



DOI: 10.18427/iri-2018-0020

A férfiak és nők egészségeségei az életmód tükrében

Dinnyés Katalin Julianna

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar
dinnyes.kato@gmail.com

„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége. Azzá válunk,
amit rendszeresen teszünk.”
Arisztotelész

Az Új Nemzeti Kiválóság Program Kutatói Ösztöndíj keretén belül támogatást kapott *A férfiak és nők egészségesége az életmód tükrében* című kutatás.

Egészségesély? Esélyegyenlőség? Nőtudomány? Valós fogalmak, vagy csak beszélünk róla? Csóka és Gyulavári (2002) megfogalmazta a nemek közötti esélyegyenlőségről szóló dokumentumában, hogy az emberi jogok része a női jogok is, viszont ez a szemlélet nem érvényesül maradéktalanul a mindennapi gyakorlatban. Magyarország Alaptörvényének (2012) Szabadság és felelősség XV. cikkelyének megfogalmazása alapján: „A férfiak és nők egyenjogúak”. Az egyenjogúság és az esélyegyenlőség fogalma nem egyenlő egymással (Tarkó & Benkő, 2016:235).

Az esélyegyenlőség- és egyenlőtlenség mellett az egészségesélyt befolyásoló életkörülmények és életmódelemek tekintetében is több kérdés vár megválaszolásra. Az egészségfejlesztés folyamata azt segíti elő, hogy az emberek befolyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó tényezők felett, és önmaguk is változzanak egészségük érdekében.

Az egészségfejlesztők számára ez központi jelentőségű feladat: egyének és közösségek tekintetében változás kezdeményezése, társadalmi, politikai, szervezeti vagy akár családi döntések előkészítése, amely az egészségesélyt alakítják, az erőforrások mobilizálása, vagy akár a célok megfogalmazása is lényeges része az egészségfejlesztők feladatainak.

Az emberiséget jellemző rohamos technikai, gyors anyagi és társadalmi változások nagymértékben befolyásolják az emberek egészségét, életmódját, valamint hatást gyakorolnak külön a férfiak és külön a nők egészségi állapotára is. A mortalitási és morbiditási adatok is tükrözik a helyzet súlyosságát. A gyors léptékű változások nem csupán az egyén fizikai létét befolyásolják, hanem a társadalom pszichés egészségére is terhet ró, ezért elengedhetetlen megemlíteni és vizsgálni a lakosság lelki egészségi állapotát is.

A morbiditás az egyik leggyakrabban használt mutatója egy ország egészségi állapotának (Kopp & Skrabski, 2009). Bár korábbi adatokhoz képest hazánk idő előtti halálozási statisztikája javulást mutatott, mégis Magyarországon még jelenleg is másfélszer nagyobb az idő előtti halálozás, mint az EU15 országokban. A

leggyakoribb halálokok között jelenleg a keringési rendszer okozta és daganatos megbetegedések állnak. Számos betegség az egészségmagatartás javításával elkerülhető lenne. Magyarország mutatói az Európai Unióhoz képest jelentősen rosszabb, viszont számos intézkedés, törekvés ellenére nem érzékelhető a pozitív javulás, sőt sok esetben lemaradás tapasztalható.

Az egészségi állapotot a kérdőíves felmérések során szubjektív megítélés alapján mérik. Követéses vizsgálatok bizonyítják, hogy amikor mérték az egészségi állapotot és a későbbiekben jelentkező halálozási esélyeket, szoros összefüggést mutatkozott a két változó között (Kovács, 2012). Az egészség szubjektív megítélése nehezen hasonlítható össze más országokban kapott eredményekkel, viszont az országon belül általában konzisztens képet kapunk.

Nemzetközi adatokat tekintve szükségszerű megemlíteni a lakosság egészségi állapotát és egészségmagatartását. Mortalitás területén a férfiak és nők között különbség húzódik. Európa nyugati felében kimutatható a két nem közötti, a halálozás területén mutatkozó különbségek, miszerint a férfiak várható élettartama alacsonyabb a nőknél (Kopp & Skrabski, 2009).

A különbségek oka elsősorban a biológiai okokban található, mégis társadalmi szintű különbségek is megtalálhatóak. Az egészségi állapot alakulását az iskolai végzettség, a stresszel való megküzdés hatékonysága, a szociális helyzet is választ adhat a számunkra.

Egészségmagatartásnak nevezzük azokat a cselekvéseket, melyeket azért teszünk, hogy az egészségünket fenntartsuk, javítsuk és helyreállítsuk (Bíró et al., 2008). Az egészségmagatartást a szakirodalom a dohányzási, alkoholfogyasztási, sportolási szokások és a táplálkozás tekintetében elemzi. Kutatásomban ezeken a változókon túl vizsgáltam a szabadidő minőségét, pihenési szokásokat, a fáradtság érzését, az egészség értéként való kezelését is. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015-ben kiadott dokumentuma alapján a magyar lakosság kétharmada naponta 10 percet sem mozog a szabadidejében, 29%-ra tehető a dohányzók száma, mely csökkenést mutat a korábbi évekhez képest, viszont a fiatal lakosságban magasabb a dohányzók száma, mint korábban.

Ahogy az egészségi állapotban, az egészségmagatartásban is tapasztalhatóak az egyenlőtlenségek. A férfiak és nők között jelentős mértékű egyenlőtlenség figyelhető meg és bár számos szakirodalom foglalkozik a nemek között tapasztalható egészségi egyenlőtlenséggel, viszont egyik szakirodalom sem említi egyértelműen, melyik nemnek van nagyobb esélye egészségesen élni, vagy melyik nemet éri több olyan hatás, mely negatívan befolyásolja az életét.

Az egészségpszichológia tudománya nem rendelkezik több százéves múlttal, mégis nagy változáson ment keresztül. A fejlődésben meghatározó jelentőségű a preventív orvoslás, az egészségnevelés létrejötté. A preventív orvoslásba az egészség került középpontba a betegség helyett. Az egészségpszichológia háttérében a népegészségtan fejlődése áll és a gyógyítás folyamatában a szociális faktorokat sem szabad figyelmen kívül hagyni, hiszen az eredményes munkához a szociális körülményt is biztosítani kell. Az úgynevezett szociális prevenció a legjelentősebb elem az egészségpszichológiában, melynek három típusa van: 1) primordiális prevenció, 2) primér prevenció és 3) szekunder prevenció (Jóna, 2014).

Vizsgálatomban hat hipotézist fogalmaztam meg: 1) Feltételezem, hogy a lakosság egészségmagatartása összefügg a kihívásokkal szembeni válaszképességgel. 2) Hipotézisem, hogy a családi állapot hatást gyakorol a nők egészségmagatartására. 3) A magasabb iskolai végzettségű nők magasabb pszichés stressznek vannak kitéve, mint a magas iskolai végzettségű férfiak. 4) A

nők szabadidős tevékenysége összefügg a pszichés stressz mértékével. 5) A társadalmi státuszban betöltött pozíció és a lakóhely összefügg az egészség értéként való kezelésével. 6) Az egészség értéként való kezelése jelen van az életükben a teljesítménykényszer, mint stressz faktor.

Jelen adatok tükrében az alábbi kutatási kérdéseket fogalmaztam meg: Az információs technológiák fejlettségének idején mitől függ az egyén egészségmagatartása? Összefügg-e a lakosság egészségmagatartása a kihívásokkal szembeni válaszkészséggel, a családi állapottal? Meg lehet-e határozni egy érezhető különbséget a férfiak és nők egészségmagatartása között a családi állapotot tekintve?

A téma aktualitását különösen indokolja, hogy a napjainkat jellemző rohamos technikai és társadalmi változások nagymértékben befolyásolják az emberek egészségét, életmódját, valamint külön-külön hatást gyakorolnak a férfiak és a nők egészségi állapotára is. A mortalitási és morbiditási adatok is tükrözik a helyzet súlyosságát. A gyors léptékű változások nem csupán az egyén fizikai létét befolyásolják, hanem a társadalom mentális egészségére is terhet rónak, ezért elengedhetetlen megemlíteni és vizsgálni a lakosság lelki egészségi állapotát is.

Magyarország Alaptörvényének (2012) Szabadság és felelősség XV. cikkelyének megfogalmazása alapján: „A férfiak és nők egyenjogúak”. Az egyenjogúság és az esélyegyenlőség fogalma nem egyenlő egymással (Tarkó & Benkő, 2016:235). Az esélyegyenlőség- és egyenlőtlenség mellett az egészségesélyt befolyásoló életkörülmények és életmódelemek tekintetében több kérdés vár megválaszolásra. Az egészségfejlesztés folyamata azt segíti elő, hogy az emberek befolyásra tegyenek szert az egészségüket meghatározó tényezők felett, és önmaguk is változzanak egészségük érdekében.

Kitűzött célom volt, hogy minimum 100 fő feletti lakos egészségesélyét vizsgáljam, elemezzem azokat az életmódbeli tényezőket, melyek befolyásolják az életüket, továbbá jelen van-e életükben a teljesítménykényszer és az elvárásoknak való megfelelés. Kutatásomban összevettem a társadalmi státuszt (munkahelyi pozíció, szubjektív anyagi jóllét), a lakóhelyet és az egészség értéként való kezelését.

A vizsgálatomban, a várthoz képest többen vettek részt, többségük nő volt. A vizsgálatomban összesen 220 fő válaszolt, ebből 42 férfi, azaz 19,09% és 178 fő, azaz 80,91% nő volt. A válaszadók iskolázottságát tekintve a felsőfokú végzettség (összesen 117 fő), a férfiak magasabb arányával volt jellemző, de nemtől függetlenül voltak közöttük doktori vagy PhD fokozattal rendelkezők is. Az alacsonyabb végzettségűek normál eloszlásúnak tekinthetők.

Kutatásomban a szakirodalomban megfogalmazott *életmódbeli* tényezőket vizsgáltam első sorban, viszont ezeken a változókön túl más tényezőket is vizsgáltam. Ezeket később fejtem ki. Az egészségi állapotban és az egészségmagatartásban is egyenlőtlenségek tapasztalhatóak.

Vizsgáltam, hogy milyen mértékben tartják *értékesnek az egészséget* (Likert típusú skála, 1-10) és az eredmények alapján a válaszadók jelentős mértékben fontosnak tartják a saját egészségüket.

A kutatásomban a dohányzási szokásokat külön elemeztem, mely szerint a dohányzók aránya (20%) közel hasonló eredményt mutat egy 2014-ben végzett felméréssel (29%). (Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015) Varancia-analízis alapján a dohányzó férfiak és nők válaszainak szórása közel megegyezik (0,397 és 0,403) és a nők gyakrabban (0,20) dohányoznak, mint a férfiak (0,19). A dohányzás és a nemek között nincs szignifikáns kapcsolat ($p=0,865$), viszont lényegesen többen

nő dohányzik, mint férfi és a nők sokkal gyakrabban (5 fő) szívnak el naponta egy vagy több dobozt, mint férfitaik (0 fő).

Kutatásomban kitértem a válaszadók *sportolási szokásainak felmérésére is*. Számítások alapján a naponta, hetente 3-4-szer és 1-szer és a havonta sportolók válaszainak szórása közel megegyezik. A vizsgálat alapján közepesen erős pozitív kapcsolat mutatható ki a nemek és a sportolás rendszeressége között, az r érték: 0,207 és szignifikáns kapcsolat van a két változó között (szignifikancia 0,002). A nem és a sportolás között a korreláció 0,006.

A *táplálkozást* vizsgálva pozitív eredménynek mondható, hogy a , naponta 4-szer (75 fő) és a naponta 3-szor (74 fő) étkezők aránya közel azonos. 46 fő naponta 5-ször étkezik és a válaszadók csak elenyésző része eszik naponta 2-szer vagy ritkábban. Varianciaanalízis alapján az étkezés gyakoriságát vizsgálva a férfiak és nők válaszainak szórása nem egyezik meg, és szignifikáns kapcsolat sincs közöttük.

A megkérdezettek *alkoholfogyasztási szokásaira* a következő jegyek jellemzők: többségük alkalmanként, lényegesen kevesebb válaszadó napi és heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt és nem volt olyan, aki egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. A nők átlagosan több alkoholt fogyasztanak, mint a férfiak, és a házasság megléte negatívan befolyásolja az alkoholfogyasztást. A nők rendszeresebb, magasabb alkoholfogyasztása befolyásolja az egészségesélyüket és jelzés értékű, hogy változtatásra van szükség.

A szakirodalom alapján a *koffeintartalmú italok* fogyasztása is az egészséges életmód egyik mutatója. Jelzés értékű a számunkra, hogy a válaszadók 24,5% 2-3-szor egy nap, 21,8%-a naponta, 22,3% egyszer egy nap és 10% hetente fogyaszt koffeintartalmú italt. 11,8% egyáltalán nem fogyaszt. Varianciaanalízis alapján a koffeinfogyasztás, a nem és a családi állapot között nincs szignifikáns kapcsolat ($p=0,965$).

Az *egészség érték*ként való kezelése és a válaszadók végzettsége között korrelációs vizsgálat alapján szignifikáns kapcsolat van ($p=0,037$), valamint Khí négyzet próba alapján a szignifikancia értéke $p=0,022$. Minél magasabb az iskolai végzettség, annál magasabbnak értékelik a válaszadók az egészséget. Összefügg a lakóhely és az egészség értéként való kezelése. ($p=0,041$) A munkahelyen betöltött pozíció statisztikai vizsgálat alapján nem mutat szignifikáns kapcsolatot. (korreláció: $p=0,631$; Khí négyzet próba: $p=0,677$) Vizsgáltam a lakosság szubjektív megítélését a *saját anyagi helyzetükről* és a legtöbben, 85,95%, éppen csak fedezni tudja saját kiadásait és ebben a kategóriában a nők – nem sokkal, 5%-kal-, de többen vannak, mint a férfiak. Közöttük nincs szignifikáns kapcsolat. (korreláció 0,718; Khí négyzet próba: $p=0,673$)

Az egészség fontos meghatározója a koherencia érzet, mely fogalom Aaron Antonovsky nevéhez fűződik és ez kulcsfontosságú az egészségmegőrzés témakörében. A lelki egészség felmérésére az Antonovsky-féle koherencia érzést mérő rövidített kérdőívet alkalmaztam: az elérhető legkevesebb pontszám a 13 és a maximum 91. Az általam kapott eredmény: az értékek átlaga 56,12, a medián érteke 56, és a módusz 54. Az Antonovsky kérdőív eredményeit összevettem az *elvárásoknak való megfeleléssel*. A válaszadók 67%-a érzi rosszul magát a munkahelyén a teljesítménye miatt, további eredmények alapján fennáll a teljesítmény, mint elérendő cél, vagy esetleg szorongást okozó tényező és mindez összefügg a koherencia érzéssel.

További eredmények a kutatási tervben foglaltakon felül

A kapott eredmények alapján további kérdések megfogalmazását is szükségesnek tartom. Kutatásomban – az egészségpszichológia főbb kategóriái segítségével – a korábban felsorolt tényezők mellett vizsgáltam az egészségmagatartást, a lelki egészséget (a pszichés stressz mérése szolgáló General Health Questionnaire-12 kérdőív segítségével), a szabadidő minőségét, a pihenési szokásokat, a fáradtság érzését, a demográfiai adatokat, a lakosság egészségi állapotát, a családi állapotot, az egyén koherencia-érzését. Ezeket az eredményeket összevettem a kihívásokkal szembeni válaszképességgel (koherencia érzés) és a lelki egészség GHQ-12 kérdőív eredményeivel.

Vizsgálatom további célkitűzése a családi állapot és az egészségmagatartás kapcsolatának, valamint az egészségmagatartás és a koherencia-érzés összefüggésének vizsgálata volt.

A válaszadók szubjektív megítélés alapján jelölhették egy 4 fokozatú Likert típusú skálán, hogy milyen gyakran érzik magukat *fáradtnak*. Az eredmények alapján az értékek átlaga 2,77, a módusz 3. A *szabadidejük minőségét* egy 5 fokozatú Likert típusú skálán jelölhették be: az átlag 3,72, a módusz 4 és az SD=1,043. A *szabadidős tevékenység* az internetezés volt (143 fő), valamint a családi program (141 fő). Kimagaslóan sokan válaszolták, hogy sportolnak (123 fő), aktív (95 fő), illetve passzív pihenéssel (91 fő) töltik az idejüket.

Az egészségmagatartás tényezői közül a *koherencia-érzés mértékét* (átlag 56,12) elsőként a dohányzással vettem össze ($p=0,114$), majd a fáradtság érzésének szintjével ($p=0,011$), az alvás mennyiségével ($p=0,614$), az alkoholfogyasztással ($p=0,730$), a sportolási szokással ($p=0,076$) és végül a szabadidő minőségével ($p=0,008$). A sportolás rendszeressége és a szabadidő pozitív minősége is kedvezően befolyásolja a koherencia-érzést, míg az alkoholfogyasztás rendszeressége az alvás mennyisége és a dohányzás nem befolyásolja. Vizsgáltam, hogy a *családi állapot* miként hat a nők egészségmagatartására. Nincs összefüggés az energiaital-fogyasztás, az alkoholfogyasztás, a koffeinfogyasztás között a családi állapotra és a nemekre vonatkoztatva.

A lakosság 93,6%-a kóros értéket ért el a GHQ-12 skálán, tehát az eredmények összességben igazán nagy problémára hívják fel a figyelmet. Nincs jelentős különbség a GHQ-12 értékek között a nemek tekintetében és az eredmények alapján nem élnek meg fokozottabb stresszt a magas iskolai végzettségű nők. Nincs szignifikáns kapcsolat az internetezők, aktív, passzív pihenéssel eltöltött szabadidő és a GHQ-12 értékek között.

Az egészségpszichológia tekintetében fontos a két nem közötti egyenlőség, egyenlőtlenség vizsgálata is, ezért az eddigi kutatási eredmények differenciálásával szeretnék választ kapni arra a jövőben, hogy a nők miként élik meg a hátrányos megkülönböztetést, jelen van-e az oktatásban a nemek szerinti diszkrimináció, miként figyelhetők meg az eddigi életmódbeli tényezők mellett további olyan tényezők, melyek hatást gyakorolnak az egészségesélyükre. Jelen adatok tükrében a következő időszakban ezeknek a tényezőknek a további vizsgálatára helyezném a hangsúlyt.

Összegezve, az általam kapott eredmények alapján a nők az egészséget magasabb értékűnek tekintették, a nők gyakrabban dohányoztak, magasabb a sportoló férfiak száma, a táplálkozás tekintetében nincs megállapítható kapcsolat a férfiak és a nők között, magas az általam vizsgált lakosság alkalmankénti alkoholfogyasztása és a koffein tartalmú italok fogyasztása is magas. A kapott

eredmények tükrében a női lakosság életmódja nagyobb figyelmet igényel, mint gondolnánk. A nők rendszeresebb, magasabb alkoholfogyasztása, valamint a magas számú női dohányzók száma befolyásolja az egészségesélyüket és jelzés értékű, hogy változtatásra van szükség.

Irodalomjegyzék

- Bíró Éva, Balajti Ilona, Ádány Róza, & Kósa Karolina (2008). Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 149, 2165-2171.
- Jóna György (2014). *Bevezetés az egészség szociológiába. TÁMOP-4.1.2.A/1-11/1-2011-0020 „Idegen nyelvű képzések előkészítése digitális tananyagfejlesztéssel a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán”*. Letöltés http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_szociologia_magyar/index.html [2018.01.02].
- Kopp Mária, & Skrabski Árpád (2009). Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In Nagy Ildikó, & Pongrácz Tiborné (szerk.), *Szerepváltozások: Jelentés a nők és férfiak helyzetéről, 2009* (pp. 117-136). Budapest: Társadalmi és Munkaügyi Minisztérium.
- Kovács Katalin (2012). Az egészségi állapot egyenlőtlenségei. In Óri P., & Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai portré 2012* (pp. 73-88). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Magyarország Alaptörvénye* (2012).
- Tarkó Klára, & Benkő Zsuzsanna (2016). „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó.