

6.

OK-SPECIFIKUS HALANDÓSÁG

Kovács Katalin–Óri Péter

FŐBB MEGÁLLAPÍTÁSOK

- A legtöbbeurópai országhoz hasonlóan Magyarországon is a keringési rendszer betegségei okozzák a legtöbb elhalálózást. Ezen a téren jelentős javulás tapasztalható, a halandóság utóbbi évtizedben bekövetkezett csökkenése nagyrészt a kardiovaszkuláris halandóság mérséklődésének köszönhető. Nemzetközi összehasonlításban azonban továbbra is igen kedvezőtlen a helyzet.
- Az egyes társadalmi csoportok közötti halandósági különbségeket is elsősorban a keringési rendszer betegségeihez kapcsolódó halálózásokban mutatkozó egyenlőtlenségek okozzák.
- A daganatos halálózás tekintetében igen csekély javulás mutatkozott az utóbbi két évtizedben, nemzetközi összehasonlításban jelenlegi helyzetünk különösen rossznak minősíthető. Elsősorban a légzőszervi daganatok terén drámai a helyzet.
- A fertőző betegségek okozta halálózások terén kedvező változások történtek Magyarországon is, ám ezek súlya napjainkban igen csekély.
- A külső halálokok terén jól érzékelhető a javulás. Az öngyilkosság, az emberölés valamint a baleseti halálózás terén az ország európai pozíciója nem túl kedvező, de kelet-európai viszonylatban nem is túl rossz, és a tendenciák is biztatóak.
- A két legismertebb rizikófaktorral, az alkoholfogyasztással és a dohányzással összefüggő halálózás szintje Magyarországon igen magas.
- Az ország népessége életmód, táplálkozás terén nem követte a nyugat-európai változásokat, vagy nem közelített a hagyományosan egészségesebb dél-európai táplálkozási szokásokhoz. Az életmód azonban csak részben választás dolga: az életszínvonal, a munkakörülmények, a kiszolgáltatottság, mind-mind döntő fontosságú tényezők.

Magyarország halandósága európai viszonylatban igen magasnak tekinthető, még a közép-kelet-európai rendszerváltó országokkal összehasonlítva is. Ennek okairól sok vita folyt és folyik – ez a fejezet a halandóság halálokok szerinti elemzésén keresztül nyújt adalékot e kérdés megválaszolásához.

A halálozások nagy halálteki csoportok szerinti megoszlása az európai országokban igen hasonló, a hosszabb idő alatt kialakuló degeneratív betegségek (a keringési rendszer betegségei, daganatok) okozzák az elhalálozások mintegy kétharmad részét. Magyarország halandósága ebből a szempontból tipikusnak mondható (1. ábra).

Az országok közötti különbségek részben az egyes halálokok halandóságon belüli tényleges súlyában mutatkozó eltéréseknek tulajdoníthatóak, részben azok egymás közötti „versenyének”. Nyilvánvaló, hogy amennyiben az egyik halálok részaránya visszaszorul, valamely másiké (másikaké) nőni fog. Ez részben attól függ, hogy az életkor függvényében milyen sorrendet követnek az egyes elhalálozási típusok kockázatai. A közlekedési balesetek (a külső halálokok jelentős

összetevői) jellemzően fiatalabb életkorban jelentenek nagyobb elhalálozási kockázatot, mint a degeneratív megbetegedések, az utóbbiakon belül a keringési rendszer betegségei fiatalabb életkorban kezdenek jelentkezni, mint a legtöbb daganatos megbetegedés.

Magyarországon a külső okból (öngyilkosságok, emberölések, balesetek stb.) bekövetkező elhalálozások súlya kisebb, mint Finnországban vagy Oroszországban, és megfelel a közép-európai országokban (Ausztria, Lengyelország, Csehország) tapasztalt arányoknak.

A keringési rendszer betegségeiben elhalálozottak részaránya Magyarországon jóval kisebb, mint Bulgáriában és Romániában, de lényegesen magasabb, mint Olaszországban, az Egyesült Királyságban vagy akár Németországban. Az utóbbiakban viszont, mivel a keringési rendszer betegségeinek megelőzése, kezelése sikereesebb – egyrészt az életmód, a táplálkozás, másrészt a hatékony orvosi ellátás, kezelés következtében – a daganatos elhalálozások részaránya lényegesen magasabb, mint Magyarországon. Ahol a szív- és érrendszeri betegségek korán jelentkeznek, és a túlélési esélyei alacsonyak, ott alacsonyabb a rákhalálozás részaránya.

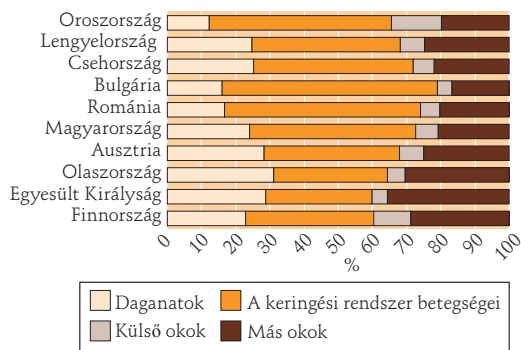
Az egyes halálokok tényleges súlyát és trendjét a standardizált halálozási ráták alakulása és összehasonlítása alapján ítéltjük meg.

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

Az epidemiológiai átmenet során a fejlett országokban a fertőző betegségek szerepe a halálozások tekintetében jelentéktelenné zsugorodott.

Magyarországon a rendszerváltás után a fertőző betegségek miatti elhalálozá-

1. ábra. A halálozások fő halálteki csoportok szerinti százalékos megoszlása néhány európai országban, 2005–2007 évek átlaga

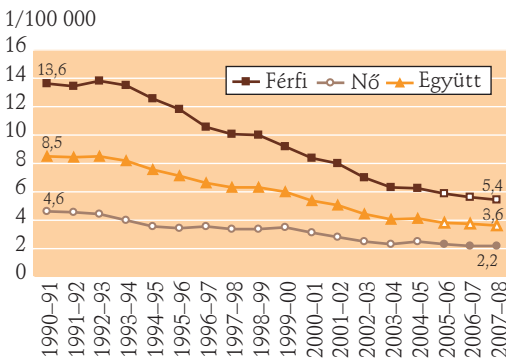


Forrás: Saját számítások a „European Detailed Mortality Database” adatai alapján.

sok rátája csökkent, a férfiak esetében nagyobb mértékben, mint a nőknél, ezáltal a nemek szerinti különbség e téren kisebb lett (2. ábra). Ez az egyetlen olyan nagyobb haláloki csoport, amelyben a magyar halandóság nemzetközi összehasonlításban is kedvezőnek mondható.

A fertőző betegségek okozta halálozás tekintetében Magyarország (Csehországgal együtt) nemcsak a volt szocialista országokhoz képest van előnyösebb helyzetben, hanem számos nyugat- vagy dél-európai országhoz képest, sőt, megelőzi az Észak-Európát reprezentáló Finnországot és a szomszédos Ausztriát is (3. ábra). Ebben számos tényező játszhat szerepet, köztük az éghajlat, a népsűrűség, az emberek, és ezáltal a kórokozók térbeli mozgásának mértéke, a társadalmi különbségek, az orvoshoz fordulás gyakorisága és kultúrája, és felmerül

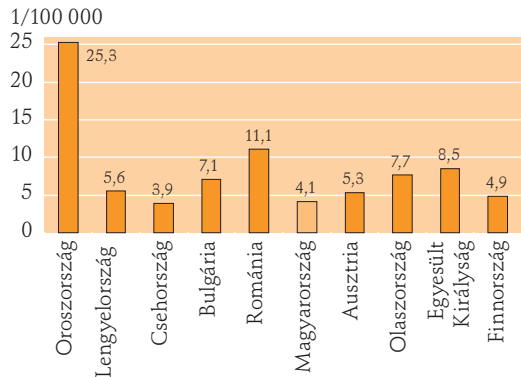
2. ábra. A fertőző betegségek okozta halálozás Magyarországon, 1990–2008* (standardizált halálozási ráta, kétéves mozgóátlagok)



* 2005-ben megváltozott a haláloki kódolás rendszere Magyarországon, így bizonyos halálokokat tekintve nincs egyértelmű kontinuitás az adatok között. Erre az ábrákon megkülönböztetett jelzőkkel hívjuk fel a figyelmet, valamint – amennyiben szükséges – a 2004-ig tartó és az azt követő adatokat két külön trendként értékeljük.

Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

3. ábra. A fertőző betegségek okozta halálozás néhány európai országban, 2005–07 (standardizált halálozási ráta, hároméves átlag)



Forrás: Saját számítások a „European Detailed Mortality Database” adatai alapján.

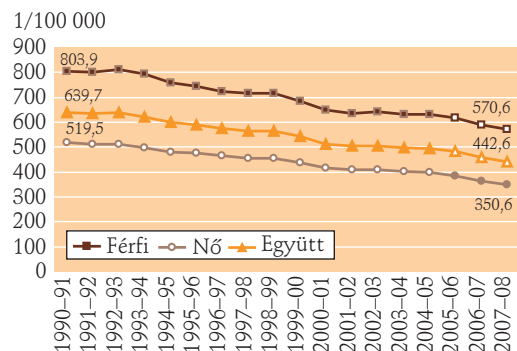
az egészségügy adott szinten megnyilvánuló hatékonysága (megelőzés, gyors reagálás jól diagnosztizálható, kezelhető esetekben). A nyugat-európai (és ma már számos kelet-európai) országhoz viszonyított kedvező helyzet legfőbb oka ugyanakkor az, hogy Magyarországon az AIDS halálozás szintje európai összehasonlításban is nagyon alacsony, azaz hogy Magyarország mindeddig sikerrel kerülte el a HIV fertőzések nagy számú megjelenését. A helyzet e téren Magyarországon tehát kedvező, de hangsúlyoznunk kell, hogy a halálozások igen kis hányadáról van csak szó, amely a halandóság általános, igen magas szintjét kevésbé képes befolyásolni.

A KERINGÉSI RENDSZER BETEGSÉGEI

A szív- és érrendszeri betegségek okozzák Magyarországon a halálozások közel felét. Messze ez a legfontosabb haláloki csoport, súlya csaknem százszorosa a fertőző betegségekének, ami – fontos újra hangsúlyozni

– a modernizációval együtt járó epidemiológiai átmenet eredménye. A szív- és érrendszeri halandóság szintje még a 20. század derekán is viszonylag magas volt az észak- és nyugat-európai, illetve alacsony a déli országokban. A felnőtt- és időskori mortalitás jelentős javulása elsősorban ezen a téren következett be az 1970-es, 80-as években (*kardio-vaszkuláris forradalom*), amelynek során a keringési rendszer megbetegedése miatti halandóság a felére-harmadára csökkent az észak- és nyugat-európai országokban, illetve valamivel kisebb mértékben Dél-Európában. Az egészségügyi ellátás fejlődése mellett ebben nagy szerepe volt az életmód változásának (az egészségtudatos életmód terjedésének, ezen belül elsősorban a táplálkozási szokások átalakulásának és a testmozgás gyakoribbá válásának).

4. ábra. A keringési rendszer betegségei okozta halálozás Magyarországon, 1990–2008 (standardizált halálozási ráta, kétéves mozgóátlagok)

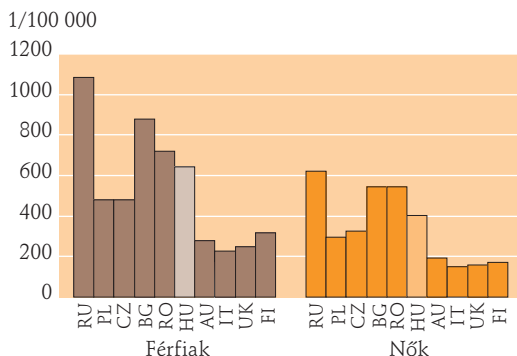


Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

Az elmúlt közel két évtized magyarországi trendjeit részletesebben szemügyre véve mindkét nem esetében jelentős, mintegy 20 százalékos csökkenés következett be, nagyrészt a kilencvenes évek második felétől. A kardiovaszkuláris mortalitás mérséklődése a legutóbbi évek során is töretlenül folyta-

tódott. Mindez részben itt is az életmódbeli tényezők hatásának, ugyanakkor az elemzések szerint inkább az egészségügyi ellátás javulásának köszönhető. A szív- és érrendszeri betegségek okozta halandóság csökkenése áll elsősorban a halandóság általános szintjének javulása (lásd a jelen kötet 5. fejezetét) mögött is. Fogalmazhatunk úgy is, hogy a *kardiovaszkuláris forradalom* egy-két évtizedes késéssel Magyarországon is elkezdődött. Természetesen nem közömbös, hogy a javulás milyen szintről indult el. Ezért a jelenlegi helyzet megítélése nem alapulhat csupán a kedvező trendeken, hanem a szűkebb régióban és más európai országokkal való összehasonlításban is vizsgálendő (5. ábra).

5. ábra. A keringési rendszer betegségei okozta halálozás néhány európai országban, 2005–07 (standardizált halálozási ráta, hároméves átlag)



Forrás: Saját számítások a „European Detailed Mortality Database” adatai alapján.

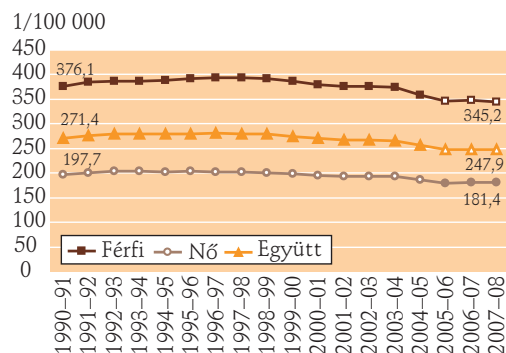
A szív- és érrendszeri halálozás terén a dél- és egyes nyugat-európai országok büszkélkedhetnek a legalacsonyabb arányszámokkal, míg a legmagasabbakat Oroszországban, Bulgáriában és Romániában találjuk. Csehország és Lengyelország helyzete jóval kedvezőbb, bár halálozási rátájuk így is kétszerese az olaszországinak mindkét nem esetében.

Magyarország – a javulás eredményeképpen – a férfi és a női kardiovaszkuláris halandóság tekintetében egyaránt a cseh-lengyel és a bolgár-román szint között helyezkedik el. A nők rátája a férfiakénál jóval alacsonyabb, de a kedvezőbb halandóságú országokhoz képest ugyanazt a lemaradást mutatja, mint a férfiak esetében.

DAGANATOS BETEGSÉGEK

A daganatos betegségek képezik a második legfontosabb haláloki csoportot. A rák okozta halandóság a kilencvenes évek első felében (elsősorban a férfiak körében) enyhén nőtt, ezt követően viszont a 2000-es évek fordulóján lassú javulás mutatkozott mindkét nem daganatos halálzásában (6. ábra). Az utolsó években azonban további javulás jeleit nem tapasztalhatjuk.

6. ábra. Daganatos halálozás Magyarországon, 1990–2008 (standardizált halálozási ráta, kétéves mozgóátlagok)

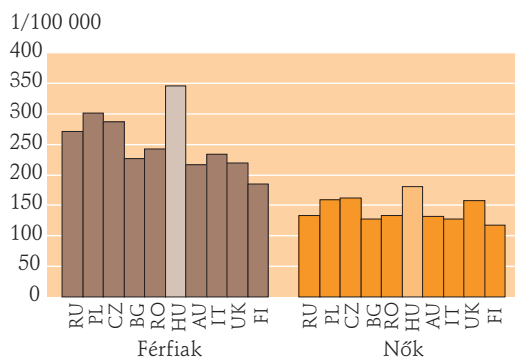


Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

Európai összehasonlításban a magyar rákhalandóság jelenlegi szintje drámai képet mutat (7. ábra). A hazai daganatos mortalitás, minden, összehasonlításunk körébe vont országban tapasztalhatóan magasabb,

a férfiak és a nők körében egyaránt. Látható ugyanakkor, hogy magas rákhalandóság – bár kisebb mértékben – jellemző Csehországra és Lengyelországra is. A tragikus magyar helyzetben jelentős szerepe van a rendkívül magas légzőszervi daganatos halandóságnak, ami elsősorban a dohányzás szerepére irányítja a figyelmet.

7. ábra. Daganatos halálozás néhány európai országban, 2005–07 (standardizált halálozási ráta, hároméves átlag)



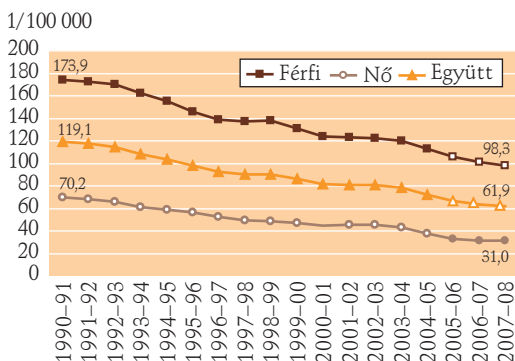
Forrás: Saját számítások a „European Detailed Mortality Database” adatai alapján.

KÜLSŐ HALÁLOKOK

A külső halálokok (öngyilkosság, emberölés, balesetek) által kiváltott halandóság 1990 óta mindkét nem esetében jelentősen (30, illetve 50 százalékkal) csökkent Magyarországon (8. ábra).

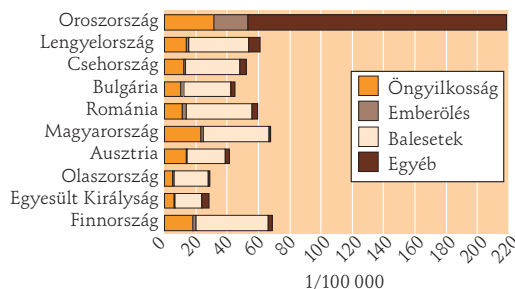
Ezen a téren nem válik el élesen egymástól a volt szocialista és a nyugati halandósági minta (9. ábra). Magyarország, Finnország és Lengyelország, vagy Ausztria és Bulgária külső okok miatti halandósági szintje erősen hasonlít egymásra. Az úgynevezett erőszakos halálozás alakulásában több tényező játszik szerepet. A balesetek jelentős hányada (kb. negyede) közlekedési baleset, amelyet befolyásol a motorizáció

8. ábra. A külső okok miatti halálozás Magyarországon, 1990–2008 (standardizált halálozási ráta, kétéves mozgóátlagok)



Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

9. ábra. A külső halálokok főbb csoportjai néhány európai országban, 2005–07 (standardizált halálozási ráta, hároméves átlagok)



Forrás: Saját számítások a „European Detailed Mortality Database” adatai alapján.

ció foka, annak műszaki feltételei, illetve a közlekedési morál. Az öngyilkosságok esetében – a szociológia megközelítése szerint – a társadalmi normák egymással való összeegyeztethetősége, illetve a normák követhetősége a döntő, de fontosak lehetnek a problémamegoldás hagyományosan követett mintái is. Emiatt más tekintetben egymástól igen különböző országok halandósági szintje lehet ebben a vonatkozásban hasonló (pl. Magyarország és Finnország).

Európai viszonylatban a külső okok miatti halálozás Magyarországon magas, de nem

kirívó. Bár az öngyilkosság előfordulása továbbra is aggasztóan gyakori, a korábbi időszakokhoz mérten kevésbé tér el a más európai országokban tapasztalható mértéktől.

Az emberölések tekintetében is beleillik a magyar ráta az európai ráták sorába, bár a példaképpen bemutatott országok között (Bulgáriával, Romániával és Finnországgal együtt) kétségtelenül a magasabbak közé tartozik, de nem rendkívüli mértékben, és tendenciájában is erősen javuló.

A fertőző betegségekhez hasonlóan a baleseti halálozás terén bekövetkező javulás főként a fiatalkori halandóságot javítja, és így szerepe van a születéskor várható élettartam meghosszabbodásában.

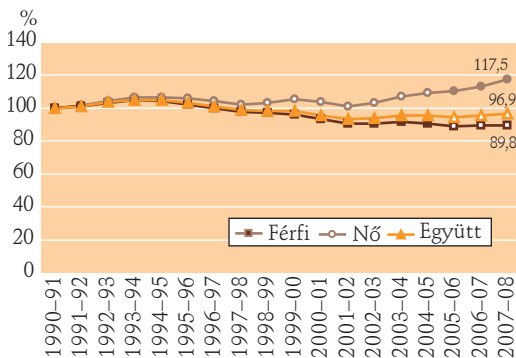
NÉHÁNY KIEMELKEDŐ FONTOSSÁGÚ HALANDÓSÁGI TÉNYEZŐ SZEREPE

A halálokok szerinti elemzésben kiemelt szerepe van néhány olyan betegségcsoport vizsgálatának, amelynek eredménye értékes információt nyújthat a halandósági viszonyok és azok hátterének megértéséhez. Vannak ugyanis olyan betegségtípusok, amelyek együttesen jól körülírják egyes egészségkárosító életmódbeli elemeket (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás), illetve utalnak az egészségügyi ellátás hatékonyságára. A tüdőrák-halálozás mértéke a dohányzás szerepére utal, a krónikus májbetegségek, a májcirrhosis (májzsugor) pedig az alkoholfogyasztás halandóságban játszott szerepére.

Az egészségügyi ellátás hatékonyságát az ún. elkerülhető halálozási adatok hivatottak jellemezni. A legújabb megközelítések az elkerülhető halálozást három csoportban vizsgálják. Első az ún. *kezelhető*

betegségeket csoportja, amelyet a gyógyító egészségügy hatékonyságának indikátorként lehet használni. Ide olyan halálokokat szokás sorolni, amelyek az egészségügy adott országban meglévő eszközeivel átlagos anyagi ráfordítás mellett, többnyire rutineljárások keretében gyógyíthatók (pl. vakbélgyulladás, asztma). A megelőzhető halálozások csoportja elsősorban a megelőző egészségügy hatékonyságát méri, ide a szűréssel, illetve az oltásokkal megelőzhető halálozásokat szokás sorolni (például méhnyakrák, mellrák). Külön kezelik az *ischaemiás szívbetegségeket*, mivel ebben a betegségcsoportban az életmód legtöbb eleme, továbbá az elsődleges és a másodlagos prevenció hatékonysága erősen és egymástól nehezen elválaszthatóan befolyásolja a halálozást.

10. ábra. A dohányzással kapcsolatos halálozás Magyarországon, 1990–2008 (standardizált halálozási arányszám, kétéves mozgóátlagok, 1990/91 = 100)

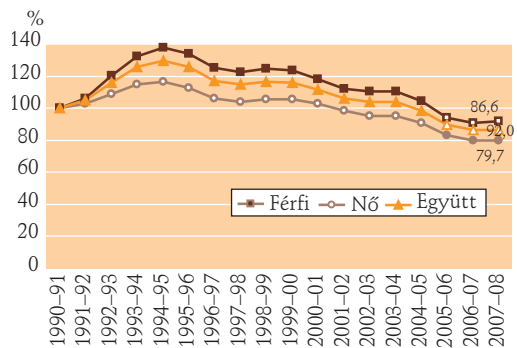


Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

A dohányzással kapcsolatos halálozás 1990-hez képest a kilencvenes évek elején mindkét nemnél emelkedett, e mögött azonban a korábbi évek, évtizedek dohányzási szokásai (illetve az ipar és a közlekedés okozta, az előbbtől el nem választható

légszennyeződések) állnak. A kilencvenes évek második felében mindkét nemnél csökkentést látunk, majd a férfiaknál enyhe emelkedést, stagnálást. A nők körében viszont a dohányzással kapcsolatos halálozás erős emelkedése következett be a 2000-es évek folyamán, ami felhívja a figyelmet a nők között széles körben elterjedt dohányzás problémájára (10. ábra). A dohányzással kapcsolatos halálozás a dohányzás-epidémia korábbi – a legelterjedtebb vélemények szerint hozzávetőleg két évtizeddel korábbi – adataira reflektál, tehát a dohányzással kapcsolatos halálozás akkor is sokáig magas szinten maradna, ha vissza tudnánk szorítani ennek a káros szenvedélynek a mértékét.

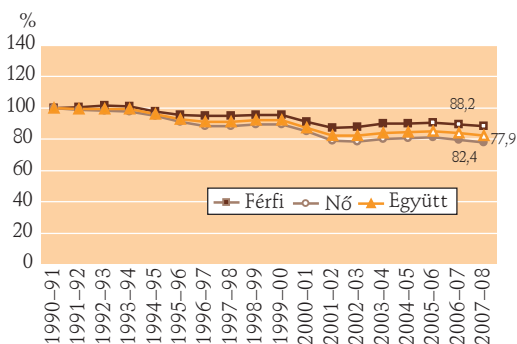
11. ábra. Az alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó halálozás Magyarországon, 1990–2008 (standardizált halálozási arányszám, kétéves mozgóátlagok, 1990/91 = 100)



Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

Az alkoholfogyasztással kapcsolatos halálozásban a rendszerváltást követő gazdasági-társadalmi válság idején erős (40 százalékos férfi és 20 százalékos női) halandóság-növekedés következett be, amely a kilencvenes évek közepétől változó ütemű csökkenésnek adta át a helyét. A legutóbbi évek adatai azonban inkább az alkohollal kapcsolatos mortalitás stagnálásra utalnak, mind a férfiak, mind pedig a nők körében.

12. ábra. Elkerülhető halálozás Magyarországon, 1990–1998 (standardizált halálozási arányszám, kétéves mozgóátlagok, 1990/91 = 100)



Forrás: Saját számítások a KSH Népmozgalmi adatok (Demográfiai táblázó) adatai alapján.

A 12. ábra a kezelhető és a megelőzhető halálozás változásait összevontan mutatja be. E téren nagyon határozott csökkenésről lehet beszélni, különösen az ezredforduló körüli években.¹ Valószínű, hogy ebben az esetben a javuló orvostechnika és gyógyszerellátottság okozta a halálozás mérséklődésének jó részét, és jóval kisebb részben a környezeti, illetve az életmódelemek javulása.

A következőkben az alkoholfogyasztással és dohányzással kapcsolatos, a kezelhető és a megelőzhető halandóság, valamint az ischaemiás szívbetegségek okozta halandóság szintjét vizsgáljuk nemzetközi összehasonlításban (1. táblázat), majd áttekintjük az ezekhez a haláloki csoportokhoz kapcsolódó rizikófaktorok szintjét (2. táblázat).

Az alkohol okozta férfi halandóság az Oroszországon kívüli Európában Magyarországon a legmagasabb, a nők között a vizsgált országok közül pedig csak Ro-

mániában magasabb. Tágabb nemzetközi összehasonlításban is lesújtó a kép, 38 országból a negyedik legrosszabb helyen állunk. Ebben a vonatkozásban csak a romániai halandóság hasonlítható a magyarországihoz. Megdöbbentő az is, hogy az alkohollal kapcsolatos halandóság Magyarországon jóval magasabb annál, mint amekkora a hazai alkoholfogyasztás, illetve a nemzetközi adatok alapján várható lenne (2. táblázat). A cseh alkoholfogyasztás magasabb a magyarnál, az osztrák és a német sem sokkal kevesebb, a krónikus májbetegség és a májzsugor okozta halandóság mégis háromszor olyan gyakori Magyarországon, mint az említett népe-ségekben. Az ezekkel az országokkal való összehasonlításnál felmerül a kereskedelmi forgalomba nem kerülő és különösen rossz minőségű alkoholtartalmú italok fogyasztásának a szerepe.

Hasonló a helyzet a felnőttkori tüdőrák halálozás esetében. Helyezésünk e tekintetben még Oroszország pozíciójánál is rosszabb. Feltűnő, hogy Magyarországon a dohányzók aránya a nők körében is magas, bár nem ez nem egyedülálló jelenség. Hasonló a helyzet Bulgáriában, Lengyelországban és az Egyesült Királyságban, Németországban pedig még jellemzőbb a dohányzás emancipált típusa. Kétségtelen ugyanakkor, hogy a légszennyeződés és az előző évek iparosításának hatása a tüdőrák-halálozásra nehezen tisztázható.

A kezelhető, a megelőzhető halálokok és az ischaemiás szívbetegségek okozta halálozások esetében világosan meg lehet különböztetni egy keleti (posztszocialista) és egy nyugati mintát.

A kezelhető halálokok tekintetében Magyarország helyzete némileg jobb, mint Bulgáriáé vagy Romániáé, de rosszabb, mint Lengyelországé és Cseh-

¹ Az itt alkalmazott indikátor, amely a nemzetközi gyakorlatban használttól kismértékben eltér, nem tartalmazza a szívbetegségek körébe tartozó halálokokat – azokkal együtt a tendencia még kifejezettebb lenne.

1. táblázat. Az alkoholfogyasztás, a dohányzás valamint az egészségügyi ellátás hatásosságára vonatkozó halálzási indikátorok, 2000–2002

Országok	Krónikus májbetegség és cirrhosis halálzás (1)		Tüdőrák halálzás a 5–64 évesek körében (1)		Kezelhető halálzás (2)		Megelőzhető halálzás (2)		Halálzás ischaemiás szívbetegségek következtében (2)	
	Standardizált halálzási arányszám, 1/100 000									
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő
Oroszország	NA	NA	67,1	6,7	NA	NA	NA	NA	NA	NA
Lengyelország	23,9	7,3	72,0	20,9	135,5	102,6	124,4	27,2	130,3	37,6
Csehország	25,3	8,9	58,7	16,0	125,1	95,7	109,4	28,4	129,0	45,9
Bulgária	25,5	5,9	60,9	9,5	220,0	154,7	90,1	17,6	140,1	54,8
Románia	55,9	25,7	69,5	12,6	274,6	203,6	145,1	43,7	164,1	71,7
Magyarország	71,0	22,6	99,7	35,3	178,4	125,0	201,1	59,1	168,2	65,6
Ausztria	23,4	7,2	37,5	35,3	70,1	63,1	81,0	26,5	80,7	26,5
Olaszország	NA	NA	NA	NA	60,2	59,9	83,7	20,6	48,6	13,9
Egyesült Királyság	14,6	7,5	28,9	18,9	71,2	74,1	60,4	30,7	96,4	33,5
Finnország	26,0	9,6	25,0	9,6	69,2	57,5	61,4	19,4	111,6	26,9
Magyarország helyezése (3)	4/38	4/38	1/41	1/41	4/20	3/20	1/20	1/20	5/20	5/20

NA: nincs adat

Forrás: (1): Atlas of Health in Europe, 2nd Edition 2008, WHO (2008). (2) Newey, C. – Nolte, E. – McKee, M. – Mossialos, E.: Avoidable Mortality in the Enlarged European Union. [Az adatok a 2000 és 2002 közötti évekre vonatkoznak]. (3) Az 1. hely számít a legrosszabbnak az adott összesítésben adatokat szolgáltató országok között. Például a tüdőrák halálzás esetében Magyarország helyezése mindkét nemnél 1/41, ami annyit jelent, hogy a 41 adatot szolgáltató ország közül nálunk a legmagasabb a tüdőrákban elhunytak aránya.

2. táblázat. A halálzás kiemelt rizikófaktorai 2005 körül

Országok	A dohányzó felnőttek aránya		A túlsúlyos felnőttek aránya		Az elhízott felnőttek aránya		Éves alkoholfogyasztás, tiszta alkoholra átszámítva (liter)
	Százalék						
	Férfi	Nő	Férfi	Nő	Férfi	Nő	
Oroszország	61,3	15,0	NA	NA	NA	NA	8,9
Lengyelország	37,0	23,0	NA	NA	NA	NA	6,7
Csehország	31,1	20,1	56,7	57,4	13,7	16,3	13,7
Bulgária	43,8	23,0	50,1	42,3	11,3	13,5	5,0
Románia	33,2	10,3	45,8	38,1	7,7	9,5	7,4
Magyarország	36,9	24,6	58,9	49,5	17,1	18,2	11,6
Ausztria	27,3	19,4	57,7	43,3	12,8	13,4	10,5
Olaszország	29,2	17,2	45,8	33,6	7,4	8,9	7,6
Egyesült Királyság	26,0	23,0	NA	NA	NA	NA	9,3
Finnország	24,4	18,9	55,5	41,3	14,6	14,1	8,2
Magyarország helyezése (1)	23/47	8/47	4/25	1/25	4/25	5/25	4/48

NA: nincs adat

Forrás: Atlas of Health in Europe 2008, WHO (2008). (1) Az 1. hely számít a legrosszabbnak az adott összesítésben adatokat szolgáltató országok között.

szágé. Mindez az egészségügyi ellátás minőségét, elérhetőségét jellemzi.

A megelőzhető és az ischaemiás szívbetegségek halandóságában – tehát ott, ahol kiemelt szerepük van az életmódfaktoroknak – a kelet-európai régió belül is igen előnytelen pozíciót foglalunk el (igaz, itt nincs adat Oroszországról). Óriási a kontraszt Olaszországgal, de még Ausztriával és Németországgal szemben is. Az ischaemiás szívbetegségek terén egyedül a román nők halandósága rosszabb a magyarokénál. Pedig sem a dohányzás terén nem kiugróan rossz a pozíciónk, sem a regisztrált alkoholfogyasztás terén nem állunk az élen. Érthetőbbé válik a helyzet, ha más rizikófaktort is figyelembe veszünk, és számolunk ezek együttes hatásával. A 2. táblázat szerint a túlsúlyos felnőtt férfiak aránya nagyjából egy szinten áll a kedvezőbb halandóságú sörivő németekével, osztrákokéval és csehekével (a nők helyzete kicsit kedvezőtlenebb), viszont az elhízottak aránya a vizsgált országok között Magyarországon a legmagasabb. Mindez rávilágít az elmúlt évtizedek európai táplálkozási és életmódbeli változásainak kedvező hatására, illetve a magyar népesség elmaradására e téren. Nyilvánvaló ugyanakkor, hogy a mediterrán diéta, vagy a nyugat-európai táplálkozási szokások és szabadidős tevékenységek szokásainak átvétele nemcsak elhatározás kérdése. A jelent kötet 5. fejezetéből egyértelmű, hogy a magyar népesség legkedvezőbb helyzetben lévő kétötöde követi ezeket a kulturális mintákat, és halandósága is a *nyugati* szinthez közeli. A népesség nagyobb része azonban információhiánnyal, kiszolgáltatottsággal, anyagi nehézségekkel küzd, és kényszerűen „választja” a korai megbetegedéshez és idő előtti elhaláláshoz vezető életmódot.

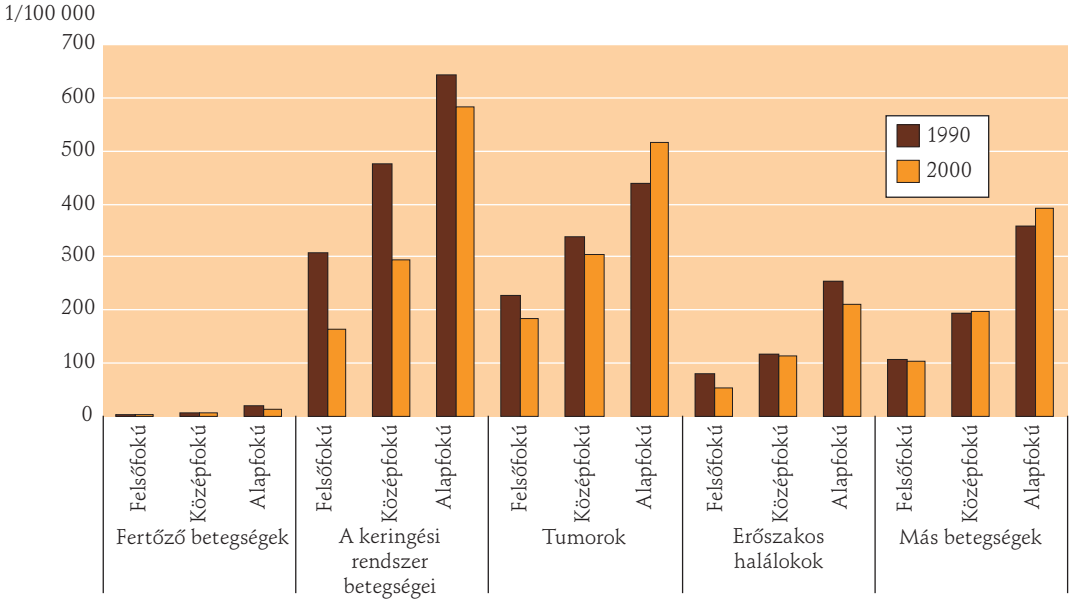
TÁRSADALMI KÜLÖNBSÉGEK FŐBB HALÁLOKI CSOPORTOK SZERINT

A különböző halálokok egyenlőtlenségekben játszott szerepére nézve kevés a nemzetközi adat. A magyarországi mortalitási viszonyok legkomolyabb problémáját, a középkorúak halálzásának 1990 és 2000 közötti alakulását azonban módunkban áll négy – hasonló politikai, társadalmi és gazdasági hátterű – ország (Lengyelország, Litvánia, Észtország, Magyarország) mortalitási mintáinak fényében szemlélni úgy, hogy az egyenlőtlenségek alakulását is értékelni tudjuk.

Magyarországon a férfiak körében 1990 és 2000 között csökkent a fertőző betegségek okozta halálozás, nemcsak a magasabb, hanem az alacsonyabb végzettségűek körében is. Mindez hasonló a Lengyelországban látható tendenciákhoz, ám különbözik az észt és a litván fejleményektől. Ez utóbbi két országban a fertőző betegségek okozta halálozás a rendszerváltást követő időszakban jelentősen növekedett, különösen az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak körében.

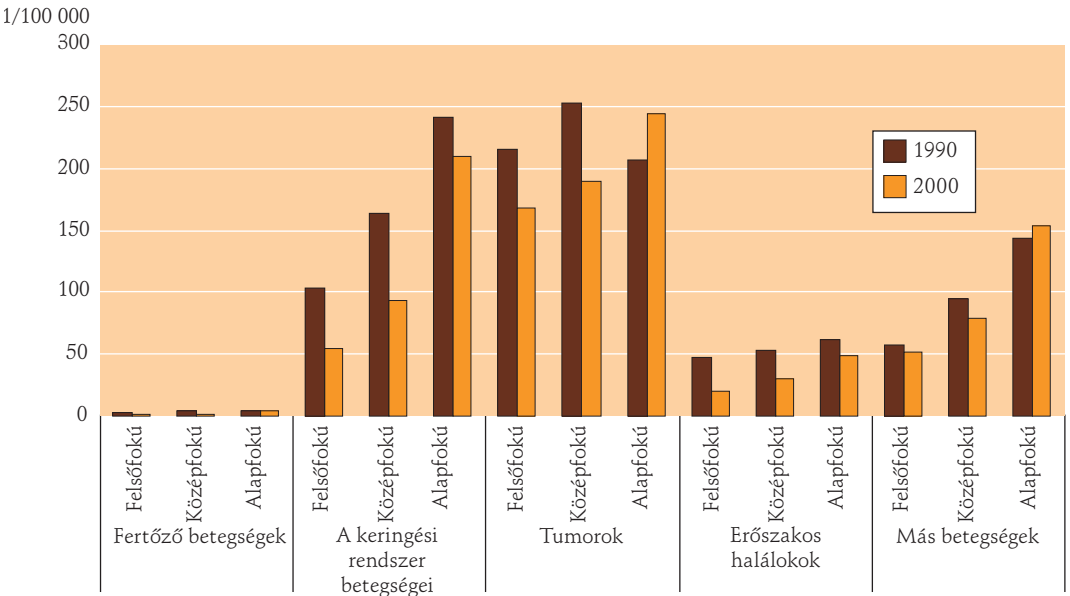
Hasonlóan a halandóság általános szintjéhez, a halálozási egyenlőtlenségeket is leginkább a keringési betegségek alakítják. A szív- és érrendszeri halandóság Magyarországon minden iskolai végzettség szerinti csoportban csökkent, de nem azonos mértékben. Mivel a kedvező változás a magasabb végzettségűeket nagyobb arányban érintette, az egyenlőtlenségek ebben a vonatkozásban növekedtek (13. ábra). Lengyelországban minden iskolai végzettségű csoportban hasonló mértékű csökkenés figyelhető meg a keringési betegségeket illetően, ami a magyarországi-

13. ábra. A 35–64 éves férfiak halálózása iskolai végzettség és főbb halálkei csoportok szerint Magyarországon, 1990 és 2000 körül (standardizált halálózási ráta)



Forrás: Leinsalu, M. et al. (2009).

14. ábra. A 35–64 éves nők halálózása iskolai végzettség és főbb halálkei csoportok szerint Magyarországon, 1990 és 2000 körül (standardizált halálózási ráta)



Forrás: Leinsalu, M. et al. (2009).

nál kedvezőbb trend. A balti államokban mindezzel ellentétes folyamatok játszódtak le: a keringési halálozás csak a legmagasabb végzettségűek csoportjában csökkent, az alacsonyabb végzettségűek között viszont növekedett.

Ami a daganatos megbetegedések miatti halálozást illeti, Észtországban és Lengyelországban mindhárom iskolai végzettségű csoportban csökkent, míg Litvániában enyhén, Magyarországon pedig számottevően emelkedett a legalacsonyabb végzettségű férfiak között (13. ábra). Magyarország rossz mortalitási helyzetének és a magas halandósági egyenlőtlenségeknek a kialakulásában tehát a daganatos betegségek (és feltehetően elsősorban a tüdőrákos halálozás) is szerepet játszanak.

Az erőszakos (vagy külső okokból bekövetkezett) halálozást tekintve Magyarországon nemcsak az általános szintet, hanem a társadalmi egyenlőtlenségeket tekintve is viszonylag kedvező a kép. Míg Észtországban és Litvániában ezek a halálokok jelentős részarányt képviselnek – különösképpen az alacsonyabb iskolai végzettségűek halálozásában –, és a társadalmi egyenlőtlenségek is erősen növekvőek, addig Lengyelországban és Magyarországon ezek az okok kis súlyal szerepelnek, és az egyenlőtlenségek csökkenő tendenciájúak, bár az alacsonyabb iskolai végzettségű férfiak erőszakos okok miatti halandósága ma is kétszer akkora, mint a magasabb végzettségű férfiaké (13. ábra).

A nők körében tapasztalható tendenciák – jóval alacsonyabb halandósági szintek mellett – lényegében megegyeznek a férfiak körében leírt tendenciákkal: különös figyelmet az alacsony iskolai végzettségű nők keringési mortalitásának lassú csökkenése, illetve daganatos halálozásának növekedése kíván.

IRODALOM

- Atlas of Health in Europe* (2008), WHO 2008.
- DR BÉNYI M. (szerk.): *Népegészségügyi jelentés 2008*, Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ, Nem-fertőző betegségek epidemiológiája osztálya http://www.oszmk.hu/dokumentum/NEJ/nej2008_2.pdf
- DARÓCZI E. (2003) (szerk.): *Kettős szorításban: a középgenerációk élete és egészsége*, KSH NKI Kutatási jelentések 74, KSH NKI, Budapest.
- JÓZAN P. (2002): *A dohányzás hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999*, KSH Statisztikai mintavételi és módszertani főosztály, Budapest.
- KSH (2002): *Adatok a haláloki struktúra változásáról Magyarországon 1990–2001 között* KSH Népesedési-, Egészségügyi és Szociális Statisztikai Főosztály, Budapest.
- KSH (2003): *Az alkohol hatása a halandóságra Magyarországon, 1970–1999* (CD-melléklettel), KSH Statisztika Mintavételi és Módszertani Osztály, Budapest.
- LEINSALU, M. – STIRBU, I. – VÁGERŐ, D. – KALEDIENE, R. – KOVÁCS, K. – WOJTYNIAK, B. – WRÓBLEWSKA, W. – MACKENBACK, J. P. – KUNST, A. E. (2009): Educational inequalities in mortality in four Eastern European countries: divergence in trends during the post-communist transition from 1990 to 2000. *International Journal of Epidemiology*, 38., 512–525.
- NEWBY, C. – NOLTE, E. – MCKEE, M. – MOSSIALOS, E. (2004): *Avoidable Mortality in the Enlarged European Union*, Paris: Institut des Sciences de la Santé. http://www.euractiv.com/28/images/ISS%20Avoidable%20Mortality%20final%20%20Nov%202004_tcm28-132956.pdf
- ## HONLAPOK
- <http://www.oek.hu/oek.web> – Országos Epidemiológiai Központ
- <http://www.oefi.hu/> – Országos Egészségfejlesztési intézet
- <http://data.euro.who.int/dmdb/> – European Detailed Mortality Database
- <http://data.euro.who.int/alcohol/> – Alcohol control database, WHO Regional Office for Europe
- <http://data.euro.who.int/tobacco/> – Tobacco control database, WHO Regional Office for Europe