

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők vizsgálata hazánkban: középpontban a dohányzás és az arról való leszokás

Dömötör Péterné¹, Bodnár Gabriella², Vincze Péter³, Bártfai Liza³, Bártfai Zoltán^{3,4}

¹ Soproni Gyógyközpont, Sopron

² Soproni Egyetem, Benedek Elek Pedagógiai Kar, Sopron

³ Medve Tanya Kft., Sopron

⁴ Csornai Margit Kórház, Tüdőgyógyászati Rehabilitációs Osztály és Szakrendelés, Csorna

ABSZTRAKT

A magyar lakosság egészségi állapota az Európai Unió tagállamaihoz képest rossznak mondható, bár önmagunkhoz mérten fejlődés figyelhető meg az utóbbi 20 évben. Ez a hátrányos helyzet számos okra vezethető vissza, közülük a leginkább előtérben állókat szeretnénk ismertetni. Hazánkban a dohányzás is nagyon gyakori, melynek súlyos következményei több területen is észlelhetők. Éppen ezért a 2019-ben végzett kutatásunk középpontjában a vizsgált populáció dohányzási szokásainak, valamint az arról való leszokásnak a vizsgálata állt. Kutatásunk eredményei rávilágítanak arra, hogy a dohányzásra való rászokás leginkább pubertáskorban jellemző. A legnépszerűbb dohányipari termék a cigaretta. A vizsgálatban résztvevők csaknem fele leszokott már a dohányzásról, többnyire önerőből, azaz a különféle leszokás támogató módszerek igénybevétele nélkül. Az életmód csaknem 50%-ban meghatározza az egyén egészségi állapotát. Ezért rendkívüli fontossággal bír a káros szenvedélyekről (pl. a dohányzásról) leszokni, illetve ideális esetben azokra rá sem szokni.

A lakosság egészségi állapotának folyamatos felmérése világszerte – így hazánkban is – az egészségügyi ellátás sarkalatos pontja. A jelenlegi állapotról történő tájékozódáson kívül előrejelzést kaphatunk a jövőben várható igényekre, de a múltban történekről is lehet indirekt módon következtetéseket levonni. A magyar lakosság egészségi állapota köztudottan rossznak mondható¹, jelentősen elmarad

az Európai Unió tagállamainak többségéhez képest. Ez akkor is igaz, ha 2000 óta bizonyos tekintetben önmagunkhoz viszonyítva javulás figyelhető meg.

A rossz egészségi állapot a szakirodalom szerint számos okra vezethető vissza, és ezek között szerepel a magyar egészségügy alulfinanszírozottsága is. Hazánk körülbelül fele annyit költ egészségügyi kiadásokra, mint az uniós országok, amivel az utolsó helyen állunk. Rá-

adásul az egészségügyi kiadásoknak alig több mint kétharmadát biztosítja a finanszírozó, így a közvetlen lakossági hozzájárulások szintje viszont az uniós átlag duplája, ami óriási terhet ró az alacsonyabb jövedelmű csoportokra. Ide sorolható pl. a paraszolvenciára adott összeg is, bár ez egy sokrétű, és gyakran szubjektív elemekkel átszótt kérdés. A rossz hazai egészségi állapot okai közé tartoznak még az országon belüli regionális különbségek és az egészségügyi ellátórendszerhez való egyenlőtlen hozzáférés is. További probléma az alapellátásban jelenlévő nagy fokú humán erőforráshiány és annak országon belüli egyenlőtlen eloszlása is². A szakellátás és a fekvőbeteg-ellátás is hasonló problémákkal küzd. 2017-ben az egészségügyi intézmények működéséhez szükséges orvosi állások 3,8%-a volt betöltetlen, a szakdolgozóké pedig 3,4%-ban volt üres³. Az okok között található az egészségügyi szakemberek külföldre való kivándorlása, munkavállalása is. Megfigyelhető jelenség a fentiekén kívül még az előregedő egészségügyi dolgozók nagyszámú részvétele a hazai egészségügyi ellátórendszerben. A magyar egészségügyi rendszer erősen kórház központú, az alapellátás nem kap megfelelően hangsúlyos szerepet, a prevencióra pedig nem fordítunk megfelelő figyelmet.

Immár rendszeresnek mondható, hogy az Európai Unió tagállamairól, így Magyarországról is egészségi állapotot felmérő tanulmány készül^{2,4}. A legutóbbi, 2019. évi tanulmány hazai eredményei közül szeretnénk kiemelni néhányat. A születéskor várható élettartam növekvő tendenciát mutat (76 év), de így is 5 évvel az uniós átlag alatt maradunk. A születéskor várható élettartam tekintetében a nemek közötti különbség még mindig nagy, a nők javára 7 év. Az iskolai végzettség összefüggésben áll a káros szenvedélyek (dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat) meglétével, valamint a helytelen életmóddal (nem megfelelő táplálkozás, mozgásszegény életvitel), melyek bizonyítottan befolyásolják az egészségi állapotot, így kihatással vannak a születéskor várható élettartamra is.

Becslések szerint Magyarországon a halálozások közel fele egészség-magatartásbeli kockázati tényezőkre vezethető vissza, ideértve a helytelen táplálkozást, a dohányzást, az alkoholfogyasztást és a kevés testmozgást. Ez az arány jóval magasabb a 39%-os uniós értéknél.

Számos életmódbeli kockázati tényező gyakrabban fordul elő az alacsonyabb iskolai végzettségű vagy jövedelmű egyének körében. A fő halálokok hazánkban a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a tumoros megbetegedések (pl. tüdőrák, vastagbélrák, májrák, emlőrák)². Ezen betegségcsoportokon kívül jelentős egészségi probléma még a cukorbetegség, a mozgásszervi megbetegedések és a különféle mentális problémák is⁴.

A 2019. évi országos tanulmány vizsgálta az egészségi állapot önmegítélését is. Az eredmények azt mutatják, hogy az egészségi állapot önmegítése és az anyagi helyzet, valamint az életkor között összefüggés van. A jó anyagi helyzet jó egészségi állapot megítélést von maga után, míg a magasabb életkor ennek ellenkezőjét.

A felmérés eredményei alapján a magyarok az Európai Unió legerősebb dohányosai közé tartoznak. Ez összefüggést mutat a magas tumoros (tüdőrák) halálozással is, ami sok esetben megelőzhető lenne². A rákkal összefüggő mortalitás az Európai Unióban Magyarországon a legmagasabb (2018-ban: 32 586 fő)⁵.

Az egy főre jutó alkoholfogyasztás is mintegy 10%-kal magasabb Magyarországon, mint az uniós országokban, illetve egyre nagyobb problémát jelent a serdülők alkoholizálása is (az alkalomszerű „nagyivás”)². 2017-ben hazánkban az egy főre jutó alkoholfogyasztás 9,1 liter volt⁶. Az elhízás tekintetében is élen járunk, a felnőtt lakosság és a gyermekek, serdülők körében egyaránt, ami egyre nagyobb megoldandó népegészségügyi feladatot jelent. A preventív szemlélet és annak megvalósulása (pl. önvizsgálatok végzése, szűrővizsgálatokon való részvétel) a lakosság részéről jelentős lemaradásban van az uniós eredményekhez képest².

A DOHÁNYZÁSSAL KAPCSOLATOS SAJÁT FELMÉRÉSEK

A 2017-es és a 2019-es országos egészségi állapotfelmérés felkeltette az érdeklődésünket, és 2019-ben munkacsoportunk is kutatásokat végzett ezen a területen. Jelen cikkünkben elsősorban a dohányzással kapcsolatos eredményeket szeretnénk ismertetni.

A vizsgálatokat 2019-ben végeztük azzal a céllal, hogy képet kapjunk a kérdőívet kitöltők szociális helyzetéről, életmódjáról, kiemelten a dohányzási szokásairól, valamint egészségi állapotáról. A kérdőívet dohányzó vagy valaha dohányzott 18 év feletti személyek töltötték ki. Az 54 kérdést tartalmazó kérdőív kitöltése online, Google űrlap alkalmazásával, anonim és önkéntes módon történt.

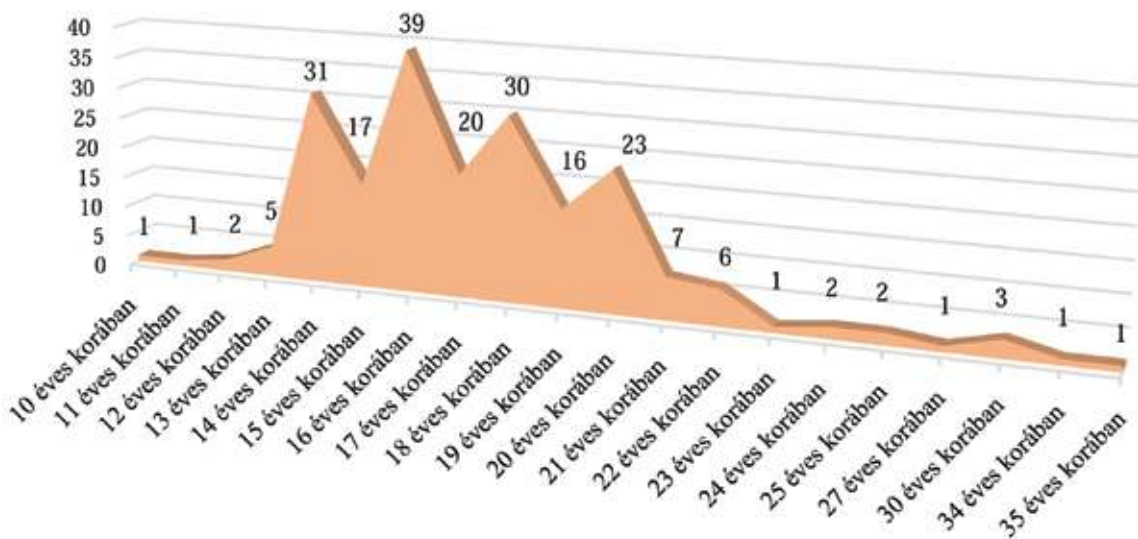
A kutatásban 221 fő vett részt (n=221). A kitöltők 78,7%-a nő, 21,3%-a férfi, a legfiatalabb válaszadó 18, míg a legidősebb 78 éves volt. A válaszadók átlagéletkora 42,4 év.

Az iskolai végzettséget tekintve a megkérdezettek több mint negyede (31,2%) érettségivel vagy szakgimnáziumi végzettséggel rendelkezett. A vizsgáltak mintegy egynegyedének (24,4%) felsőfokú szakképzettsége volt. Főiskolai, illetve egyetemi diplomával azonos mértékben, 15,8%-ban rendelkeztek a vizsgált sze-

mélyek. Szakiskolai végzettsége a válaszadók 10,4%-ának volt. A megkérdezettek 1,8%-a az általános iskola elvégzése után nem folytatta tanulmányait. Olyan válaszadó nem volt, aki ne fejezte volna be az általános iskolát. 1 fő (0,5%) tudományos fokozattal is rendelkezett. A kutatásban résztvevők több mint a fele (57%) felsőfokú végzettséggel rendelkezett, ami magas aránynak számít.

A munkavégzés, foglalkozás vonatkozásában látható, hogy a kutatásban résztvevők mintegy fele (50,7%) szellemi munkát végez a munkahelyén. A fizikai munkavégzésben foglalkoztatottak aránya 39,8%. Összességében a megkérdezettek 90%-a aktív, munkaképes dolgozó. Öregségi nyugdíjban a megkérdezettek 5,9%-a részesült, háztartásbelinek 2,3% vallotta magát. A rokkantnyugdíjas válaszadók aránya 1,4% volt.

A vizsgált populáció családi állapotáról elmondható, hogy a válaszadók több mint fele (53,8%) házasságban él. Másik részük, mintegy egynegyed-egynegyed arányban hajadon/nőtlen (24%) vagy elvált/özvegy (22,2%). Azon személyek, akik hajadonok/nőtlenek, illetve elváltak/özvegyek, mintegy háromnegyed részben (74,9%) más keresőképes társal élnek együtt, egy háztartásban.



1. ábra: Életkor a dohányzás elkezdésének évében

Gyermekvállalás szempontjából a válaszadók több mint egynegyedének (32,1%) két gyermeke van. Ettől az aránytól alig tér el a gyermektelenek aránya (31,2%). A vizsgáltak mintegy negyedének (22,6%) egy gyermeke van. Nagycsaládosnak a megkérdezettek 20%-a számít, közülük három fő öt vagy ötnél több gyermeket nevel.

Az egyén egészségi állapotát az életmód jelentősen, mintegy 43-46%-ban befolyásolja⁷. Életmódunk szerves részét képezik a káros szenvedélyek is. Ezzel kapcsolatban kutatásunkban részletesen vizsgáltuk a válaszadók dohányzási szokásait is.

A dohányzásra a megkérdezettek többsége serdülőkorban (14–20 éves kor között), azon belül is főként 16 éves korban szokott rá (1. ábra).

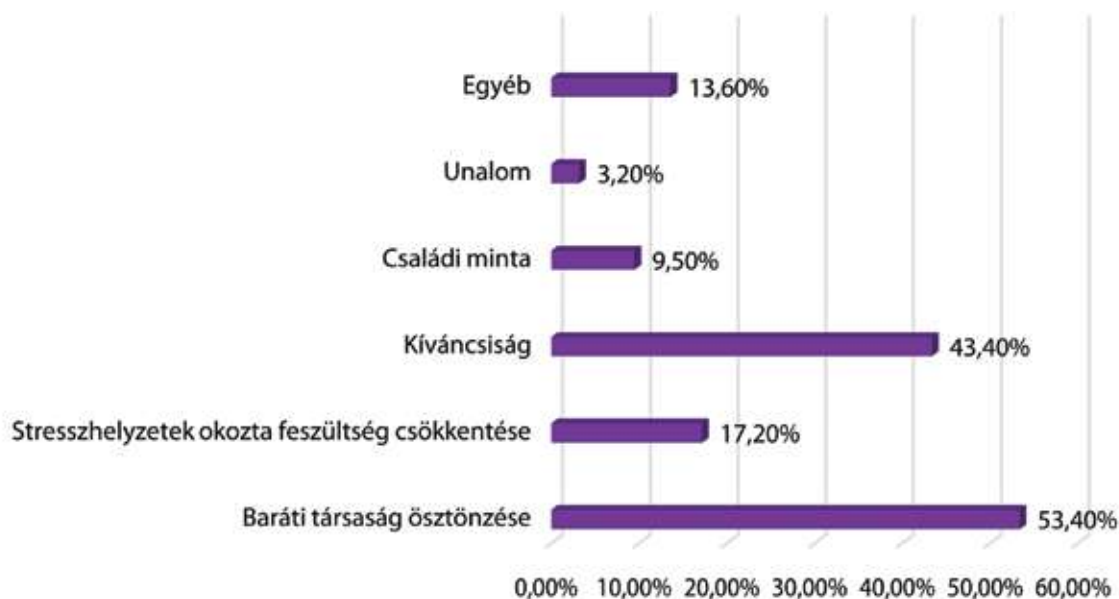
A megkérdezettek több mint fele (54,3%) a kérdőív kitöltésekor is dohányos, azaz nem szokott le róla, vagy visszaszokott rá.

Vizsgáltuk a dohányzásra való rászokás motivációit is. A kérdőív kitöltők több mint a fele (53,4%) baráti társaság ösztönzésére kezdett el dohányozni, de a dohányzással kapcsolatos kíváncsiság is erős motivációs tényező volt (43,4%). Emellett a stresszhelyzetek okozta feszültség leküzdésének alternatívájaként is többen (17,2%) nyúltak a cigaretta után. A

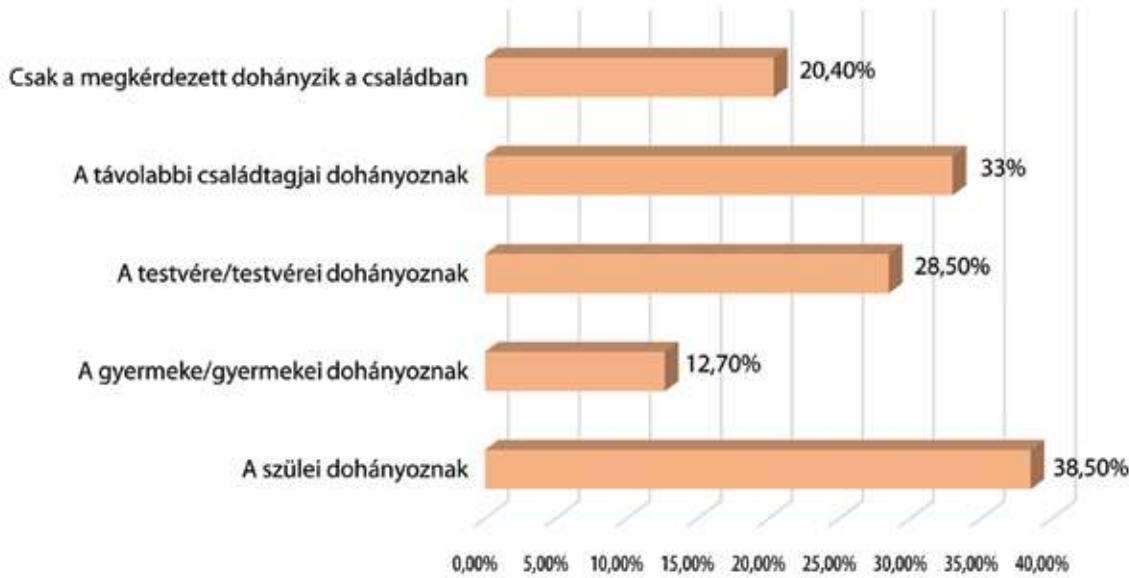
negatív családi mintát (9,5%) és az unatkozást (3,2%) is motiváló erőként jelölték meg néhányan (2. ábra).

A kutatás résztvevőinek családjait is vizsgáltuk a tekintetben, hogy még kik dohányoznak a kérdőív kitöltőkön kívül. A válaszadók legnagyobb mértékben (38,5%) a szüleiket jelölték meg. Ebből is következtethetünk a szülői minta gyermekre gyakorolt meghatározó szerepére. A szülőkön kívül magasabb arányban (33%) jelöltek meg távolabbi családtagokat (pl. meny, vő), illetve testvért (28,5%) is dohányzó családtagként. Ugyanakkor a megkérdezettek 20,4%-nál rajtuk kívül nincs más dohányzó a családban (3. ábra).

A kérdőív kitöltők dohányzási szokásait vizsgálva elmondható, hogy túlnyomó többségük (90%) cigarettázik, tehát a cigaretta a legkedveltebb dohányipari termék. A házilag sodrott cigarettát a válaszadók 12,7%-a választja. (Több dohányipari terméket is meg lehetett jelölni a dohányzási szokásaiknak megfelelően.) A házilag készített cigaretta népszerűsége a költséghatékonyabb voltából eredhet, azaz olcsóbb, mint a csomagban, előre gyártottan megvásárolt. Ugyanakkor a házilag készített dohánytermékek nikotin-, kátrány- és egyéb kémiai anyag tartalma nehezen kontrollálható,



2. ábra: A dohányzásra való rászokás motivációja



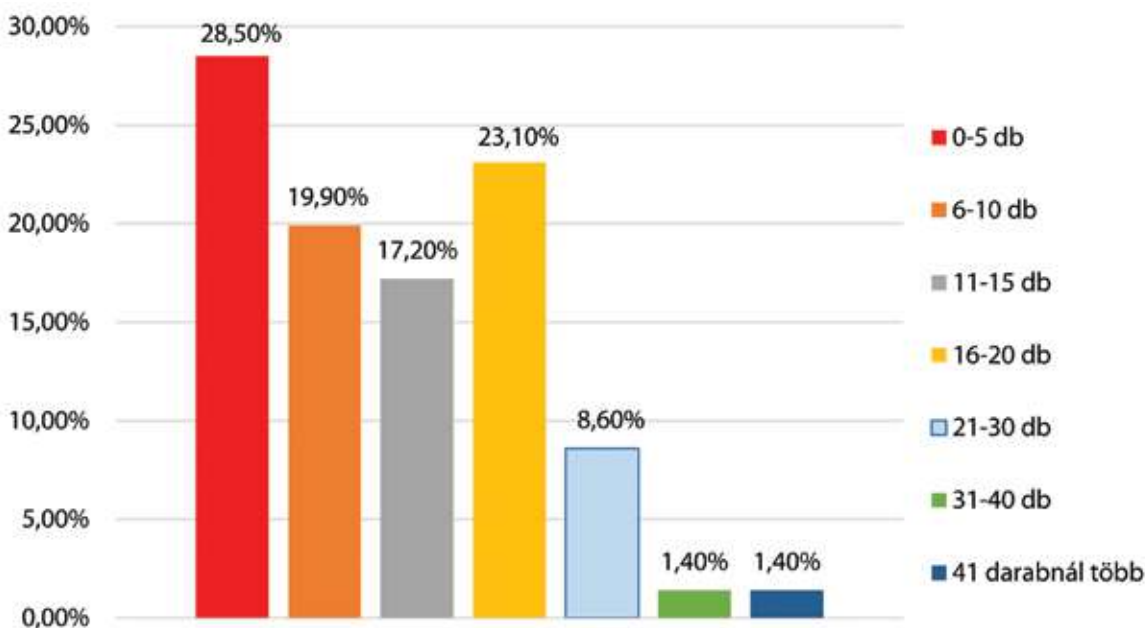
3. ábra: A családtagok dohányzási szokásai

így még károsítóbbak lehetnek, mint a gyárilag gyártott társaik. A kérdőívet kitöltő személyek 13,6%-a nem tudja, milyen nikotin- és kátránytartalmú dohányterméket fogyaszt/fogyasztott.

A naponta elszívott cigaretta mennyiségét illetően a válaszadók több mint negyede (28,5%) napi 0–5 szál cigarettát szív el. Hasonló mértékű (23,1%) a napi 16–20 szál cigarettafogyasztás is. A 6–10 darab/nap, illetve a 11–15

darab/nap dohányzás közel hasonló arányú. A vizsgáltak 11%-a 21 darabnál több dohányterméket fogyaszt, és vannak, akik (1,4%) napi 41 szálnál is többet szívnak el, ők egyértelműen erős függőségben szenvednek (4. ábra).

A dohánytermékek nikotintartalmát illetően elmondható, hogy a válaszadók döntő többsége (86,4%) tisztában van azzal, hogy milyen nikotintartalmú terméket fogyaszt. A megkérdezettek csaknem fele (45,2%) köze-



4. ábra: Napi dohánytermék-fogyasztás

pes, 36,2%-uk alacsony, míg 5%-uk magas nikotintartalmú dohánytermék mellett dönt.

A dohányzásról való leszokást jellemzi, hogy a megkérdezettek csaknem fele (47,1%) sikeresen leszokott a káros szenvedélyéről. Csaknem egynegyedük (23,5%) már többször is próbált leszokni, sikertelenül. A kérdőívet kitöltők 15,8%-a ugyanakkor soha nem próbálkozott a leszokással, míg 13,6%-uk egyszer már szeretett volna leszámolni káros szenvedélyével, de nem járt sikerrel.

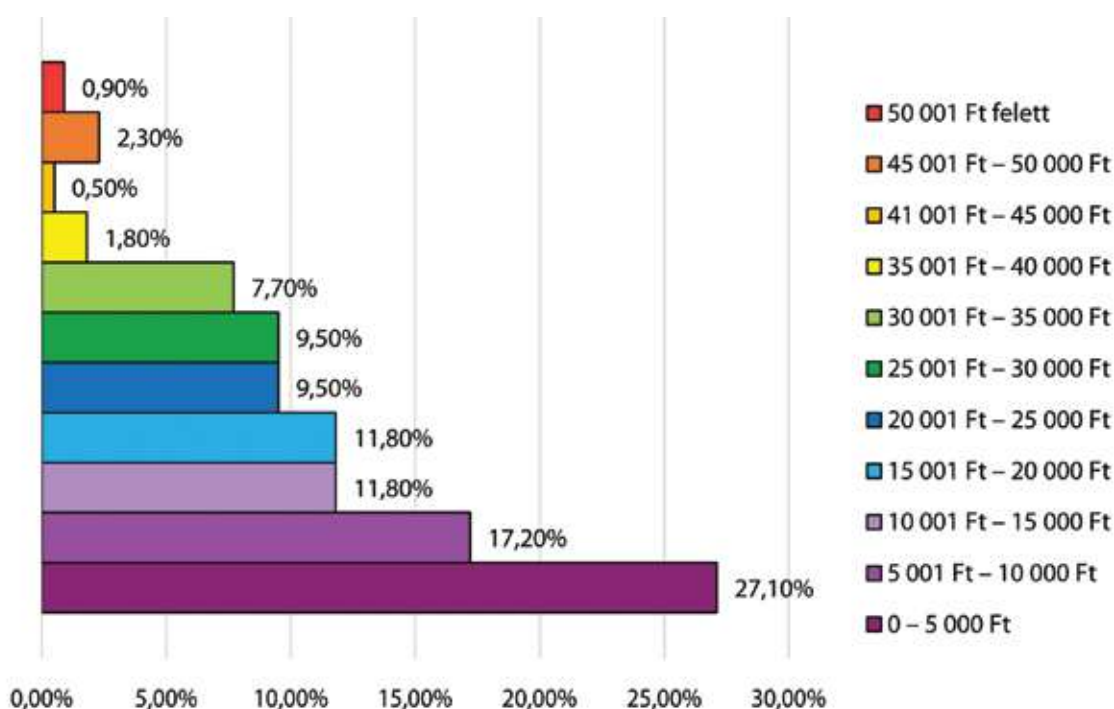
Azon vizsgált személyek, akik próbálkoztak már a dohányzásról való leszokással, motivációjuk fő okaként a dohányzás egészségkárosító hatásait (49%), a dohányzás anyagi vonzatait (24%), valamint a családi/párkapcsolati hatást (22,4%) jelölték meg. A rossz egészségi állapot csupán a vizsgáltak 6,6%-át ösztönözte a dohányzásról való leszokásra.

Sikertelen leszokás esetén a dohányzás abahagyása és újbóli folytatása között a megkérdezettek közel egynegyedénél (22,5%) csupán csak néhány nap telt el, egynegyedük néhány hét/hónap múlva, 19,7%-uk 1-2 év után tért vissza a káros szenvedélyéhez, míg 26,8%-uk egyéb időintervallumot jelölt meg.

A dohányzásról való leszokás eredményeként megspórolt pénzüsszeget az érintettek csaknem fele (43%) az életminőségének javítására fordítja, 15,1%-uk utazásra költi, 14,5%-uk pedig nagyobb céljainak megvalósításához félreteszi.

A dohányzásról való leszokás módszereivel kapcsolatban az látható, hogy a leszokni vágyók túlnyomó többsége (88,4%) önerőből, mindenfajta gyógyszeres, illetve nem gyógyszeres módszer igénybevétele nélkül szeretne leszokni káros szenvedélyéről. Az érintettek 2,5%-a gyógyszeres, 5,5%-uk nem gyógyszeres módszerekkel (pl. egyéni/csoportos tanácsadás, hipnoterápia, akupunktúra) segítette leszokását, 3,5%-uk pedig gyógyszeres és nem gyógyszeres módszert egyidejűleg alkalmazott⁸.

A válaszolók több mint egynegyede (27,1%) 0–5 000 Ft-ot költ havonta dohánytermékek vásárlására. 17,2%-uk 5 001–10 000 Ft közötti összeggel finanszírozza a szenvedélyét. Megegyező mértékben (11,8%) költenek havonta a válaszolók 10 001–15 000 Ft-ot, valamint 15 001–20 000 Ft-ot a dohányzásra. Szintén megegyező arányú (9,5%) a havi 20 001–25 000 Ft-ot, illetve 25 001–30 000 Ft-ot dohányter-



5. ábra: A dohányzásra fordított havi pénzüsszeg

mékre költők száma. A havi 30 001 Ft felett dohánytermékeket vásárlók aránya már alacsonyabb mértékű. Ketten havonta 50 000 forintnál többet költenek a dohányzásra (5. ábra).

Teoretikus kérdésként került megfogalmazásra, hogy kiszámolták-e már, mekkora összeget fordítottak káros szenvedélyükre. A válaszolók döntő többsége (81,4%) még nem becsülte meg, hogy mennyi pénzt költött a dohányzásra.

Az eddig dohányzásra költött pénzösszeg egyéb célú felhasználási lehetőségeire rákérdezve az alábbi válaszok születtek: utazás, nyaralás, autóvásárlás, lakásvásárlás, műszaki cikk vásárlás, mindennapi megélhetés, könyv vásárlás, ruhavásárlás, háztartási eszközök, élelmiszer, hobby, cipő, masszázs, garázsvétel. Látható és elgondolkodtató, hogy a felsoroltak közül néhány az emberi alapszükségletek közé tartozik (pl. élelmiszer, cipő, ruha).

ÖSSZEFOGLALÁS

Vizsgálatunk, melynek során az online kérdőívet kitöltők szociális helyzetét, életmódját és egészségi állapotát mértük fel, 2019-ben készült. Jelen közleményben a dohányzással kapcsolatos eredményekre fókuszáltunk. A vizsgált minta nagysága 221 fő volt, többségében középkorú nők. A kutatásban résztvevők 90%-a aktív, munkaképes dolgozó, és több mint a fele (57%) felsőfokú végzettséggel rendelkezik, ami átlag fölöttinek tekinthető. A megkérdezettek közel fele házasságban él, míg a nem házasságban élők jelentős része (74,9%) szintén kereső társsal él együtt. Gyermekvállalás szempontjából vagy a gyermektelenség, vagy két gyermek jellemző.

Részletesen vizsgáltuk a válaszadók dohányzási szokásait. A dohányzás kezdete 14–20 éves kor között volt megfigyelhető, a legtöbben 16 éves korukban szoktak rá. A megkérdezettek több mint fele (54,3%) a kérdőív kitöltésekor is dohányos, azaz nem szokott le róla, vagy visszaszokott rá. A dohányzásra való rászakás fő motivációját a baráti társaság ösztönzése, illetve a dohányzás iránti

kíváncsiság jelentette. Mindezek mellett a családoknak is komoly szerepe van a dohányzásra való rászakásban (szülői minta). A kitöltők közül csaknem mindenki cigarettát fogyaszt, többnyire közepes vagy alacsony nikotin- és kátrány tartalmút, jellemzően napi 0–5 vagy 16–20 darabot. A dohányzásról való leszokást megvizsgálva láthatjuk, hogy a megkérdezettek csaknem a fele (47,1%) sikeresen leszokott káros szenvedélyéről. A vizsgálatban résztvevők 23,5%-a már többször is megpróbálkozott a leszokással, de sikertelenül. A dohányosok 15,8%-ának nem áll szándékában – legalábbis egyelőre – leszokni a dohányzásról. A dohányzásról való leszokás fő motiváló tényezője egyértelműen a dohányzás egészségkárosító hatásaitól való félelem volt. A leszokáshoz az érintettek gyógyszeres vagy nem gyógyszeres segítséget többnyire nem vettek igénybe, azaz önerejükből szoktak le. Ennek alapján úgy tűnik, hogy kellő ismeretek birtokában, megfelelő önerővel és motivációval le lehet szokni a dohányzásról. Ugyanakkor kiemelkedően fontosnak tartjuk, hogy országszerte elérhetőek a Dohányzásról Leszokást Támogató Központok, melyek jelentős segítséget tudnak nyújtani azoknak, akik le szeretnének szokni a dohányzásról, de ezt egyedül nem tudják megoldani. Azok, akik leszoktak a dohányzásról, a mindennapi életük minőségének javítására költötték az ennek köszönhetően megmaradt pénzt. A dohányosok több mint negyede (27,1%) havonta 0–5 000 forintot költ a szenvedélyére, 17,2%-uk 5 001–10 000 Ft között áldoz rá havi szinten. De vannak olyanok is, akik 50 000 Ft felett szánják rá havonta. A dohányos embereket többnyire nem foglalkoztatja (81,4%), hogy körülbelül mennyi pénzt költöttek eddig káros szenvedélyükre. Ugyanakkor megnevezik, hogy a dohányzásra költött pénzt, mi másra tudták volna elkölteni.

Az eddigi egyéb és saját kutatási tapasztalataink alapján elmondható, hogy az egyének szociális helyzete általában determinálja az életmódjukat, és ezzel összefüggésben az egészségi állapotukat is. Természetesen van-

nak egészségi állapotunkra nézve megváltoztathatatlan tényezők is, mint például a nem, az életkor és a genetika (bizonyos betegségekre való fokozott hajlam), melyeken a tudomány jelenlegi állása szerint még nem tudunk változtatni, de az életmódunkon, ami csaknem

50%-ban befolyással van egészségi állapotunkra, azon tudunk és kell is változtatnunk, ha szükséges⁷. Ugyanakkor az „ideális” anyagi helyzet sem elegendő a helyes életmód megvalósításához és a jó egészségi állapot eléréséhez, ha arra nincs igény az egyén részéről. ■

IRODALOM

1. Dr. Vitrai József: Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői Doktori értekezés, Pécs, 2011, 5. http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezés_VitraiJozsef.pdf
2. State of health in the EU: Egészségügyi országprofil 2019 - Magyarország https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hu_hungary.pdf
3. Magyarország, 2018., 188. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2018.pdf>
4. State of health in the EU: Egészségügyi országprofil 2017 - Magyarország https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf
5. www.ksh.hu https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html
6. https://www.ksh.hu/thm/2/indi2_8_2.html
7. Hidvégi Péter, Kopkáné Plachy Judit, Dr.Müller Anetta: Az egészséges életmód Eszterházy Károly Főiskola, Sporttudományi Intézet, Eger, 2015., 9. https://uni-eszterhazy.hu/public/uploads/az-egeszseges-életmod_55bf8f5ac2847.pdf
8. A dohányzás leszokás támogatásának szakmai irányelve https://fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/leszokas_szakmai_iranyelv_2009_0.pdf