasabb jövedelmet, miközben a körülöttük élők képesek ezek elérésére. Folyamatosan negatívan ítélik meg saját helyzetüket, tanult tehetetlenséget és kontrollvesztést élnek át. Ez az élmény akkor terjed el széles körben, amikor a társadalom polarizációja gyors, továbbá a társadalmi kohézió, bizalom, reciprocitás és társas támogatás drasztikusan csökken (Kopp és mtsai 1999, Kopp 2008, Skrabski és mtsai 2003).

Az élet értelmének hiánya fontos stresszforrás a férfiak körében, míg ez a tényező nem volt kapcsolatban a nők korai halálzásával. Vizsgálataink eredményei alapján úgy tűnik, a férfiak sebezhetőbbek a kiszámíthatatlanság, a társadalom demoralizációja, a munkával kapcsolatos bizonytalanság, a társadalmi-gazdasági lemaradás kihívásaival szemben, mivel önmagukat tartják felelősnek a család társadalmi-gazdasági helyzetének javításáért.

A férfiak korai megbetegedésének és halálának ezek a drámai jellemzői speciális kísérleti modell-

ként is értelmezhető, amelyekből jobban megérthetjük a krónikus stressz emberi következményeit és azokat a folyamatokat, amelyek során a pszichológia a fiziológiához kapcsolódik. A probléma társadalmi, gazdasági jelentőségét figyelembe véve érthető, hogy a magyar férfilakosság idő előtti egészségromlásának és halálzásának nem szentel nagyobb figyelmet a politika, az egészségpolitika, de akár a gazdaságpolitika is. Ha madárinfluenza vagy más vírusfertőzés miatt halna meg évente nem 10 ezer, de 100 középkorú férfi, ez minden újság címlapján szerepelne. Megdöbbenő, hogy Magyarországon alig beszélünk erről a népegészségügyi krízisről, és főleg semmilyen lépés nem történik a negatív tendenciák javítása érdekében.

Levelezési cím:

Dr. Kopp Mária

SE Magatartástudományi Intézet

MTA-SE Mentális Egészségtudományok

Kutatócsoport

1089 Budapest, Nagyvárad tér 4, Budapest

kopmar@net.sote.hu

IRODALOM

- Bech, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C. The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. *Psychotherapy and Psychosomatics* 1996; 65: 183-190.
- Benyamini Y, Leventhal EA, Leventhal H. Gender differences in processing information for making self-assessments of health. *Psychosomatic Medicine*, 2000, 62, 354-364.
- Berkman LF and Breslow L (1983) Health and ways of living: The Alameda county study. New York. Oxford University Press.
- Black, D.; Morris, J.N.; Smith, C.; Townsend, P.; Whitehead, M. Inequalities in Health: The Black Report. Health Divide. London: Penguin; 1992.
- Bobak, M.; Marmot, M. East-west mortality divide: Proposed research agenda. *British Medical Journal*. 312: 421-425; 1996.
- Breslau, N.; Davis, G.C. Chronic Stress and major depression. *Arch. Gen. Psych.* 43: 309-314; 1986.
- Demográfiai Évkönyv, KSH, Budapest, 2005
- Dennollet J., Van Heck GL. Psychological risk factors in heart disease. What Type D personality is (not) about? *J. Psychosom Res.* 2001. 51:465-468.
- Dennollet, J. Type D personality, A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000; 49, 255-266.
- Eurobarometer 2006
- Gold, P.W.; Chrousos, G.P. The endocrinology of melancholic and atypical depression: relation to neurocircuitry and somatic consequences. *Proceedings of the Assn of American Physicians*. 111, 1:22-34; 1998.
- Gold, P.W.; Goodwin, F.K.; Chrousos, G.P. Clinical and biochemical manifestations of depression- Relation to neurobiology of stress. *The new England J. Med.* 319, 6: 348-353, 7:413-420; 1988.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty Seven Community Studies. *J Health and Social Behavior*, 1997, 38,21-37.
- Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, Salonen J. Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Int J Epidemiology*, 1996, 25, 2, 1-7.
- Kopp M, Skrabski Á, Szántó Zs, Siegrist, J (2006): Psychosocial determinants of premature cardiovascular mortality differences within Hungary. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60, 782-788.
- Kopp MS (interview) (2000) Stress: The invisible Hand in Eastern Europe s Death Rates, *Science*, 288, 9.June 2000, 1732-1733.
- Kopp MS, Réthelyi J (2004): Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality - the Central-Eastern-European health paradox. *Brain Research Bulletin*, 62, 351-367.
- Kopp MS, Skrabski Á, Kawachi I, Adler NE (2005): Low socioeconomic status of the opposite gender is a risk factor for middle aged mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 675-678.
- Kopp MS, Skrabski Á, Réthelyi J, Kawachi I, Adler N (2004) Self Rated Health, Subjective Social Status and Middle- Aged Mortality in a Changing Society. *Behavioral Medicine*,30, 65-70.
- Kopp MS, Skrabski Á, Réthelyi J, Kawachi I, Adler N (2004): Self rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine*, 30, 65-70.
- Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S (2000): Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society. *Social Science and Medicine* 51, 1350-1361.
- Kopp, M.S. Cultural transition. In: Fink, E.G., ed. *Encyclopedia of*

- Stress, volume 1. San Diego: Academic Press; 2nd Edition, 2007.
- Kopp, M.S., Skrabski, Á., Löke, J., Szedmak, S. The Hungarian state of Mind in a Transforming society. In: Spéder, Zs., ed. Hungary in Flux, Society, Politics and Transformation. Hamburg: Verlag Dr. Reinhold Kramer. 1999: 117-134.
- Kopp, M.S., Skrabski, Á., Szedmak, S. (1995) Socioeconomic factors, severity of depressive symptomatology and sickness absence rate in the Hungarian population, *J Psychosom Res.* 39, 8, 1019-1029.
- Lasa L, Ayuso-Mateos, JL, Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF The use of Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population, *Journal of Affective Disorders*, 2000; 57, 261-265.
- Mackenbach, J.P.; Kunst, A.E.; Groen-hof, F.; Borgan, J.K.; Costa, G.; Faggiano, F.; Jozan, P.; Leinsalu, M.; Martikainen, P.; Rychtarikova, J.; Valkonen, T. Socioeconomic inequalities in Mortality among Women and among Men: an International study. *Am. J. Public Health.* 89, 12: 1800-1806; 1999.
- Marmot M (2004) Status syndrome, Times Books, London
- Marmot, M.; Wilkinson, R. Social Determinants of Health. Oxford Univ. Press; 1999.
- Marmot, M.G. The Social Pattern of Health and disease. In: Blane, D., Brunner, E., Wilkinson, R., eds. Health and Social Organization. Rutledge; 1996: 42-70.
- Marmot, M.G.; Kogevinas, M.; Elston, M.A. Social/economic status and disease. *Ann. Rev. Publ. Health.* 8: 111-135; 1987.
- Power Ch, Matthews S, Manor O. Inequalities in self-rated health: explanations from different stages of life, *Lancet*, 1998, 351, 1009-1014.
- Rahe RH, Tolles RL. The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful Stress Management Instrument. *Int J Stress Management* 2002;9:61-70.
- Rahe, R. H., Veach, T. L., Tolles, R. L., & Murakami, K. (2000). The stress and coping inventory: an educational and research instrument. *Stress Medicine*, 16, 199–208.
- Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. A rövidített Beck Depresszió kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői, *Psychiatria Hungarica*, 2001; 16,4, 384-402.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., & Kopp, M. A Magyar népesség egészségi állapota a Hungarostudy 2002 felmérés szerint: módszerek és a reprezentatív minta jellemzői, *Psychiatria Hungarica* 2003; 18, 83-94.
- Schwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Berlin, Freie Universität.
- Selye H (1976) Stress in health and disease, Boston: Butterworth.
- Skrabski Á, Kopp MS, Kawachi I. (2003) Social capital in a changing society: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates, *J Epidemiology and Community Health*, 57, 2, 114-119
- Skrabski Á, Kopp MS, Kawachi I (2004): Social capital and collective efficacy in Hungary: Cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates, *J Epidemiology and Community Health*, 58, 3, 340-345.
- Skrabski Á, Kopp MS, Rózsa S, Réthelyi J, Rahe RH (2005): Life meaning: an important correlate of health in the Hungarian population. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12, 2, 78-85.
- Spéder Zs, Paksi B, Elekes Zs. Anomie and stratification at the beginning of the nineties. In: Kolosi T, Tóth IGy, Vukovich Gy, eds. *Social Report 1998*. Budapest, Social Research informatics Center; 1999:483-505
- Wilkinson, R.G. Health, civic society in Eastern Europe before 1989. In: Hertzman, C., ed. Environmental and non-environmental determinants of the East-West life expectancy gap. Amsterdam: Cluwer; 1996.

ERRATUM. A Neuropsychopharmacologia Hungarica 2008 10(3) 131-140 Sümegi András: A dominó elv – Monoaminok alulnézetből címu közlemény esetében a szerző által bemutatott bázisinformációk egy része a <http://www.acnp.org/publications/neuro5thgeneration.aspx> weboldalon található, Ordway és mtsai által publikált könyvfejezetre támaszkodik. Sajnálatosan, a fenti publikáció kimaradt a közlemény hivatkozáslistájából, mely mulasztás miatt a szerző sajnálatát fejezi ki, valamint elnézést kér az olvasóktól és a folyóirat Szerkesztőbizottságától. A hivatkozáslista kiegészítése a következő: Ordway GA, Kimek V, Mann JJ. Neurocircuitry Of Mood Disorders. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C (eds). Neuropsychopharmacology – 5th Generation of Progress. American College of Neuropsychopharmacology: Nashville, TN, 2002, pp 1051-1064.

ERRATUM. The article published in NPPHu 10(3) 131-140 “A dominó elv – monoaminok alulnézetből” by Dr. Sumegi Andras used several ideas and formulations that was traced back by the author to the book chapter by Ordway et al. available from <http://www.acnp.org/publications/neuro5thgeneration.aspx>. Unfortunately, this critical source was not included in the reference list. The author deeply regrets this omission and apologizes to the readership and to the Editorial Board of NNPHu. The reference list of the above mentioned manuscript should include: “Ordway GA, Kimek V, Mann JJ. Neurocircuitry Of Mood Disorders. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C (eds). Neuropsychopharmacology – 5th Generation of Progress. American College of Neuropsychopharmacology: Nashville, TN, 2002, pp 1051-1064.”

A Szerkesztőbizottság